

Conditions Générales

SANTALIA Cérénis

I. OBJET DU CONTRAT D'ASSURANCE ET CONDITIONS D'ADMISSION

ARTICLE 1 : OBJET DU CONTRAT D'ASSURANCE

Le présent contrat d'assurance détermine les conditions et modalités de fonctionnement du régime individuel d'assurance complémentaire « soins de santé et hospitalisation » dénommé « SANTALIA Cérénis » et définit le contenu des engagements contractuels existants entre chaque preneur d'assurance et l'assureur.

Il est constitué des statuts de l'assureur, des présentes conditions générales, du tableau de garanties, des conditions particulières et des déclarations du preneur d'assurance sur la base desquelles a été établi le contrat d'assurance.

Il est régi par le droit belge.

Il est distribué et géré par SANTALIA SPRL domiciliée Rue Barthélémy Frison, 13 - 7500 TOURNAI, BCE 899.250.673, courtier d'assurance immatriculé au registre de la Financial Services & Markets Authority (FSMA) sous le n°104197 A.

ARTICLE 2 : DÉFINITIONS

Accident :

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. Les affections de la colonne vertébrale, les pathologies cardiaques associées ou non à des coronaropathies ainsi que les chocs émotifs et les états dépressifs même consécutifs à un accident, sont considérés comme des maladies.

Assuré :

La personne sur laquelle repose le risque de survenance de l'événement garanti.

Assureur :

Mutuelle Bleue, Entreprise d'assurance habilitée à travailler en Libre Prestation de Services en Belgique par la BNB sous le n° 2840, Mutuelle de droit français soumise aux dispositions du Livre II du code de la mutualité, domiciliée 68 Rue du Rocher 75396 PARIS Cedex 08, immatriculée au répertoire SIRENE sous le 775 671 993, représentée par SANTALIA SPRL domiciliée rue Barthélémy Frison, 13 - 7500 TOURNAI, BCE 0899.250.673, courtier d'assurance immatriculé au Registre de la FSMA sous le n° 104197 A.

Ayant-droit (ou bénéficiaire) :

La personne désignée aux conditions particulières et bénéficiant des prestations du contrat d'assurance à la demande du preneur d'assurance.

Bénéficiaire :

Le preneur d'assurance lui-même et/ou les ayants droit habilités à percevoir les prestations garanties.

Délai de stage :

Période comprise entre la date de prise d'effet de l'adhésion et la date de prise d'effet de la garantie ; durant cette période, les remboursements ne sont pas dus ou sont réduits, selon le type de garantie souscrite.

Échéance principale :

Date à laquelle le contrat se reconduit tacitement pour une nouvelle période d'un an. L'échéance

principale est fixée à la date anniversaire de la date de prise d'effet du contrat.

Établissement spécialisé :

Maisons de repos y compris les hôpitaux ou parties d'hôpitaux titulaires de l'agrément « maison de repos et de soins », établissements destinés aux cures de toutes natures, maisons de convalescence, centres de rééducation, de diététique médicale, de gériatrie, de psychiatrie, homes d'enfants ainsi que tous types d'établissement assimilables aux établissements listés ci-avant.

Hospitalisation :

Séjour en établissement hospitalier légalement reconnu comme tel (y compris hospitalisation de jour).

Intervention légale :

Remboursement des frais médicaux et autres prévu par la législation belge ou française.

Maladie :

Altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Nomenclature :

Grille de codification des actes tels que définis par l'assurance maladie obligatoire belge ou française.

Plafond de garantie :

Montant maximum de prestation pouvant être perçu par un assuré.

Preneur d'assurance :

La personne physique signataire de la demande d'adhésion, membre participant de l'assureur, et acquittant les primes ; le preneur d'assurance peut être différent de l'assuré.

Retenue :

Partie des frais qui reste à charge de l'assuré et vient en déduction de l'intervention de l'assureur.

Soins ambulatoires :

Soins prodigués au patient en dehors d'une hospitalisation.

Tarif INAMI :

Montant par acte figurant sur la nomenclature de l'assurance maladie obligatoire belge.

Tarif Sécurité sociale :

Montant par acte figurant sur la nomenclature de l'assurance maladie obligatoire française.

Ticket modérateur :

Différence entre le montant du tarif de l'assurance maladie obligatoire et le montant remboursé par celle-ci.

ARTICLE 3 : ASSURABILITÉ

Sont assurables les personnes physiques :

- ▶ affiliées auprès d'un des organismes gérant le régime d'assurance obligatoire soins de santé, reconnu par l'INAMI, et couvertes par ledit organisme pour le gros et le petit risque, et éventuellement également affiliés auprès de la Sécurité sociale française,
- ▶ domiciliées en Belgique et y résidant habituellement,
- ▶ et répondant au critère d'âge à l'adhésion déterminé par la garantie ou la formule choisie. La formule doit être identique pour tous les bénéficiaires d'un même contrat.

Pour un couple ou une famille, l'assurabilité est vérifiée sur la base de l'âge du conjoint le plus jeune.

L'âge est déterminé par la différence de millésimes entre l'année de naissance et l'année de prise d'effet du contrat d'assurance.

ARTICLE 4 : PARTICIPATION DES ASSURÉS AUX DÉCISIONS PRISES PAR L'ASSUREUR

Les assurés qui signent la demande d'adhésion acquièrent la qualité de membre participant de Mutuelle Bleue conformément à l'article L. 221-2. III du code de la mutualité française. Ils reçoivent à ce titre un exemplaire des statuts de la mutuelle, et sont représentés à l'assemblée générale de Mutuelle Bleue, dans les conditions de l'article L. 114-6 du code de la mutualité française, et selon les dispositions statutaires de Mutuelle Bleue.

II. EFFET, DURÉE, DÉNONCIATION DU CONTRAT D'ASSURANCE

ARTICLE 5 : EFFET DU CONTRAT D'ASSURANCE

Le contrat d'assurance prend effet à la date fixée aux Conditions Particulières et au plus tôt le premier jour du mois qui suit la date d'enregistrement de la demande par SANTALIA SPRL pour une première période de douze mois sous réserve du paiement de la première cotisation.

Il se renouvelle ensuite annuellement à la date d'échéance principale par tacite reconduction sauf en cas de résiliation.

ARTICLE 6 : RÉSILIATION DU CONTRAT D'ASSURANCE

Le contrat d'assurance est conclu à vie. Le contrat d'assurance prend néanmoins notamment fin en cas de :

- ▶ résiliation par le preneur d'assurance par lettre recommandée adressée à SANTALIA SPRL au moins trois mois avant son échéance principale ;
- ▶ résiliation par le preneur d'assurance dans les trois mois suivant la notification d'une modification des conditions générales et/ou tarifaires effectuée en conformité avec le prescrit légal ;
- ▶ résiliation par l'assureur en cas de fraude ou de tentative de fraude de la part de l'assuré,
- ▶ résiliation par l'assureur en cas de non paiement des primes,
- ▶ transfert par l'assuré de son domicile hors de Belgique,
- ▶ décès,
- ▶ suppression de l'assujettissement de l'assuré au régime d'assurance obligatoire soins de santé ou perte du bénéfice de celle-ci.

L'assureur ne peut résilier le contrat d'assurance pour sinistre.

ARTICLE 7 : EFFET DE LA RÉSILIATION DU CONTRAT D'ASSURANCE

À la date d'effet de la résiliation du contrat d'assurance, la garantie cesse pour le preneur et ses ayants droits.

Les demandes de prestations consécutives à une maladie ou à un accident dont la date des actes, soins, prescriptions est postérieure à la date d'effet de la résiliation du contrat d'assurance ne sont pas prises en charge par l'assureur.

III. GARANTIE DU CONTRAT D'ASSURANCE

ARTICLE 8 : DÉFINITION ET ÉTENDUE DE LA GARANTIE

Selon les modalités indiquées au tableau de garanties, le contrat d'assurance a pour objet de rembourser les frais d'hospitalisation, frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, les actes de biologie et de radiologie, dentaire, d'optique, de prothèses et d'appareillages restant à la charge du preneur d'assurance après intervention du régime d'assurance obligatoire soins de santé et de tout autre régime complémentaire.

Le Contrat «SANTALIA Cérénis» propose trois gammes de garanties :

- ▶ Hospitalisation ;
- ▶ Ambulatoire, ou ;
- ▶ Hospitalisation et Ambulatoire.

Au titre desquelles figurent différentes formules : Responsable, 100, 200, 250 et 300.

La garantie et la formule applicables sont choisies par l'adhérent lors de l'adhésion au contrat.

Les taux de remboursement et les bases de remboursement du régime obligatoire pris en considération sont ceux applicables à la date de dispense des actes, d'exécution des soins et de prescription. La nature et le montant des prestations garanties sont définis aux conditions particulières. Certaines prestations sont assorties d'un délai de stage et/ou peuvent comporter un plafond de garantie.

ARTICLE 9 : PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE

La garantie est acquise à la date de prise d'effet du contrat d'assurance fixée aux conditions particulières.

ARTICLE 10 : OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS - DÉLAIS DE STAGE

10.1. Le droit à prestation est ouvert dès la date de prise d'effet du contrat pour les soins de santé liés aux accidents survenus après cette date. Pour les autres soins de santé, le droit à prestation est ouvert après l'expiration des délais de stage suivants :

Délai en stage	Santalia Responsable & 100	Santalia 200	Santalia 250	Santalia 300
Pharmacie Soins Ambulatoires	Néant	Prise en charge immédiate à hauteur des garanties SANTALIA Responsable pendant les 6 premiers mois		
Hospitalisation Optique Dentaire Appareillage		6 MOIS		

10.2. Au regard des délais de stage, le nouveau-né bénéficie de la situation de ses parents pour autant que son adhésion soit demandée dans les deux mois qui suivent sa naissance.

10.3. Garanties antérieures - Sur justificatif, les délais de stage sont abrogés à hauteur des garanties antérieures dont l'assuré a bénéficié sans interruption de plus de 3 mois avant la prise d'effet de son adhésion.

ARTICLE 11 : CHANGEMENT D'OPTION

Le preneur d'assurance peut solliciter un changement de formule, parmi les formules de prestations en vigueur au moment de la demande. Sauf cas de

force majeure (chômage, divorce, décès de l'assuré), le changement de formule s'effectue à l'échéance anniversaire et doit concerner l'ensemble des membres de la famille assurée. L'accès à un niveau de formule supérieur entraîne l'application des limites d'âges et des délais de stage correspondants.

ARTICLE 12 : LIMITATION AUX FRAIS RÉELS

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit.

ARTICLE 13 : EXCLUSIONS

Sont exclus :

- ▶ les événements, conséquences et suites de la guerre civile ou étrangère ou des faits de même nature,
- ▶ les conséquences de maladie ou d'accident qui sont le fait volontaire de l'assuré, de mutilations volontaires,
- ▶ les frais relatifs aux séjours en établissement spécialisé ou assimilé,
- ▶ les frais relatifs aux affections psychiatriques,
- ▶ les dépenses non prescrites ou sans nécessité médicale.

Sauf dispositions particulières indiquées au tableau de garanties, sont exclus :

- ▶ les actes ou prescriptions ne figurant pas aux nomenclatures des actes et prescriptions du régime obligatoire,
- ▶ les actes ou prescriptions figurant aux nomenclatures des actes et prescriptions de l'assurance maladie obligatoire mais ne faisant pas l'objet d'une prise en charge par celle-ci.

ARTICLE 14 : LIQUIDATION DES PRESTATIONS

Le versement des prestations est effectué sur présentation des décomptes délivrés par le régime obligatoire et, le cas échéant, des pièces originales justificatives demandées par l'assureur ou le gestionnaire.

Le preneur d'assurance s'engage à communiquer tout document demandé par l'assureur et notamment les décomptes de prestations de tout autre organisme participant à la prise en charge des prestations ainsi que les factures des praticiens.

Une retenue est appliquée sur chaque remboursement de prestation médicale, paramédicale, spécialité pharmaceutique, et plus généralement sur chaque type de frais de santé remboursé par le présent contrat soins de santé SANTALIA. Son montant est fixé aux conditions particulières et peut être modifié conformément aux dispositions légales ; en cas de modification, notification en est faite au preneur d'assurance par le biais de son avis d'échéance.

ARTICLE 15 : PAIEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations sont payées par SANTALIA, intervenant pour le compte de l'Assureur, au preneur d'assurance par virement sur un compte bancaire.

IV. PRIMES

ARTICLE 16 : DÉTERMINATION DES PRIMES

La prime est calculée selon la formule de garantie souscrite, l'âge et le nombre des bénéficiaires inscrits au contrat et selon le lieu d'habitation.

ARTICLE 17 : PAIEMENT DES PRIMES

17.1. Le montant de la prime est annuel. Elle est payable d'avance selon un fractionnement mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel par domiciliation sur

un compte bancaire auprès de SANTALIA SPRL. Elle est également payable par virement et dans ce cas uniquement selon un fractionnement annuel.

17.2. En cas de défaut de paiement de la prime dans les 10 jours qui suivent la date d'échéance, SANTALIA SPRL adresse au preneur d'assurance, pour le compte de l'Assureur, une mise en demeure l'informant que la garantie est suspendue après un délai de quinze jours à compter du lendemain du dépôt de la lettre recommandée.

Le défaut de paiement dans ce délai entraîne la résiliation de plein droit des garanties quinze jours après la date de suspension.

17.3. La garantie non résiliée reprend ses effets pour l'avenir, à midi, le lendemain du jour du paiement de la cotisation arriérée ou des fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et de celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que les intérêts, les frais de poursuites et de recouvrement. Les intérêts de retard sont fixés au taux de 10% l'an. Les frais de poursuites et de recouvrement sont fixés à 10% du montant des sommes dues avec un minimum de perception de 30 euros. Ces taux et montants peuvent être modifiés chaque année par SANTALIA SPRL. Les clauses reprises ci-dessus sont réciproques conformément à l'article VI.83, 17° du Code de Droit Economique. En conséquence, en cas de non-respect par SANTALIA SPRL de ses obligations, elle s'engage à verser au preneur d'assurance les mêmes intérêts et frais.

ARTICLE 18 : MODIFICATION DES PRIMES

18.1. En conformité avec la réglementation en vigueur, l'assureur peut modifier le montant des primes notamment en fonction de l'évolution des indices de prix ou des résultats techniques du contrat d'assurance.

18.2. Le montant des primes évolue en raison du changement d'âge du (des) assuré(s) conformément au tableau remis à l'adhésion.

Le changement d'âge est appliqué à l'échéance anniversaire du contrat. Il est déterminé par la différence de millésimes entre l'année de naissance et l'année d'assurance concernée.

V. DÉCLARATIONS ET ENGAGEMENTS DU PRENEUR D'ASSURANCE

ARTICLE 19 : OBLIGATIONS DU PRENEUR D'ASSURANCE

Le preneur d'assurance s'engage :

- ▶ à informer SANTALIA SPRL, intervenant pour le compte de l'assureur, de toute modification susceptible d'entraîner une modification de la cotisation et/ou de la garantie (et notamment, en ce qui concerne l'un ou l'autre des bénéficiaires, modification des garanties souscrites auprès de la Mutualité Belge ou d'un autre Assureur, ou encore, modification du lieu de domicile),
- ▶ à déclarer le sinistre à SANTALIA SPRL, intervenant pour le compte de l'assureur, dans un délai de six mois à compter de la date du remboursement par le régime obligatoire en produisant les pièces justificatives des dépenses,
- ▶ à régler à SANTALIA SPRL, intervenant pour le compte de l'assureur, les primes dues selon la périodicité et les modalités fixées au contrat,
- ▶ à aviser SANTALIA SPRL, intervenant pour le compte de l'assureur, de la date à laquelle les conditions d'assurabilité préalables au maintien du contrat d'assurance ne sont plus réunies (en dehors des conditions d'âge),
- ▶ à déclarer exactement, lors de la conclusion du contrat, toutes les circonstances connues de lui et qu'il doit raisonnablement considérer comme constituant pour l'assureur des éléments d'appréciation du risque. Toutefois, il ne doit pas déclarer à l'assureur les circonstances déjà connues de

celui-ci ou que celui-ci devrait raisonnablement connaître,

- ▶ à fournir sans retard à SANTALIA SPRL, intervenant pour le compte de l'assureur, tous les renseignements utiles et répondre aux demandes qui lui sont faites pour permettre le traitement des demandes de remboursement.

ARTICLE 20 : SUBROGATION

L'assureur qui a payé l'indemnité est subrogé, à concurrence du montant de celle-ci, dans les droits et actions de l'assuré ou du bénéficiaire contre le tiers responsable du dommage.

Si, par le fait de l'assuré ou du bénéficiaire, la subrogation ne peut pas produire ses effets en faveur de l'assureur, celui-ci peut lui réclamer la restitution de l'indemnité versée dans la mesure du préjudice subi. Sauf cas de malveillance, l'assureur n'a aucun recours contre les descendants, les ascendants, le conjoint et les alliés en ligne directe de l'assuré, ni contre les personnes vivant à son foyer, ses hôtes et les membres de son personnel domestique.

Toutefois l'assureur peut exercer un recours contre ces personnes dans la mesure où leur responsabilité est effectivement garantie par un contrat d'assurance.

ARTICLE 21 : PLURALITÉ D'ASSURANCE

Si un même intérêt est assuré contre le même risque auprès de plusieurs assureurs, l'assuré peut, en cas de sinistre, demander l'indemnisation à chaque assureur, dans les limites des obligations de chacun d'eux et des frais réellement payés.

VI. CONTRÔLE ET PRESCRIPTION

ARTICLE 22 : CONTRÔLE

L'assureur peut procéder à tout contrôle permettant de vérifier l'exactitude des renseignements produits par les assurés. Les décisions prises à l'issue des contrôles sont portées à la connaissance des intéressés par lettre explicative.

ARTICLE 23 : OMISSION OU INEXACTITUDE INTENTIONNELLE OU NON DU PRENEUR D'ASSURANCE

23.1. OMISSION OU INEXACTITUDE INTENTIONNELLE DU PRENEUR D'ASSURANCE

Lorsque l'omission ou l'inexactitude dans la déclaration est intentionnelle et induit l'assureur en erreur sur les éléments d'appréciation du risque, le contrat d'assurance est nul. Les primes échues jusqu'au moment où l'assureur a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude intentionnelle lui sont dues.

Les prestations payées par l'assureur et/ou le gestionnaire doivent être remboursées par le preneur d'assurance.

23.2. OMISSION OU INEXACTITUDE NON INTENTIONNELLE DU PRENEUR D'ASSURANCE

Lorsque l'omission ou l'inexactitude dans la déclaration n'est pas intentionnelle, le contrat n'est pas nul. L'assureur propose, dans un délai d'un mois à compter du jour où il a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude, la modification du contrat avec effet au jour où il a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude. Si la proposition de modification du contrat est refusée par le preneur d'assurance ou si, au terme d'un délai d'un mois à compter de la réception de la proposition, cette dernière n'est pas acceptée, l'assureur peut résilier le contrat dans les quinze jours.

ARTICLE 24 : PRESCRIPTION

Toute action dérivant du contrat d'assurance est prescrite par trois ans à compter de l'événement qui donne ouverture à l'action.

Toutefois, lorsque celui à qui appartient l'action prouve qu'il n'a eu connaissance de cet événement qu'à une date ultérieure, le délai ne commence à courir qu'à cette date, sans pouvoir excéder cinq ans à dater de l'événement, le cas de fraude excepté.

L'action récursoire de l'assureur contre l'assuré se prescrit par trois ans à compter du jour du paiement par l'assureur, le cas de fraude excepté.

La prescription ne court pas contre l'assuré ou le bénéficiaire qui se trouve par force majeure dans l'impossibilité d'agir dans les délais prescrits.

VII. DIVERS

ARTICLE 25 : AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE

Mutuelle Bleue est soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 61 rue Taitbout – 75009 Paris – France.

SANTALIA SPRL est soumise au contrôle administratif de la Financial Services & Markets Authority (FSMA) Rue du Congrès 12-14 à 1000 Bruxelles – Belgique. Pour votre information, le registre des intermédiaires d'assurances est tenu à jour par la FSMA, à 1000 Bruxelles, rue du Congrès 12-14, et peut être consulté sur www.fsma.be.

ARTICLE 26 : OMBUDSMAN ASSURANCES

Pour toutes vos questions ou problèmes, vous pouvez vous adresser en priorité à SANTALIA SPRL.

Des plaintes peuvent également être déposées auprès du Service Ombudsman Assurances, à 1000 Bruxelles, square de Meeûs 35 - Tél. 02/547 58 71 - Fax : 02/547 59 75 - www.ombudsman.as.

ARTICLE 27 : PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE

La collecte et l'usage des données à caractère personnel s'effectuent dans le respect de la loi Belge sur la protection de la vie privée.

En application de la loi du 8 décembre 1992, l'assuré a un droit d'accès et de rectification des informations détenues par SANTALIA SPRL et /ou par l'assureur en s'adressant à leurs sièges sociaux. L'assuré dispose également du droit de s'opposer à l'utilisation de ses données à des fins de marketing direct.

Le preneur d'assurance et ses bénéficiaires acceptent que les informations recueillies par SANTALIA SPRL relatives à leur santé soient accessibles aux personnes autorisées qui en ont besoin pour l'exercice de leurs tâches et ce hors la surveillance ou la responsabilité d'un professionnel des soins de santé.

ARTICLE 28 : TERRITORIALITÉ

La garantie est acquise en Belgique et dans les pays limitrophes dès lors qu'il y a prise en charge des frais médicaux de l'Assuré par son régime obligatoire.