

complémentaire santé

conditions d'assurances **OptiSoins**



tout ce que vous devez savoir

octobre 2011

d'Assurance / **nei erfannen**



Sommaire

section	page	contenu
1 Etendue et objet de l'assurance	3	
	3	Définitions
	3	Documents contractuels
	4	Les formules d'assurance
	4	Objet et étendue de l'assurance
	4	Formation, prise d'effet et durée du contrat
	5	Délai d'attente
	6	Etendue des prestations
	7	Exclusions et limites de la garantie d'assurance
	8	Règlement des prestations
	9	Formalités préalables à l'engagement des frais
2 Dispositions administratives	11	
	11	Fin de l'assurance
	11	Paiement des primes
	12	Calcul de primes
	13	Adaptation des primes
	13	Obligations du Preneur d'Assurance et de l'Assuré
	14	Conséquences en cas de non-respect des obligations
	14	Recours contre les tiers
	14	Prescription
	15	Résiliation du contrat par le Preneur d'assurance
	15	Résiliation du contrat par la Compagnie et cas de nullité
	17	Domicile et correspondance
	17	Modification des Conditions d'Assurances
	18	Contestation
	18	Juridiction compétente et loi applicable
	18	Indépendance des clauses

1 Etendue et objet de l'assurance

1.1 Définitions

Aux termes du présent contrat d'assurance, on entend par :

- 1.1.1 L'**accident corporel** : l'événement soudain, indépendant de la volonté de l'**Assuré**, qui entraîne une lésion corporelle dont la cause, qui est extérieure à l'organisme de la victime, et les symptômes peuvent être objectivés et constatés par une autorité médicale compétente, permettant ainsi un diagnostic et imposant une thérapie.
- 1.1.2 L'**Assuré** : la ou les personnes reprises aux **Conditions Particulières** et sur lesquelles repose le risque de survenance de l'événement assuré.
- 1.1.3 La **Compagnie** : AXA Assurances Luxembourg, compagnie luxembourgeoise d'assurances auprès de laquelle le contrat est conclu.
- 1.1.4 Le **délai d'attente** : période fixée par le contrat, qui s'applique à chaque **Assuré** et qui commence à courir à compter de la date d'effet à partir de laquelle l'**Assuré** est couvert par le contrat, et au cours de laquelle la garantie ne s'applique pas, bien que l'**Assuré** cotise.
- 1.1.5 L'**établissement hospitalier** : tout établissement de soins de santé, public ou privé, destiné aux personnes dont l'état de santé nécessite le séjour dans l'établissement ainsi qu'un traitement curatif et/ou diagnostique imposant une observation, une surveillance et une continuité ne pouvant être organisées que dans l'établissement. Ne sont pas considérés comme établissements hospitaliers : l'institution psychiatrique fermée, l'institution médico-pédagogique, la maison de repos, la maison de repos et de soins agréée, le centre de cure et le centre de convalescence.
- 1.1.6 La **maladie** : la dégradation de l'état de santé physique ou mentale dont la cause et les symptômes peuvent être objectivés et constatés par une autorité médicale permettant ainsi un diagnostic et imposant une thérapie ; cette dégradation ne peut être imputable à un accident corporel.
- 1.1.7 Le **Preneur d'assurance** : la ou les personnes qui souscrivent le contrat d'assurance et auxquelles incombent le paiement des primes. En cas de pluralité de preneurs d'assurance, ces derniers sont tenus solidairement et indivisiblement par toutes les obligations du contrat.

1.2 Documents contractuels

Le contrat d'assurance, ci-après dénommé le contrat, est constitué des documents contractuels suivants :

- 1.2.1 la **proposition d'assurance** ou l'**offre d'assurance**, les **questionnaires** qui reprennent les caractéristiques de l'assurance et les éléments d'appréciation du risque. Ils sont remplis et signés par le **Preneur d'assurance** et l'**Assuré** ;
- 1.2.2 les **Conditions d'Assurances** qui définissent les droits et obligations des intervenants au contrat ;
- 1.2.3 les **Conditions Spéciales** qui définissent les prestations relatives à la formule d'assurance que vous avez choisie (cfr 1.3) et qui s'appliquent en complément des **Conditions d'Assurances** ;

- 1.2.4 les **Conditions Particulières** qui personnalisent chaque contrat et qui contiennent notamment les éléments d'appréciation du risque tels que ceux relatifs au **Preneur d'assurance**, à l'**Assuré**, aux formules choisies, aux montants des primes, à la durée du contrat, etc. ;
- 1.2.5 les **avenants** ultérieurs qui actent les éventuelles modifications apportées au contrat.

1.3 Les formules d'assurance

- 1.3.1 Trois formules d'assurance peuvent être souscrites : la formule **Start**, la formule **Active** ou la formule **Privilège**.
- 1.3.2 Les spécificités et les détails des prestations de chacune de ces formules sont reprises dans les **Conditions Spéciales** en complément des présentes conditions.

1.4 Objet et étendue de l'assurance

- 1.4.1 La **Compagnie** garantit, en cas de **sinistre** tel que défini dans les **Conditions Spéciales**, le paiement des prestations selon les formules d'assurance choisies et mentionnées aux **Conditions Particulières**.
- 1.4.2 L'assurance s'étend au traitement curatif en Europe. Elle peut être étendue par convention spéciale à des pays situés en dehors des limites de l'Europe (cfr. aussi 2.1.4 et 2.1.5). La garantie est également accordée sans convention particulière, en dehors de l'Europe pour tout séjour temporaire de maximum 60 jours calendriers consécutifs. Si le séjour doit être prolongé au-delà des 60 jours pour les besoins d'un traitement curatif, la garantie est accordée aussi longtemps que la personne assurée ne peut pas retourner en Europe sans risque pour sa santé, mais au maximum pendant 60 jours calendriers consécutifs supplémentaires.

1.5 Formation, prise d'effet et durée du contrat

- 1.5.1 L'assurance prend effet à la date indiquée dans les **Conditions Particulières**. Le contrat d'assurance est considéré comme conclu lorsque la police a été signée par les parties contractantes et lorsque le **Preneur d'assurance** a payé la première prime ou la première fraction de prime convenue. Aucune prestation n'est accordée pour les **sinistres** survenus avant la prise d'effet de l'assurance. Ces dispositions relatives à la prise d'effet sont également d'application en cas d'ajout, de modification ou d'extension des garanties d'assurance. Les **sinistres** survenus après la conclusion de la police ne sont exclus de la garantie que pour la partie se situant dans la période précédant la prise d'effet de l'assurance ou pendant les **délais d'attente**. Les dates d'effet et de terme du contrat s'entendent de 0h à 0h. Les mêmes dispositions s'appliquent à tout avenant.

1.5.2 Pour les nouveau-nés, la garantie de l'assurance commence immédiatement après la naissance, sans délais d'attente, si à la date de la naissance de l'enfant au moins un des parents est assuré dans un contrat **OptiSoins** auprès de la **Compagnie** depuis trois mois au moins et si la demande d'assurance est introduite au plus tard deux mois après la naissance, avec effet rétroactif au jour de la naissance. La formule choisie ne peut offrir de garanties plus étendues que celle qui couvre l'un des parents assurés. Les nouveau-nés sont assurés selon les tarifs en vigueur au moment de la demande d'assurance.

1.5.3 L'année d'assurance débute à la date indiquée dans les **Conditions Particulières**. L'année d'assurance correspond à l'année civile. Si un contrat d'assurance ne prend pas effet le 1^{er} janvier d'une année, la première année de ce contrat prendra fin le 31 décembre de l'année civile en cours. Les modifications de tarifs n'ont aucune incidence sur l'année d'assurance. Le contrat d'assurance est conclu pour une durée de deux ans et est ensuite prolongé par tacite reconduction par périodes d'un an, s'il n'est pas résilié dans les délais prévus.

1.6 Délai d'attente

1.6.1 Le **délai d'attente général** est de 3 mois.

1.6.2 Il ne s'applique pas :

- en cas d'accident ;
- pour le (la) conjoint(e) ou le (la) partenaire d'une personne assurée depuis trois mois au moins, à condition qu'une assurance couvrant la même formule soit souscrite dans les 2 mois suivant le mariage ou la conclusion d'un contrat de partenariat (PACS) ;

1.6.3 Un **délai d'attente spécial** de 10 mois s'applique dans le cas de la grossesse et de l'accouchement, et de 6 mois pour la psychothérapie, les soins dentaires, y compris l'extraction de dents, les prothèses dentaires (bridges, couronnes, dents artificielles en tout genre), l'orthodontie, en ce compris les traitements préparatoires et réparateurs, ainsi que pour la chirurgie maxillo-faciale. Ce **délai d'attente** spécial ne s'applique pas en cas d'accident.

1.6.4 L'**Assuré** peut demander la suppression du **délai d'attente général**. Cette suppression du **délai d'attente général** est subordonnée à la réception dans un délai de 3 semaines à partir de la demande de souscription d'un formulaire ad hoc dénommé "certificat médical" dûment complété et signé et établi moins de 3 semaines avant la souscription du contrat.

1.6.5 En cas de modification du contrat, les **délais d'attente** sont aussi d'application pour les ajouts de garantie d'assurance, sauf convention contraire stipulée dans les **Conditions Spéciales** ou les **Conditions Particulières**.

1.7 Etendue des prestations

- 1.7.1 La nature et le montant des prestations d'assurance résultent des **Conditions Particulières** et des **Conditions Spéciales**.
- 1.7.2 L'**Assuré** a le libre choix des médecins et des médecins-dentistes établis et agréés. Dans la mesure où la formule d'assurance souscrite le prévoit, l'**Assuré** peut également consulter un naturopathe (Heilpraktiker) agréé dans le cadre de la législation allemande sur la naturopathie.
- 1.7.3 Les médicaments, pansements, moyens curatifs et matériel thérapeutique doivent être prescrits par les personnes énumérées à l'alinéa 1.7.2. Les médicaments doivent en outre être achetés dans une pharmacie.
- 1.7.4 Les prothèses dentaires (cfr 1.6.3) et les interventions de chirurgie maxillo-faciale sont considérées dans les formules d'assurance comme des prestations de «soins dentaires», et non comme des prestations de «soins médicaux ambulatoires», même si elles ont été réalisées par un médecin.
- 1.7.5 Les médicaments homéopathiques sont également considérés comme des médicaments à part entière.
- 1.7.6 Ne font pas l'objet d'un remboursement : les produits diététiques et alimentaires, les produits amaigrissants, les fortifiants, les eaux minérales, les produits pour le bain, les contraceptifs, les produits de gériatrie, ainsi que les produits cosmétiques. Il en est de même pour tous les produits, appareils médicaux et articles sanitaires (par exemple, les thermomètres, les appareils de massage, les coussins chauffants) non énumérés aux **Conditions Particulières**. Les suppléments pour le traitement du patient à domicile ne sont également pas remboursés.
- 1.7.7 En cas de traitement médicalement requis dans un **établissement hospitalier**, l'**Assuré** a le libre choix de celui-ci. L'établissement doit disposer de moyens diagnostiques et thérapeutiques suffisants et tenir les dossiers médicaux de ses patients.
- 1.7.8 La **Compagnie** intervient, dans le cadre du contrat d'assurance, pour les méthodes d'examen ou les méthodes de traitement et les médicaments qui sont reconnus par la médecine conventionnelle. La **Compagnie** assure en plus le remboursement des méthodes thérapeutiques et des médicaments, dont les résultats se sont avérés tout aussi probants en pratique ou qui sont utilisés par manque d'équivalent en médecine conventionnelle. La **Compagnie** est toutefois en droit de réduire le montant de ses prestations à concurrence de ce qu'aurait coûté l'usage des méthodes et des médicaments de la médecine conventionnelle. Dans le cadre du contrat d'assurance, la **Compagnie** intervient également pour les services des médecins ou des naturopathes (Heilpraktiker) - pour autant que cela soit prévu dans la formule d'assurance - dans tous les cas de méthodes d'examen et de traitements repris dans la liste des frais et honoraires de soins (GebÜH-édition de 1985) - médicaments inclus - et ce à concurrence du montant maximum repris dans la liste en question.

- 1.7.9 Sont assimilés à des soins médicaux :
- 1.7.9.1 les prestations de masseurs agréés par l'Etat ou de masseurs-kinésithérapeutes (il s'agit des massages, de la thermothérapie, électro-physiothérapie, kinésithérapie et des bains médicaux) ;
 - 1.7.9.2 les traitements de la voix, de la parole et les exercices d'élocution s'ils ont été dispensés par un orthophoniste. Les frais supplémentaires de traitement au domicile du patient ne sont pas remboursables. Les frais de sauna ainsi que de bains thermaux et similaires ne sont pas remboursés.
- 1.7.10 Sont considérés comme matériel thérapeutique – dans les limites et sauf convention contraire stipulées dans les **Conditions Spéciales** – les bandages, bandages herniaires, bas de caoutchouc, semelles et chaussures orthopédiques, coquilles de plâtre, bas à varices, attelles correctrices, fauteuils roulants, appareils orthopédiques de soutien du tronc, des bras et des jambes, appareils auditifs, larynx électroniques, membres artificiels, appareils pour inhalation. Ne sont pas remboursables les frais occasionnés par d'autres matériels thérapeutiques, appareils médicaux et articles sanitaires (appareils de massage, appareils de mesure de la tension, lampes à rayons, coussins chauffants).
- 1.7.11 Sont assimilés à des prestations de soins des yeux: les verres et montures de lunettes, les lentilles de contact.

1.8 Exclusions et limites de la garantie d'assurance

- 1.8.1 La **Compagnie** n'accorde jamais, à moins que leur couverture ne soit acceptée par elle expressément et par écrit, la garantie d'assurance aux **sinistres** ou cas énumérés ci-après ainsi qu'à toutes leurs suites :
- 1.8.1.1 une maladie, des maladies concomitantes ou un accident découlant d'une guerre, qu'elle soit civile ou autre, de dommages survenus dans le cadre du service militaire, d'émeutes, d'actes de violence collective, à caractère politique, idéologique ou social, s'il est établi que la personne assurée y a pris une part active ;
 - 1.8.1.2 un acte intentionnel de la personne assurée, à moins qu'elle ne prouve qu'il s'agit d'un cas de légitime défense ou de sauvetage justifié de personnes ou de biens ; l'acte intentionnel au sein de la présente clause est l'acte commis volontairement et sciemment qui cause un dommage raisonnablement prévisible ;
 - 1.8.1.3 une tentative de suicide ;
 - 1.8.1.4 une intoxication ou toxicomanie chronique ou non-accidentelle ;
 - 1.8.1.5 une interruption de grossesse, sauf en cas de nécessité médicale établie, une stérilisation, une contraception, une procréation médicalement assistée, une intervention esthétique ;
 - 1.8.1.6 les traitements de cure et de sanatorium, ainsi que les soins de rééducation, si les **Conditions Spéciales** ne prévoient pas d'autres dispositions ;

- 1.8.1.7 un traitement effectué par un(e) conjoint(e) ou partenaire, un ascendant direct ou un enfant. Les frais matériels prouvés sont remboursés conformément au tarif;
- 1.8.1.8 en cas de perte d'autonomie durable de l'**Assuré**, le séjour et/ou les soins non médicaux prestés à domicile ou dans une maison de repos, dans une maison de repos et de soins, dans une maison de soins psychiatriques ou dans un établissement du même type;
- 1.8.1.9 des troubles fonctionnels, subjectifs ou psychiques dont, soit la cause et les symptômes ne peuvent pas être objectivés médicalement, soit le traitement ou la thérapie ne s'imposent pas d'un point de vue exclusivement médical;
- 1.8.1.10 des demandes d'établissement d'expertises, de certificats, de descriptifs de soins et devis dans la mesure où le **Preneur d'assurance** ou l'**Assuré** doit les produire.
- 1.8.2 Si le traitement curatif ou d'autres types de soins pour lesquels des prestations sont garanties, dépassent ce qui est médicalement requis, la **Compagnie** peut réduire ses prestations à un montant approprié. La **Compagnie** est également habilitée à procéder à une telle réduction de ses prestations, si pour un traitement médicalement requis ou pour toute autre mesure, des honoraires excessifs ont été mis en compte.
- 1.8.3 Si le **Preneur d'assurance** a également droit à des prestations de la part des assurances légales de maladie, accident ou vieillesse et invalidité, la **Compagnie** n'est tenue qu'au remboursement des frais restants après intervention des assurances légales.

1.9 Règlement des prestations

- 1.9.1 La **Compagnie** n'est tenue de régler les prestations que si les preuves qu'elle a exigées ont été fournies. Celles-ci deviennent la propriété de la **Compagnie**.
 - 1.9.1.1 Les pièces justificatives de frais remises doivent être des originaux. Des copies peuvent être remises lorsqu'une autre assurance maladie a participé aux frais, à condition que la preuve du montant remboursé par cet organisme soit rapportée.
 - 1.9.1.2 Les factures doivent comporter le nom du patient, la durée du traitement, l'énumération des diverses prestations et les dénominations de maladies. Les factures de médicaments et de soins doivent être présentées avec les ordonnances médicales ou avec un document de substitution reconnu par l'assurance maladie légale au Luxembourg. Si le médecin traitant refuse d'indiquer la dénomination de la maladie, la **Compagnie** peut faire dépendre ses prestations d'un examen médical conformément au point 2.5.2. La **Compagnie** se réserve le droit de demander toutes autres pièces qu'elle juge utiles pour établir le droit à la prestation.
- 1.9.2 La **Compagnie** est autorisée à verser ses prestations à la personne qui lui remet ou lui envoie les preuves en bonne et due forme. S'il y a un doute justifié quant à la légitimité de cette personne, la **Compagnie** versera le montant des remboursements au **Preneur d'assurance**.

- 1.9.3 Les frais de maladie engagés dans une autre devise sont convertis en Euros au cours du jour de la remise des pièces justificatives à la **Compagnie**.
- 1.9.4 Si les documents (par exemple, rapports médicaux, factures, prescriptions) ne sont pas rédigés dans l'une des langues officielles du Grand-Duché de Luxembourg, il pourra être demandé une traduction légalisée. Dans ce cas, les frais de traduction encourus ne sont pas pris en charge par la **Compagnie**. Les frais de virement des prestations sont déduits des prestations.
- 1.9.5 Les droits aux prestations d'assurance ne peuvent être ni cédés, ni mis en gage.

1.10 Formalités préalables à l'engagement des frais

- 1.10.1 En cas d'intervention de la Sécurité sociale dans le remboursement des soins de santé, aucune formalité préalable n'est nécessaire. Toutefois, pour une hospitalisation médicalement requise dans un établissement qui offre également des cures, des traitements en sanatorium ou qui accueille des personnes convalescentes, les frais y afférents ainsi que les frais relatifs à une cure couverte par le présent contrat sont soumis à accord préalable.
- 1.10.2 Lorsqu'il n'y a pas d'intervention de la Sécurité sociale, l'ouverture du droit au remboursement de certains frais est subordonnée à l'envoi d'une demande d'accord préalable. L'accord préalable doit parvenir 10 jours avant le début de l'exécution des actes. La décision est notifiée à l'**Assuré** par courrier dans les 5 jours ouvrables qui suivent la réception du dossier complet.
- 1.10.3 Le formulaire «Demande d'accord préalable» devra être complété pour les actes suivants :

Pour les actes s'il n'y a pas d'intervention légale	Demande d'accord préalable
Hospitalisation / Accouchement	Oui
Psychothérapie ambulatoire ou stationnaire	Oui
Actes en série lorsque > 5 actes d'auxiliaires médicaux, soins alternatifs et soins curatifs	Oui
Prothèses dentaires / Orthodontie	Oui
Cures thermales ou soins de sanatorium dans un établissement qui remplit les conditions du point 1.7.7.	Oui
Autres méthodes de médecine non conventionnelle	Oui
Pour les actes s'il y a intervention légale	Demande d'accord préalable
Cures thermales ou soins de sanatorium dans un établissement qui remplit les conditions du point 1.7.7.	Oui

- 1.10.4 Nonobstant ce qui précède, la **Compagnie** peut accorder le remboursement si par suite de circonstances spéciales, les formalités prévues ci-avant n'ont pas pu être observées par l'**Assuré** de bonne foi, à charge pour ce dernier de rapporter la preuve du caractère particulier de ces circonstances.
- 1.10.5 En cas d'urgence manifeste, la demande d'accord préalable doit nous être adressée dans les 5 jours ouvrables qui suivent l'entrée en **établissement hospitalier** avec mention du caractère urgent de l'hospitalisation.
- 1.10.6 L'accord préalable doit être sollicité pour toute prolongation de l'hospitalisation au-delà de 30 jours. Il en est de même pour chaque nouvelle période de 30 jours. La demande d'accord préalable doit nous être adressée dans les 10 jours qui précèdent la fin de chaque période.

2 Dispositions administratives

2.1 Fin de l'assurance

- 2.1.1 La garantie prend fin - également pour les **sinistres** déjà survenus – à l'expiration du contrat d'assurance.
- 2.1.2 Le décès du **Preneur d'assurance** met fin au contrat. Les frais médicaux encourus jusqu'au décès sont toutefois couverts selon les garanties prévues dans les **Conditions Spéciales**. Les **Assurés** ont néanmoins le droit de poursuivre l'assurance en désignant un nouveau **Preneur d'assurance**, à condition d'en avoir fait la demande dans les deux mois suivant le décès du **Preneur d'assurance**.
- 2.1.3 En cas de divorce, le(s) **Preneur(s)** et/ou **Assuré(s)** ont le droit de continuer leur part du contrat comme contrat d'assurance autonome. Il en est de même pour les le(s) **Preneur(s)** et/ou **Assuré(s)** qui sont séparés.
- 2.1.4 Le contrat prend fin en cas de transfert du domicile légal du **Preneur d'assurance** hors du Grand-Duché de Luxembourg, sauf convention contraire.
- 2.1.5 Le décès ou le transfert du domicile légal de l'**Assuré** hors du Grand-Duché de Luxembourg met fin à la relation d'assurance.

2.2 Paiement des primes

- 2.2.1 Le paiement des primes (ou, dans le cas de fractionnement de celles-ci, les fractions de primes) ainsi que des frais, taxes, charges et accessoires légalement admis, incombe au **Preneur d'assurance**.

La prime est annuelle. Elle est facturée à partir de la prise d'effet de l'assurance et elle est exigible chaque année au 1er janvier. A chaque échéance de prime, la **Compagnie** est tenue d'aviser le **Preneur d'assurance** de la date d'échéance et du montant dont il est redevable.

La prime annuelle peut également être payée sous forme de fractions mensuelles prévues par le tarif, qui sont considérées comme différées jusqu'à leur échéance. Ces paiements fractionnés sont dus le premier de chaque mois, même si un sinistre est intervenu. En cas de modification du contrat en cours d'année, la prime est adaptée et peut donner lieu soit à un paiement, soit à un remboursement.

- 2.2.2 La première prime, ou la première fraction de prime, est payable au plus tard lors de la remise de la police d'assurance, et au plus tôt à la date de prise d'effet de l'assurance.

- 2.2.3 Les primes ou les fractions de prime sont dues jusqu'à la fin du mois au cours duquel l'assurance expire. Les primes payées au-delà de cette date seront remboursées.
- 2.2.4 Les primes sont payables par virement sur un compte bancaire renseigné par la **Compagnie**.
- 2.2.5 A défaut de paiement d'une prime ou d'une fraction de prime dans les 10 jours de son échéance et indépendamment du droit pour la **Compagnie** de poursuivre la récupération de(s) prime(s) par voie judiciaire, la garantie est suspendue à l'expiration d'un délai de 30 jours suivant l'envoi au **Preneur d'assurance** d'une lettre recommandée au dernier domicile connu. La lettre recommandée comporte mise en demeure du **Preneur d'assurance** de payer la prime échue, rappelle la date d'échéance et le montant de cette prime et indique les conséquences du défaut de paiement à l'expiration du délai prévu ci-dessus. Aucun sinistre survenu pendant la période de suspension ne peut engager la garantie de la **Compagnie**. Celle-ci a le droit de résilier le contrat d'assurance 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours visé ci-avant. La suspension de la garantie ne porte pas atteinte aux droits de la **Compagnie** de réclamer les primes venant ultérieurement à échéance. Le contrat non résilié reprend ses effets pour l'avenir le lendemain à zéro heure du jour où ont été payées la prime échue ou, en cas de fractionnement de la prime annuelle, les fractions de prime ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, le cas échéant, les frais de poursuite et de recouvrement. Le paiement peut se faire directement à la **Compagnie** ou au mandataire désigné par elle à cet effet. Ce droit est toutefois limité aux primes afférentes à deux années consécutives. La garantie suspendue pour défaut de paiement de la prime est résiliée d'office après une suspension continue de 2 ans.
- 2.2.6 En cas de non paiement de la prime la **Compagnie** se réserve le droit de réclamer au **Preneur d'assurance** les frais administratifs liés à ce retard. Ceux-ci sont dus pour chaque envoi recommandé et calculés forfaitairement sur base de deux fois et demi le tarif officiel des envois recommandés de la Poste.

2.3 Calcul de primes

- 2.3.1 La méthode de calcul des primes est définie par les bases techniques de calcul de la **Compagnie**. Les primes renseignées dans le tarif peuvent donner lieu à l'application de surprimes à la souscription ou en cas de modification du contrat.
- 2.3.2 Dès qu'un **Assuré** a atteint l'âge de 14 ou 19 ans révolus, la prime correspondant à la tranche d'âge supérieure devient applicable à compter du début de l'année civile suivante.
- 2.3.3 En cas de modifications de primes, la **Compagnie** est également en droit de modifier les surprimes réclamées contractuellement.

- 2.3.4 Lorsqu'en cas de modification du contrat, le risque assuré se trouve aggravé, la **Compagnie** est en droit d'appliquer un supplément de prime approprié pour la partie de la garantie d'assurance qui s'ajoute. Ce supplément est déterminé conformément aux principes d'évaluation des risques aggravés de la **Compagnie**.

2.4 Adaptation des primes

- 2.4.1 Les prestations garanties par la **Compagnie** sont susceptibles de connaître une évolution en raison par exemple d'une majoration des frais de traitement d'une communauté de risques ou d'une utilisation généralisée plus fréquente des prestations médicales. En conséquence, la **Compagnie** établit au moins une fois par an pour chaque tarif une comparaison des prestations d'assurances effectives et des prestations supportées dans les bases techniques de calcul. Si cette comparaison révèle un écart de plus de 10%, toutes les bases techniques de calcul et les primes tarifaires de la **Compagnie** seront sujettes à révision et seront, le cas échéant, adaptées. Dans les mêmes conditions, les montants des franchises, plafonds de prestations et indemnités journalières d'hospitalisation peuvent faire l'objet d'une adaptation et les surprimes faisant l'objet d'une convention spéciale pourront être modifiées en conséquence.
- 2.4.2 L'adaptation éventuelle des primes est portée à la connaissance du **Preneur d'Assurance** au moins 3 mois avant le début de l'année d'assurance suivante et prend effet au début de cette même année. Toutefois, le **Preneur d'assurance** peut résilier le contrat endéans les 30 jours suivant la notification de l'adaptation. Dans ce cas, la résiliation prend effet, à la date d'entrée en vigueur de l'adaptation.
- 2.4.3 La prime est fixée en fonction de l'âge de l'**Assuré** à la conclusion du contrat. Pour certaines tranches d'âge, l'article 2.3.2 prévoit un ajustement de la prime lorsque l'**Assuré** passe d'une tranche d'âge à une autre. Cet ajustement ne constitue pas une adaptation de primes au sens de l'article 2.4.1 et ne donne pas droit à une résiliation telle que prévue à l'article 2.4.2.

2.5 Obligations du Preneur d'Assurance et de l'Assuré

- 2.5.1 Chaque traitement en hôpital doit être déclaré à la **Compagnie** dans les 10 jours suivant son commencement. Sur demande de la **Compagnie**, le **Preneur d'assurance** et l'**Assuré** doivent fournir tous les renseignements et apporter toutes les preuves requises pour la constatation du sinistre et pour la détermination de l'intervention de la **Compagnie** et de l'étendue de celle-ci (cfr. aussi le point 1.9 reprenant les justificatifs à transmettre à la **Compagnie** en vue du règlement des prestations).
- 2.5.2 Sur demande de la **Compagnie**, l'**Assuré** est tenu de se faire examiner par un médecin désigné par elle.
- 2.5.3 Certains traitements font l'objet d'une autorisation préalable par la **Compagnie**. Ils sont repris au point 1.10.

- 2.5.4 Le **Preneur d'assurance** et l'**Assuré** ont l'obligation de déclarer immédiatement la conclusion ou l'extension de garanties d'une assurance de frais de maladie par laquelle ils se trouvent couverts auprès d'une autre compagnie d'assurance, mutuelle ou caisse de maladie.

2.6 Conséquences en cas de non-respect des obligations

- 2.6.1 Lorsque le **Preneur d'assurance** ou l'**Assuré** n'a pas rempli les obligations visées aux points 2.5.1, la **Compagnie** peut réduire sa prestation en proportion du dommage qu'elle a subi en raison de ce non-respect des obligations du **Preneur** ou de l'**Assuré**. Si le **Preneur d'assurance** ou l'**Assuré** a agi dans une intention frauduleuse, la **Compagnie** n'est plus tenue à indemnisation et peut résilier le contrat.
- 2.6.2 La **Compagnie** est déchargée de ses obligations d'indemniser dès lors qu'il y a manquement intentionnel à l'une des obligations mentionnées au point 1.10. En cas de manquement dû à une négligence grossière, la **Compagnie** n'est tenue de fournir la prestation que dans la mesure où le manquement n'a eu de conséquences ni sur la gravité du sinistre, ni sur le montant de la prestation incombant à la **Compagnie**.

2.7 Recours contre les tiers

- 2.7.1 Au cas où le **Preneur d'assurance** ou un **Assuré** a un droit à dommages et intérêts à l'encontre d'un tiers, ce droit devra être – sans préjudice du transfert légal de créance – cédé par écrit à la **Compagnie** à concurrence du montant des indemnités accordées au titre du contrat d'assurance. Ce droit est transféré dans cette mesure à la **Compagnie**. Si le **Preneur d'assurance** ou un **Assuré** renoncent à cette prétention, ou encore à un droit servant de garantie à cette prétention, sans l'accord de la **Compagnie**, celle-ci est déchargée de son obligation de prestation à concurrence de l'indemnité qui aurait pu lui échoir au titre de la créance ou du droit.

2.8 Prescription

- 2.8.1 Toute action dérivant du contrat est prescrite après trois ans, à compter de l'événement qui y donne ouverture. Toutefois, lorsque celui à qui appartient l'action prouve qu'il n'a eu connaissance de cet événement qu'à une date ultérieure, le délai ne commence à courir qu'à cette date, sans pouvoir excéder cinq ans à dater de l'événement, le cas de fraude excepté.
- 2.8.2 La prescription ne court pas contre celui qui se trouve par suite de force majeure dans l'impossibilité d'agir dans les délais prescrits. Si la déclaration de sinistre a été faite en temps utile, la prescription est interrompue jusqu'au moment où la **Compagnie** a fait connaître sa décision par écrit à l'autre partie. En ce qui concerne l'action du bénéficiaire, le délai court à partir du jour où celui-ci a connaissance à la fois de l'existence du contrat, de sa qualité de bénéficiaire et de la survenance de l'événement duquel dépend l'exigibilité des prestations d'assurance.

2.9 Résiliation du contrat par le Preneur d'assurance

- 2.9.1 Le **Preneur d'assurance** a le droit de résilier le contrat d'assurance, intégralement ou pour des **Assurés**, à la date d'échéance annuelle de la prime, au plus tôt toutefois pour la fin de la période contractuelle convenue et moyennant un préavis de trois mois.
- 2.9.2 Le **Preneur d'assurance** a le droit :
- 2.9.2.1 en cas d'augmentation tarifaire dans les conditions prévues en 2.4 et/ou en cas de modification des **Conditions d'Assurances** entraînant des diminutions de prestations, de résilier le contrat pour l'**Assuré** concerné endéans un mois suivant la réception de la notification de la modification avec prise d'effet à la date d'entrée en vigueur des modifications ;
- 2.9.2.2 dans les cas prévus au point 2.10.5, d'exiger l'annulation du contrat d'assurance pour les **Assurés** non concernés dans les deux semaines suivant la réception de la déclaration de la **Compagnie**, avec effet à la fin du mois au cours duquel la déclaration lui est parvenue.
- 2.9.3 Si le **Preneur d'assurance** résilie le contrat d'assurance dans son ensemble ou pour des **Assurés** pris isolément, les **Assurés** ont le droit de continuer l'assurance en désignant un nouveau **Preneur d'assurance**. La notification doit intervenir dans les deux mois suivant la résiliation.
- 2.9.4 La résiliation ne prend effet que si la demande de résiliation est signée par le **Preneur d'assurance** et contresignée par le(s) **Assuré(s)**. La résiliation doit se faire par lettre recommandée à la Poste.

2.10 Résiliation du contrat par la Compagnie et cas de nullité

- 2.10.1 La **Compagnie** a le droit de résilier le contrat d'assurance avec effet immédiat si le **Preneur d'Assurance** ou un **Assuré** a obtenu ou tenté d'obtenir frauduleusement des prestations d'assurance. Le droit de résilier s'éteint s'il n'est pas exercé endéans le mois suivant la date à laquelle la **Compagnie** a eu connaissance des faits justifiant la résiliation.
- 2.10.2 Le contrat est nul lorsque, en raison de manquement intentionnel à l'obligation de déclaration à la souscription du contrat, l'évaluation du risque a été modifiée de façon à ce que la **Compagnie**, si elle avait eu connaissance des circonstances non déclarées, n'aurait en aucun cas assuré le risque ou ne l'aurait pas assuré aux mêmes conditions. Le **Preneur d'assurance** est alors tenu de rembourser les prestations d'assurance perçues. La **Compagnie** est en droit de conserver les primes versées.

- 2.10.3 Lorsque le manquement à l'obligation de déclaration n'est pas intentionnel, la **Compagnie** peut dans le délai d'un mois à compter du jour où elle en a eu connaissance, proposer la modification du contrat avec effet à cette date. Si la proposition de modification du contrat est refusée par le **Preneur d'assurance** ou si, au terme d'un délai d'un mois à compter de la réception de cette proposition, cette dernière n'est pas acceptée, la **Compagnie** peut résilier le contrat. Si la **Compagnie** apporte la preuve qu'en cas d'une déclaration correcte du risque, elle n'aurait en aucun cas conclu le contrat, elle peut résilier le contrat dans le délai d'un mois à compter du jour où elle a eu connaissance du manquement de l'obligation de déclaration.
- 2.10.4 Lorsque le manquement non intentionnel à l'obligation de déclaration peut être reproché au **Preneur d'assurance** et si un sinistre survient avant que la modification du contrat ou la résiliation du contrat ne soit devenue effective, la **Compagnie** n'est tenue d'effectuer sa prestation que selon le rapport entre la prime payée et la prime que le **Preneur d'assurance** aurait dû payer en cas de déclaration correcte du risque. Si la **Compagnie** apporte la preuve qu'elle n'aurait en aucun cas assuré le risque dont la nature réelle s'est avérée lors du sinistre, sa prestation en cas de sinistre est limitée au remboursement des primes payées.
- 2.10.5 Si, dans le cadre d'un contrat d'assurance regroupant plusieurs **Assurés**, les conditions d'une résiliation ne concernent que certaines de ces personnes, l'exercice du droit de résiliation peut alors être limité aux dites personnes.
- 2.10.6 La résiliation doit se faire par lettre recommandée à la Poste.

2.11 Domicile et correspondance

2.11.1 Le domicile du **Preneur d'assurance** est élu de droit à l'adresse indiquée dans les **Conditions Particulières**, à moins que le **Preneur d'assurance** n'ait notifié par écrit à la **Compagnie** un changement de domicile. Les notifications du **Preneur d'assurance** à la **Compagnie** sont à adresser par écrit au siège de la **Compagnie**. Le **Preneur d'assurance** doit immédiatement déclarer à la **Compagnie** tout changement de domicile à l'étranger.

2.11.2 Pendant la durée du contrat, les notifications de la **Compagnie** seront valablement faites au domicile du **Preneur d'assurance**. S'il y a plusieurs **Preneurs d'assurance**, chacun agit pour le compte de l'autre. Toute communication de la **Compagnie** adressée à l'un d'eux est valable à l'égard de tous. Ils sont, en outre, tenus solidairement et indivisiblement des obligations découlant du contrat.

2.12 Modification des Conditions d'Assurances

2.12.1 Avec prise en considération de la sauvegarde suffisante des intérêts des **Assurés**, les **Conditions d'Assurances** peuvent être modifiées dans les cas suivants :

2.12.1.1 en cas d'une modification durable des conditions de la santé publique ;

2.12.1.2 en cas d'amendements aux lois sur lesquelles s'appuient les dispositions du contrat d'assurance.

Dans ces cas, le **Preneur d'assurance** a le droit de résilier le contrat conformément au 2.9.2.1. Dans le cas du point 2.12.1.2, une modification n'est admissible que pour autant qu'elle concerne les dispositions afférentes aux garanties d'assurances, devoirs du **Preneur d'assurance**, autres causes de cessation du contrat, déclarations et notifications, et juridiction.

2.12.2 Les nouvelles conditions devront, dans la plus large mesure possible, correspondre du point de vue juridique et économique à celles qu'elles remplacent. Compte tenu également de l'interprétation existante du point de vue juridique et économique elles ne peuvent désavantager les **Preneurs d'assurance** de manière inacceptable.

2.12.3 Les modifications visées au point 2.12.1 sont notifiées au **Preneur d'assurance** par écrit au moins trois mois avant le début de l'année d'assurance suivante et prennent effet à ce moment à moins qu'une adaptation de conditions ne soit nécessaire à une échéance plus rapprochée en vertu d'une loi.

2.13 Contestation

2.13.1 Si malgré les efforts déployés par la **Compagnie** pour résoudre les problèmes qui peuvent survenir au cours du **contrat d'assurance**, le **Preneur d'assurance** n'a pas obtenu une réponse satisfaisante, il est invité à faire part de ses doléances à la Direction Générale de la **Compagnie**. Il peut également s'adresser au Commissariat aux Assurances (7, boulevard Royal, L – 2449 Luxembourg) ou à l'organisme de médiation institué à l'initiative de l'Association des Compagnies d'Assurances (www.aca.lu) et de l'Union Luxembourgeoise des Consommateurs (www.ucl.lu) sans préjudice de la possibilité d'intenter une action en justice.

2.14 Juridiction compétente et loi applicable

2.14.1 Toute contestation entre le **Preneur d'assurance** et la **Compagnie** née à l'occasion du contrat d'assurance est de la compétence exclusive des tribunaux du Grand-Duché de Luxembourg, sans préjudice de l'application des traités ou accords internationaux.

2.14.2 Le contrat est régi par la loi luxembourgeoise.

2.15 Indépendance des clauses

2.15.1 En cas de nullité d'une ou de plusieurs dispositions figurant dans ces **Conditions d'Assurances**, cela n'affecte nullement la validité des autres dispositions ou clauses. Le **Preneur d'assurance** et la **Compagnie** adoptent alors une disposition de remplacement juridiquement valable aussi proche que possible de la clause invalide.

Pour plus de détails, contactez votre conseiller AXA

Nous comprenons que la souscription d'une assurance soulève de nombreuses et légitimes questions.

“Ai-je choisi la bonne compagnie, m'a-t-on conseillé le bon produit, serai-je bien remboursé en cas de sinistre... en résumé, puis-je avoir confiance ?”...

Nous sommes convaincus que cette confiance doit se gagner jour après jour.

C'est pourquoi, chez AXA nous nous engageons à adopter en toutes circonstances les trois attitudes suivantes :

Être disponible, être attentionné, être fiable.

prévoyance
épargne
pension complémentaire
investissements & placements
multirisques habitation
déplacements & loisirs
santé

(+352) 44 24 24-1
www.axa.lu

CA OptiSoins - W.10.2011 - Ed.10.2012 - 39948