

CONDITIONS GENERALES (C.G.A.)

D'APPLICATION POUR FRAIS MEDICAUX

DKV HOSPI PREMIUM, DKV HOSPI FLEXI, DKV HOSPI SELECT, DKV MEDI PACK, HORIZON (plan de destination DKV Hospi Premium)

EDITION 01/2019

SOMMAIRE

DEFINITIONS	Articles 1-15
ASSURABILITE	Article 16
CONTRAT, PLAN ET GARANTIE D'ASSURANCE	
- Conclusion du contrat d'assurance	Article 17
- Durée du contrat d'assurance	Article 18
- Fin du contrat d'assurance	Article 19
- Droit de continuation du contrat d'assurance	Article 20
- Début de la garantie d'assurance	Article 21
- Exclusions de la garantie d'assurance	Article 22
- Fin du plan d'assurance	Article 23
- Fin de la garantie d'assurance	Article 24
DROIT AUX PRESTATIONS	Article 25
CAS D'ASSURANCE	Article 26
OBLIGATIONS DU PRENEUR D'ASSURANCE ET DE L'ASSURE	Article 27
LA PRIME	Article 28
ADAPTATION DE LA PRIME, DE LA FRANCHISE, DES PRESTATIONS ET DES CONDITIONS GENERALES ET TARIFAIRES D'ASSURANCE	Article 29
DECLARATIONS DU PRENEUR D'ASSURANCE, DE L'ASSURE ET DE L'ASSUREUR	Article 30
COUVERTURE EN CAS DE TERRORISME	Article 31
DISPOSITIONS FINALES	Article 32

DEFINITIONS

On entend par :

1. ASSUREUR

DKV Belgium S.A. compagnie d'assurances, RPM 0414858607 agréée sous le numéro 739.

2. PRENEUR D'ASSURANCE

La personne physique ou morale, agissant éventuellement pour le compte des assurés, qui souscrit le contrat d'assurance avec l'assureur et qui est redevable du paiement de la prime.

3. CONTRAT D'ASSURANCE

Le contrat d'assurance est formé par la police. La police est formée par les Conditions Générales, Tarifaires et Particulières d'Assurance et par les avenants.

4. L'ASSURE

La personne sur qui repose le risque et qui est bénéficiaire du contrat d'assurance.

5. PLAN D'ASSURANCE

La garantie d'assurance à caractère indemnitaire.

6. CAS D'ASSURANCE

L'objet de la garantie d'assurance tel que déterminé dans la police.

7. MALADIE

Chaque atteinte à l'état de santé non provoquée par un accident et dont la cause et les symptômes peuvent être objectivés médicalement permettant ainsi un diagnostic et imposant une thérapie.

8. ACCOUCHEMENT

L'acte par lequel un enfant est né.

9. ACCIDENT

Un événement soudain et involontaire causant une lésion corporelle à un assuré et dont la cause ou une des causes se situe en dehors de son organisme.

10. HOPITAL

L'hôpital est l'établissement de santé reconnu visé à l'article 2 de la loi coordonnée sur les hôpitaux du 10 juillet 2008, où des examens et/ou des traitements spécifiques de médecine spécialisée, relevant de la médecine, de la chirurgie et éventuellement de l'obstétrique, peuvent être effectués ou appliqués

à tout moment dans un contexte pluridisciplinaire, dans les conditions de soins et le cadre médical, médico-technique, paramédical et logistique requis et appropriés, à des patients qui y sont admis et peuvent y séjourner, parce que leur état de santé exige cet ensemble de soins afin de traiter ou de soulager la maladie, de rétablir ou d'améliorer l'état de santé ou de stabiliser les lésions dans les plus brefs délais.

Est aussi considéré comme un hôpital : un centre palliatif ou un centre de révalidation, s'il est agréé comme hôpital par l'INAMI.

Ne sont pas considérés comme un hôpital :

- une maison de repos, et la maison de repos et de soins agréée ou une autre institution offrant un hébergement pour les personnes âgées, les convalescents et les enfants y compris celles qui font partie d'un hôpital ;
- une maison de soins psychiatriques ;
- une institution médico-pédagogique ;
- un centre de cure pour des traitements tels que par exemple les cures thermales et diététiques, la thalassothérapie, les cures de désintoxication ;
- une habitation protégée ;
- un sanatorium et un préventorium.

11. STAGE

La période prenant cours à la date de début du plan d'assurance et durant laquelle l'assureur n'est pas redevable de prestation. L'existence et la durée du stage sont précisées dans les Conditions Tarifaires d'Assurance (C.T.A) du plan d'assurance souscrit.

12. FRANCHISE

La partie des frais couverts qui reste à charge de l'assuré et qui vient en déduction de l'intervention de l'assureur, aussi appelée la contribution personnelle de l'assuré.

13. ECHEANCE ANNUELLE

L'échéance principale telle que déterminée dans la police.

14. ANNEE D'ASSURANCE

La période de 12 mois à compter de la date d'échéance annuelle du contrat d'assurance. Si la date de début d'un plan d'assurance souscrit ne coïncide pas avec la date d'échéance annuelle d'un contrat d'assurance en cours, la première année d'assurance est composée du nombre de mois s'étalant entre la date de début du plan d'assurance et la date d'échéance annuelle du contrat d'assurance.

15. PRIME

Le montant y compris toutes les taxes d'assurance, les impôts, les contributions légales et les charges dus en contrepartie des obligations de l'assureur en exécution du contrat d'assurance.

ASSURABILITE

16. Sont assurables, les personnes physiques qui répondent à toutes les conditions d'assurabilité déterminées dans les Conditions Tarifaires d'Assurance (C.T.A.).

L'assureur peut assurer les personnes présentant un risque aggravé à des conditions particulières.

CONTRAT, PLAN ET GARANTIE D'ASSURANCE

17. CONCLUSION DU CONTRAT D'ASSURANCE

Le contrat d'assurance est conclu, après émission de la police, par le paiement de la première prime annuelle ou fraction de prime convenue. Le paiement de la prime signifie que le preneur d'assurance accepte les conditions du contrat d'assurance.

18. DUREE DU CONTRAT D'ASSURANCE

Le contrat d'assurance est conclu à vie.

19. FIN DU CONTRAT D'ASSURANCE

Le contrat d'assurance expire en cas :

- 19.1. de résiliation par le preneur d'assurance par écrit (par lettre recommandée, par exploit d'huissier ou remise d'une lettre contre récépissé) ou par voie électronique (par courriel) à la fin de chaque année d'assurance moyennant un préavis de 3 mois. La résiliation prendra effet à la date d'échéance annuelle du contrat d'assurance ;
- 19.2. de résiliation par le preneur d'assurance par écrit ou par voie électronique endéans les 3 mois qui suivent la communication d'une adaptation de la prime et/ou des C.G.A. et/ou des C.T.A. imposée par les autorités de contrôle, faite au moins 4 mois avant l'échéance annuelle du contrat d'assurance en cours. La résiliation prendra effet à la date d'échéance annuelle du contrat d'assurance ;
- 19.3. de résiliation par le preneur d'assurance par écrit ou par voie électronique endéans les 3 mois qui suivent la communication d'une adaptation de la prime et/ou des C.G.A. et/ou des C.T.A. imposée par les autorités de contrôle, si une telle communication a lieu moins de 4 mois avant l'échéance annuelle du contrat d'assurance en cours. Cette résiliation prendra effet après un mois à compter du lendemain de la notification ou de la date du récépissé ou, dans le cas d'une lettre recommandée, à compter du lendemain de son dépôt à la poste ;
- 19.4. de résiliation par l'assureur par lettre recommandée en cas de fraude ou tentative de fraude constatée dans le chef du preneur d'assurance et/ou dans le chef de l'assuré ;
- 19.5. de résiliation par l'assureur par lettre recommandée en cas de non-paiement des primes. Cette résiliation intervient en cas de non-paiement de prime au plus tôt 15 jours après la date de suspension de garantie suite à l'envoi par courrier recommandé d'une mise en demeure rappelant la date d'échéance de la prime, le montant de celle-ci et les conséquences du défaut de paiement.

La fin du contrat d'assurance peut être limitée à un ou plusieurs plan(s) d'assurance souscrits pour un ou plusieurs assuré(s).

20. DROIT DE CONTINUATION INDIVIDUELLE DU CONTRAT D'ASSURANCE

- 20.1. Le preneur d'assurance informe l'assureur par écrit ou par voie électronique du moment où un assuré quitte le contrat d'assurance ainsi que du nouveau domicile de ce dernier et ce, dans un délai de 30 jours à compter de ce moment.
- 20.2. L'assureur soumet à l'assuré, dans les 30 jours, une offre de continuation du contrat d'assurance.
- 20.3. L'assuré dispose d'un délai de 60 jours à dater du jour de la réception de l'offre de l'assureur, pour communiquer à l'assureur, par écrit ou par voie électronique, son acceptation de continuation du contrat d'assurance. Le droit d'accepter l'offre de continuation s'éteint à l'expiration de ce délai.
- 20.4. Si l'assuré accepte l'offre d'assurance dans un délai de 60 jours, le contrat d'assurance se poursuit de manière ininterrompue et sans examen du risque avec effet au premier jour qui suit la fin du plan d'assurance.
- 20.5. Le droit de continuation n'est pas d'application au cas où le contrat d'assurance expire comme prévu sous les articles 19.1 à 19.5 sauf accord préalable de l'assureur.

21. DEBUT DE LA GARANTIE D'ASSURANCE

La garantie d'assurance prend cours à la date de début du plan d'assurance déterminée dans la police, pour autant que les stages aient pris fin.

22. EXCLUSIONS DE LA GARANTIE D'ASSURANCE

La garantie d'assurance ne comprend pas les coûts liés aux cas énumérés ci-après, ni à toutes leurs conséquences :

- 22.1. un accident qui s'est produit, une maladie dont les symptômes sont apparus ou une grossesse qui s'est manifestée avant la date de début de la garantie d'assurance ou en cas de fraude ou de tentative de fraude entre la date de début du plan d'assurance déterminée dans la police et la date d'émission de la police. Toutefois, la couverture est acquise si ces cas d'assurance surviennent après une période d'au moins 2 ans à compter de la date de début de la garantie d'assurance, sauf si l'accident, la maladie ou ses symptômes connus n'ont pas été communiqués à l'assureur (en d'autres termes en cas d'omission ou d'inexactitude intentionnelle) lors de la conclusion du contrat d'assurance pour l'appréciation du risque ;
- 22.2. une maladie ou un accident découlant d'une guerre civile ou autre, d'émeutes, d'actes de violence collective, à caractère politique, idéologique ou social, s'il est établi que l'assuré y a pris une part active ;
- 22.3. un acte intentionnel ou téméraire de l'assuré, à moins qu'il ne prouve qu'il s'agit d'un cas de légitime défense. L'acte intentionnel est l'acte commis volontairement et sciemment avec l'intention de causer un dommage. Un acte téméraire est une action risquée et imprudente commise sciemment ou de manière irréfléchie ;
- 22.4. une tentative de suicide ou un suicide ;
- 22.5. l'alcoolisme, la toxicomanie, la consommation de produits dopants, la consommation excessive de médicaments (sauf prescription médicale). L'utilisation de médicaments non conforme aux indications reprises dans la notice scientifique du produit (sauf si l'assureur a accepté leur couverture explicitement et par écrit). Les maladies ou accidents - et leurs conséquences - survenus à l'assuré alors qu'il se trouve en état d'ivresse, d'intoxication punissable ou dans un autre état analogue résultant de produits autres que les boissons alcoolisées, à condition qu'il soit démontré qu'il existe un rapport de causalité entre ces états et le traitement ;
- 22.6. une intervention préventive, une stérilisation, une contraception, une vaccination ;
- 22.7. les traitements de fertilité médicalement assistés ;
- 22.8. les mères porteuses rémunérées ;
- 22.9. une intervention esthétique sauf une chirurgie plastique reconstructive à la condition que le devis soit préalablement approuvé par l'assureur.
- 22.10. une chirurgie ophtalmologique réfractive ;
- 22.11. des troubles fonctionnels ou subjectifs 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 ;
- 22.12. un traitement psychothérapeutique à moins qu'il soit dispensé par un psychiatre ;

23. FIN DU PLAN D'ASSURANCE

Le plan d'assurance expire :

- 23.1. pour tous les assurés en cas d'expiration du contrat d'assurance ;
 - 23.2. pour l'assuré auquel la circonstance déterminée s'applique :
 - 23.2.1. en cas de décès ;
 - 23.2.2. en cas de sortie du contrat d'assurance ;
 - 23.2.3. en cas de fraude ou tentative de fraude. Ainsi :
 - le contrat d'assurance est annulé en cas d'omission ou d'inexactitude intentionnelle sur la déclaration du risque à couvrir ;
 - la garantie d'assurance est refusée ou réduite en cas de négligence de l'assuré relativement aux obligations visées à l'article 27 entraînant un préjudice dans le chef de l'assureur ;
 - le contrat d'assurance est résilié en cas d'usage de faux en écriture ou d'escroquerie.
 - 23.2.4. si les conditions d'assurabilité ne sont plus remplies
- Le plan d'assurance n'expire pas pour des raisons propres à la réalisation ou l'aggravation du risque assuré et au vieillissement ou l'arrivée à un âge déterminé dans le chef de l'assuré.

24. FIN DE LA GARANTIE D'ASSURANCE

La garantie d'assurance cesse en même temps que la fin du plan d'assurance. La garantie d'assurance relative aux cas d'assurance en cours est réglée dans les C.T.A.

DROIT AUX PRESTATIONS

25. L'assureur, le preneur d'assurance et l'assuré collaborent en vue de déterminer le droit aux prestations qui est établi sur base des renseignements fournis. Le preneur d'assurance et l'assuré autorisent l'assureur à solliciter les informations nécessaires et s'engagent à collaborer à la bonne exécution des mesures d'information et d'investigation auxquelles l'examen du droit aux prestations donne lieu. L'assureur s'abstient de toute mesure qui, par rapport à l'examen du droit aux prestations, s'avère inadéquate, sans pertinence et excessive.

En ce qui concerne les données médicales, l'assuré peut demander à son médecin traitant de communiquer au médecin-conseil désigné par l'assureur tout certificat médical nécessaire à l'exécution du contrat se limitant à une description de l'état de santé lors de la survenance d'un cas d'assurance.

Le médecin conseil désigné par l'assureur est en droit de transmettre alors à l'assureur uniquement les informations pertinentes en lien avec le cas d'assurance.

En cas de désaccord quant au droit aux prestations, l'assuré a la faculté de recourir à un arbitrage dans un délai de 30 jours suivant la notification de la décision de l'assureur. L'arbitrage est régi par les dispositions contenues dans une convention d'arbitrage.

CAS D'ASSURANCE

- 26.1. Tout cas d'assurance doit être déclaré par écrit ou par voie électronique à l'assureur au moyen du formulaire déterminé à cet effet et dans les délais y indiqués.
- 26.2. Les notes de frais relatives à un cas d'assurance doivent être introduites endéans les 3 ans suivant la date de leur émission. Passé ce délai, il y a prescription.
- 26.3. L'assuré possède à l'égard de l'assureur un droit propre quant aux prestations d'assurance telles que déterminées dans la police.
- 26.4. Les prestations d'assurance sont réglées avec le bénéficiaire du contrat d'assurance.
- 26.5. L'assureur peut subordonner le remboursement à l'introduction des notes de frais acquittées et traduites si elles sont émises dans une langue étrangère dont la traduction s'avère raisonnablement nécessaire pour l'examen du droit aux prestations.
- 26.6. Les notes de frais deviennent la propriété de l'assureur dès leur réception.
- 26.7. Le remboursement s'effectue en euro. Les notes de frais en monnaie étrangère sont remboursées sur base du cours moyen de la monnaie étrangère au jour de l'indemnisation.
- 26.8. Si l'assuré peut prétendre à la réparation d'un dommage, l'assureur est subrogé aux droits de l'assuré dans la mesure de ses prestations.
- 26.9. Les conventions conclues par le preneur d'assurance et/ou l'assuré avec des tiers ayant pour objet des droits qui existent en vertu du contrat d'assurance ou qui naissent en exécution du contrat d'assurance ne sont pas opposables à l'assureur.

OBLIGATIONS DU PRENEUR D'ASSURANCE ET DE L'ASSURÉ

- 27.1. Le preneur d'assurance, l'assuré ou la personne mandatée par lui sont tenus :
 - 27.1.1. de faire les déclarations et communications par écrit ou par voie électronique, à l'assureur.
 - 27.1.2. d'aviser l'assureur dans les 30 jours de la date à laquelle les conditions préalables au maintien en vigueur du contrat et/ou des plans d'assurance ne sont plus réunies. En particulier :
 - tout changement de domicile et/ou de résidence fixe et habituelle ;
 - en cas de séjour de plus de 90 jours consécutifs à l'étranger ;
 - en cas de changement dans le statut de sécurité sociale;
 - 27.1.3. d'aviser l'assureur, au plus tôt, de l'existence d'une convention couvrant un risque similaire ou identique, soit totalement, soit partiellement ;
 - 27.1.4. de fournir à l'assureur ou à la personne mandatée par lui tout renseignement permettant d'établir le droit aux prestations conformément à l'article 25 ;
 - 27.1.5. d'utiliser, préalablement à toute demande d'intervention auprès de l'assureur, tous les moyens en vue d'obtenir une intervention légale, statutaire ou de toute autre nature en ce compris tous les services et avantages à l'encontre de l'assurance maladie obligatoire et de la mutualité ;

- 27.1.6. d'exécuter le contrat d'assurance en toute bonne foi et de limiter les conséquences d'un cas d'assurance.
- 27.2. Si le preneur d'assurance ou l'assuré a enfreint les obligations du contrat d'assurance ou celles nées de l'exécution du contrat d'assurance et si, à la suite d'un cas d'assurance, ce manquement cause un préjudice à l'assureur, ce dernier peut réduire ses prestations à concurrence du préjudice subi si le manquement est non intentionnel ou refuser le cas d'assurance si le manquement est intentionnel.

LA PRIME

- 28.1. Le preneur d'assurance est redevable de la prime calculée sur base des modalités suivantes :
 - 28.1.1. lors de la conclusion du contrat d'assurance, la prime est calculée selon :
 - le domicile du preneur d'assurance ;
 - l'âge d'entrée de chaque assuré. L'âge d'entrée est obtenu en soustrayant l'année de naissance de l'année en cours ;
 - l'état de santé de chaque assuré.Le cas échéant, le tableau de primes est disponible dans les Conditions Particulières d'Assurance, dont il fait intégralement partie.
 - 28.1.2. en cours de contrat d'assurance, la prime de chaque assuré est recalculée :
 - à partir de l'échéance annuelle qui suit son 19^{ème} anniversaire ;
 - à la date d'échéance annuelle suivant la catégorie d'âge atteinte par l'assuré à cette date et au tarif en vigueur de cette catégorie d'âge si cette adaptation de la prime est prévue aux Conditions Tarifaires d'Assurance. L'âge est obtenu en soustrayant l'année de naissance de l'année en cours.
 - selon le domicile du preneur d'assurance à partir du mois qui suit son déplacement.Le preneur d'assurance n'a pas le droit de résilier son contrat d'assurance comme prévu sous l'article 19.2 ou 19.3.
- 28.2. Le preneur d'assurance est redevable de la prime annuelle à la date d'échéance annuelle.
- 28.3. La prime annuelle est quérable. La simple invitation à payer vaut présentation de l'avis d'échéance à la dernière adresse connue du preneur d'assurance.
- 28.4. La prime annuelle est une et indivisible et payable selon la périodicité convenue. En cas de non-paiement de la fraction de prime convenue, la totalité de la prime annuelle devient exigible de plein droit.
- 28.5. En cas de non-paiement de la prime ou d'une partie de prime, le preneur d'assurance est mis en demeure par lettre recommandée et la garantie d'assurance est suspendue de plein droit à la date déterminée dans la mise en demeure. La garantie d'assurance reprend pour les cas d'assurance survenus après que le preneur d'assurance se soit acquitté de tous les arriérés de primes échues.
- 28.6. En cas de non-paiement suite à la mise en demeure, l'assureur a le droit de résilier le contrat d'assurance.

ADAPTATION DE LA PRIME, DE LA FRANCHISE, DES PRESTATIONS ET DES CONDITIONS GENERALES ET TARIFAIRES D'ASSURANCE

- 29.1. La prime et les C.T.A. sont définies compte tenu des paramètres contenus dans le plan technique que l'assureur constitue sur base de critères actuariels et techniques d'assurance.
- 29.2. La prime et/ou la franchise peuvent être adaptées à l'échéance annuelle sur base de l'indice des prix à la consommation du mois de juin de l'année civile précédente publié au Moniteur belge.
- 29.3. S'il apparaît du tableau des indices médicaux spécifiques de l'année civile précédente publié au Moniteur belge, que l'évolution dépasse celle de l'indice des prix à la consommation, la prime et/ou la franchise peuvent être adaptées à l'échéance annuelle jusqu'à concurrence maximum des indices. Cette adaptation, applicable par plan d'assurance, s'opère avec l'indice médical global pour la franchise et par catégorie d'âge pour la prime.
- 29.4. Les adaptations prévues sous les articles 29.2 et 29.3 sont portées à la connaissance du preneur d'assurance par écrit ou par voie électronique au plus tard à la date d'échéance annuelle. Le preneur d'assurance n'a pas le droit de résilier son contrat d'assurance comme prévu sous l'article 19.2 ou 19.3.

- 29.5. Chaque année, l'assureur procède à une comparaison entre les remboursements réels qu'il a effectués en faveur des assurés et ceux fixés et déterminés dans le plan technique. Dans l'éventualité où un écart résulterait de cette comparaison, de sorte que la prime en vigueur s'avérerait insuffisante pour couvrir les remboursements réels effectués, les autorités de contrôle peuvent imposer une adaptation de la prime et/ou de la couverture.
- 29.6. L'adaptation de la prime imposée par les autorités de contrôle pourra, pour maintenir l'équité entre les différentes catégories d'assurés, s'appliquer de manière différenciée aux primes payées par les différentes catégories d'assurés (catégories établies suivant des critères objectifs tels que l'âge d'entrée en assurance et l'âge atteint au moment de l'adaptation de la prime) et par plan d'assurance. Cette adaptation de prime prend effet le premier jour du deuxième mois qui suit la publication au Moniteur belge de la décision des autorités de contrôle et sera appliquée à la date d'échéance annuelle des contrats d'assurance en vigueur.
- 29.7. L'adaptation décrite sous les articles 29.5 et 29.6. est portée à la connaissance du preneur d'assurance, par écrit ou par voie électronique au plus tard à la date d'échéance annuelle. Le preneur d'assurance dispose du droit de résilier son contrat d'assurance, comme prévu sous l'article 19.2 ou 19.3.
- 29.8. Si le preneur d'assurance ne résilie pas son contrat d'assurance comme prévu sous l'article 19.2 ou 19.3, l'adaptation de la prime sera applicable aux contrats d'assurance en cours à la prochaine date d'échéance annuelle.
- 29.9. Si le preneur d'assurance ne résilie pas son contrat d'assurance comme prévu sous l'article 19.2 ou 19.3, l'adaptation des C.G.A. et/ou C.T.A. sera applicable aux contrats d'assurance en cours à la prochaine date d'échéance annuelle pour les nouveaux cas d'assurance.
- 29.10. Ne sont pas soumises aux dispositions précédentes, les modifications imposées par la loi ou toute autre disposition réglementaire d'ordre public ou impérative ainsi que les modifications de la taxe sur les contrats d'assurance, des impôts et/ou contributions additionnelles de toute nature, imposés par la loi ou toute autre disposition réglementaire.

DECLARATIONS DU PRENEUR D'ASSURANCE, DE L'ASSURE ET DE L'ASSUREUR

- 30.1. Le preneur d'assurance et l'assuré déclarent :
- 30.1.1. être disposés à consentir expressément à ce que l'assureur recueille et traite les données à caractère personnel et médical hors la surveillance et la responsabilité d'un médecin ;
- 30.1.2. avoir connaissance qu'en ce qui concerne les données médicales ils peuvent demander à leur médecin traitant de communiquer au médecin-conseil désigné par l'assureur tout certificat médical nécessaire à l'exécution du contrat se limitant à une description de l'état de santé lors de la survenance d'un cas d'assurance. Le médecin conseil désigné par l'assureur est en droit de transmettre alors à l'assureur uniquement les informations pertinentes en lien avec le cas d'assurance.
- 30.1.3. autoriser l'assureur à utiliser les données à caractère médical afin de conclure, de gérer et d'exécuter le contrat d'assurance, conformément à ses finalités propres et, plus généralement, conformément aux finalités, aux techniques et aux principes propres à l'activité d'assurance.
- 30.2. L'assureur déclare que les données à caractère personnel et médical:
- 30.2.1. sont traitées dans le strict respect de l'article 61 de la loi relative aux assurances, de l'article 7§4 de la loi du 08/12/1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel (la loi sur la vie privée) et de son AR de 2001, du règlement Européen 2016/679, dit Règlement général sur la protection des données à caractère personnel et de la loi relative aux droits du patient du 22/08/2002
- 30.2.2. ne sont recueillies, traitées et utilisées qu'à la réalisation des finalités mentionnées et que par rapport à ces finalités

COUVERTURE EN CAS DE TERRORISME

31. La garantie d'assurance s'étend aux cas d'assurance survenus en raison d'une maladie ou d'un accident découlant d'un acte de terrorisme, à l'exception des cas d'assurance et à toutes leurs suites découlant d'un acte de terrorisme commis à l'aide d'armes ou d'engins destinés à exploser par une modification de structure du noyau atomique.

DISPOSITIONS FINALES

- 32.1. Le droit belge est d'application pour ce contrat d'assurance.
- 32.2. Toute plainte relative au contrat d'assurance peut être adressée :
- Tout d'abord à DKV Belgium S.A. - Quality Control, rue de Loxum 25, 1000 Bruxelles – (qualitycontrol@dkv.be)
 - Ensuite, à l'Ombudsman des Assurances, Square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles – (www.ombudsman.as)
- 32.3. Les Conditions Générales et/ ou Tarifaires d'Assurance en vigueur peuvent être consultées sur www.dkv.be.