Allianz

## Assurance liée à l'activité professionnelle
## SOINS DE SANTE - HOSPITALISATION

# Hospit-All

## KRINKELS S.A.

## KRINKELS GREENCARE S.A.

## KRINKELS BELGIE

**Document d'information à l'attention des membres du personnel assurés**

## Que faire pratiquement?

1. Avant de vous rendre à l'hôpital.

La majorité des hospitalisations sont planifiées en accord avec le médecin. Dès que vous connaissez la date de votre hospitalisation, faites le nous savoir: vous pouvez vous pré inscrire sur **www.assurcard.be** ou par notre numéro vert **0800 32 213** qui est à votre disposition entre 8.30h et 16h. En dehors de ces heures, une boîte vocale est à votre disposition. Nous vous rappellerons dès que possible au numéro que vous nous aurez laissé. Nous vous simplifierons la démarche de déclaration de votre hospitalisation.

Vous serez rassuré avant de vous rendre à l'hôpital sur l'intervention de votre assureur dans les frais exposés.

2. La déclaration.

Si vous ne nous avez pas contacté préalablement, utilisez votre **AssurCard** à l'hôpital via **la borne AssurCard**. Allianz Benelux s.a. est informé automatiquement de votre hospitalisation. Vous pouvez vous référer à la brochure explicative que vous avez reçue avec votre **AssurCard**.

Dans le cas où vous ne pourriez pas utiliser votre **AssurCard**, un formulaire "Déclaration en cas d'hospitalisation ou maladies graves" est à compléter, dater et signer. Ce formulaire est à envoyer directement à la compagnie Allianz Benelux s.a., Service Soins de Santé, 10C2ES, Rue de Laeken 35, 1000 Bruxelles qui vous en accusera réception et vous communiquera, après décision de notre médecin conseil, le numéro de sinistre relatif à la personne soignée.
La correspondance sera envoyée à l'adresse indiquée sur le formulaire de déclaration de sinistre. Veillez donc toujours à nous communiquer votre dernière adresse.

3. Le remboursement de la facture d'hospitalisation.

Quand vous utilisez **AssurCard**, Allianz Benelux s.a. paiera directement à l'hôpital et récupèrera après la partie à votre charge, c'est à dire:

- la franchise;
- les frais de confort et de luxe;
- les frais qui dépassent les plafonds prévus dans la convention;
- 50% des frais de soins de santé exposés qui ne sont pas remboursés par l'A.M.I., sauf s'ils sont repris dans une facture d'hospitalisation qui comporte au moins une prestation avec remboursement légal.

Si l'utilisation d'**AssurCard** n'est pas possible, vous devez transmettre tous les documents qui serviront de justificatifs pour le remboursement par Allianz Benelux s.a. C'est-à-dire:

- votre déclaration si celle-ci n'a pas encore été envoyée;
- l'original de la facture d'hospitalisation.

L'hôpital doit vous faire connaître les conséquences de votre choix, notamment si vous optez pour une chambre seule. Il doit vous communiquer les suppléments à votre charge relatifs aux frais de séjour et aux honoraires médicaux. Informez-vous et ne signez aucun document particulier qui reprendrait des montants supérieurs aux montants pratiqués et affichés.

Allianz Benelux s.a. a connaissance des tarifs des hôpitaux et se base sur ces tarifs pour effectuer ses remboursements.

Si vous signez un document directement avec votre médecin traitant en ce qui concerne les honoraires médicaux pour des traitements spécifiques, Allianz Benelux s.a. ne prendra pas en charge le dépassement d'honoraires réclamé. Vous pouvez introduire au préalable une demande auprès du médecin conseil d'Allianz Benelux s.a. Ce dernier pourra déroger aux montants dont question ci-dessus sur base d'un rapport médical attestant le caractère médicalement nécessaire des frais exposés et l'adéquation du traitement à la pathologie décrite.

4. Le remboursement des frais médicaux pré et post hospitalisation et relatifs aux maladies graves.

Vous devez transmettre tous les documents qui serviront de justificatifs pour le remboursement par Allianz Benelux s.a. C'est-à-dire:

- le relevé des honoraires médicaux avec la preuve des visites médicales et des frais médicaux (consultation, examens, traitements de kiné) en indiquant le montant des honoraires, le code A.M.I. et la quittance de la mutuelle avec le détail du remboursement légal;
- le relevé des médicaments prescrits par le médecin. Le pharmacien mentionne sur les notes ou directement sur le relevé:
  - le nom du médecin qui a prescrit les médicaments;
  - les nom et prénom du patient;
  - le nom de chaque médicament prescrit;
  - le PRIX PLEIN et le PRIX PAYE pour chaque médicament;
  - la date de fourniture;
  - le ticket de caisse, preuve de paiement et du remboursement par l'A.M.I.
- tout autre document apportant la preuve d'un paiement pour des frais spéciaux.

***NB*** ***- Gardez une copie de tous vos documents.***
***- Si vous respectez la procédure décrite ci-dessus, nous pouvons vous garantir le remboursement rapide des frais décrits dans les pages suivantes.***

Vous bénéficiez grâce à votre employeur d'une assurance "Soins de Santé" souscrite auprès de la société Allianz Benelux s.a. dont nous vous résumons les points importants.

## Qui bénéficie des garanties?

L'assuré principal (le membre du personnel) jusqu'à l'âge de 65 ans de la catégorie salarié (active) engagé sous contrat de travail par le preneur d'assurance et soumis à la Sécurité Sociale Belge, et le coassuré (sa famille):

- le conjoint qui bénéficie de la Sécurité Sociale belge et leurs enfants de moins de 25 ans, à charge du ménage et auxquels s'appliquent la législation relative aux allocations familiales;
- le cohabitant légal ou de fait (moyennant attestation de la commune) qui bénéficie de la Sécurité Sociale belge et leurs enfants de moins de 25 ans.
  Les enfants doivent être à charge du ménage et bénéficier d'allocations familiales.

Les administrateurs - délégués et les gérants sous statut d'indépendant pour lesquels une rémunération est allouée ou attribuée régulièrement et au moins une fois par mois par le preneur d'assurance, sont assimilés à des membres du personnel engagés sous contrat de travail.

## Quels sont les garanties et le service dont vous bénéficiez?

1. Hospitalisation
2. Les frais de soins de santé un mois avant et trois mois après une hospitalisation
3. Les frais de soins de santé en cas de 32 maladies graves
4. Assistance en dehors de la Belgique
5. Assistance en Belgique
6. Le service **AssurCard**

## 1. Hospitalisation

La convention garantit le remboursement des frais de soins de santé exposés au sein de l'établissement hospitalier, pendant une hospitalisation d'au moins une nuit à l'occasion d'une maladie, d'un accident, d'une grossesse ou d'un accouchement.
La garantie s'applique uniquement si les frais sont médicalement nécessaires, en relation directe avec la cause de l'hospitalisation, prescrits et prestés par les dispensateurs de soins reconnus.
Les frais concernés sont:

- les frais de séjour en chambre commune, à deux lits ou un lit;
- les honoraires relatifs aux prestations médicales et paramédicales, comme la kinésithérapie, la physiothérapie et la logopédie;
- les frais de prothèse ou d'appareil orthopédique;
- les médicaments et le matériel médical;
- les frais de biologie clinique, de radiologie, d'imagerie médicale;
- les soins dentaires, le placement de prothèses ou de matériel dentaires, les prestations stomatologiques, la chirurgie dentaire et l'orthopédie maxillo-dentaire faciale suite à un accident couvert sous réserve de l'accord préalable du médecin conseil de la compagnie;
- les prestations effectuées par un stomatologue durant une hospitalisation et qui sont la conséquence d'une maladie autre que les pathologies des dents, des gencives et de mâchoires et sous réserve de l'accord préalable du médecin conseil de la compagnie;
- pour les traitements de chirurgie plastique - esthétique qui ont un caractère fonctionnel et qui ont été acceptés par l'A.M.I., l'entreprise d'assurances remboursera les frais d'hospitalisation à l'exclusion des suppléments d'honoraires et du matériel pour lequel il n'y a pas de remboursement prévu par l'A.M.I.;
- le test dit 'de la mort subite', pour le nourrisson;
- les frais de transport par ambulance routière ou par hélicoptère exposés en Belgique;

- les frais d'hébergement d'un parent, dans la chambre de l'enfant âgé de moins de 14 ans;
- les frais mortuaires mentionnés sur la facture d'hospitalisation;
- les frais de séjour du donneur en cas de transplantation en faveur d'un assuré hospitalisé, avec un maximum de € 2.500;
- les soins palliatifs prodigués dans un service reconnu à ce titre, au sein de l'hôpital.
- hospitalisation dans le cadre du traitement « fécondation in vitro » est remboursée pour autant que les conditions requises par l'A.M.I., pour l'obtention d'un remboursement de la sécurité sociale soient remplies. Dans le cas où les conditions ne sont pas remplies, l'entreprise d'assurance ne rembourse aucun frais.

L'hospitalisation de jour dans un one day clinic est couverte pour autant:
- qu'il soit effectivement fait usage de la salle d'opération ou de plâtre et d'un lit d'hôpital; sont donc exclus le simple séjour dans les salles d'attente ou d'examens de l'hôpital et tout espace quelconque pour les services de consultation de l'hôpital;
- qu'un forfait A.M.I. (mini, maxi, A, B, C, D) soit porté en compte sur la facture d'hospitalisation.

## 2. Les frais de soins de santé un mois avant et trois mois après une hospitalisation

Les frais de soins de santé ambulatoires à votre charge, exposés en dehors d'une hospitalisation (ou l'accouchement à domicile) un mois avant et trois mois après celle-ci, sont remboursés:
- les honoraires relatifs aux prestations médicales et paramédicales comme la kinésithérapie, la physiothérapie et la logopédie;
- les frais de prothèse ou d'appareil orthopédique;
- les médicaments prescrits par un médecin;
- les traitements homéopathiques, acupuncture, chiropraxie et ostéopathie;
- l'achat de petit matériel médical et la location de matériel médical lourd.

## 3. Les frais de soins de santé en cas de 32 maladies graves

Les frais de soins de santé ambulatoires à charge de l'assuré en relation avec une des maladies graves énumérées ci-dessous, sont remboursés:

| | | |
|---|---|---|
| cancer | hépatite virale | maladie de Parkinson |
| diphtérie | poliomyélite | méningite cérébro-spinale |
| variole | fièvre typhoïde | fièvre paratyphoïde |
| encéphalite | tétanos | dystrophies musculaires progressives |
| SIDA | diabète | mucoviscidose |
| leucémie | tuberculose | sclérose en plaques |
| malaria | charbon | maladie de Crohn |
| maladie de Hodgkin | maladie de Creutzfeld-Jacobs | maladie d'Alzheimer |
| typhus | choléra | sclérose latérale amyotrophique |
| épilepsie | scarlatine | brucellose |
| affection rénale nécessitant un traitement par dialyse | | maladie de Pompe |

## 4. Assistance en dehors de la Belgique

**Tel. 24 heures sur 24, 7 jours sur 7: n° +32 2 773 61 09**

Les frais relatifs à une hospitalisation à l'étranger d'au moins une nuit et à votre charge sont remboursés. La garantie prévoit:
- les premiers secours et appel à l'assistance;
- avance de frais médicaux;
- le paiement de l'hébergement pour un membre de la famille jusqu'à concurrence de € 620 pour la présence au chevet de l'assuré hospitalisé s'il apparaît, dès les premiers contacts médicaux, que le transport ou le rapatriement ne peut être assuré dans les sept jours à dater de la déclaration de l'événement (délai non requis si l'enfant hospitalisé est un enfant de moins de dix-huit ans);

- rapatriement des enfants qui accompagnent l'assuré hospitalisé;
- rapatriement en cas de décès s'effectue jusqu'à concurrence d'un maximum de € 1.490;
- les frais de recherche et de sauvetage à concurrence d'un maximum de € 5.000 suite à un accident ou une disparition;
- l'envoi de médicaments et de matériel à condition qu'aucune alternative ne soit disponible à l'étranger; le service « doctor on call » qui organise et paie un contact téléphonique pour un assuré, qui est frappé par un problème de santé sérieux et inattendu pendant son séjour à l'étranger, avec un médecin en Belgique;
- l'aide psychologique organisée par téléphone pour un assuré et les parents proches, si celle-ci est requise immédiatement (pour les modalités: voir point 5. Assistance en Belgique ci-dessous).

## 5. Assistance en Belgique

**Tel.: 02/773 61 09**

Cette convention offre les garanties suivantes:

- l'Assisteur fournit téléphoniquement du lundi au vendredi entre 09h00 et 17h00 des informations sur les institutions pour soins à domicile, sur la location de matériel médical, sur les centres de revalidation et sur les maisons de repos pour les personnes âgées;
- l'Assisteur fournit téléphoniquement 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 des informations sur les établissements hospitaliers, les médecins de garde, les pharmaciens de garde et les services d'ambulance dans les environs de l'assuré;
- l'organisation de l'enregistrement de l'hospitalisation et de réservation d'une chambre dans un hôpital reconnu;
- l'organisation des travaux ménagers après une hospitalisation de minimum 3 nuits, pendant une durée de 2 mois et ce pour le service de nettoyage, de repassage, d'aide ménagère et d'achat des courses ménagères et jardinage;
- l'organisation et le paiement de la garde d'enfant jusqu'à l'âge de 14 ans pendant l'hospitalisation d'un des parents, pendant maximum 8 jours et avec une intervention de maximum € 65 par jour;
- l'organisation et le paiement de la garde d'un chien et/ou d'un chat appartenant à l'assuré pendant son hospitalisation et pour un montant maximum de € 125;
- l'organisation et le paiement des leçons de rattrapage pour un enfant assuré à l'école primaire ou secondaire après leur hospitalisation, pour un montant maximum de € 250;
- l'organisation et le paiement d'un chauffeur de remplacement pendant 3 jours maximum pour un assuré étant hospitalisé pour une durée de 3 nuits minimum et pour autant que l'assuré ait été reconnu médicalement incapable à conduire;
- l'organisation et le paiement de l'aide psychologique prescrite par un médecin pour une hospitalisation d'au moins 5 nuits suite à un accident et ce pour 5 sessions maximum chez un psychologue ou un psychothérapeute reconnu en Belgique;
- l'organisation et le paiement de l'aide psychologique prescrite par un médecin pour le parents proches de l'assuré décédé à la suite d'un accident ce pour 10 sessions maximum chez un psychologue ou un psychothérapeute reconnu en Belgique;
- les informations téléphoniques pour la préparation d'un voyage accessibles du lundi au vendredi entre 09h00 et 17h00. Il s'agit des précautions à prendre en matières médicales et d'hygiène, vaccinations obligatoires et conseillées, formalités administratives pour les voyageurs et moyens de transport et animaux domestiques, adresses des consulats étrangers, bureaux de tourisme en Belgique et des adresses des consulats belges à l'étranger.

## 6. Le service AssurCard

Chaque assuré dispose d'une carte électronique qui offre la possibilité de bénéficier du service du tiers payant, sans paiement d'acompte lors d'une hospitalisation en Belgique.
Pour toute information: **0800 32 213**.

Comment utiliser votre **AssurCard**?
Afin de recevoir le feu vert pour une prise en charge directe de vos frais d'hospitalisation, vous déclarez votre prochaine hospitalisation auprès d'Allianz Benelux s.a., selon une des méthodes suivantes au choix:

- soit en remplissant votre déclaration à **la borne AssurCard** présente dans la zone d'accueil de l'hôpital;
- soit en vous pré inscrivant de chez vous, sur **www.assurcard.be**;
- soit en vous pré inscrivant par téléphone au numéro gratuit **0800 32 213**.

Les conditions suivantes sont d'application:

- l'utilisation par l'assuré, titulaire de la carte, ou par son représentant, de la carte **AssurCard** implique l'accord de l'assuré de bénéficier du tiers payant et de transmettre les données médicales au médecin conseil de l'entreprise d'assurances. Cet accord sera renouvelé lors de chaque hospitalisation;
- les frais exposés pendant l'hospitalisation seront remboursés par l'entreprise d'assurance directement à l'hôpital;
- les frais non couverts par la convention ainsi que la franchise, seront réclamés à l'assuré et/ou au membre du personnel du preneur d'assurance et devront être remboursés par ce(s) dernier(s);
- la personne assurée recevra une lettre de décompte, lui donnant le détail de ces frais.

## La franchise.

La franchise est la partie des frais remboursables restant à charge de l'assuré.

La franchise est établie par année sinistre et par assuré.
L'année sinistre est calculée à partir du 1ier jour de la première hospitalisation et se termine 365 jours plus tard.

La franchise applicable est de € 250 par assuré et par année sinistre:

- une seule franchise est déduite des frais d'hospitalisation et des frais pré et post hospitalisation;
- en cas d'accouchement une seule franchise est calculée pour l'hospitalisation de la mère et de l'enfant;
- la franchise est applicable en cas d'accouchement à domicile;
- la franchise n'est pas applicable pour les frais de soins de santé ambulatoires en cas de maladie grave.
- La franchise sera supprimée en cas de choix pour une chambre commune.

## Quel est le montant que nous vous remboursons?

Si l'utilisation d'**AssurCard** n'est pas possible, les frais exposés mis à charge de l'assuré sont remboursés après réception des pièces justificatives.

Tous les frais médicaux à votre charge

- à 100% si l'A.M.I. intervient dans les frais,
- à 50% si il n'y a pas d'intervention de l'A.M.I.,
- les frais de soins de santé sans remboursement légal, repris sur une facture d'hospitalisation qui comporte au moins une prestation avec remboursement légal, seront remboursés à 100% ;

après déduction de la franchise, les frais de confort et luxe et la partie des frais qui dépasse les plafonds prévus dans la convention.

Si vous utilisez votre **AssurCard**, Allianz Benelux s.a. vous garantit le service décrit au point 6. Le service AssurCard de la troisième rubrique “Quels sont les garanties et le service dont vous bénéficiez?”:

- vous ne payez pas d’acompte,
- votre facture est payée directement à l’hôpital,

Allianz Benelux s.a. récupèrera après la partie des frais à votre charge:

- la franchise,
- les frais de confort et de luxe,
- les frais qui dépassent les plafonds prévus dans la convention,
- 50% des frais sans intervention de l’A.M.I., s’il y a aucune prestation mentionnée sur la facture d’hospitalisation pour laquelle il y a une intervention de l’A.M.I.

## Etendue territoriale.

La convention sort ses effets dans le monde entier, pour autant que l’assuré ne s’est pas rendu intentionnellement à l’étranger afin d’y recevoir des soins.

## Paiement d’une prime complémentaire et continuation en assurance hospitalisation individuelle.

1- Paiement d’une prime complémentaire :

L’assureur informe le preneur d’assurance de la possibilité pour l’assuré de payer individuellement une prime complémentaire. Le preneur d’assurance transmet cette information sans délai à l’assuré principal.
Le paiement de ces primes complémentaires, a pour effet qu’en cas de poursuite individuelle la prime que l’assuré devra payer à titre individuel tiendra compte des versements complémentaires effectués.

2- Poursuite à titre individuel sans formalité médicale et sans délai d’attente

Lorsque l’assuré principal compte au minimum deux années non interrompues d’assurance et qu’il perd le bénéfice de l’assurance collective, il a le droit de poursuivre l’assurance hospitalisation individuellement.
Lorsqu'un coassuré perd le bénéfice de l’assurance collective il a le droit de poursuivre l’assurance hospitalisation individuellement.

Le contrat sera établi sur base des conditions et de la tarification en vigueur pour les contrats d'assurance individuelle offerts par l'entreprise d'assurances au moment de la souscription de ce contrat.

Le preneur d’assurance informe l’assuré principal dans les trente jours suivant la perte du bénéfice de l’assurance collective, du moment précis de cette perte et de la possibilité de poursuivre le contrat individuellement.
De plus, il informe l’assuré principal du délai dans lequel celui-ci et le cas échéant, le coassuré peuvent exercer leur droit à la poursuite individuelle. Le preneur d’assurance transmet en même temps à l’assuré principal les coordonnées de l’entreprise d’assurances concernée.

Dans tous les autres cas, la souscription se fait avec formalités médicales et les délais d'attente sont comptés à partir de la date d'affiliation au contrat d’’assurance maladie collectif - hospitalisation.

**Risques non couverts/Exclusions.**

Les garanties ne sont jamais acquises pour un sinistre:

- survenant par événement de guerre, c'est-à-dire résultant directement ou indirectement d'une action offensive ou défensive d'une puissance belligérante ou de tout autre événement à caractère militaire;
- survenant à la suite d'émeutes, de troubles civils, de tous actes de violence collectifs d'inspiration politique, idéologique ou sociale, accompagnés ou non de rébellion contre l'autorité ou tous pouvoirs institués, si l'assuré y a pris une part active et volontaire;
- résultant de la participation volontaire à un crime ou un délit;
- résultant d'une tentative de suicide;
- causé intentionnellement par l'assuré ou le bénéficiaire ou résultant de tout acte notoirement téméraire, sauf en cas de sauvetage de personnes ou de biens;
- résultant d'alcoolisme ou de toxicomanie ainsi que les maladies ou accidents et leurs conséquences survenus à l'assuré alors qu'il se trouve en état d'ivresse ou sous l'influence de stupéfiants, de produits hallucinogènes ou d'autres drogues ou ceux causés par l'abus de médicaments, à condition qu'il soit démontré qu'il existe un rapport de causalité entre ces états et le traitement;
- résultant de tout fait ou succession de faits de même origine, dès lors que ce fait ou ces faits proviennent ou résultent des propriétés radioactives, toxiques, explosives ou autres propriétés dangereuses de combustibles nucléaires, produits ou déchets radioactifs, ainsi que les dommages résultant directement ou indirectement de toute source de radiations ionisantes;
- qui résulte de toute activité sportive rémunérée[1] en ce compris l'entraînement.

Les exclusions suivantes sont d'application:

1. <u>Dispositions relatives à la garantie hospitalisation</u>

   1.1 Le remboursement des frais est exclu:
   - pour une hospitalisation dont la cause fait l'objet d'une exclusion sur base des formalités médicales;
   - pour une hospitalisation en cours à la date d'affiliation de l'assuré;
   - pour une hospitalisation qui prend cours pendant le délai d'attente;
   - pour une hospitalisation relative à une infirmité et/ou une maladie existante au moment de l'affiliation de l'assuré et qui s'était déjà manifestée par des symptômes objectifs susceptibles d'être diagnostiqués. Toutefois, la garantie est acquise, si au cours de l'année qui suit la date d'affiliation, l'assuré n'a pas fait l'objet d'une hospitalisation ou d'un traitement médical en rapport avec la cause préexistante;
   - pour toute forme de stérilisation;
   - pour une hospitalisation pour laquelle l'assuré s'est rendu intentionnellement à l'étranger afin d'y recevoir des soins;
   - pour les traitements et les soins esthétiques. Toutefois pour les traitements de chirurgie plastique -esthétique qui ont un caractère fonctionnel et qui ont été acceptés par l'A.M.I., l'entreprise d'assurances remboursera les frais d'hospitalisation à l'exclusion des suppléments d'honoraires et du matériel médical pour lequel il n'y a pas de remboursement prévu par l'A.M.I.;
   - pour les soins dentaires, le matériel dentaire, les prothèses dentaires, les prestations stomatologiques, la chirurgie dentaire et l'orthopédie maxillo-dentaire faciale en ce compris les traitements orthodontiques, sauf
     a) les soins dentaires, le placement de prothèses ou de matériel dentaires, les prestations stomatologiques, la chirurgie dentaire et l'orthopédie maxillo-dentaire faciale suite à un accident couvert;
     b) les prestations effectuées par un stomatologue durant une hospitalisation et qui sont la conséquence d'une maladie autre que les pathologies des dents, des gencives et des mâchoires,

     sous réserve de l'accord préalable du médecin conseil de l'entreprise d'assurances.

1 sens de la loi du 24 février 1978 relative au contrat de travail du sportif rémunéré

1.2 Limitation de la garantie:

- pour l'hospitalisation dans un service de gériatrie ou de revalidation ou rééducation fonctionnelle à partir de la trente et unième nuit d'hospitalisation. En ce qui concerne les nuits supplémentaires, l'entreprise d'assurance limite son intervention au montant réclamé pour les frais de séjour en chambre à deux lits et à l'exclusion des suppléments d'honoraires. Lorsque deux séjours dans un service de gériatrie ou de revalidation ou rééducation fonctionnelle ne sont pas séparés par au moins trente jours, ils font partie de la même hospitalisation;
- les traitements des maladies neurologiques ou psychiques sont exclues sauf celles qui peuvent être médicalement objectivées par référence à la classification du Barème Officiel Belge des Invalidités. Les frais relatifs au traitement de ces affections nerveuses ou mentales ne sont remboursés que pour une durée d'hospitalisation de maximum deux ans consécutifs ou non, cumulés à partir du début de la première hospitalisation.
- hospitalisation dans le cadre du traitement « fécondation in vitro » est remboursée pour autant que les conditions requises par l'A.M.I., pour l'obtention d'un remboursement de la sécurité sociale soient remplies. Dans le cas où les conditions ne sont pas remplies, l'entreprise d'assurance ne rembourse aucun frais;
- pour les hospitalisations relatives aux traitements de l'obésité par médicaments ou par chirurgie, leurs suites et conséquences sauf si le médecin conseil de l'entreprise d'assurance a marqué préalablement son accord conformément à l'article 10.
  L'entreprise d'assurances remboursera les frais d'hospitalisation dans une chambre à deux lits, à l'exclusion des suppléments d'honoraires et du matériel médical pour lequel il n'y a pas de remboursement prévu par l'A.M.I.;
- les indemnitées dues dans le cadre du présent contrat d'assurance concernant des dommages causés par le terrorisme sont couvertes dans les termes, les limites et délais prévus par la loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme, étant entendu qu'Allianz Benelux s.a. est membre du pool sectoriel TRIP asbl, personne morale constituée en exécution des dispositions de cette loi.

2. <u>Dispositions relatives à la garantie des frais de soins de santé en cas de maladie grave</u>
   Le remboursement des frais est exclu si la maladie existait au moment de l'affiliation de l'assuré et s'était déjà manifestée par des symptômes objectifs susceptibles d'être diagnostiqués.
   Toutefois, la garantie est acquise, si au cours de l'année qui suit la date d'affiliation l'assuré n'a subi aucun traitement médical en rapport avec la cause préexistante.

3. <u>Dispositions relatives à la garantie d'assistances</u>
   Les garanties d'assistances aux personnes sont exclues dans les cas suivants:
   - convalescence et affection en cours de traitement;
   - rechute d'une maladie constatée avant le déplacement et comportant un risque réel d'aggravation;
   - les frais engagés après le moment fixé par l'Assisteur pour le rapatriement de l'assuré au cas où celui-ci ou ses proches refusent que le rapatriement ait lieu audit moment;
   - quand l'assuré s'est rendu intentionnellement à l'étranger afin d'y recevoir des soins.