

Rue des Croisiers, 24
4000 Liège
Tél. (04) 220.31.11
Télex 41216
Fax (04) 220.30.05

Société mutuelle des administrations publiques
Associations d'assurances mutuelles
Agréées sous les n° 0165, 0660, 0661, 0662
(A.R. des 4 et 13 juillet 1979, M.B. du 14 juillet 1979)

Numéro de police	: 4.480.748	Inspecteur	:
N°d'affilié	: 174234	Avenant n°	:
Police remplacée n°	:		

C O N D I T I O N S S P E C I A L E S

ASSURES

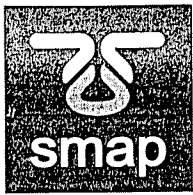
Sont assurées par la présente police les personnes réunissant les conditions d'affiliation énumérées ci-après :

1. tout membre du personnel ainsi que son conjoint ou assimilé affilié à la présente police avant l'âge de 65 ans jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle celui-ci atteint cette limite d'âge ;
2. tout membre du personnel ainsi que son conjoint ou assimilé au-delà de 65 ans pour autant que la date d'affiliation à la présente police soit antérieure à cette limite d'âge, jusqu'à son décès ;
3. les enfants des personnes mentionnées ci-avant auxquels s'applique la législation relative aux allocations familiales ou qui, ne bénéficiant plus de ces allocations, restent à charge desdites personnes ou domiciliées avec celle-ci.

Il est précisé qu'en cas de décès de l'assuré ouvrant le droit à l'affiliation, le conjoint ou assimilé et ses enfants à charge pourront continuer à bénéficier des garanties du contrat aussi longtemps qu'un remariage n'intervient pas.

GARANTIES

- A. Pour chaque prestation accordée à l'article 1 des conditions générales, la garantie de la Société mutuelle est accordée jusqu'à concurrence du triple du montant de l'intervention légale.
- B. Pour les frais ne donnant lieu à aucune intervention légale (articles 1.A.2, 1.B.2 et 1.C.2 des conditions générales) sont d'application :
 - a) une intervention à concurrence de 2500,00 EUR par assuré et par année calendrier pour l'ensemble des frais non remboursables de viscérosynthèse et de matériel d'endoprothèse, de matériel à usage unique utilisé au cours d'une intervention chirurgicale et de frais de médicaments non remboursables ou repris sous la catégorie "D" dans la nomenclature de l'INAMI ;
 - b) une intervention de 50 % pour les frais de traitement homéopathique, d'acuponcture, d'ostéopathie ou de chiropraxie si aucune intervention légale n'est accordée pour ces prestations.



Rue des Croisiers, 24
4000 Liège
Tél. (04) 220.31.11
Télex 41216
Fax (04) 220.30.05

Société mutuelle des administrations publiques

Associations d'assurances mutuelles

Agréées sous les n°s 0165, 0660, 0661, 0662

(A.R. des 4 et 13 juillet 1979, M.B. du 14 juillet 1979)

- C. Le remboursement des frais de séjour d'un parent dans la chambre d'un enfant hospitalisé âgé de moins de 14 ans est limité à 25,00 EUR par nuit.
- D. L'intervention dans les frais de séjour d'un donneur est accordée à concurrence de 1250,00 EUR.
- E. Les frais de transport liés aux maladies graves (article 1.C.2.b. des conditions générales) sont remboursés à concurrence d'un plafond global de 250,00 EUR par personne et par année calendrier.
- F. Pour les hospitalisations consécutives à une affection psychique, psychiatrique ou mentale, l'intervention de la Société mutuelle n'est octroyée que pour des périodes de séjour cumulées ne dépassant pas deux ans, à compter à partir du premier jour qui donne droit à un remboursement.
- G. L'intervention pour les frais obstétriques est accordée pendant une période maximum de douze jours et à concurrence de maximum 500,00 EUR.

FRANCHISE

La franchise est fixée à 74,37 EUR par assuré et par année calendrier.

Cette franchise n'est d'application que si l'assuré choisit une chambre à un lit pour convenance personnelle.

Aucune franchise n'est d'application dans le cas d'une maladie grave dont la liste est reprise à l'article 1.C.1. des conditions générales.

Dans le cas où la franchise est d'application pour une hospitalisation ininterrompue ayant lieu à cheval sur deux années calendrier consécutives, la Société mutuelle n'appliquera la franchise qu'une seule fois.

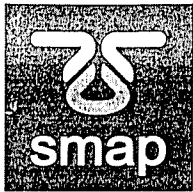
Lorsque plusieurs membres d'une même famille assurée par le présent contrat sont hospitalisés en même temps suite à un accident, la Société mutuelle appliquera une seule fois la franchise pour tous les membres de la famille et non séparément pour chaque membre.

PRIME

Les garanties de la présente police sont accordées moyennant le paiement d'une prime annuelle déterminée sur base des primes individuelles suivantes :

- assurés jusque 21 ans	26,25 EUR
- assurés entre 21 et 65 ans	105,00 EUR
- assurés entre 65 et 70 ans	210,00 EUR
- assurés au-delà de 70 ans	315,00 EUR

Ces primes sont à majorer de la cotisation INAMI.



Rue des Croisiers, 24
4000 Liège
Tél. (04) 220.31.11
Télex 41216
Fax (04) 220.30.05

Société mutuelle des administrations publiques

Associations d'assurances mutuelles

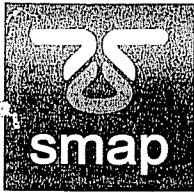
Agréées sous les n°s 0165, 0660, 0661, 0662

(A.R. des 4 et 13 juillet 1979, M.B. du 14 juillet 1979)

DECLARATION

Il est déclaré et convenu que l'assurance est accordée gratuitement à partir du troisième enfant pour les familles dont le nombre d'enfants est supérieur à trois.





Siège national
rue des Croisiers 24
B-4000 LIEGE
Tél. 04 220 31 11
Fax 04 220 30 05
url : <http://www.smap.be>
e-mail : info@smap.be

Société mutuelle des administrations publiques
Caisse commune pour l'assurance contre les accidents
"droit commun" et la responsabilité civile

CONDITIONS GENERALES

DEFINITIONS

Pour l'interprétation des conditions générales, particulières et spéciales de la présente police, on entend par:

- Société mutuelle** la Société mutuelle des administrations publiques, caisse commune pour l'assurance contre les accidents droit commun et la responsabilité civile.
- Preneur d'assurance** la ou les personnes, physiques ou morales qui souscrivent l'assurance au bénéfice des assurés tels que définis au littera ci-après et qui est ou sont tenu(s) au paiement de la prime.
- Assurés** les personnes désignées aux conditions spéciales, pour lesquelles la Société mutuelle reçoit une demande d'adhésion et qui dans ces conditions bénéficient des garanties mentionnées dans la police.
- Maladie** altération de l'état de santé ayant une cause autre qu'un accident, reconnue par un médecin légalement autorisé à pratiquer son art, soit en Belgique, soit dans le pays où se trouve l'assuré au moment de la constatation de la maladie.
- Accident** événement soudain qui produit une lésion corporelle et dont la cause ou l'une des causes est extérieure à l'organisme de l'assuré. L'accident doit être constaté par un médecin légalement autorisé à pratiquer son art, soit en Belgique, soit dans le pays où se trouve l'assuré au moment où il se produit.
- Franchise** partie des frais qui, en tout état de cause, reste à charge de l'assuré et dont le montant est défini dans les conditions spéciales.
- Hôpital** établissement public ou un établissement privé reconnu légalement comme hôpital, à l'exclusion des établissements psychiatriques fermés, des services ou établissements médico-pédagogiques, des maisons de repos, des institutions gériatriques ou services destinés au simple hébergement des personnes âgées, des institutions ou services destinés au simple hébergement des enfants, des personnes convalescentes, ainsi que ceux ayant reçu une agrégation spéciale en tant que maison de repos ou de soins.
- Hospitalisation** tout séjour médicalement nécessaire dans un hôpital pour lequel une indemnité de séjour est facturée. Cette notion comprend à la fois le séjour d'au moins une nuit et le concept "one day clinic", pour autant que les conditions suivantes soient réunies :
- la salle d'opération ou la salle de plâtrage a été effectivement utilisée ou un lit d'hôpital a été effectivement utilisé à l'exclusion du séjour dans les salles d'attente, les salles d'examen et les espaces réservés aux services de consultation externe des établissements hospitaliers;
 - il doit s'agir des prestations dans le cadre des mini- et maxi- forfaits ainsi que dans le cadre des forfaits A, B, C, D repris dans l'accord national entre les établissements hospitaliers et le service de soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie invalidité.
- En ce qui concerne les cures, une intervention n'est octroyée que pour autant que le traitement revête un caractère curatif, qu'il soit pratiqué dans un établissement satisfaisant aux conditions dont il est question ci avant et que la Société mutuelle ait marqué son accord par écrit avant le début du traitement.
- En ce qui concerne la tuberculose, la garantie est acquise pour les traitements en sanatorium et dans les établissements de soins pour tuberculeux.

Etablissement de soins palliatifs tout établissement de séjour reconnu destiné à l'hébergement de personnes dont l'état de santé nécessite un séjour dans l'établissement, ainsi qu'un traitement palliatif qui suppose une observation, une surveillance et un suivi qui ne peuvent se réaliser que dans cet établissement.

Intervention légale

- *pour les frais exposés en Belgique* :
tout remboursement prévu dans le cadre des législations belges relatives à l'assurance obligatoire maladie invalidité (régime des salariés), aux accidents du travail et aux maladies professionnelles ;
- *pour les frais exposés à l'étranger* :
tout remboursement prévu par une convention conclue avec ce pays et relative à la sécurité sociale des travailleurs salariés ou, à défaut, un montant fictif égal au remboursement prévu par les législations belges applicables aux travailleurs salariés.

OBJET DE L'ASSURANCE

Article 1

A. En cas d'hospitalisation :

Cette assurance garantit, à concurrence des montants repris dans le chapitre "garanties" des conditions spéciales, le remboursement des frais de soins de santé mentionnés ci-dessous après déduction éventuelle des interventions légales et extra-légales et la franchise éventuelle reprise aux conditions spéciales restant à charge des assurés.

1. En cas d'hospitalisation, à la suite d'une maladie, d'un accident, d'une grossesse ou d'un accouchement, la Société mutuelle rembourse, à concurrence des limites définies au chapitre "garanties" des conditions spéciales, les frais de soins de santé, pour autant qu'ils donnent lieu à une intervention légale dans le cadre des prestations reprises à la nomenclature de l'INAMI et soient encourus pendant le séjour dans un hôpital reconnu ou dans une institution de soins palliatifs reconnue.

Ainsi, la Société mutuelle rembourse :

- a) les frais de séjour, en ce compris les suppléments relatifs aux chambres à un ou deux lits;
 - b) les coûts des prestations médicales, les honoraires et suppléments d'honoraires;
 - c) les coûts des prestations paramédicales;
 - d) les frais de produits pharmaceutiques, bandages, matériel médical et autres adjuvants médicaux;
 - e) les frais de chirurgie et d'anesthésie;
 - f) les frais d'utilisation de la salle d'opération et de la salle d'accouchement;
 - g) les frais de soins dentaires, de prothèses dentaires, de prothèses thérapeutiques ainsi que d'appareils orthopédiques, lunettes, appareils auditifs, prothèses médicales et membres artificiels, dans la mesure où ceux-ci ont été placés durant l'hospitalisation et sont en rapport direct avec la raison de l'hospitalisation. Les prothèses de nature purement esthétiques ne sont pas remboursées;
 - h) les frais médicaux relatifs au nouveau-né encourus pendant l'hospitalisation de la mère et consécutifs à un accouchement couvert, en ce compris les frais médicaux relatifs à l'achat de cellules souches;
 - i) le test de la mort subite.
2. Qu'ils donnent lieu ou non à aucune intervention légale, sont également couverts :
- a) les frais non remboursables de viscosynthèse et de matériel d'endoprothèse;
 - b) le matériel à usage unique utilisé au cours d'une intervention chirurgicale;
 - c) les frais de médicaments non remboursables ou repris sous la catégorie "D" dans la nomenclature de l'INAMI;
 - d) les traitements homéopathiques, de chiropraxie, d'ostéopathie et d'acuponcture;
 - e) les frais :
 - de transport approprié urgent vers l'hôpital;
 - de transport approprié en cas d'hospitalisation, justifié pour raisons médicales;
 - le service mobile d'urgence (SMUR);

- f) les frais de séjour du donneur en cas de transplantation d'un organe ou d'un tissu en faveur de l'assuré;
- g) les frais de séjour d'un parent dans la chambre d'un enfant de moins de 14 ans (rooming-in);
- h) les frais de morgue pris en compte sur la facture de l'hôpital.

B. Pré- et post- hospitalisation :

1. Il s'agit des frais médicaux encourus pendant une période de 60 jours avant l'hospitalisation et de 180 jours après l'hospitalisation, en rapport direct avec la raison de l'hospitalisation et donnant lieu à une intervention légale de prestations reprises dans la nomenclature de l'INAMI.

Sont couverts pendant cette période :

- a) les frais de prestations médicales dispensées suite à une visite ou une consultation d'un médecin;
- b) les frais de prestations paramédicales prescrites par un médecin;
- c) les frais de remèdes médicaux prescrits par un médecin;
- d) les frais de prothèses médicales;
- e) les frais de membres artificiels.

2. Qu'ils donnent lieu ou non à une intervention légale, sont également couverts :

- a) les médicaments non remboursables ou repris sous la catégorie "D" dans la nomenclature INAMI;
- b) les traitements homéopathiques, la chiropraxie, l'ostéopathie et l'acupuncture;
- c) les frais de bandage et de matériel médical, à l'exclusion de tout type de produit généralement disponible dans le commerce non médical.

C. En cas de "maladie grave" :

1. En cas de survenance des maladies suivantes : cancer, leucémie, tuberculose, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, maladie de Parkinson, diphtérie, poliomyélite, méningite cérébro-spinale, variole, typhus, encéphalite, charbon, tétanos, choléra, maladie de Hodgkin, sida, hépatite infectieuse, scarlatine, diabète, affections rénales nécessitant une dialyse, maladie de Crohn, mucoviscidose, maladie d'Alzheimer, malaria, maladie de Pompe, maladie de Creutzfeld-Jacob et dystrophie musculaire progressive, l'assurance est étendue aux frais de soins de santé dispensés en dehors du milieu hospitalier, donnant lieu à une intervention légale des prestations reprises dans la nomenclature INAMI et en rapport direct avec la maladie.

Sont ainsi couverts :

- a) les frais relatifs aux soins spéciaux, aux analyses et examens nécessités par la maladie;
- b) les frais de prestations médicales, les honoraires et suppléments d'honoraires;
- c) les frais de prestations paramédicales;
- d) les frais de location de matériel divers;
- e) les médicaments;

2. Qu'une intervention légale soit accordée ou non, sont également couverts :

- a) les médicaments non remboursables ou repris sous la catégorie "D" dans la nomenclature INAMI;
- b) les frais de transport;
- c) les traitements homéopathiques, la chiropraxie, l'ostéopathie et l'acupuncture;
- d) les frais de produits pharmaceutiques, bandage, matériel médical et autres moyens médicaux, à l'exclusion de tout type de produit généralement disponible dans le commerce non médical;
- e) tous les autres frais pour lesquels la Société mutuelle a marqué préalablement son accord.

D. Accouchement à domicile, accouchement en polyclinique et soins obstétricaux :

Cette assurance est également d'application pour les frais médicaux relatifs à un accouchement à domicile, d'un accouchement en polyclinique et pour les soins obstétricaux. Dès lors, en cas d'accouchement à domicile ou d'accouchement en polyclinique, les garanties du chapitre "pré et post hospitalisation" telles que mentionnées à l'article 1 B. ci-dessus sont également d'application, en ce compris les frais médicaux pour le nouveau-né.

Par soins obstétricaux, il faut entendre les frais postérieurs à un accouchement facturés par un établissement de soins postnatals reconnu. Il s'agit des frais facturés par cet établissement pour les soins dispensés à domicile à la mère, au nouveau-né et à la famille par une aide obstétricienne qualifiée.

SINISTRES

Article 2

a) *Déclaration*

Dans ce cas, l'assuré doit, aussi rapidement que possible en faire la déclaration à la Société mutuelle par écrit au moyen du document prévu à cet effet.

L'assuré doit joindre à cette déclaration tout document, certificat et rapport qui est de nature à prouver l'existence et le degré de gravité de l'événement. La Société mutuelle pourra réclamer à l'assuré toute pièce qu'elle jugerait nécessaire.

b) *Transmission des justificatifs de frais*

L'assuré envoie à la Société mutuelle l'original de toute pièce justificative (facture d'hospitalisation, attestations de remboursement de la mutualité de l'assuré, reçus de pharmacies, etc). Une copie ne suffit pas.

Sur transmission des documents visés aux points a) et b) ci-dessus, la Société mutuelle rembourse le montant des frais visés à l'article 1, sous déduction :

- du montant de l'intervention légale ou d'un montant fictif identique dans le cas où, pour une raison quelconque, l'assuré ne peut prétendre à ladite intervention;
- du montant d'autres remboursements déjà perçus et des indemnités garanties par toute autre assurance hospitalisation complémentaire ou libre auprès de la mutuelle à laquelle est affilié l'assuré;
- du montant de la franchise contractuelle.

c) *Devoirs de l'assuré en cas de sinistre :*

L'assuré doit prendre toutes les mesures raisonnables pour prévenir et atténuer les conséquences du sinistre.

d) *Sanctions :*

- Si l'assuré ne remplit pas une des obligations du présent article et qu'il en résulte un préjudice pour la Société mutuelle, celle-ci a le droit de prétendre à une réduction de sa prestation à concurrence du préjudice qu'elle a subi ;
- La Société mutuelle peut décliner la garantie si elle peut démontrer que, dans une intention frauduleuse, l'assuré n'a pas exécuté les obligations énoncées au présent article.

e) *Cessation du paiement des indemnités :*

En cas de résiliation du contrat d'assurance, les interventions de la Société mutuelle cessent à partir de la date de fin du contrat.

DELAI D'ATTENTE

Article 3

Le délai d'attente est la période prenant cours à l'affiliation et pendant laquelle la Société mutuelle n'est redevable d'aucune prestation.

1. Le délai d'attente général est de trois mois. Ce stage est toutefois supprimé pour :

- a) les accidents ;
- b) les maladies infectieuses aiguës suivantes : rubéole, rougeole, varicelle, scarlatine, diphtérie, coqueluche, oreillons, poliomyélite, méningite cérébro-spinale, dysenterie, fièvre typhoïde et paratyphoïde, typhus exanthématique, choléra, variole, paludisme, fièvre récurrente, encéphalite, charbon et tétanos ;
- d) le conjoint en cas de mariage et le nouveau-né en cas de naissance, d'une personne déjà assurée pour autant que l'affiliation se fasse dans le mois qui suit la date de l'événement.

2. Pour les grossesses et accouchements, le délai d'attente est fixé à douze mois.

Les stages de trois mois en général et de douze mois en cas de grossesse et accouchement sont supprimés pour les personnes qui bénéficiaient d'une assurance antérieure garantissant des avantages similaires, pour autant qu'il se soit écoulé une période de trois mois, douze mois en cas de grossesse et accouchement, depuis la souscription de cette assurance et qu'il n'y ait pas d'interruption de couverture entre les deux contrats.

ETATS PREEXISTANTS

Article 4

Les prestations prévues à l'article 1 ne sont pas accordées aux assurés si l'affection (ou l'invalidité résultant d'un accident) pour laquelle il est fait appel à l'intervention de l'assurance existait avant la date d'adhésion à la présente police, même si les premières manifestations de l'affection n'ont pas permis de poser un diagnostic précis ou n'est pas couverte par un contrat d'assurance en cours.

L'aggravation de la maladie ou de l'affection est toutefois prise en considération lorsque l'assuré s'est affilié à la police depuis plus d'un an et n'a fait l'objet durant cette période d'aucun traitement médical résultant de la maladie ou de l'affection préexistante. La maladie ou l'affection découverte après trois ans d'affiliation à la police d'assurance, même si cette maladie ou affection existait avant la conclusion de cette police, est couverte.

EXCLUSIONS

Article 5

Les prestations résultant :

- a) d'un accident ou d'une maladie non contrôlable par examen médical ;
- b) d'un traitement esthétique ou de rajeunissement ; toutefois, les frais de chirurgie plastique réparatrice qui seraient occasionnés par une maladie ou un accident couvert seront pris en charge ;
- c) de maladies ou d'accidents survenus à l'assuré :
 - 1. en état d'ivresse, d'intoxication alcoolique ou sous l'influence de drogues, narcotiques ou stupéfiants utilisés sans prescription médicale, à moins que :
 - l'on ne prouve qu'il n'existe aucune relation causale entre la maladie ou l'accident et ses circonstances ;
 - l'assuré fournisse la preuve qu'il a utilisé par ignorance des boissons ou stupéfiants ou qu'il s'y est vu obligé par un tiers.
 - 2. par l'alcoolisme, la toxicomanie ou l'usage abusif de médicaments ;
- d) de la stérilisation, la contraception, l'insémination artificielle, la conception in vitro et les cures thermales ;
- e) d'un événement de guerre, que l'assuré y soit soumis en tant que civil ou militaire ; les troubles civils ou émeutes, sauf lorsque l'assuré n'y a pas pris une part active ou qu'il s'est trouvé dans un cas de légitime défense ;
- f) de la pratique d'un sport aérien ou entraînant l'usage d'un véhicule à moteur, de même que la pratique, en tant que professionnel(le), d'un sport quelconque ;
- g) des conséquences d'un fait intentionnel de la part de l'assuré, sauf s'il apporte la preuve qu'il s'agit d'un cas de sauvetage de personnes ou de biens ; des crimes et délits que l'assuré aurait commis ; des actes téméraires, paris ou défis ;
- h) de l'effet direct ou indirect de substances radioactives ou des procédés d'accélération artificielle des particules atomiques, à l'exception de l'usage de substances radioactives à des fins médicales ;
- i) de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide ;
- j) d'accidents lorsque l'assuré fait partie de l'équipage d'un transport aérien ou exerce pendant le vol une activité professionnelle ou autre en relation avec l'appareil ou le vol.

EXPERTISE MEDICALE

Article 6

Les prestations visées à l'article 1 ne sont accordées que sous réserve du droit pour la Société mutuelle de faire contrôler à tout moment par un médecin agréé par la Société mutuelle, l'état de santé de l'assuré. Le médecin choisi par l'assuré remet à l'assuré qui en fait la demande les certificats médicaux nécessaires à l'exécution du contrat.

LIMITES TERRITORIALES

Article 7

Il n'y a aucune limite territoriale, cette assurance est d'application dans le monde entier.

ENTREE EN VIGUEUR ET DUREE DE L'ASSURANCE

Article 8

L'assurance entre en vigueur au jour indiqué dans la police, à la condition expresse que celle-ci soit retournée signée par le preneur d'assurance à la Société mutuelle.

Les projets de police établis par la Société mutuelle ne peuvent être considérés, même après signature du proposant comme constituant une preuve ou un commencement de preuve d'une convention d'assurance.

L'existence d'une telle convention ne peut être admise entre les parties que par la production d'une police signée par la Société mutuelle et par le preneur d'assurance. Il en est de même en ce qui concerne les projets d'avenant.

L'assurance est conclue pour une première période qui prend fin à la première échéance annuelle.

Le contrat est renouvelé à l'échéance par reconduction tacite pour des périodes successives d'un an sauf lorsque une des parties s'y oppose par lettre recommandée envoyée par la poste au moins trois mois avant l'échéance du contrat.

L'assurance d'une durée inférieure à une année ne se renouvellera pas de plein droit.

PRIMES

Article 9

Les garanties de l'assurance sont accordées moyennant le paiement d'une prime annuelle déterminée sur la base des primes individuelles mentionnées aux conditions spéciales.

Le preneur d'assurance communiquera à la Société mutuelle la liste nominative (nom, prénoms, date de naissance) des personnes à assurer tout d'abord à la souscription de la police accompagnée des demandes d'adhésion et, ensuite, à chaque échéance annuelle suivante.

Le preneur d'assurance communiquera également :

- les nouvelles affiliations et les démissions qui surviendraient dans le cours de l'année d'assurance. En ce qui concerne les nouveaux affiliés, ils bénéficieront des garanties de la police dès le jour où la Société mutuelle reçoit la communication de leur affiliation ;
- les modifications dans la composition de la famille des assurés, susceptibles de modifier la prime (naissance, décès, mariage, etc.). Les modifications de prime et de garanties interviendront à la date même de l'événement, pour autant que la demande soit introduite dans le mois.

A chaque échéance, il sera perçu une prime provisoire d'après la liste nominative dont question ci avant ; cette prime sera régularisée en fonction des nouvelles adhésions et modifications survenues dans le courant de l'année d'assurance.

La prime est le prix de l'assurance. Elle est quérable et payable d'avance sur présentation de la facture ou de l'avis d'échéance.

Tous impôts, taxes et cotisations établis ou à établir du chef des primes perçues ou des sommes assurées sont et seront exclusivement à charge de l'assuré.

Ces impôts, taxes et cotisations sont perçus en même temps que les primes.

Article 10

En cas de non-paiement de la prime, la garantie est suspendue ou le contrat est résilié par lettre recommandée comprenant sommation à payer dans un délai de quinze jours à compter à partir du lendemain de son dépôt à la poste.

La suspension ou la résiliation n'a d'effet qu'à l'expiration dudit délai.

Si la garantie est suspendue :

- a) le paiement des primes échues met fin à la suspension ;
- b) à défaut de paiement, la Société mutuelle peut résilier le contrat. Dans ce cas, la résiliation prend effet à l'expiration d'un délai de quinze jours à dater du premier jour de suspension de la garantie. La prime impayée et les primes venues à échéance pendant le temps de la suspension sont acquises à la Société mutuelle à titre d'indemnités forfaitaires limitées à deux années consécutives.

Article 11

En cas d'hospitalisation ou de maladie grave :

- a) avant d'avoir payé la première prime ;
- b) ou après la date de suspension indiquée à l'article 10,

l'assuré ne peut faire appel à intervention et la prime payée après le début de l'hospitalisation ou de la maladie grave ne donne pas droit à une prise en charge des frais exposés à l'occasion de celles-ci.

De plus, chaque interruption de la garantie entraîne l'application de nouveaux délais d'attente, identiques à ceux renseignés à l'article 3.

MODIFICATION DU TARIF

Article 12

Si la Société mutuelle augmente son tarif, l'adaptation tarifaire est d'application à partir de l'échéance annuelle qui suit la date de sa notification au preneur d'assurance.

Le preneur d'assurance peut toutefois résilier le contrat dans les trois mois de sa notification.

Si l'adaptation tarifaire lui est notifiée moins de quatre mois avant l'échéance annuelle, le preneur d'assurance conserve la faculté de résilier le contrat dans un délai de trois mois à compter du jour de ladite notification.

Si la Société mutuelle réduit son tarif, le preneur d'assurance en bénéficiera à partir de l'échéance annuelle suivante.

SUBROGATION

Article 13

Par le seul fait du présent contrat, les assurés subrogent la Société mutuelle dans tous leurs droits et actions contre toutes personnes responsables du sinistre à quelque titre que ce soit et ce, jusqu'à concurrence des sommes payées ou à payer en raison du sinistre.

A la demande de la Société mutuelle, ils réitéreront cette subrogation par acte séparé. Il est toutefois entendu qu'aucun recours ne sera exercé par la Société mutuelle contre les assurés, même contre les parents ou tuteurs des assurés mineurs d'âge, sauf quand la responsabilité en cause est couverte par une autre assurance ou qu'elle résulte d'un fait volontaire.

TAXES, IMPOTS ET COTISATIONS

Article 14

Les frais de poursuites en paiement des primes et des suppléments de primes, ceux de contrats d'assurance et d'avenants, les droits de timbre et d'enregistrement, les amendes et autres accessoires sont à charge du preneur d'assurance.

Il en est de même du coût des pièces et documents à fournir par le preneur d'assurance à l'occasion d'un sinistre.

Tous impôts, taxes et frais établis ou à établir, sous une dénomination quelconque, par quelque autorité que ce soit, à charge de la Société mutuelle, du chef des primes perçues ou des sommes assurées, sont et seront exclusivement supportés par le preneur d'assurance et les assurés et seront perçus en même temps que la prime.

JURIDICTION - DOMICILE

Article 15

Toutes les contestations entre les assurés et la Société mutuelle auxquelles donnerait lieu l'exécution du présent contrat, soit en demandant, soit en défendant, seront soumises aux tribunaux compétents.

Les amendes fiscales et les frais d'enregistrement qui seraient dus en raison de la production en justice du contrat d'assurance, des avenants et, éventuellement, de la proposition d'assurance, seront à charge de la partie succombante.

Article 16

Pour être valables, les communications ou notifications destinées à la Société mutuelle doivent être faites à son siège en Belgique; celles destinées au preneur d'assurance sont valablement faites à l'adresse indiquée par celui-ci dans le contrat ou à l'adresse qu'il aurait notifiée ultérieurement à la Société mutuelle.

DISPOSITIONS GENERALES

Article 17

- a) Il est de convention expresse entre les parties que la lettre recommandée dont il est question dans différents articles de la police, constitue, par dérogation à l'article 1139 du Code civil, une mise en demeure suffisante et qu'il sera définitivement justifié de l'envoi de cette lettre par le récépissé de la poste, et de son contenu par les copies de lettres ou les dossiers de la Société mutuelle.
- b) Le preneur d'assurance s'oblige à la réception de toutes lettres et correspondances recommandées ou autres que lui adresseraient la Société mutuelle ou ses mandataires autorisés ; il sera responsable de toute infraction à cette obligation. En cas de refus d'acceptation de ces lettres et correspondances, elles seront considérées comme lui étant parvenues.
- c) Les clauses, conditions et stipulations, tant manuscrites qu'imprimées, de la présente police et de ses avenants sont de convention expresse et ne pourront dans aucun cas être réputées comminatoires, l'assurance n'étant contractée que sous la foi de leur pleine et entière exécution.
- d) Le preneur d'assurance reconnaît avoir reçu un exemplaire de nos statuts et en avoir pris connaissance. Il déclare y adhérer sans réserve. Ces statuts forment donc, conjointement avec les conditions générales, particulières et spéciales de la présente police, la base du contrat d'assurance.
- e) Les conditions particulières et spéciales complètent les conditions générales et les abrogent dans la mesure où elles leur seraient contraires.