

# ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE MALADIE REDOUTÉE

## CHAPITRE 1 : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### Article 1.1 : Référence

Les présentes conditions générales portent la référence 882092023EF.

### Article 1.2 : Dispositions générales

Les dispositions générales de l'assurance principale Belfius Home Credit Protect sont applicables à l'assurance complémentaire Maladie Redoutée dans la mesure où les clauses qui sont propres à celle-ci n'y dérogent pas. La souscription de l'assurance complémentaire Maladie Redoutée est couplée à la souscription de l'assurance décès. Ce contrat est soumis au droit belge.

## CHAPITRE 2 : DISPOSITIONS DE L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE MALADIE REDOUTÉE

### Article 2.1 : Pour l'application du présent contrat, on entend par :

**Maladie Redoutée** : l'une des quatre Maladies Redoutées telles que décrites à l'Article 2.2. Toutes les Maladies Redoutées ne satisfaisant pas à ces définitions sont exclues de la garantie de l'assurance complémentaire Maladie Redoutée.

**Délai d'attente** : le capital assuré n'est pas versé dans le cas où la date à laquelle les symptômes se manifestent ou la date à laquelle le diagnostic de la maladie redoutée est posé survient dans les 3 mois suivant la prise d'effet de l'assurance complémentaire Maladie Redoutée.

**Période de survie** : afin de pouvoir prétendre au paiement de la prestation assurée, une période de 30 jours doit s'écouler. Cette période prend cours à partir du moment où toutes les conditions d'une maladie redoutée sont remplies, conformément aux dispositions de l'Article 2.2., et la maladie est acceptée par le médecin conseil de la compagnie en tant que telle.

Si l'assuré venait à décéder durant cette période, le capital assuré ne sera pas versé.

**Domicile** : L'endroit où l'assuré réside habituellement en Belgique avec sa famille. Cet endroit s'étend à tout ce qui fait partie de leur domaine privé (habitation, jardin, parc, annexes, garages, écuries).

**La garantie** : L'ensemble des prestations auxquelles la Compagnie s'est contractuellement engagée.

### Article 2.2 : Description des Maladies Redoutées

Le contenu du présent article décrit les critères pour pouvoir bénéficier de l'assurance complémentaire Maladie Redoutée. Les affections ne correspondant pas à ces définitions sont exclues de l'assurance complémentaire Maladie Redoutée.

#### **2.2.1 Accident Vasculaire Cérébral (AVC)**

Nécrose du tissu cérébral due à un apport sanguin insuffisant ou à une hémorragie intracrânienne, ayant pour conséquence un déficit neurologique permanent.

Tous les critères suivants doivent être remplis :

1. Présence de signes compatibles avec le diagnostic d'un nouvel accident vasculaire cérébral mis en évidence soit par un scanner, soit par une IRM ;
2. L'accident vasculaire cérébral a entraîné un déficit persistant

objectivable correspondant à la région cérébrale touchée. La seule évaluation retenue d'un tel déficit est celle pratiquée au moins trois mois après la survenue de l'accident vasculaire cérébral.

Sont exclus, les symptômes cérébraux dus à une migraine, les accidents ischémiques transitoires, les lésions cérébrales traumatiques, des vaisseaux sanguins hypoxiques et les pathologies vasculaires atteignant l'œil, le nerf optique ou les fonctions vestibulaires.

#### **2.2.2 Cancer**

Toute affection maligne caractérisée par une croissance et une extension incontrôlée de cellules malignes envahissant un tissu et se présentant sous un aspect histologique différent. Le diagnostic doit être confirmé de manière histologique ou – en cas de cancers systémiques – cytologique.

Cette définition ne couvre pas ce qui suit :

1. Un cancer in situ (cancer encapsulé) ;
2. Toutes les affections malignes de la peau, à l'exception des mélanomes malins en vertu desquels les couches de peau sous l'épiderme ont été touchées. Toutes les affections de la prostate ou tout carcinome papillaire de la thyroïde dès lors que l'affection n'a pas atteint au moins le stade T2N0M0 de la classification TNM. Toutes les pathologies de Hodgkin ainsi que les maladies non-Hodgkiniennes qui n'ont pas progressé au niveau 2 de la classification Arbor. Toutes les formes de leucémie n'ayant pas causé d'anémie.

#### **2.2.3 Infarctus du Myocarde**

Diagnostic sans équivoque de nécrose d'une partie du muscle cardiaque due à un apport sanguin insuffisant de la région du cœur concernée.

Tous les critères suivants doivent être remplis :

1. Une augmentation des marqueurs biologiques cardiaques, dont impérativement celle de la CK-MB et de la Troponine, au-dessus des valeurs normales de laboratoire généralement admises ;
2. Nouvelles modifications électrocardiographiques indiquant un infarctus ;
3. La preuve d'une réduction permanente et irréversible de la fonction d'éjection ventriculaire gauche, avec une fraction d'éjection ventriculaire gauche limitée à 50 % maximum.

#### **2.2.4 Tumeur cérébrale bénigne (avec hypertension intracrânienne)**

Tumeur cérébrale menaçant le pronostic vital, donnant lieu à des symptômes caractéristiques d'hypertension intracrânienne tels qu'un œdème papillaire, des troubles psychiques, des crises comitiales ou des troubles sensoriels.

La tumeur doit conduire :

1. Soit à la réalisation effective d'une chirurgie visant à faire l'exérèse complète ou à réduire le plus possible la tumeur ;
2. Soit à faire l'objet d'un traitement sous forme de chimiothérapie ou de radiothérapie ;
3. ou être considérée comme inopérable et augmentant de taille ;
4. Soit enfin à l'instauration de soins palliatifs de fin de vie.

Ne sont pas couverts les kystes, les calcifications, les granulomes, les malformations au niveau des artères ou des veines intracrâniennes, les hématomes et les tumeurs de l'hypophyse ou du rachis.

### **Article 2.3 : Objet de l'assurance complémentaire Maladie Redoutée**

L'objet de l'assurance complémentaire Maladie Redoutée est la garantie d'un paiement unique au preneur d'assurance d'un capital forfaitaire prédéfini, dont le montant maximal s'élève à 36.000 EUR par assuré, fixé dans les conditions particulières moyennant le versement des primes par le preneur d'assurance. Le paiement de ce capital assuré a lieu après acceptation de l'une des quatre Maladies Redoutées décrites à l'Article 2.2, et lorsque les conditions en matière de délai d'attente et période de survie sont remplies.

### **Article 2.4 : Date de prise d'effet de l'assurance complémentaire Maladie Redoutée**

La date de prise d'effet de l'assurance complémentaire Maladie Redoutée est fixée dans les conditions particulières. L'assurance complémentaire Maladie Redoutée peut être souscrite en tant qu'assurance complémentaire au moment de la souscription de l'assurance principale Belfius Home Credit Protect, ou dans un délai de 18 mois maximum après la date de prise d'effet de l'assurance principale. L'âge maximum de l'assuré au moment de la souscription de l'assurance complémentaire est fixé à 65 ans. Le présent contrat ne donnera pas droit au paiement du montant convenu si la date à laquelle les symptômes se manifestent ou la date à laquelle le diagnostic de la maladie redoutée est posé survient dans les 3 mois suivant la date de prise d'effet de l'assurance complémentaire Maladie Redoutée.

### **Article 2.5 : Terme de l'assurance complémentaire Maladie Redoutée**

L'assurance complémentaire Maladie Redoutée prévoit au maximum le paiement d'une seule prestation par assuré. Il ne peut plus être fait appel à l'assurance complémentaire après que la Compagnie a procédé au paiement de cette unique prestation assurée. Par conséquent, les primes pour cette assurance complémentaire ne seront plus dues. À défaut du versement du capital, l'assurance complémentaire Maladie Redoutée prend fin à la date d'échéance de l'assurance principale, également mentionnée dans les conditions particulières de l'assurance complémentaire Maladie Redoutée et au plus tard à l'échéance de l'année durant laquelle l'assuré atteint l'âge de 85 ans.

Par ailleurs, l'assurance complémentaire Maladie Redoutée prend fin :

- en cas de décès de l'assuré ;
- en cas de résiliation de l'assurance complémentaire Maladie Redoutée par le preneur d'assurance ;
- en cas de cessation du paiement des primes de l'assurance complémentaire Maladie Redoutée ;
- en cas de cessation du paiement des primes, de résiliation, de rachat, de conversion, de réduction ou de déchéance de l'assurance principale décès.

### **Article 2.6 : Mode de paiement des primes**

Les primes de l'assurance complémentaire Maladie redoutée sont payables aux mêmes conditions que les primes de l'assurance principale décès.

Toutefois, si l'assurance principale décès est financée par une prime unique, le preneur d'assurance a le choix entre tous les modes de fractionnement en vigueur au moment de la souscription à l'exception de la prime unique. Le mode de fractionnement doit être identique pour toutes les assurances complémentaires souscrites. Les

primes pour cette assurance complémentaire ne seront plus dues après le versement unique de la prestation assurée par la Compagnie.

Le preneur d'assurance peut à tout moment mettre fin au paiement des primes de l'assurance complémentaire Maladie Redoutée indépendamment du sort réservé à l'assurance principale décès ou, si souscrite(s), à(aux) l'assurance(s) complémentaire(s) invalidité et/ou perte d'emploi.

### **Article 2.7 : Dispositions en cas de Maladie Redoutée**

En cas de Maladie Redoutée de l'assuré, les éléments suivants doivent être mis à disposition du service médical de la Compagnie dans les 30 jours à compter du moment où les conditions d'une Maladie Redoutée sont remplies (conformément aux dispositions de l'Article 2.2) :

- la déclaration de sinistre prévue à cet effet « Déclaration de Maladie Redoutée de l'Assuré » de la Compagnie, complétée et signée par l'assuré ou la personne à qui il/elle a donné procuration ;
- le certificat médical de la Compagnie prévu à cet effet « Certificat Médical de Maladie Redoutée », complété et signé par un médecin au choix de l'assuré ;
- les données médicales demandées dans le « Certificat Médical de Maladie Redoutée » en rapport avec la Maladie Redoutée diagnostiquée.

La Compagnie se réserve le droit d'exiger tous les renseignements qu'elle estimerait nécessaires.

En cas de transgression des dispositions relatives à la déclaration de Maladie Redoutée ou aux possibilités de contrôle médical de la Compagnie, aucune déchéance du droit aux prestations n'est encourue si le preneur d'assurance ou le bénéficiaire établissent que la transgression est due à un cas de force majeure ou qu'elle n'a causé aucun préjudice à la Compagnie. Lorsque la transgression n'est pas due à un cas de force majeure et qu'elle a causé un préjudice à la Compagnie, cette dernière peut réduire ses prestations à concurrence du préjudice qu'elle a subi. Toutefois, la Compagnie peut opposer la déchéance du droit aux prestations en cas de transgression commise dans une intention frauduleuse.

### **Article 2.8 : Constatation de la Maladie Redoutée et contestations**

Sur la base des renseignements fournis (cf. Article 2.7), le service médical de la Compagnie estime si les conditions de paiement sont remplies. En cas d'acceptation, un versement unique du capital sera effectué, conformément aux conditions particulières de l'assurance. La Compagnie notifie sa décision au preneur d'assurance.

Toute contestation à ce sujet ou à un autre sujet médical est soumise contradictoirement à deux médecins-experts nommés et dûment mandatés, l'un par l'assuré, l'autre par la Compagnie. Faute d'arriver à un accord, les médecins-experts choisissent un troisième expert. Les trois médecins-experts statueront en commun, mais à défaut de majorité l'avis du troisième sera prépondérant. Si l'une des parties ne nomme pas son médecin-expert ou si les deux médecins-experts ne s'entendent pas sur le choix du troisième, la désignation en est faite par le Président du Tribunal de Première Instance du domicile de l'assuré, à la requête de la partie la plus diligente.

Chacune des parties supporte les frais et honoraires de son expert. Les frais et honoraires du troisième expert ainsi que les frais d'éventuels examens médicaux spécialisés seront pris en charge, pour la moitié, par chaque partie impliquée. Les médecins-experts sont dispensés de toute formalité judiciaire. Leur décision est souveraine et irrévocable.

### **Article 2.9 : Mode de paiement des prestations assurées**

Les prestations assurées stipulées aux conditions particulières sont payables une fois sur un compte bancaire. L'assurance complémentaire Maladie Redoutée prévoit au maximum un paiement par assuré durant la durée du contrat.

### **Article 2.10 : Cumul du paiement des prestations invalidité et perte de revenus professionnels**

Lorsque le preneur d'assurance souscrit simultanément l'assurance complémentaire Maladie Redoutée et l'assurance complémentaire invalidité ou l'assurance complémentaire perte d'emploi, un paiement cumulé des prestations est possible si les dispositions stipulées aux conditions générales des assurances complémentaires ont été remplies.

### **Article 2.11 : Risques exclus relatifs au paiement d'un capital**

Les Maladies Redoutées découlant d'événements exclus de l'assurance principale décès (cf. Article 2.9 des Conditions Générales Belfius Home Credit Protect) ne donnent pas lieu au paiement des prestations assurées.

Les risques suivants concernant l'assurance complémentaire Maladie Redoutée sont également exclus :

- Toutes les maladies ne satisfaisant pas aux définitions décrites à l'Article 2.2
- Toutes les maladies provoquées par l'utilisation de substances radioactives, par des infections dues au VIH, par la consommation de stupéfiants ou de substances illicites, par un coma éthylique ou par une tentative de suicide.
- Toutes les maladies pour lesquelles l'assureur peut démontrer que, dans les 5 ans précédant la souscription de l'assurance complémentaire Maladie Redoutée, l'assuré était au courant de la Maladie Redoutée ou que le diagnostic (ou le traitement) était connu de l'assuré et pour lesquelles ces informations n'ont pas été fournies dans les déclarations médicales, sous réserve de l'article 205 de la loi relative aux assurances du 4 avril 2014.

### **Article 2.12 : Rachat, conversion et réduction**

L'assurance complémentaire Maladie Redoutée ne comporte ni valeur de rachat, ni valeur de conversion, ni valeur de réduction.

### **Article 2.13 : Abandon de recours**

La Compagnie abandonne au profit du preneur d'assurance, de l'assuré ou du bénéficiaire tout recours contre les tiers, auteurs ou personnes civilement responsables de la Maladie Redoutée.

## **CHAPITRE 3 : PRESTATIONS D'ASSISTANCE**

### **Article 3.1 : Modalités d'application des prestations d'assistance**

L'assuré peut bénéficier à titre unique des prestations d'assistance du chapitre 3 pendant la durée du contrat. Il n'est plus possible de faire appel aux prestations d'assistance après que les périodes de demande de prestations d'assistance respectives se sont écoulées ou après que les prestations d'assistance demandées ont été exécutées.

Les prestations qui ne sont pas organisées par la Compagnie ne sont pas couvertes.

Les prestations de l'assureur ne peuvent en aucun cas constituer une source de profit financier pour l'assuré. Elles sont destinées à fournir une aide à l'assuré, dans les limites de la convention, lors d'événements incertains ou fortuits survenant pendant la durée de la garantie.

L'assuré ou, suite au décès de l'assuré, le conjoint et les enfants de l'assuré, vivant sous le même toit que l'assuré, ou le tuteur légal des enfants de l'assuré peuvent bénéficier des prestations d'assistance proposées. Une acceptation de la déclaration de Maladie Redoutée

par la Compagnie est nécessaire, sauf pour le service « Reconnexion de la famille ».

Les services d'assistance (en ce compris le service d'information) sont accessibles 24h/24, 7 jours/7 au numéro de téléphone 02 541 92 04.

### **Article 3.2 : Prestations d'assistance**

#### **3.2.1 Prestations d'assistance immédiates**

La demande de prestations d'assistance immédiates doit être introduite au plus tard dans les 30 jours après que la Compagnie a signifié par écrit à l'assuré que la déclaration d'une Maladie Redoutée est acceptée ou dans les 30 jours suivant le décès de l'assuré à la suite d'une Maladie Redoutée approuvée.

#### **La garde d'enfants**

La Compagnie organise et prend en charge la garde des enfants de moins de 16 ans et/ou des enfants handicapés de l'assuré et/ou de son conjoint, tous habitant sous le même toit que l'assuré, pendant maximum 5 jours consécutifs.

#### **La garde des animaux domestiques**

La Compagnie organise et prend en charge la garde et l'hébergement des animaux domestiques (chiens et chats) pendant maximum 5 jours consécutifs.

#### **L'aide-ménagère**

La Compagnie organise et prend en charge la mise à disposition d'une aide-ménagère pour l'entretien du ménage de l'assuré, à concurrence d'un maximum de 16 heures à étaler sur un maximum de 5 jours.

#### **3.2.2 L'assistance psychologique**

La demande d'assistance psychologique peut être introduite au plus tôt après l'acceptation de la déclaration de Maladie Redoutée par la Compagnie. La période de demande s'étend jusqu'à 5 mois après l'acceptation de la déclaration. L'assistance psychologique est proposée soit en cas de Maladie Redoutée soit en cas de décès de l'assuré des suites d'une Maladie Redoutée. La demande d'assistance psychologique ne peut être introduite qu'une seule fois.

#### **En cas de Maladie Redoutée**

Si le médecin traitant de l'assuré l'informe qu'il/elle souffre d'une Maladie Redoutée, ce dernier peut bénéficier d'une assistance psychologique. La Compagnie organise et paie, après accord de son médecin-conseil, les premières séances d'entretien en Belgique avec un psychologue spécialisé, agréé par la Compagnie et désigné par son médecin-conseil (5 séances maximum).

Si l'assuré est en déplacement hors Belgique, les entretiens se feront par téléphone.

En Belgique, le psychologue contactera l'assuré dans les 24 heures qui suivent le premier appel d'assistance, afin de fixer le premier rendez-vous.

#### **En cas de décès de l'assuré des suites d'une Maladie Redoutée**

Si l'assuré décède des suites d'une Maladie Redoutée acceptée, le conjoint et les enfants de l'assuré, habitant sous le même toit que l'assuré, peuvent bénéficier d'une assistance psychologique.

La Compagnie organise et prend en charge, après approbation de son médecin-conseil, les premières séances d'entretien en Belgique avec un psychologue spécialisé agréé par la Compagnie et désigné par son médecin-conseil (5 séances maximum).

Si le conjoint/tuteur légal et/ou les enfants sont en déplacement hors Belgique, les entretiens se feront par téléphone. En Belgique, le psychologue contactera le conjoint ou le tuteur légal des enfants, dans les 24 heures qui suivent le premier appel d'assistance, afin de fixer le premier rendez-vous.

### 3.2.3 La Reconnexion de la famille

Si l'assuré décède inopinément des suites d'une Maladie Redoutée (comme défini dans l'article 2.2) à l'étranger, la Compagnie organise et prend en charge le transport de la dépouille mortelle depuis l'hôpital ou la morgue jusqu'au lieu en Belgique désigné par la famille.

La Compagnie prend également en charge :

- les frais de traitement funéraire et de mise en bière ;
- les frais de cercueil à concurrence de 1500 EUR.

Les autres frais, notamment les frais de cérémonie et d'inhumation ou d'incinération, restent à charge de la famille.

Afin de leur permettre d'assister aux funérailles de l'assuré en Belgique, la Compagnie prend en charge le retour simple des autres membres de la famille (conjoint, père, mère, enfant(s), frère(s), sœur(s), grand(s)-parent(s), petit(s)-enfant(s), beau(x)-parent(s), beau(x)-fils, belle(s)-fille(s), beau(x)-frère(s), belle(s)-sœur(s)) qui sont en voyage à l'étranger au moment du décès inopiné de l'assuré des suites d'une Maladie Redoutée.

### 3.2.4 Le soutien d'un Care Manager

La demande de soutien d'un Care Manager doit être introduite auprès de la Compagnie dans les 30 jours suivant le décès de l'assuré des suites d'une Maladie Redoutée et après acceptation du dossier par la Compagnie.

En cas de décès de l'assuré des suites d'une Maladie Redoutée acceptée, la Compagnie organise et prend en charge le soutien d'un Care Manager qui aidera le conjoint de l'assuré ou le tuteur légal des enfants de l'assuré, dans les démarches administratives à prendre (banque, poste, mutualité, pension, prêts,...) et en accord avec lui ou avec elle, il peut organiser des services tels que :

Travaux ménagers : repassage et/ou lessive, livraison de repas, aide-ménagère, courses, livraison de médicaments prescrits par le médecin.

Aide à domicile : coiffeur, jardinier, pédicure, kinésithérapeute, transport de personnes, babysitting, dog-sitting, enseignement à domicile.

Le coût des prestations organisées par le Care manager n'est pas supporté par la Compagnie et reste à charge du conjoint de l'assuré ou du tuteur légal des enfants de l'assuré.

La première intervention du Care Manager consiste à contacter le conjoint de l'assuré ou le tuteur légal des enfants de l'assuré, par téléphone le 1<sup>er</sup> jour ouvrable qui suit son premier appel pour lequel les services de la Compagnie ont ouvert un dossier.

Le Care Manager examinera quel arrangement, téléphonique et/ou une visite à domicile, répond le mieux aux besoins du conjoint de l'assuré ou du tuteur légal des enfants de l'assuré.

Si une visite à domicile s'avère ne pas être nécessaire, la Compagnie organisera les services requis de commun accord avec le partenaire de l'assuré ou le tuteur légal des enfants de l'assuré.

Si une visite est indispensable, le Care Manager contactera le conjoint de l'assuré ou le tuteur légal des enfants de l'assuré afin de fixer la date et l'heure d'un rendez-vous.

Le Care Manager fera le suivi, conseillera le conjoint de l'assuré ou le tuteur légal des enfants de l'assuré et organisera si nécessaire les services ou prestations qui répondent le mieux à leurs besoins.

L'intervention du Care Manager est limitée à 20 heures par dossier. Le nombre d'interventions du Care Manager par dossier est limité à 6 interventions.

### 3.2.5 Le service d'information

Après une déclaration acceptée de Maladie Redoutée par la Compagnie, l'assuré peut faire appel au service d'information afin d'obtenir des informations concernant :

- les adresses des services publics qui peuvent aider dans les domaines suivants : testament, tutelle, droits de succession, assurances sociales, pension, où doit-on déclarer un décès, allocations sociales, bourses d'études, allocations de logement, allocations familiales, garde d'enfants, aide familiale

- les formalités lors d'un décès, les instances à contacter : banques, employeur, services d'allocations, mutualité, compagnies d'assurances, autres instances où le défunt est enregistré,

- les informations médicales et paramédicales : médecins et pharmacies de garde, ergothérapeutes, location de matériel médical.

#### **Article 3.3 : Obligations à charge de l'assuré**

L'assuré s'engage :

- de mettre à disposition de la Compagnie dans les 30 jours à compter du moment où les conditions d'une Maladie Redoutée sont remplies (conformément aux dispositions de l'Article 2.2) :

- la déclaration de sinistre prévue à cet effet « Déclaration de Maladie Redoutée de l'Assuré » de la Compagnie, complétée et signée par l'assuré ou la personne à qui il/elle a donné procuration ;

- le certificat médical de la Compagnie prévu à cet effet « Certificat Médical de Maladie Redoutée », complété et signé par un médecin au choix de l'assuré ;

- les données médicales demandées dans le « Certificat Médical de Maladie Redoutée » en rapport avec la Maladie Redoutée diagnostiquée.

- après acceptation de la Maladie Redoutée par la Compagnie, à informer les services d'assistance, sauf en cas de force majeure, endéans la période déterminée dans les garanties (Article 3.2) afin que l'assureur puisse organiser de manière optimale l'assistance demandée et pour autoriser l'assuré à exposer les débours garantis ;

- lorsqu'aucune période n'a été déterminée par la Compagnie, nous vous prions de prendre contact avec les services d'assistance dans les plus brefs délais ;

- à répondre exactement aux questions de l'assureur en rapport avec la survenance des événements assurés ;

- à fournir aux services d'assistance, les pièces justificatives originaux des frais couverts en cas de demande de remboursement ;

- à fournir à la Compagnie ou aux services d'assistance, l'acte de décès.

Lorsque l'assuré ne respecte pas l'une des obligations énoncées à l'Article 3.3 ou la transgression n'est pas due à un cas de force majeure et qu'elle a causé un préjudice à la Compagnie, la Compagnie peut :

- réduire la prestation contractuelle ou réclamer ses frais à l'assuré, à concurrence du préjudice subi par la Compagnie ;

- décliner la prestation contractuelle ou réclamer à l'assuré la totalité de ses frais, si le manquement de l'assuré a lieu dans une intention frauduleuse.

#### **Article 3.4 : Risques exclus en rapport avec les prestations d'assistance**

Les risques suivants relatifs aux prestations d'assistance sont exclus :

- aucune prestation n'est due lorsque l'apparition des symptômes ou la date à laquelle ces symptômes se manifestent ou la date à laquelle le diagnostic de la maladie est posé a lieu dans les 3 mois suivant la date de prise d'effet de l'assurance complémentaire Maladie Redoutée ;
- le suicide ;
- les maladies découlant des suites d'un accident nucléaire ;
- le rapatriement dû à une Maladie Redoutée connue avant le départ et non stabilisée depuis au moins 6 mois ;
- les voyages à l'étranger de plus de 90 jours consécutifs ;
- les événements couverts dans un pays en état de guerre civile ou étrangère, ou dont la sécurité est perturbée par des émeutes, mouvements populaires et autres événements fortuits empêchant l'exécution du contrat ;
- et, en général, tous les frais non expressément prévus par la convention.

### **Article 3.5 : Circonstances exceptionnelles**

La Compagnie ne peut être tenue responsable des retards, manquements ou empêchements pouvant survenir dans l'exécution des prestations lorsqu'ils ne lui sont pas imputables ou lorsqu'ils sont la conséquence d'un cas de force majeure.

La Compagnie ne peut être tenue responsable de l'interprétation des informations données, ni de l'usage que l'appelant fait des informations communiquées.

Les informations se donnent en français, en néerlandais et en anglais.

La Compagnie n'intervient en aucun cas dans des affaires courantes ou traitées par les instances compétentes. La Compagnie ne donne aucun avis dans des affaires judiciaires, ne donne pas un avis sur le prix et la qualité des services et biens de consommation, et ne traite pas de questions fiscales et/ou commerciales.

#### ***Le prestataire de services***

L'Assuré est toujours en droit de refuser le prestataire de services que la Compagnie lui envoie. Dans ce cas, la Compagnie propose à l'assuré d'autres prestataires voisins, dans la limite des disponibilités locales. Les services que le prestataire entreprend se font avec l'accord de l'assuré et sous son contrôle. Pour les frais que la Compagnie ne prend pas en charge, il est conseillé à l'assuré d'exiger un devis préalable. Le prestataire est seul responsable des travaux, réparations ou services effectués.