CONDITIONS TARIFAIRES D'ASSURANCE DU PLAN ASSURANCE DEPENDANCE : DKV HOME CARE

EDITION 09.2008 | Plan 497 (ex 494)

Les Conditions Tarifaires d'Assurance (C.T.A.) sont formulées en exécution des Conditions Générales d'Assurance (C.G.A.).

1. Plan d'assurance (= C.G.A. 5)

1.1. Le plan d'assurance dépendance a pour objet le paiement d'un montant mensuel en cas de dépendance sévère de la personne assurée.

1.2. La dépendance sévère est définie comme étant la perte d'autonomie grave et durable de la personne assurée, nécessitant des soins non médicaux résidentiels ou à domicile.

1.3. Les soins résidentiels sont définis comme étant les soins non médicaux prestés en cas de séjour effectif soit dans une maison de repos agréée, soit dans une maison de repos et de soins agréée, soit dans une maison de soins psychiatriques agréée.

1.4. Les soins à domicile sont définis comme étant les soins non médicaux prestés en dehors des soins résidentiels.

1.5. Le plan d'assurance dépendance a également pour objet l'octroi de garanties complémentaires prévoyant des services spécifiques selon les critères et conditions repris à l'article 3 des présentes C.T.A.

2. Cas d'assurance (= C.G.A. 6)

2.1. Le cas d'assurance est constitué par la perte d'autonomie grave et durable de la personne assurée.

2.2. Le cas d'assurance débute par la demande de la personne assurée, confirmée par la preuve de la constatation d'une perte d'autonomie grave et durable telle que déterminée aux articles 2.3 à 2.6. inclus, et se termine dès que la perte d'autonomie n'atteint plus le niveau de gravité exigé.

2.3. La constatation du niveau de gravité de la perte d'autonomie nécessitant des soins à domicile est évaluée soit par l'assureur sur base des certificats énumérés ci-après, soit par une personne spécialement mandatée par l'assureur.

2.3.1. La personne assurée fournit la preuve de la constatation d'une perte d'autonomie grave et durable à domicile, au moyen d'un des types de certificats ci-dessous, soit :

2.3.1.1. un certificat de minimum 3 mois sur la base de l'échelle de Katz relative aux soins à domicile (score minimum B);

2.3.1.2. un certificat de minimum 6 mois sur la base de l'échelle BEL d'un service d'aide familiale (minimum 35 points);

2.3.1.3. un certificat établi sur la base de l'échelle médico-sociale de l'intervention d'intégration et de l'intervention 'aide aux personnes âgées' (minimum 15 points) ;

2.3.1.4. un certificat établi sur la base de l'échelle d'évaluation d'une intervention dans un établissement de soins (score minimum C) ;

2.3.1.5. un certificat d'allocations familiales complémentaires pour les enfants avec une incapacité de minimum 66% et minimum 7 points sur l'échelle de l'autonomie ;

2.3.1.6. un certificat d'allocations familiales complémentaires pour les enfants, basé sur l'échelle médico-sociale, composée des piliers P1, P2 et P3 (minimum 18 points) ;

2.3.1.7. un certificat autre que ceux énumérés ci-dessus si celui-ci est imposé par l'assureur, et qui détermine un niveau identique de perte d'autonomie.

2.3.2. La personne assurée qui ne dispose pas d'un des certificats énumérés à l'article 2.3.1. des présentes C.TA., fournit la preuve de la constatation d'une perte d'autonomie grave et durable à domicile :

2.3.2.1. par une personne spécialement mandatée par l'assureur ;

2.3.2.2. sur base de l'échelle BEL ou d'une échelle qui détermine un niveau identique de perte d'autonomie, si celle-ci est imposée par l'assureur ;

2.3.2.3. pour les enfants, cette constatation est établie, au plus tôt à partir de l'âge de 5 ans et jusqu'à l'âge de 18 ans, sur base de l'échelle BEL adaptée (minimum 10 points dans la rubrique 'Aspect physique des actes de la vie journalière').

2.4. La constatation de la gravité de la perte d'autonomie nécessitant des soins résidentiels est évaluée par l'assureur uniquement sur base de certificats.

2.4.1. La personne assurée fournit la preuve de la constatation d'une perte d'autonomie grave et durable en soins résidentiels, au moyen d'un des types de certificats ci-dessous, soit :

2.4.1.1. un certificat établi sur la base de l'échelle d'évaluation d'une intervention dans un établissement de soins (score minimum A) ;

2.4.1.2. un certificat autre que celui énuméré ci-dessus si celui est imposé par l'assureur, et qui détermine un niveau identique de perte d'autonomie.

2.5. Est indemnisée dans le cadre d'un cas d'assurance :

2.5.1. la perte d'autonomie grave et durable, constatée à l'aide d'un certificat officiel qui répond aux conditions des articles 2.3. ou 2.4 des présentes C.T.A. ;

2.5.2. délivré par un prestataire habilité légalement à établir une telle constatation ou, à défaut, reconnu par l'assureur.

2.6. L'assureur se réserve le droit de constater et de contrôler la réalité, la durée et le niveau de la perte d'autonomie par une personne qu'il désigne, selon les critères énoncés aux articles 2.3. à 2.5. inclus des présentes C.T.A.

2.7. Le droit à la garantie d'assurance reste acquis au profit de la personne assurée qui change de type de soins (est considéré comme changement de type de soins, le remplacement des soins à domicile par des soins résidentiels et inversément) :

2.7.1. à condition que la personne assurée réponde aux critères d'approbation attachés au nouveau type de soins choisi, tels que décrits aux articles 2.3. à 2.5. inclus des présentes C.T.A. Dans ce cas, la personne assurée a le droit, en ce qui concerne le nouveau type de soins, à l'indemnisation mensuelle dès le premier jour du mois qui suit la notification du changement à l'assureur ;

2.7.2. moyennant notification écrite adressée à l'assureur du changement de type de soins, au plus tard à la fin du mois qui suit celui du changement.
En cas de notification tardive, l'assureur se réserve le droit de garantir le paiement de l'indemnité mensuelle dans le nouveau type de soins, à partir du premier jour du mois qui suit la date à laquelle il en a eu connaissance.

2.8. L'assureur garantit le paiement de l'indemnité mensuelle assurée dans la police, selon les conditions suivantes :

2.8.1. après introduction de la demande auprès de l'assureur, par écrit ou par voie électronique, et au plus tôt dès le début des soins non-médicaux résidentiels ou à domicile ;

2.8.2. après réception, au plus tard à la fin du troisième mois qui suit celui de la demande, de la preuve de la constatation de la perte d'autonomie grave et durable et après acceptation par l'assureur. En cas d'absence de réception ou de réception tardive, la garantie d'assurance n'est pas acquise et une nouvelle demande doit être introduite auprès de l'assureur ;

2.8.3. par un paiement effectué par l'assureur, au plus tôt, à partir du quatrième mois qui suit celui de la demande ;

2.8.4. avec paiement rétroactivement au premier jour du mois qui suit celui de la demande pour autant que le cas d'assurance soit encore en cours au moment du premier paiement,

2.8.5. par mois échu,

2.8.6. pour la période de perte d'autonomie grave et durable couverte par l'attestation.

2.9. Une intervention financière mensuelle complémentaire à l'indemnité mensuelle assurée est payée selon les conditions et critères énumérés ci-après:

2.9.1. à partir du 75ème anniversaire de la personne assurée ;

2.9.2. en cas de et pendant la durée du séjour effectif en maison de repos agréée, en maison de repos et de soins agréée ou en maison de soins psychiatriques agréée ;

2.9.3. sur la base du prix officiel de journée d'hébergement des établissements d'accueil pour personnes âgées, fixé par le Service Public Fédéral Economie, PME et Classes moyennes (Service des Prix) en Belgique;

2.9.4. selon le montant de l'indemnité mensuelle assurée :

2.9.4.1. pour atteindre au maximum la moyenne des prix officiels d'hébergement de tous les établissements, si l'indemnité mensuelle assurée s'élève au moins à € 1 000 (09.2008 = indice 100) ;

2.9.4.2. pour atteindre au maximum le prix officiel d'hébergement de l'établissement du séjour effectif de la personne assurée, si l'indemnité mensuelle assurée s'élève à au moins à € 2 000 (09.2008 = indice 100). L'accord préalable de l'assureur est requis si le prix officiel dépasse de 20% cette indemnité mensuelle assurée.

2.9.5. sans dépasser le prix officiel d'hébergement facturé. Les factures officielles doivent être introduites au siège de l'assureur dans les 30 jours à dater de leur émission. L'assureur peut subordonner le droit à la garantie d'assurance à l'introduction de factures acquittées et traduites si elles sont émises en langue étrangère dont la traduction s'avère raisonnablement nécessaire pour l'examen du droit aux prestations.

2.9.6. par mois échu ;

2.10. La prime et le montant de l'indemnité mensuelle assurée peuvent être indexés à la date d'échéance annuelle selon les modalités suivantes :

2.10.1. en prenant en compte au maximum le pourcentage positif de variation du prix officiel mentionné à l'article 2.9. des présentes C.T.A. ;

2.10.2. sur base de la prime et de l'indemnité mensuelle assurée en vigueur avant l'indexation ;

2.10.3. selon l'âge atteint de la personne assurée au moment de l'indexation.

2.11. Le cas d'assurance est également constitué par la nécessité de soins non médicaux en faveur de la personne assurée, selon les critères et conditions applicables aux garanties complémentaires, tels que repris aux articles 3.1. et 3.2. inclus des présentes C.T.A.

23 002_FR_5_200809

3. Garanties complémentaires (= C.G.A. 6)

3.1. L'assureur met à disposition de la personne assurée les services complémentaires suivants :

3.1.1. Un service 'management de soins' accessible à la personne assurée qui est soit en perte d'autonomie grave et durable soit en perte d'autonomie à domicile après une nuit dans un centre hospitalier reconnu par l'assureur. Ce service dispense des conseils et organise les soins non médicaux suivant les dispositions reprises dans la convention conclue entre ce service et l'assureur et selon les modalités prévues et en vigueur.

3.1.2. Un service 'soins en nature' accessible à la personne assurée qui est en perte d'autonomie à domicile après une nuit dans un centre hospitalier reconnu par l'assureur. Ce service offre des 'soins en nature' non médicaux au lieu de résidence situé en Belgique de la personne assurée ou, en accord préalable avec l'assureur, au lieu de résidence situé dans un des pays de l'Union Européenne, moyennant le respect des conditions suivantes :

3.1.2.1. la demande de soins est adressée à l'assureur au plus tard dans les 72 heures qui suivent la fin du séjour dans le centre hospitalier ;

3.1.2.2. pour le nombre d'heures prévu en fonction du montant total de l'indemnité mensuelle assurée;

3.1.2.3. pour autant qu'il existe une convention conclue entre ce service et l'assureur et selon les modalités prévues et en vigueur.

3.1.3. Un service 'soins palliatifs' accessible à la personne assurée, qui a droit à l'intervention forfaitaire prévue par l'AR 2/12/1999 au profit des patients palliatifs à domicile. Ce service organise des 'soins en nature' :

3.1.3.1. à partir de la date de réception par l'assureur de la preuve du paiement effectif du forfait palliatif précité ;

3.1.3.2. pour un nombre d'heures déterminé par le montant total de l'indemnité mensuelle assurée;

3.1.3.3. pour autant qu'il existe une convention conclue entre ce service et l'assureur et selon les modalités prévues et en vigueur ;

3.1.3.4. pendant une période de 3 mois, renouvelable une seule fois.

3.2. La personne assurée choisit librement de recourir aux services proposés aux articles 3.1.1. à 3.1.3. inclus des présentes C.T.A. La prestation de services, une fois acceptée par la personne assurée, relève de l'entière responsabilité du prestataire de services.
L'assureur n'encoure aucune responsabilité en cas de manquement, faute, inexécution ou erreur, quel qu'en soit la cause, la nature, ou les conséquences, émanant du prestataire de services, de sorte qu'aucun recours de la personne assurée ou de son représentant légal ne peut être introduit contre l'assureur en réparation d'un éventuel préjudice et/ou dommage subis.

4. Stage (= C.G.A. 10)

4.1. Il n'y a pas de stage en cas de maladie ni en cas d'accident.

4.2. A l'égard du nouveau-né, la garantie est acquise à partir de la naissance d'après le même plan d'assurance et le même montant d'indemnité mensuelle qu'un des parents assurés pour autant que le plan d'assurance soit conclu dans les 60 jours suivant le mois de la naissance et pour autant que ce parent soit assuré depuis au moins 9 mois au moment de la naissance.

5. Carence (= C.G.A. 11)

Il n'y a pas de carence.

6. Assurabilité (= C.G.A. 14 et 15)

Sont assurables :

6.1. les personnes qui lors de l'entrée en assurance sont valides ;

6.2. les personnes qui lors de l'entrée en assurance ont un âge d'entrée permettant le calcul de la prime selon un âge prévu et en vigueur ;

6.3. les personnes qui ont leur domicile et / ou leur résidence fixe et habituelle en Belgique ;

6.4. les personnes qui ont leur domicile et / ou leur résidence fixe et habituelle dans un autre pays de l'Union Européenne, moyennant accord préalable de l'assureur.

7. Risques exclus (= C.G.A. 22)

Aucun droit aux prestations n'existe pendant une période d'internement imposé ou de collocation de la personne assurée, à moins qu'elle ne prouve que cette mesure est nécessitée exclusivement par la perte d'autonomie grave et durable.

8. Territorialité de la garantie d'assurance (= C.G.A.23)

La garantie d'assurance est valable :

8.1. en Belgique ;

8.2. dans un autre pays de l'Union Européenne, moyennant accord préalable de l'assureur.

9. Information à l'assureur (= C.G.A. 33 et 34)

Le preneur d'assurance et la personne assurée sont tenus :

9.1. d'informer l'assureur de la constatation d'une perte d'autonomie grave et durable ou de sa modification endéans les 30 jours de sa survenance;

9.2. de justifier tous les 6 mois la continuation d'une perte d'autonomie grave et durable, sous réserve pour l'assureur de prévoir d'autres délais et la désignation d'un médecin ou d'une autre personne désignée par l'assureur ;

9.3. d'aviser l'assureur dans les 30 jours à dater de la survenance :

9.3.1. du transfert du domicile ou de la résidence fixe et habituelle hors de Belgique ;

9.3.2. du rétablissement du domicile ou de la résidence fixe ou habituelle soit en Belgique, soit dans un autre pays de l'Union Européenne.

10. La prime (= C.G.A. 35)

Le preneur d'assurance est redevable, à l'égard des enfants qui quittent la tranche d'âge de 0 à 19 ans en cours d'affiliation au plan dépendance, de la prime calculée pour l'âge de 20 ans à partir de l'échéance annuelle qui suit leur 19ème anniversaire.

11. Demande d'augmentation de l'indemnité mensuelle assurée (= C.G.A.16 et 21)

11.1. Toute demande d'augmentation de l'indemnité mensuelle assurée émanant du preneur d'assurance requiert l'accord préalable de l'assureur, lequel peut subordonner cette demande à des conditions particulières de souscription et d'acceptation.

11.2. L'augmentation de l'indemnité mensuelle assurée est autorisée jusqu'à l'âge de 69 ans inclus.

11.3. L'augmentation de l'indemnité mensuelle assurée ne s'applique pas aux cas d'assurance en cours.

11.4. L'âge atteint de la personne assurée est pris en compte pour le calcul de la prime relative au montant supplémentaire de l'indemnité mensuelle assurée ainsi que pour le calcul de la prime relative aux garanties complémentaires visées à l'article 3 des présentes C.T.A.

12. Suspension de la garantie d'assurance (= C.G.A. 24)

12.1. Le droit à la garantie d'assurance est suspendu à dater et pendant la durée du transfert, en dehors de l'Union Européenne, du domicile ou de la résidence fixe et habituelle de la personne assurée.

12.2. Le preneur d'assurance reste redevable du paiement de la prime pendant la période de suspension de la garantie d'assurance.

12.3. La personne assurée ou son représentant légal informe l'assureur du moment à partir duquel les conditions d'assurabilités mentionnées à l'article 6.3. ou 6.4. des présentes C.T.A. sont à nouveau réunies et demande l'accord de l'assureur pour le recouvrement du droit à la garantie d'assurance.

12.4. La date de recouvrement du droit à la garantie d'assurance est confirmée par l'émission d'un avenant à la police d'assurance.

12.5. Le cas d'assurance qui survient pendant la période de suspension de la garantie d'assurance donne droit à une prestation de l'assureur au plus tôt à partir de la date à laquelle la personne assurée répond à nouveau aux conditions d'assurabilités mentionnées à l'article 6.3. ou 6.4. des présentes C.T.A.

12.6. Si le preneur d'assurance ou la personne assurée n'accepte pas la suspension de la garantie d'assurance telle que prévue à l'article 12.1. des présentes C.T.A. , le preneur d'assurance peut convenir, en accord avec l'assureur, qu'il soit également mis fin au plan et à la garantie d'assurance à une date convenue entre le preneur d'assurance et l'assureur.