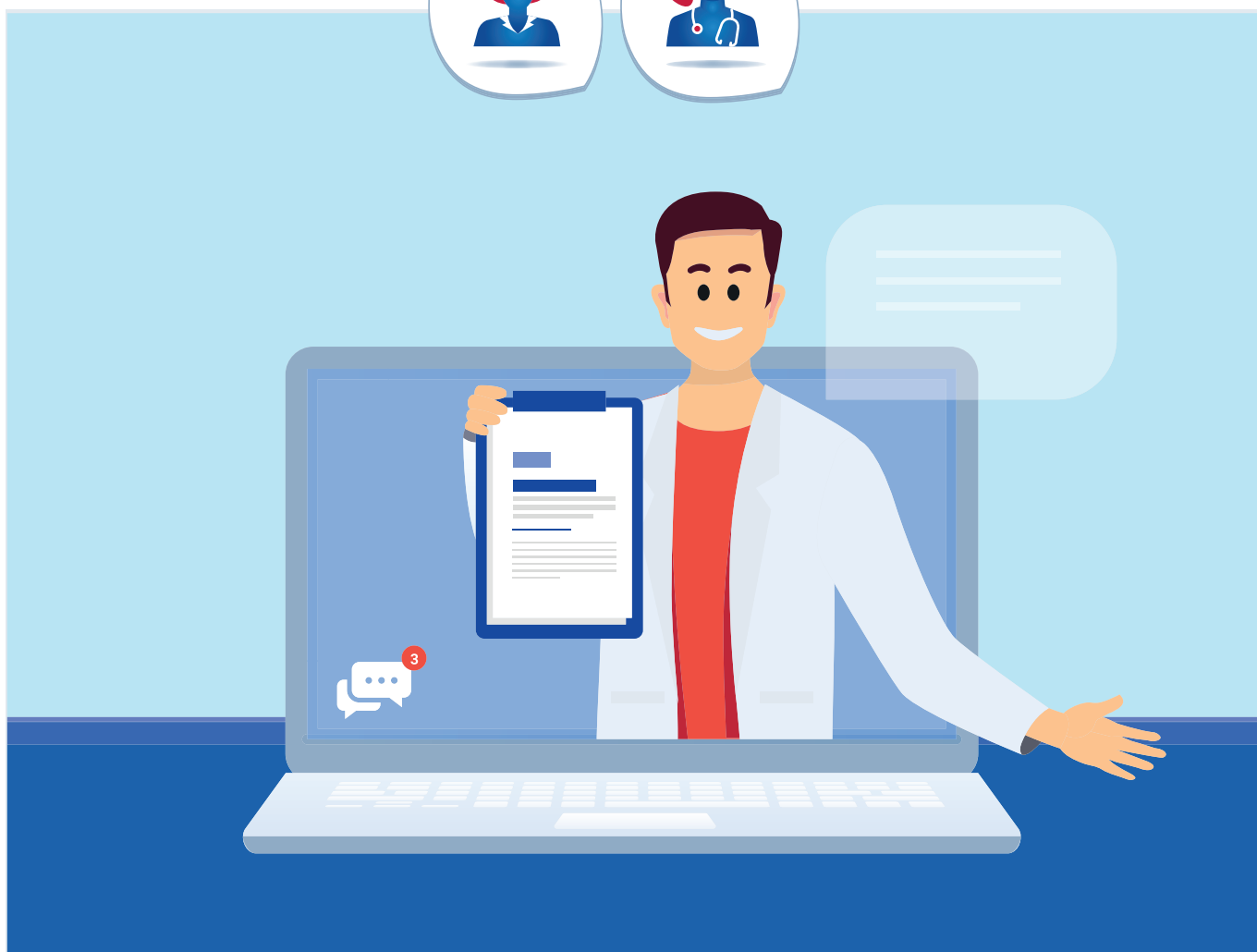
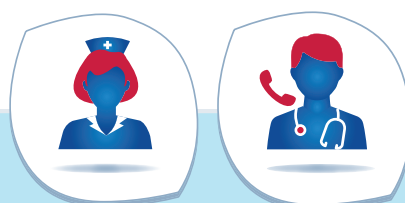




MediCall

Conditions générales



Valables à partir du 01/10/2024



En un clin d'œil

Votre contrat d'assistance MediCall

Quelles personnes sont assurées ?

- ✓ Les personnes nommément désignées aux Conditions Particulières du contrat sous le titre «personnes bénéficiaires». Elles doivent être domiciliées et résider habituellement en Belgique.
- ✓ Les personnes pouvant être assurées sont, selon le type de contrat souscrit un individu, un couple ou une famille. (Art 1.1.2°)

Quels sont les points forts de votre contrat ?

- ✓ L'accès illimité au service de téléconseil médical. (Art 3.1)
- ✓ L'intervention d'un Care Manager pour déterminer vos besoins suite à un état de dépendance. (Art.4.2)
- ✓ L'organisation de services à domicile (p.ex. transport médical, assistance animaux de compagnie, aide-ménagère, livraison de repas à domicile, service de courses, livraison de médicaments ou de matériel médical, aide psychologique, aide informatique...). (Art. 4.3)

Quelle est la validité de votre contrat ?

- ✓ Votre contrat prend cours à la date mentionnée aux conditions particulières et est valable pendant une durée d'un an. A son échéance, le contrat est renouvelé tacitement pour des périodes successives d'un an. (Art 1.5).

Où votre contrat est-il valable ?

- ✓ Le contrat est d'application en Belgique. (Art. 1.2)

Quelles sont les limites de votre contrat ?

- ✓ Le service de **téléconseil médical** ne permet en aucun cas la réalisation d'un diagnostic ou d'une prescription ou d'une prise en charge médicale et ne constitue ni directement, ni indirectement une consultation médicale. Elle est réservée aux personnes majeures. (Art. 3.1.1)
- ✓ Les **prestations de services du Care Manager** peuvent être activées si suite à une maladie soudaine ou un accident votre médecin traitant vous délivre un certificat médical vous déclarant en état de dépendance pendant une période de minimum 4 jours ou si vous êtes ou avez été hospitalisé pendant une période de minimum 3 jours. (Art. 4.2.1)
- ✓ Les **prestations de service du Care Manager** sont limitées à maximum 18 heures par dossier. (Art. 4.2.3)

Comment joindre Europ Assistance ?

- ✓ Joindre Europ Assistance pour un **demande d'assistance** :
 - Par e-mail : health@europ-assistance.be
 - Par téléphone : 02/533.75.00
- ✓ Joindre Europ Assistance pour une **demande administrative ou une modification de contrat** :
 - Par courrier : Europ Assistance - Cantersteen 47 – BE 1000 Bruxelles
 - Via la Zone client du site : www.europ-assistance.be
 - Via le Service Client au 02 541 91 91 du lundi au vendredi de 8h30 à 17h

Cette page est purement informative et doit toujours être lue avec les pages suivantes avec lesquelles elle forme un tout indivisible.

Sommaire

1. Conditions d'application du contrat	4	3. Téléconseil médical et informations médicales	6
1.1 Définitions	4	3.1 Description du service	6
1.2 Etendue géographique	4	3.2 Modalités d'accès au service de téléconseil médical	7
1.3 Accessibilité de nos services	4	3.3 Limitations du service de téléconseil médical	7
1.4 Modalités d'application	5	3.4 Avertissement	7
1.5 Durée	5		
1.6 Résiliation	5	4. Assistance suite à une hospitalisation ou une maladie de l'assuré	7
1.7 Modalités de résiliation et date d'effet	5	4.1 Ouverture d'un dossier	7
1.8 Primes	5	4.2 Intervention du Care Manager	7
1.9 Vos engagements lors d'une assistance	5	4.3 Prestations garanties	7
1.10 Non-respect de vos engagements	6		
1.11 Circonstances exceptionnelles	6	5. Exclusions	8
2. Cadre juridique	6		
2.1 Subrogation	6		
2.2 Reconnaissance de dette	6		
2.3 Prescription	6		
2.4 Attribution de juridiction	6		
2.5 Loi du contrat	6		
2.6 Plaintes	6		
2.7 Protection de la vie privée	6		
2.8 Fraude	6		

Conditions générales du contrat MediCall d'Europ Assistance

Note préliminaire : Nous (Europ Assistance) ne fournirons aucune couverture, ne prendrons en charge aucune prestation, ne verserons aucune indemnité et ne fournirons aucun avantage ou service décrit dans le présent document si cela peut nous exposer à une sanction, à une interdiction ou à une restriction internationale telle que définie par l'Organisation des Nations Unies, l'Union européenne ou les États-Unis d'Amérique.

Pour plus d'information, consultez <https://www.europ-assistance.be/limitations-territoriales>.

1. Conditions d'application du contrat

1.1 Définitions

1° Le preneur d'assurance

Le souscripteur du contrat. Celui-ci doit être une personne physique domiciliée en Belgique.

2° Les assurés

Les personnes nommément désignées aux Conditions Particulières du contrat sous le titre «personnes bénéficiaires», à la condition qu'elles soient domiciliées et qu'elles résident habituellement en Belgique.

Les personnes pouvant être assurées sont, selon le type de contrat souscrit :

- Individuel : Une seule personne.
- Couple : Le couple de droit ou de fait vivant sous le même toit ou deux personnes vivant ensemble sous le même toit.
- Famille : Le couple de droit ou de fait, ses parents et ses enfants célibataires à charge ou pas à charge, tous vivant sous le même toit, en ce compris les enfants non mariés résidant ailleurs en Belgique pour raison d'études ou stage d'études. Les enfants non mariés de parents divorcés peuvent être assurés où que soit leur domicile en Belgique.

Les assurés seront aussi désignés dans le présent contrat sous le vocable de « vous ».

3° L'assureur

EUROP ASSISTANCE BELGIUM, TVA BE 0738.431.009 RPM Bruxelles, Cantersteen 47, 1000 Bruxelles, succursale belge d'Europ Assistance SA, assureur de droit français ayant son siège social au 2, rue Pillet-Will à 75009 Paris, France (451 366 405 RCS Paris), agréée sous le code 0888 pour les branches 1,9,13,16 et 18 sous la surveillance de la Banque Nationale de Belgique, Boulevard de Berlaimont 14, 1000 Bruxelles.

L'assureur sera aussi désigné dans le présent contrat sous le vocable de « nous ».

4° Le Care Manager

La personne de contact spécialisée qui prend en charge et assure le suivi du dossier des assurés.

5° L'équipe médicale

L'équipe médicale d'Europ Assistance habilitée à traiter les prestations et les demandes d'information médicales sollicitées par les assurés. Ce personnel est constitué de médecins et d'infirmiers qui prennent en charge les demandes médicales de téléconseil (voir Chapitre 3) dans le respect de leurs règles déontologiques.

6° La dépendance

Se réfère à l'état des personnes qui ne sont physiquement pas en état de s'occuper d'elles-mêmes.

7° Le domicile

Le lieu où les personnes assurées sont inscrites à titre principal sur les registres de la population. Ce lieu s'étend à tout ce qui lui est privatif (habitation, jardin, parc, annexes, garages, écuries, etc.).

8° La garantie

L'ensemble des prestations auxquelles nous nous sommes contractuellement engagés. Tout montant indiqué par la présente convention (garantie de remboursement, prise en charge, ...) s'entend toutes taxes comprises (ttc).

9° Les événements assurés

Ce sont les événements donnant droit à des prestations assurées lorsqu'ils surviennent de manière fortuite dans le cadre géographique du présent contrat. Ces événements sont décrits à l'article 4.2.1 (Événements assurés) de la présente convention.

10° L'accident corporel

Toute atteinte à l'intégrité physique ayant pour cause un cas fortuit indépendant de la volonté de l'assuré, constatée de manière irréfutable par un médecin et provoquant des blessures corporelles.

11° La maladie

Une altération de la santé de l'assuré dûment constatée par un médecin, nécessitant des soins médicaux et présentant un caractère soudain et imprévisible.

12° La maladie grave ou chronique

Toute affection grave ou chronique nécessitant des soins médicaux constants ou réguliers en vue de la traiter et d'en prévenir les complications.

13° La rechute

Reprise d'une affection chronique dont les symptômes étaient stabilisés avec ou sans traitement médical.

14° L'état pathologique préexistant

Toute maladie, affection ou autre état pathologique qui préalablement à l'entrée en vigueur de cette convention:

- s'est manifesté pour la première fois, s'est aggravé, est devenu aigu ou montrait des symptômes qui auraient poussé une personne raisonnable à demander un diagnostic, ou de chercher des soins ou traitements; ou
- aurait dû être combattu avec des médicaments prescrits; ou
- a été traité par un médecin ou pour lequel un traitement par un médecin avait été recommandé.

15° Le médecin

Toute personne physique travaillant en Belgique qui est légalement autorisée à pratiquer la médecine, en vertu d'un diplôme agréé de Docteur en Médecine et qui est inscrit à l'Ordre des Médecins.

16° L'hôpital

Est considéré comme un hôpital privé ou public, chaque institution qui répond aux conditions légales du pays dans lequel il est situé et qui répond en outre aux conditions ci-dessous, à savoir,

- les malades ou blessés qui y résident sont reçus et traités;
- le séjour du malade ou blessé n'est autorisé que sous contrôle de son ou ses médecin(s), qui sont obligés d'assurer une permanence;
- l'équipement médical adéquat pour les diagnostics et le traitement des malades ou blessés est opérationnel et le cas échéant des interventions chirurgicales peuvent être effectuées au sein de l'institution ou dans une institution sous son contrôle;
- les soins sont effectués par ou sous contrôle de personnel infirmier.

17° Le sinistre

Toute demande d'assistance ou de remboursement au titre d'une garantie de la présente convention.

18° Le dossier

Toute demande d'assistance acceptée par l'Assureur sur base d'un événement assuré et pour lequel l'Assureur met en œuvre les prestations telles que mentionnées aux Chapitres 3 et 4 de la présente convention.

1.2 Etendue géographique

La garantie s'applique en Belgique.

1.3 Accessibilité de nos services

Le service de téléconsultation médicale (voir 3.1) est accessible du lundi au samedi, de 8 heures à 16 heures au n° 02/533.75.00. Ce service n'est pas accessible les dimanches et jours fériés.

Nos services d'assistance (Care Management) sont joignables 24h par jour, 7 jours sur 7 en contactant les numéros ou l'adresse ci-après :

Téléphone : 02/533.75.00

Fax : 02/533.77.75

E-mail : health@europ-assistance.be

1.4 Modalités d'application

1° Prestations d'assistance

Nos prestations ne peuvent en aucun cas constituer pour vous une source de profit financier. Elles sont destinées à vous aider, dans les limites de la convention, lors d'événements incertains ou fortuits survenant pendant la durée de la garantie. Toutes les prestations non sollicitées ou non consommées, ainsi que celles refusées par l'assuré ne donnent pas droit à posteriori à une indemnité compensatoire.

2° Prestataire

Vous êtes toujours en droit de récuser le prestataire de services que nous vous envoyons (ex. : dépanneur, réparateur, transporteur). Dans ce cas, nous vous proposerons d'autres prestataires proches, dans la limite des disponibilités locales. Les travaux, réparations ou services que le prestataire entreprend se font avec votre accord et sous votre contrôle. Pour les frais de réparation et de fourniture de pièces non prévus dans le présent contrat, il vous est conseillé d'exiger un devis préalable. Le prestataire est seul responsable des travaux, réparations ou services effectués.

3° Remboursement de frais

Si nous vous autorisons à avancer les frais de prestations garantis, ces frais vous sont remboursés dans la limite de ceux que nous aurions consentis si nous avions nous-mêmes fourni le service.

4° Assistance à la demande

Lorsque notre assistance n'est pas garantie par le contrat, nous acceptons, à certaines conditions, de mettre nos moyens et notre expérience à votre disposition pour vous aider, tous frais à votre charge. Consultez-nous au préalable.

5° Contraintes légales

Pour l'application de la garantie, vous acceptez les contraintes ou limitations résultant de l'obligation que nous avons de respecter les lois et règlements administratifs ou sanitaires des pays dans lesquels nous intervenons.

1.5. Durée

1° Durée et fin du contrat

Le contrat prend effet dès la signature de la police présignée ou de la demande d'assurance par le preneur d'assurance. Il est souscrit pour une durée de 1 an. À son échéance, le contrat est tacitement reconduit pour des périodes successives de 1 an, sauf si le preneur d'assurance s'y oppose au moins 2 mois avant l'échéance ou si l'assureur s'y oppose au moins 3 mois avant l'échéance, soit par lettre recommandée, soit par exploit d'huissier, soit en remettant la lettre de résiliation contre récépissé.

Le preneur d'assurance peut, après l'expiration d'un délai de 1 an à compter du début du contrat d'assurance, résilier le contrat à tout moment et sans frais ni pénalités. Dans ce cas, la résiliation prend effet après l'expiration d'un délai de 2 mois à compter du jour suivant la notification ou à compter du jour suivant la date de l'accusé de réception, ou, en cas de lettre recommandée, à compter du jour suivant son dépôt.

2° Prise d'effet de la garantie

Sans préjudice à l'article 1.6, la garantie prend cours à la date mentionnée par le Preneur d'assurance aux conditions particulières du contrat ou dans la demande d'assurance, pour autant que la prime soit payée au plus tard le jour précédant cette date. A défaut, la police prend effet le lendemain à 0 heure du jour du paiement de la prime.

3° Faculté de dénonciation

Le preneur d'assurance a la faculté, dans un délai de 14 jours à compter de l'entrée en vigueur de la police présignée, de le résilier par lettre recommandée avec effet immédiat le jour de sa notification. Nous avons la même faculté dans le même délai, notre résiliation devenant effective 8 jours après sa notification. En cas de dédit, nous remboursions au preneur d'assurance la différence entre la prime payée et la prime que nous aurions appliquée pour couvrir la durée effective de garantie.

1.6. Résiliation

Le contrat peut être résilié :

1° Par chacune des parties dans les cas énoncés à l'article 1.5.1° et 3°.

2° Par chacune des parties, après une demande d'assistance ou de remboursement, au plus tard 1 mois après notre règlement ou notre refus de régler. Cette résiliation entre en vigueur à l'expiration d'un délai d'au moins 3 mois à compter du lendemain de la signification, du lendemain de la date du récépissé ou du lendemain de la date du dépôt de l'envoi recommandé.

3° Par les ayants droit du preneur d'assurance en cas de décès de celui-ci, au plus tard dans les 3 mois et 40 jours du jour où ils auront eu connaissance du décès.

4° Par le preneur d'assurance :

- si nous modifions les conditions d'assurance ou le tarif dans les circonstances énoncées en 1.8.3° ;

- si nous résilions une partie de la garantie ;

- si nous refusons d'accorder une diminution de la prime dans le délai d'un mois à compter de la demande de diminution formulée par le preneur d'assurance, pour autant que le risque de survenance des événements assurés ait diminué en cours de contrat d'une façon sensible et durable et que cette réduction eut été consentie si la diminution avait existé à la conclusion du contrat.

5° Par nous, en cas de non-paiement de la prime à l'échéance, aux conditions énoncées en 1.8.2°.

1.7 Modalités de résiliation et date d'effet

1° La résiliation du contrat se fait par exploit d'huissier, par lettre recommandée ou par remise de la lettre de résiliation contre récépissé.

2° Sauf dans les cas visés aux articles 1.5, 1.6.2°, 1.7.3° ci-dessous et 1.8.2°, la résiliation prend effet à l'expiration d'un délai d'un mois à compter du lendemain de la signification ou de la date du récépissé ou, dans le cas d'une lettre recommandée, à compter du lendemain de son dépôt à la poste.

3° Notre résiliation après déclaration d'une assistance prend effet 1 mois après la date de sa notification, lorsque le preneur d'assurance ou l'assuré ont manqué, dans l'intention de nous tromper, à l'une des obligations énoncées à l'article 1.9.

4° Lorsque nous modifions les conditions d'assurance ou le tarif, nous adaptons le contrat à l'échéance annuelle suivante et notifions cette adaptation au preneur d'assurance au moins 4 mois avant l'échéance annuelle de son contrat d'assurance de telle sorte que l'adaptation prenne effet à l'échéance suivante. Toutefois, nous nous réservons également le droit de notifier ultérieurement la modification tarifaire mais, dans ce cas, le preneur d'assurance a le droit de résilier son contrat dans un délai de 3 mois à compter du jour de ladite notification, ce droit de résiliation y étant formellement mentionné.

1.8 Primes

1° Caractéristiques

La prime, majorée des taxes et cotisations, est payable par anticipation, à notre demande ou à la demande de l'intermédiaire d'assurance désigné aux conditions particulières. Conformément à l'article 1.5.2°, le paiement de la première prime est la condition de la prise d'effet de la garantie.

2° Non-paiement de la prime à l'échéance

- A défaut de paiement de la prime à l'échéance, nous pouvons suspendre la garantie ou résilier le contrat à condition que le preneur d'assurance ait été mis en demeure par lettre recommandée à la poste.
- La suspension de la garantie ou la résiliation du contrat prennent effet à l'expiration d'un délai de 15 jours à compter du lendemain du dépôt de la lettre recommandée à la poste.
- Si la garantie est suspendue, elle ne reprend ses effets que le lendemain du jour du paiement de la prime.
- Nous pouvons aussi, dans la mise en demeure visée ci-dessus, signifier au preneur d'assurance qu'une fois la garantie suspendue, le contrat sera résilié. Dans ce cas, la résiliation prend effet à l'expiration d'un délai de 15 jours à compter du premier jour de la suspension. Si nous n'avons pas fait état de la résiliation, le contrat dont la garantie est suspendue ne pourra être résilié que moyennant une nouvelle mise en demeure conformément à l'alinéa 1 ci-dessus.

3° Modification des conditions d'assurance ou du tarif d'assurance

Lorsque l'assureur modifie les conditions d'assurance ou le tarif, il adaptera le contrat à la date de la prochaine échéance.

4° Crédit de prime

En cas de résiliation du contrat pour quelque cause que ce soit ou en cas de diminution des prestations d'assurance, les primes payées afférentes à la période d'assurance postérieure à la date d'effet de la résiliation ou la partie de prime correspondant à la diminution des prestations sont remboursées au preneur d'assurance dans un délai de 30 jours à compter de la prise d'effet de la résiliation ou de la diminution des prestations

1.9 Vos engagements lors d'une assistance

Vous vous engagez :

- à nous informer dans les plus brefs délais par téléphone, lettre ou e-mail, sauf cas de force majeure, pour que nous puissions organiser de manière optimale l'assistance demandée et pour vous autoriser à exposer les débours garantis;
- à nous faire parvenir dans les plus brefs délais votre rapport médical décrivant votre état pathologique actuel, envoyé à l'attention de notre médecin conseil à l'adresse health@europ-assistance.be ou par fax au 02/533 77 75.
- à nous fournir tous les éléments relatifs au contrat souscrit;

- à vous conformer aux solutions que nous préconisons;
- à respecter les obligations spécifiques aux prestations demandées et qui sont énoncées dans le présent contrat;
- à répondre exactement à nos questions en rapport avec la survenance des événements assurés;
- à nous informer de manière détaillée quant aux éventuelles autres assurances ayant le même objet et portant sur les mêmes risques que ceux couverts par le présent contrat;
- à nous fournir les justificatifs originaux de vos débours garantis;
- à nous soumettre toutes les déclarations médicales ou autres informations que nous jugeons indispensables.

1.10 Non-respect de vos engagements

Lorsque vous ne respectez pas l'une des obligations énoncées à l'article 1.9, nous pouvons :

- réduire la prestation contractuelle ou vous réclamer nos débours, à concurrence de notre préjudice ;
- décliner la prestation contractuelle ou vous réclamer la totalité de nos débours, si votre manquement a lieu dans une intention frauduleuse.

1.11 Circonstances exceptionnelles

Nous ne sommes pas responsables des retards, manquements ou empêchements pouvant survenir dans l'exécution des prestations lorsqu'ils ne nous sont pas imputables ou lorsqu'ils sont la conséquence de cas de force majeure.

2. Cadre juridique

2.1 Subrogation

L'assureur est subrogé dans vos droits à concurrence de ses débours et pourra exercer tous vos recours contre les tiers.

Sauf en cas de malveillance, nous n'avons aucun recours contre vos descendants, ascendants, conjoint, alliés en ligne directe, ni contre les personnes vivant sous votre toit, vos hôtes et les membres de votre personnel domestique. Toutefois, nous pouvons exercer un recours contre ces personnes dans la mesure où leur responsabilité est effectivement garantie par un contrat d'assurance.

2.2 Reconnaissance de dette

Vous vous engagez à nous rembourser dans un délai d'un mois le coût des prestations qui ne sont pas garanties par la convention et que nous vous avons consenties à titre d'avance.

2.3 Prescription

Toute action dérivant de la présente convention est prescrite dans un délai de 3 ans à compter de l'événement qui lui donne naissance.

2.4 Attribution de juridiction

Tout litige relatif à la présente convention est de la compétence exclusive des tribunaux belges.

2.5 Loi du contrat

Le présent contrat est régi par la Loi du 4 Avril 2014 sur les assurances (M.B. 30 Avril 2014).

2.6 Plaintes

Toute plainte au sujet du contrat peut être adressée à

- Europ Assistance Belgium à l'attention du Complaints Officer, Cantersteen 47 à 1000 Bruxelles (complaints@europ-assistance.be), Tél.: 02/ 541.90.48 du lundi au jeudi de 10h à 12h et de 14h à 16h.

ou à

- L'Ombudsman des assurances, Square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles (<https://www.ombudsman-insurance.be>, info@ombudsman-insurance.be) sans préjudice de la possibilité pour le preneur d'assurance d'intenter une action en justice.

2.7 Protection de la vie privée

Nous traitons vos données conformément aux réglementations et directives nationales et européennes. Vous trouverez toutes les informations concernant le traitement de vos données personnelles dans notre déclaration de confidentialité. On peut les trouver à l'adresse suivante : www.europ-assistance.be/privacy. Cette déclaration de confidentialité contient, entre autres, les informations suivantes :

- Coordonnées du délégué à la protection des données (DPD) ;
- Les finalités du traitement de vos données personnelles ;
- Les intérêts légitimes pour le traitement de vos données personnelles ;

- Les tiers qui peuvent recevoir vos données personnelles ;
- La durée de conservation de vos données personnelles ;
- La description de vos droits en ce qui concerne vos données personnelles ;
- La possibilité d'introduire une réclamation concernant le traitement de vos données personnelles.

Dans le cadre de votre utilisation des services prévues dans ce contrat et lors de votre appel, vous êtes invités à émettre votre consentement explicite, après délivrance d'une information préalable aux fins de la collecte et du traitement de vos données à caractère personnel dans le cadre de la mise en œuvre des prestations prévues dans ce contrat, en ce compris les données de santé vous concernant.

Votre consentement est recueilli, lors de votre appel, à l'oral, auprès de votre interlocuteur, le consentement que vous avez exprimé étant suivi d'un mail/sms de confirmation du recueil de votre consentement à votre adresse mail/votre numéro de téléphone.

Vous avez la possibilité de retirer votre consentement gratuitement et à tout moment, à l'oral, auprès de votre interlocuteur, le retrait de votre consentement étant suivi d'un email/sms confirmant le retrait.

2.8 Fraude

Toute fraude de la part de l'assuré dans l'établissement de la déclaration de sinistre ou dans les réponses aux questionnaires a pour conséquence que l'assuré est déchu de ses droits vis-à-vis de l'assureur. Tout document devra donc être rempli de manière complète et minutieuse.

L'assureur se réserve le droit de poursuivre l'assuré fraudeur devant les tribunaux compétents.

3. Téléconseil médical et informations médicales

3.1 Description du service

3.1.1 Le téléconseil médical

En cas de questions par rapport à la crainte d'une éventuelle infection (dont covid-19) ou de toute autre pathologie, vous avez la possibilité de demander un conseil médical à notre équipe médicale.

Lors de votre appel, vous êtes mis en relation avec un médecin/une infirmière qui peut délivrer, à votre demande des informations générales et objectives sans visée diagnostique. Selon le cas, le médecin ou l'infirmière délivre des conseils par téléphone dans les limites de leur domaine de compétence respectif et en respectant l'intégralité des règles déontologiques présidant à l'exercice de leur profession.

Le médecin ou l'infirmière peut vous proposer, le cas échéant, un suivi de conseil médical par téléphone. En concertation avec vous, notre équipe médicale vous contactera par téléphone 1 fois/jour et ceci pendant une période maximale de 21 jours (hors dimanche et jours fériés).

Vous reconnaissez que le service de téléconseil médical ne permet en aucun cas de :

1. délivrer une consultation médicale, en utilisant ce service, vous reconnaissez que le service de téléconseil médical ne permet en aucun cas la réalisation d'un diagnostic ou d'une prescription ou d'une prise en charge médicale et ne constitue ni directement, ni indirectement une consultation médicale ;
2. prendre en charge des situations d'urgence, le cas échéant, il vous appartient d'appeler le service d'urgence (112), de consulter votre médecin traitant ou tout autre spécialiste ;
3. donner de second avis médical au sujet d'une pathologie ou d'un dossier déjà en cours de traitement médical ;
4. réaliser ni directement, ni indirectement une consultation médicale que vous ne devez aucunement négliger. Ces informations ne peuvent en aucun cas remplacer une prise en charge globale et personnalisée par un professionnel de santé.

Vous reconnaissez que le service de téléconseil médical n'est pas de droit : notre équipe médicale peut estimer qu'elle n'est pas en mesure de délivrer le service de téléconseil médical lorsqu'un examen clinique avec présence physique de l'assuré ou des examens complémentaires sont nécessaires. Le cas échéant, il appartient à l'assuré de consulter son médecin traitant.

En tout état de cause, nous ne pourrions être tenus responsables de votre interprétation ou de votre utilisation des informations diffusées dans le cadre du service de téléconseil médical, ni de leurs conséquences.

3.1.2 Informations médicales et mesures de prévention médicales

A votre demande, l'équipe médicale peut vous donner des informations par téléphone

au sujet de pathologies et traitements médicaux, ainsi qu'au sujet de précautions médicales et sanitaires.

Elle pourra également vous renvoyer vers des sites d'informations ou de conseils d'organismes officiels où vous trouvez des informations complémentaires (p.ex. sites du SPF, instances et organismes officiels (OMS, Institut Tropical d'Anvers, ...))

3.2 Modalités d'accès au service de téléconseil médical

1. L'équipe de téléconsultation médicale est accessible du lundi au samedi, de 8 heures à 16 heures. Le service n'est pas accessible les dimanches et jours fériés.

2. L'appel à la téléconsultation ne fait exclusivement par téléphone au n° 02/533.75.00. Suite à cet appel, l'identité de l'appelant sera contrôlé ainsi que son droit au téléconseil médicale.

3. L'accès au service de téléconseil médical est réservé aux personnes physiques de plus de 18 ans. Pour toute demande de service de téléconseil médical destiné à un mineur, l'accès au service est nécessairement effectué et mis en œuvre par son représentant légal.

En l'absence de possibilité technique d'authentification de l'âge, il vous incombe de mettre en œuvre les dispositifs de sécurité adéquats permettant une restriction au service par des mineurs.

3.3 Limitations du service de téléconseil médical

1. L'assuré n'a pas le choix quant à la personne de notre équipe médicale qui lui donnera un conseil médical.

2. En faisant appel aux services de téléconsultation médicale, il est entendu que l'assuré est en mesure d'exposer son problème médical et de comprendre l'avis médical qui lui est donné.

Notre équipe médicale gère la demande de l'assuré et donne un avis médical dans le respect des règles déontologiques de leur profession.

3.4 Avertissement

Les informations générales ou personnalisées sur des thématiques en lien avec la santé qui vous sont fournies dans le cadre de ce service ne sont pas individualisées en fonction de votre état de santé mais sont fournies à titre indicatif et sur la base du dialogue instauré avec notre équipe médicale.

Les informations qui vous sont fournies ont l'objectif d'être scientifiquement exactes au moment de leur diffusion, fiables, pertinentes et communes à tous les assurés. Malgré le soin apporté au traitement des informations, nous déclinons toute responsabilité concernant les erreurs ou omissions portant sur les informations diffusées dans le cadre de ce service.

4. Assistance suite à une hospitalisation ou une maladie de l'assuré

4.1 Ouverture d'un dossier

Afin d'assurer les garanties du présent contrat, il est nécessaire que le preneur d'assurance nous contacte préalablement pour que nous puissions donner notre accord à notre intervention. Le cas échéant vous recevrez un numéro de dossier de sinistre qui confirmera l'enregistrement de votre demande.

4.2 Intervention du Care Manager

4.2.1 Événements assurés

Si suite à une maladie soudaine ou un accident

- votre médecin traitant vous délivre un certificat médical vous déclarant en état de dépendance pendant une période de minimum 4 jours ou
- vous êtes ou avez été hospitalisé pendant une période de minimum 3 jours,

vous avez droit à l'assistance du Care Manager qui vous aidera à évaluer les mesures à prendre, assurera le suivi de votre dossier et l'organisation des prestations garanties (voir 4.3) qui correspondent au mieux à vos besoins et à ceux des personnes vivant sous votre toit, et qui vous permettront de rester chez vous de façon indépendante.

Les prestations reprises à l'article 4.3 ne peuvent générer l'ouverture d'un dossier que maximum 2 fois par assuré et par période assurée.

Vous pouvez toutefois nous demander l'ouverture de plus de dossiers. Dans ce cas, nous organisons à votre charge les prestations énoncées à l'article 4.3. Consultez-nous. La maladie grave ou chronique, telle que mentionnée en 1.1.12°, qui se manifeste après la signature du présent contrat, ne donne droit à l'ouverture que de 1 dossier maximum par assuré et par période assurée.

La rechute d'une maladie antérieurement constituée et considérée comme stabilisée

du point de vue médical à la signature du contrat ne donne droit qu'à l'ouverture de 1 dossier maximum par assuré et par période assurée

4.2.2 Intervention du Care Manager

1. La première intervention du Care Manager consiste en un premier contact téléphonique effectué pendant le 1er jour ouvrable faisant suite à votre premier appel à nos services et donnant lieu à l'ouverture de votre dossier.
2. Après consultation de votre dossier médico-administratif et sur base du résultat du premier contact téléphonique du Care Manager avec vous, celui-ci évaluera si un arrangement téléphonique et/ou une visite répond(ent) au mieux à vos besoins. Si une visite n'est pas nécessaire, nous prendrons contact avec vous par téléphone pour organiser les services de commun accord. Si une visite à domicile est nécessaire, le Care Manager vous contactera pour convenir d'une date et d'une heure pour sa visite.
3. Le Care Manager prendra votre dossier en charge, en assurera le suivi, vous conseillera et organisera si nécessaire les services ou les prestations garanties qui correspondent au mieux à vos besoins.

4.2.3 Durée d'intervention du Care Manager

L'intervention du Care Manager est limitée à maximum 18 heures par dossier.

4.3 Prestations garanties

Suite à la survenance d'un événement assuré à l'article 4.2.1 et à votre demande, nous intervenons dans les prestations suivantes :

4.3.1 Transport médical

Suite à votre maladie ou hospitalisation, nous organisons et participons aux frais de votre transport aller-retour

- vers un hôpital ;
- un centre médical ;
- un médecin spécialisé.

Nous organisons et participons aux frais de votre transfert de l'hôpital où vous êtes admis vers un autre hôpital en Belgique.

Notre intervention s'élève à 50 EUR par transport, après intervention de la mutuelle, avec un maximum de 5 transports par dossier.

Nous vous demandons de bien vouloir soumettre vos frais auprès de votre mutuelle pour obtenir les remboursements auxquels vous pouvez prétendre.

Si votre mutuelle est intervenue, envoyez-nous le décompte original de votre mutuelle, une copie des factures de transport médical et une copie de la prescription médicale.

Si votre mutuelle n'est pas intervenue, envoyez-nous l'attestation originale de refus de la mutuelle, les factures originales de transport médical et l'original de la prescription médicale.

4.3.2 Transport pour la prise en charge de vos enfants ou petits-enfants

Nous organisons et participons aux frais de transport en Belgique de vos enfants ou de vos petits-enfants qui sont sous votre garde au moment de l'événement, vers un membre de la famille ou une autre personne indiquée par vous. Notre intervention se limite à 1 transport par dossier.

4.3.3 Assistance aux animaux de compagnie (chien ou chat)

Si aucune autre personne ne peut s'occuper de votre animal de compagnie (chien ou chat) :

- 1° soit nous organiserons le transport de votre animal vers un chenil/une chatterie agréé(e) proche de votre domicile. Dans ce cas, nous remboursons le transport et les frais de séjour de votre animal de compagnie pour une période de maximum 10 jours avec un montant maximum de 25 EUR par jour.

Cette prestation est soumise à l'observation des conditions de transport, d'accueil et de séjour

des prestataires et des chenils/chatteries auquel(le)s nous faisons appel (mise en conformité des vaccinations requises, caution éventuelle, etc...). Cette prestation ne peut être réalisée que si vous ou la personne que vous mandatez puissiez recevoir le prestataire choisi pour lui confier votre animal;

- 2° soit nous organiserons le transport de votre animal vers une personne de votre choix en Belgique.

Cette prestation ne peut être réalisée que si vous pouvez (ou si la personne que vous mandatez, est en mesure de) recevoir le prestataire choisi pour lui confier votre animal, et après que la personne qui accueillera votre animal ait donné son accord. Dans ce cas, nous prenons en charge les frais de transport de votre animal à maximum 125 EUR;

- 3° soit nous organisons et prenons en charge le séjour d'un service de garde d'animaux domestiques (dog sitting), dont vous nous avez donné le nom, et qui se rendra quotidiennement à votre domicile pour nourrir votre animal pendant maximum 10 jours. Notre intervention s'élève à maximum 25 EUR par jour. Cette

prestation ne peut être réalisée que si le service de garde d'animaux domestiques a accès à votre domicile.

4.3.4 Aide-ménagère

Nous mettons à disposition pour les contrats annuels une aide-ménagère pendant maximum 16 heures étalées sur une période de maximum 8 semaines à compter de la date de la déclaration.

Nous nous engageons à vous envoyer une aide-ménagère dans les 5 jours ouvrables après approbation de votre dossier.

Les activités autorisées de l'aide-ménagère sont : le nettoyage (y compris des fenêtres), le lavage et le repassage, les petits travaux de raccommodage et la préparation de repas.

Nous mettons à disposition les prestations d'une aide-ménagère et ce exclusivement via l'intermédiaire du système de titres-services que vous commandez vous-même. Le cas échéant, le Care Manager pourra vous aider à en faire la demande.

Notre intervention consiste à rembourser les frais réels des titres-services non récupérables par le biais de votre déclaration fiscale.

L'aide-ménagère ne peut être sollicitée que pour des activités privées et jamais pour des prestations professionnelles (sont exclus, par exemple, le nettoyage d'un cabinet de médecin, d'une salle d'attente, d'une chambre ou d'un studio loués, ...).

4.3.5 Livraison de repas à domicile

Nous mettons à disposition un service de livraison de maximum 10 repas chauds par assuré, avec un maximum d'un repas par jour par assuré.

Les demandes de repas chauds à domicile doivent nous parvenir avant 15 heures pour une livraison le jour suivant. Pour une livraison le samedi et/ou dimanche, la demande doit nous parvenir le vendredi avant 15 heures.

Vous vous accommodez du menu offert par notre fournisseur. Nos fournisseurs ne peuvent pas tenir compte de demandes spécifiques, qu'elles soient sur ordonnance médicale ou non, sauf s'il s'agit d'un régime alimentaire sans sel.

4.3.6 Livraison d'objets personnels de première nécessité à l'hôpital

Suite à votre hospitalisation imprévue en Belgique, nous pouvons à raison de maximum 1 intervention par dossier vous faire parvenir des effets personnels de première nécessité qui nous seront remis par une personne que vous nous aurez désignée.

4.3.7 Visite à la personne hospitalisée

Suite à votre hospitalisation imprévue en Belgique et si vous êtes le seul assuré désigné au contrat, ou si votre conjoint assuré n'a pas de permis de conduire ou ne peut pas conduire de véhicule pour des raisons médicales, nous organisons et prenons en charge à raison de maximum 1 intervention par dossier le déplacement aller-retour d'un membre de votre famille habitant en Belgique pour qu'il se rende auprès de vous à l'hôpital.

4.3.8 Service de courses

Nous vous aidons à trouver un fournisseur proche de votre domicile à qui vous pouvez remettre votre liste de courses de produits alimentaires de première nécessité et/ou d'articles de toilette. Nous remboursons les frais de livraison à raison de maximum 2 services de course par semaine pour une durée totale de maximum 8 semaines.

4.3.9 Livraison de médicaments à domicile

Nous pouvons organiser la livraison de médicaments à domicile à raison de maximum 2 services de course par semaine pendant une durée totale de maximum 8 semaines. Dans ce cas, nous en prenons les frais de livraison en charge. La commande et la livraison de médicaments est uniquement possible pendant les jours ouvrables et sur ordonnance. Si vous nous passez votre commande par téléphone avant 17 heures, vos médicaments seront livrés à votre domicile le lendemain. Au moment de la livraison, vous nous donnez l'ordonnance originale. Vous pouvez payer votre commande en liquide ou au guichet automatique du fournisseur (par carte de crédit ou carte bancaire).

4.3.10 Livraison de matériel médical

Au cas où vous avez besoin de matériel médical, le Care Manager vous aidera à passer la commande au prestataire concerné et vous informera du délai de livraison. Vous paierez directement au prestataire après livraison et réception de la facture. Nous sommes néanmoins toujours tenus aux disponibilités locales. Les frais liés à ces services restent à votre charge.

4.3.11 Aide psychologique

Suite à votre hospitalisation, nous organisons et prenons en charge après accord de notre médecin, les premières séances d'entretien en Belgique avec un psychologue spécialisé agréé par nous et désigné par notre médecin-conseil (5 séances maximum). Le psychologue vous contactera, dans les 24 heures qui suivent votre premier appel, afin de fixer le premier rendez-vous.

4.3.12 Aide informatique, visuelle ou auditive (téléphonie)

Nous pouvons vous envoyer en 48h un spécialiste en moyens de communications informatiques ou téléphoniques afin de vous aider dans l'installation et de contrôler le fonctionnement d'un ensemble informatique ou téléphonique vous permettant de communiquer avec l'extérieur durant votre période de révalidation. L'intervention du spécialiste est limitée à 2 heures.

Les frais d'achat ou de location ainsi que les frais d'installations et d'abonnement des moyens nécessaires pour effectuer la connexion (achat/location logiciels, supports informatiques, ligne téléphonique, connexion internet, etc) restent à votre charge.

4.3.13 Organisation de prestations de services à domicile

Nous pouvons organiser les services à domicile d'un coiffeur, d'un pédicure ou d'un kinésithérapeute. Nous sommes néanmoins toujours tenus aux disponibilités locales. Les frais liés à ces services restent à votre charge.

4.3.14 Mise en relation avec des corps de métiers

Nous vous venons en aide pour de petits services ou pour de petits travaux lorsque vous ne trouvez pas de prestataire de services qualifié pour vous aider. Nous pouvons, à votre demande, vous mettre en relation avec un prestataire qualifié dans les plus brefs délais. Celui-ci prendra contact avec vous pour fixer un devis au préalable. Tous les frais liés à l'intervention du prestataire se règlent directement avec lui et restent à votre charge.

A titre illustratif, voici quelques exemples de services et petits travaux pour lesquels vous pouvez appeler nos services:

- remplacer une ampoule difficile à atteindre
- remplacer un joint qui fuit à une robinetterie
- débiter un arbre tombé dans le jardin
- déplacer des meubles
- monter un meuble en kit
- gardiennage de votre animal domestique (chien, chat)
- entretien de base de votre jardin (tonte de la pelouse, des haies, entretien des plantations...)
- et de multiples autres petits travaux de la vie quotidienne.

5. Exclusions

Sont exclus de la garantie :

- les événements causés intentionnellement par l'assuré;
- les états pathologiques préexistants comme mentionnés au point 1.1.14°;
- toute maladie grave ou chronique qui était connue avant l'entrée en vigueur du contrat, sauf s'il s'agit de sa première manifestation ;
- les affections et événements suite à un traitement esthétique ou diététique;
- les affections et événements consécutifs à l'usage aigu ou chronique de drogues, d'alcool ou de toute autre substance non prescrite par un médecin et modifiant le comportement;
- les états consécutifs à une tentative de suicide;
- les faits découlant des suites d'un accident nucléaire ou d'un acte terroriste;
- les conséquences de la conduite d'un véhicule sous l'influence de drogues ou avec un taux d'alcool dans le sang plus élevé que la limite légale dans le pays où l'accident a lieu;
- les conséquences d'actes illégaux de l'assuré ;

et en général, tous les frais et services non expressément prévus par la présente convention.