

SOMMAIRE

PREMIERE PARTIE : DISPOSITIONS SPECIALES

- Article 1 : Nature des garanties
- Article 2 : Engagement maximum
- Article 3 : Personnes assurées
- Article 4 : Prestations garanties

DEUXIEME PARTIE : CONDITIONS GENERALES

I/ DEFINITIONS

- Article 1 : Définitions

II/ NATURE ET OBJET DE LA GARANTIE

- Article 2 : Objet de la garantie
- Article 3 : Etendue de la garantie
- Article 4 : Entrée en vigueur des garanties
- Article 5 : Exclusions

III/ FORMATION - DUREE – RESILIATION

- Article 6 : Formation
- Article 7 : Durée
- Article 8 : Résiliation

IV/ OBLIGATIONS DES PARTIES

- Article 9 : Déclaration du risque
- Article 10 : Paiement des primes
- Article 11 : Calcul de la prime
- Article 12 : Paiement de l'indemnité

V/ DISPOSITIONS DIVERSES

- Article 13 : Expertise
- Article 14 : Secret professionnel
- Article 15 : Subrogation
- Article 16 : Monnaie du contrat
- Article 17 : Prescription

PREMIERE PARTIE

DISPOSITIONS SPECIALES

DISPOSITIONS SPECIALES

Article 1 : Nature des garanties.

L'Assurance maladie a pour objet de vous garantir le remboursement des frais de traitement nécessités par **une maladie, un accident ou une maternité, engagés sur prescription d'un médecin diplômé.**

On entend par « **maladie** » une altération de la santé constatée par un médecin, et par « **Accident** » toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part du sujet et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Le remboursement est effectué en **francs rwandais** sur la base et dans les limites des frais réels, du barème et des plafonds de remboursement prévus aux Conditions Particulières et dans la convention de soins.

En cas de modification des tarifs conventionnés en cours de contrat, les effets de la modification ne seront pris en compte qu'au prochain renouvellement.

Toutes les prestations non garanties expressément aux Conditions Particulières ne pourront donner lieu au payement.

Les prestations décrites à l'Article 4, constituent l'ensemble des garanties que nous offrons au titre de l'Assurance maladie.

Cependant, cela n'implique pas que vous bénéficiez automatiquement de toutes ces prestations.

Vous ne bénéficiez que des garanties mentionnées expressément au tableau des garanties figurant aux Conditions Particulières du Contrat ou à un avenant au Contrat de base.

Article 2 : Engagement maximum

Notre engagement maximum par famille est fixé aux Conditions Particulières.

Article 3 : Personnes assurées

Bénéficiant de l'Assurance les personnes que vous avez désignées sur le questionnaire médical et qui sont indiquées au Contrat, sous la réserve suivante :

- Vos enfants doivent avoir moins de **21 ans** ou de **25 ans** s'ils sont encore étudiants et être fiscalement à votre charge.

Article 4 : Prestations garanties

SEULES LES GARANTIES EXPRESSEMENT MENTIONNEES AUX CONDITIONS PARTICULIERES SONT ACQUISES.

A/ FRAIS MEDICAUX

Sont couverts :

- Les frais de consultations et de visites médicales, des actes de diagnostic ainsi que des actes thérapeutiques médicaux et chirurgicaux effectués par un médecin diplômé, généraliste pour les actes non spécialisés et spécialiste pour les actes spécialisés.
- Les soins dentaires effectués par un chirurgien dentiste diplômé.
- Les verres médicaux prescrits par un ophtalmologue diplômé.
- Les soins paramédicaux accomplis par un auxiliaire diplômé.

Ne sont pas couverts :

- Les actes effectués par des auxiliaires médicaux (infirmiers, sages-femmes etc.) en dehors des limites de leurs compétences ;
- Les visites médicales d'embauche ;
- Les visites périodiques imposées par le code du travail ;
- Les visites prénuptiales ;
- Les visites préscolaires ;
- Les soins spéciaux ou nouveaux sur le marché sans entente préalable.

B/FRAIS PHARMACEUTIQUES**Sont couverts :**

Les médicaments et produits pharmaceutiques à caractère thérapeutique, régulièrement enregistrés, prescrits par un médecin ou un chirurgien dentiste diplômé, délivrés par une pharmacie conventionnée et vendus au prix du marché local **et figurant dans la liste des médicaments remboursés par les membres de Rwanda Health Insurance Association (RHIA)**.

Ne sont pas couverts :

- Les médicaments et les produits pharma-ceutiques prescrits par une personne autre qu'un médecin diplômé ou par un chirurgien dentiste en dehors des limites de ses compétences.
- Les médicaments achetés sans prescription médicale.
- Les médicaments non repris sur la liste **de Rwanda Health Insurance Association (RHIA)** sauf entente préalable avec l'Assureur
- Les médicaments prescrits à titre préventif sauf le vaccin antitétanique.
- Les vitamines, fortifiants et produits similaires ;
- Les médicaments de la médecine alternative traditionnelle, Herboristerie, Naturothérapie.
- Les produits d'hygiène corporelle, cosmétique, de beauté, d'amaigrissement, de rajeunissement, esthétique.
- Les produits diététiques anorexigènes et les produits similaires ou dérivés sous quelque forme que ce soit.
- Les objets à usage médical courant : thermomètre, seringue, vessie, poire à lavement, bac à lavement, bassin inhalateur, sonde ventouse, gant de crin, bandages, etc.
- Les eaux minérales, les vins.
- Les produits alimentaires, de régime ou de remplacement.
- Les réactifs et tests pour examen biologique.
- Les solutés de perfusion sauf en cas d'hospitalisation.
- Les accessoires chirurgicaux et médicaux.
- Les traitements homéopathiques, la phytothérapie et la mésothérapie.
- Les médicaments et produits à but contraceptif.

C/FRAIS D'HOSPITALISATION**Sont couverts :**

- L'hospitalisation en clinique ou en hôpital, prescrite en vue d'une intervention chirurgicale ou d'un traitement médical justifié par un accident ou une maladie garantie.

Ne sont pas couverts :

- Les frais relatifs aux cures thermales et séjours dans les maisons de convalescence, de repos ou établissements similaires.
- Les frais de déplacements, sauf ceux couverts au titre des frais de transport lors d'un transfert sanitaire **à l'intérieur du Rwanda**.
- Les suppléments n'ayant pas un caractère médical (téléphone, télévision, etc).
- Les frais de transfert pour consultation, examens à visée diagnostique ou traitement spécial.

D/FRAIS CHIRURGICAUX ET ACCESSOIRES A UNE INTERVENTION CHIRURGICALE

Sont couverts :

Les actes de chirurgie et de spécialité accomplis par un médecin spécialiste selon les clauses de la Convention de soins.

Ne sont pas couverts :

- Les interventions ayant pour but de remédier à toute anomalie, infirmité ou malformation constitutionnelle ;
- Les traitements et opérations chirurgicales à but esthétique ;
- Les traitements et opérations chirurgicales contre la cellulite et l'obésité ;
- Les traitements et opérations chirurgicales de rajeunissement ;
- Les frais consécutifs à une interruption volontaire de grossesse ;
- Les prothèses ;
- Tous actes et traitements exécutés sans entente préalable alors qu'elle est requise.

E/FRAIS D'ANALYSES ET DE TRAVAUX EN LABORATOIRE

Sont couverts :

- Les frais d'analyses médicales et d'examens biologiques exécutés dans un laboratoire agréé **autre que celui de la formation sanitaire qui l'a prescrit sauf autorisation spéciale**, par médecin ou un pharmacien biologiste, et sur prescription d'un médecin diplômé.
- Les examens spéciaux ou nouveaux sur le marché avec entente préalable.

Ne sont pas couverts :

- Les frais d'analyses, et d'examens :
 - exécutés dans un laboratoire non agréé ;
 - exécutés par une personne non qualifiée ;
 - non prescrits par un médecin diplômé ;
 - relatifs aux affections non garanties ;
 - relatifs au bilan de santé.
- Les examens spéciaux ou nouveaux sur le marché sans entente préalable.
- Les examens spéciaux exécutés à l'étranger.
- Test allergique

F/FRAIS D'IMAGERIE MEDICALE

Sont couverts :

- Les frais d'imagerie médicale prescrite par un médecin diplômé et exécutée dans un établissement autorisé par le ministère de la santé.
- Les frais de scanner prescrit par un médecin diplômé et exécuté dans un établissement autorisé par le ministère de la santé,
- Les examens spéciaux ou nouveaux sur le marché avec entente préalable.
- IRM (Imagerie par Résonnance Magnétique)

Ne sont pas couverts :

- Les frais d'imagerie médicale :
 - exécutée dans un établissement non autorisé par le ministère de la santé ;
 - non prescrite par un médecin diplômé.
- Les examens spéciaux exécutés à l'étranger.

G/ACTES DE SPECIALITE

Sont couverts :

Les traitements spéciaux prescrits par un médecin spécialiste et faisant l'objet d'un Certificat Médical et d'une entente préalable pour des assurés nommément désignés lors de la signature du contrat ou lors de leur adhésion ultérieure.

Il en est ainsi notamment pour :

- les actes d'électrothérapie ;
- traitements par rayons ultra-violets, lumineux ou infrarouges ;
- traitement de tumeurs par curiethérapie et roentgen-thérapie ;
- traitements par dialyses (insuffisance rénale) ;
- traitements par isotopes radioactifs ;
- les préparations magistrales (pharmacie) ;
- les séances d'aérosol ;
- tous les traitements se faisant par séances.

Ne sont pas couverts :

- Les frais de recherche et de traitement de la stérilité ou de l'hypofertilité.
- Les frais relatifs à la psychologie et aux traitements par psychanalyse.
- Les frais relatifs aux traitements à but contraceptif.
- Les leçons d'orthophonie.
- Les soins ayant pour but de remédier à toute anomalie, infirmité ou malformation constitutionnelle.

H/FRAIS DE KINESITHERAPIE ET DE REEDUCATION

Sont couverts :

Les frais relatifs à des séances de kinésithérapie et de rééducation prescrites par un médecin diplômé en vue de remédier aux conséquences d'une affection rebelle aux traitements médicaux ou d'un accident garanti, et ayant reçu l'accord préalable de l'Assureur

Les frais relatifs à des séances de rééducation périnéale et uro-gynécologique avec l'accord préalable de l'Assureur.

Ne sont pas couverts :

- Tous les frais de kinésithérapie et de rééducation n'ayant pas reçu l'accord préalable de l'Assureur.
- Les séances de rééducation périnéale et uro-gynécologique sans entente préalable.
- Acupuncture.
- Physiothérapie.
- Tous les frais de rééducation visuelle, respiratoire, auditive, pelvienne, orthoptique et orthophonique.
- Massage.

I/FRAIS DE TRAITEMENT PREVENTIF

Exclus de la garantie sauf dispositions prévues aux conditions particulières.

J/FRAIS D'OPTIQUE

Sont couverts :

Les frais d'acquisition, ou de remplacement de verres médicaux prescrits par un ophtalmologue conventionné ainsi que de monture dans les limites des plafonds prévus aux Conditions Particulières s'ils ne sont pas exclus par ces dernières.

Ne sont pas couverts :

- les frais de lunetterie excédant le plafond garanti ;
- les lentilles de contact ;
- les verres médicaux non prescrits par un ophtalmologue diplômé.

Les frais de lunetterie pour un ayant droit ne sont pris en charge qu'une fois tous les deux ans

K/FRAIS DENTAIRES**Sont couverts :**

Les soins, les extractions, les obturations exécutés par un praticien diplômé **s'ils ne sont pas exclus dans les conditions particulières.**

Il en est ainsi notamment de :

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Extraction simple (dent définitive)- Extraction simple (dent de lait)- Extraction dent de lait carriée- Obturation provisoire- Obturation définitive- Détartrage- Coiffage direct- Coiffage indirect- Curetage poches parodontaire- Dévitalisation | <ul style="list-style-type: none">- Operculectomie- Extraction chirurgicale d'une dent incluse ou Impacte- Extraction reste des racines- Kystectomie sous apexienne- Réduction dento-alvéolaire et Fixation- Reconstitution couronne fracturée- Dévitalisation traitement endo-dontique) des molaires et Prémolaires |
|---|--|

Ne sont pas couverts :

- Les frais de prothèses dentaires ;
- Les soins à caractère esthétique ;
- Les soins relatifs à une malformation constitutionnelle.

N.B : Cette liste est énumérative et non limitative.

L/LES FRAIS LIES A UNE MATERNITE**Sont couverts :**

- Les frais imputables à la grossesse non compliquée sont remboursés dans les conditions suivantes :
 - Au maximum 3 échographies sauf entente préalable ;
 - Au maximum 3 consultations prénatales sauf entente préalable ;
 - Les frais d'accouchement normal ;
 - Accouchement survenu plus de 10 mois après la date de prise d'effet du contrat.

En cas de complication d'accouchement (césarienne, phlébite, éclampsie, fièvre puerpérale), les frais médicaux seront couverts dans les limites prévues en cas de maladie ou d'accident.

Ne sont pas couverts :

- Accouchement survenu moins de 10 mois après la date de prise d'effet du contrat sauf stipulation contraire aux conditions particulières.
- Les frais de séjour hospitalier après accouchement normal excédant 3 jours ;
- Les frais liés à des fausses couches non accidentelles.

DEUXIEME PARTIE

CONDITIONS GENERALES

CONDITIONS GENERALES

I/ DEFINITIONS

Article 1 : Définitions

Pour l'application des dispositions du présent contrat, on entend par :

1. **SOUSCRIPTEUR** : La personne physique ou morale signataire de la police, agissant tant pour elle-même que pour le compte des assurés.
2. **ASSURE** : Toute personne désignée aux Conditions Particulières et bénéficiaire des prestations du contrat et/ou souscriptrice du contrat âgée de moins de **65 ans**.
3. **ASSUREUR : RADIANT INSURANCE COMPANY.**
4. **ASSURE PRINCIPAL** : désigne tout agent adhérant au contrat, membre du personnel du souscripteur.
5. **MALADIE** : Altération de la santé, constatée par une autorité médicale compétente, donnant lieu ou non à une cessation d'activité.
6. **COMPLICATIONS D'ACCOUCHEMENT** : Les cas suivants : césarienne, fièvre puerpérale, phlébite.
7. **LOI** : La législation rwandaise en matière d'assurances.
8. **ACCIDENT** : Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'assuré et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure constatée par un médecin diplômé.
9. **HOSPITALISATION** : Tout séjour d'au moins **24 h** dans un établissement de soins public ou privé, lorsque ce séjour a pour objet le traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident ou d'un accouchement.
10. **HOSPITALISATION JOUR** : Tout séjour, répétitif ou non, de moins de **24 h** dans un établissement de soins public ou privé, lorsque ce séjour a pour objet le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou d'un accident.
11. **CONSOLIDATION** : Moment à partir duquel l'état du blessé ou du malade est considéré comme permanent et présumé définitif.
12. **ENFANT** : Tout descendant direct ou enfant légalement adopté de moins de **21 ans ou de 25 ans s'il est étudiant**, fiscalement à la charge de l'assuré principal.
13. **PARTICULIER** : Tout assuré non intégré à une assurance de groupe ou d'entreprise.
14. **GROUPE** : Toute entreprise ou organisme souscripteur du contrat pour le compte de ses salariés ou de ses membres.
15. **ANNEE D'ASSURANCE** : Période de 12 mois s'écoulant sans interruption entre la date d'effet du contrat et sa date d'échéance.
16. **INFIRMITÉ** : Malformation du corps humain, incapacité de l'organisme à remplir une fonction conséquence corporelle d'un accident ou d'une maladie.
17. **BENEFICIAIRE** : l'assuré principal, ses ayants droits légaux (son conjoint et les enfants à sa charge) inscrits sur le bulletin individuel d'adhésion.

18. ADHERENT : On entend par adhérent l'assuré principal.

19. PRIME : Somme que doit payer le souscripteur, en contrepartie de la garantie de l'Assureur.

20. DELAI D'ATTENTE OU DE CARENCE : Période suivant immédiatement la date d'effet du contrat et au cours de laquelle les frais qui pourraient être engagés pour cause de maladie, accident ou maternité sont exclus de la garantie.

21. ENTENTE PREALABLE :

Accord de l'Assureur devant précéder l'exécution de certains actes, examens, prestations et prescriptions.

22. SYSTEME DU TIERS-PAYANT : système dans lequel l'assuré paie le ticket modérateur au prestataire de soins et l'Assureur rembourse le pourcentage restant au prestataire de soins.

23. PAYEMENT DIRECT : système dans lequel l'assuré paie la totalité de la facture des prestations médicales et se fait rembourser par l'Assureur.

II/NATURE ET OBJET DE LA GARANTIE

Article 2 : Objet de la garantie

Le présent contrat a pour objet le paiement pour le compte de l'assuré des dépenses d'ordre médical et chirurgical engagées, à la suite de maladie, d'accident ou de maternité, conformément au Tableau des prestations et plafonds choisi par le souscripteur et mentionné aux Conditions Particulières.

La garantie ne pourra être accordée en cours de contrat à des personnes ne figurant pas sur la liste des personnes assurées qu'après signature d'un avenant d'incorporation et après le délai de carence convenu. Pour les nouveau-nés, elle est accordée sous réserve des dispositions du dernier alinéa du paragraphe (d) de l'article 4.

L'assurance peut être accordée avec ou sans franchise. Dans le 1^{er} cas le montant de la franchise exprimée aux Conditions Particulières vient en déduction de l'indemnité due par la société pour les frais engagés pour une même maladie, un même accident ou une même prestation.

Article 3 : Etendue territoriale

Les prestations sont couvertes selon l'étendue territoriale du contrat fixée aux Conditions Particulières.

Article 4 : Entrée en vigueur des garanties

Les garanties sont acquises :

- a) Immédiatement à compter de la date de paiement de la prime, pour les maladies ou accidents non exclus survenus à la date de prise d'effet du contrat;
- b) En cas de grossesse à l'expiration d'un délai de neuf (9) mois à compter de la date de prise d'effet du contrat ou de la date d'adhésion de l'Assuré **sauf en cas de paiement d'une surprime à convenir dans les conditions particulières.**
- c) Douze (12) mois pour les traitements de neuropathie et psycho-neuropathie.
- d) Pour les nouveau-nés, dès l'accord de l'Assureur à la condition que :
 - les parents soient déjà assurés.
 - la demande de garantie ait été faite par lettre avec accusé de réception dans les **quatre (4) semaines** suivant la naissance, et accompagnée du questionnaire - proposition prévue à l'article 9. Le défaut de réponse de l'Assureur dans un délai de **trois (3) semaines** à compter de la demande du souscripteur valant accord de la société.

Article 5 : Risques exclus

Ne sont pas pris en charge :

- Les activités professionnelles de l'assuré (accidents du travail ou maladies professionnelles), sauf subrogation. La signature du présent contrat vaut reconnaissance de la subrogation en faveur de l'Assureur.
- Les frais engagés avant la date d'entrée en vigueur ou après la date de cessation des garanties ; soit collectivement au niveau du contrat, soit individuellement au niveau de chaque assuré principal et sa famille, et dans ce cas, même si à cette date l'assuré principal ou un membre de sa famille se trouve en traitement pour une maladie contractée ou un accident survenu durant la période de garantie.
- Les maladies ou accidents résultant de guerre civile ou étrangère, mouvements populaires, émeutes, rixes sauf cas de légitime défense ;
- La participation de l'assuré en tant que concurrent à des courses, matches ou paris (sauf compétitions sportives amicales entre amateurs) ;
- La pratique des sports dangereux, même à titre d'amateur : boxe, sport de montagne, plongée ou chasse sous-marine, vol à voile, rugby, ski, alpinisme, karting, spéléologie, hockey sur glace, chasse aux fauves, etc.
- La pratique de l'aviation (l'assuré étant toutefois couvert s'il emprunte comme passager les lignes commerciales régulières).
- Les frais engagés pour tous traitements, médicaments, appareils, hospitalisation, prescrits ou dispensés par des médecins, chirurgiens, auxiliaires médicaux non titulaires du diplôme nécessaire, ou par des rebouteux et guérisseurs.
- La toxicomanie, les conséquences de l'ivresse, ou l'état alcoolique, de l'éthylique et de tentative de suicide et de mutilation volontaire par l'assuré.
- Les séjours en maisons de convalescence, de cure ou de repos.
- Les traitements à but esthétique (soins de beauté, redressement nasal etc.), les cures d'engraissement, d'amaigrissement ou de rajeunissement, les cures thermales, les frais de vaccination préventive, les traitements ayant pour but de remédier à la stérilité, les soins ou interventions ayant pour but de remédier à toutes anomalies, infirmité et malformations constitutionnelles (surdité, cécité, pieds bots, pieds plats, difformités etc.) les traitements en rapport avec des affections congénitales. Tout bilan de santé non motivé par une maladie déclarée.
- Les prescriptions dépassant une période de trente jours sauf si le prescripteur a ordonné un renouvellement pour le même délai avec une durée maximale de 6 mois.
- Les renouvellements de médicaments non prescrits.
- Toutes prothèses à l'exception des implants en chirurgie traumatologique, orthopédique et viscérale.
- Les maladies ou accidents causés par les catastrophes naturelles telles que les combustibles nucléaires, les radiations ionisantes émises de façon soudaine et forte par des produits ou déchets radioactifs provenant de réacteurs, et ayant contaminé les alentours de cette source d'émission (que celle-ci soit fixe ou en déplacement).
- Les maladies dont il est médicalement prouvé qu'elles n'ont pas pu se développer à l'insu de l'assuré antérieurement à la prise d'effet du contrat ou avant l'expiration de la période d'attente ainsi que leurs suites, ne donnent pas droit aux prestations, la charge de la preuve de cette connaissance préalable incombe à l'Assureur.

Les effets du contrat sont suspendus d'office à compter du moment où l'Assuré est placé sous le contrôle de l'autorité militaire, à l'exception des périodes militaires en temps de paix n'excédant pas un **(1) mois**.

Il reprendra ses effets par la signature d'un avenant, à charge par l'Assuré d'informer l'Assureur de son retour dans son foyer et de remplir un nouveau questionnaire médical à l'appui de sa demande.

III/FORMATION – DUREE - RESILIATION

Article 6 : Formation

Le contrat est parfait dès sa signature par les parties. L'Assureur peut en poursuivre dès ce moment l'exécution, mais ce contrat ne produit ses effets que dès le paiement de la première prime, et au plus tôt aux dates et heure fixées aux Conditions Particulières, sous réserve des dispositions de l'article 4 ci-dessus.

Article 7 : Durée

Le contrat est conclu pour la durée fixée aux Conditions Particulières. Cette durée ne peut excéder en aucun cas **un (1) an**, et ce sans préjudice des cas de résiliation anticipée prévus à l'article 8 ci-dessous.

Lorsque le contrat contient une clause **de tacite reconduction**, il est, à son expiration, reconduit automatiquement d'année en année, sauf dénonciation par l'une des parties **deux (2) mois au moins** avant l'échéance annuelle.

Article 8 : Résiliation

▪ Conditions de résiliation :

Le contrat peut être résilié avant sa date d'expiration normale :

1) Par le Souscripteur ou l'Assureur :

- a. A chaque échéance annuelle moyennant préavis **de deux (2) mois** au moins, lorsque le contrat est à tacite reconduction ;
- b. En cas de survenance d'un des événements suivants :
 - changement de profession,
 - changement de situation ou de régime matrimonial,
 - retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle par autre cause,
 - lorsque le contrat a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et ne se retrouvant pas dans la situation nouvelle.

Cette résiliation prend effet immédiatement.

Dans les cas et conditions prévus par la clause d'ajustement de la prime et des garanties, lorsque le contrat comporte une telle clause.

2/ Par le souscripteur

- a) En cas de cessation de l'activité concernée par le contrat ;
- b) En cas de modifications importantes des garanties.

3/ Par l'Assureur

- a) En cas de non paiement de la prime ;
- b) En cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque à la souscription ou en cours de contrat ;
- c) En cas d'aggravation importante du risque.

La résiliation prend effet **dix (10) jours** après sa notification.

4/ Par les deux parties

- En cas de faillite ou liquidation judiciaire du souscripteur ou de l'assureur.

Sort de la prime en cas de résiliation

Dans les cas de résiliation en cours de contrat, la portion de prime afférente à la période non courue n'est pas acquise à l'Assureur. Elle doit être remboursée au souscripteur si elle a été perçue d'avance. Toutefois, en cas de non paiement de la prime, l'Assureur a droit à la portion de prime pour la période courue.

Forme de la résiliation

Il peut être mis fin au contrat par :

- Lettre recommandée avec accusé de réception, le délai au terme duquel la résiliation prend effet est décompté à partir de la date de réception de cette lettre.
- Déclaration faite contre récépissé au siège social ou de son représentant.
- Acte d'huissier

Lorsque la résiliation est le fait de l'Assureur, la notification doit se faire par **Acte d'huissier** au dernier domicile connu du souscripteur.

IV/OBLIGATIONS DES PARTIES

Article 9 : Déclaration du risque

Les engagements de l'Assureur sont basés sur la sincérité des déclarations faites par le souscripteur et l'Assuré, sous peine des sanctions prévues par le présent contrat.

9.1 A la souscription

Le Souscripteur doit répondre exactement aux questions posées par l'Assureur, notamment dans le «**questionnaire-proposition**», sous peine des sanctions prévues ci-dessous.

9.2 En cours de contrat

Le Souscripteur ou l'Assuré non Souscripteur, doit déclarer les circonstances nouvelles qui ont pour conséquences, soit d'aggraver les risques et rendre de ce fait inexactes ou caduques les réponses faites à l'Assureur, notamment dans le «**questionnaire-proposition**».

Le Souscripteur ou l'Assuré non Souscripteur doit, par lettre recommandée avec accusé de réception ou contresignée par l'Assureur, déclarer ces circonstances à l'Assureur dans un délai de **quinze [15] jours** à partir du moment où il en a eu connaissance.

En cas de lettre contresignée, un récépissé servant de preuve doit être délivré à l'expéditeur.

Lorsque les circonstances nouvelles constituent une aggravation telle que, si le nouvel état des choses avait existé lors de la souscription du contrat, l'Assureur n'aurait pas accepté ou l'aurait fait moyennant une prime plus élevée, la déclaration doit être faite sous peine des sanctions précitées, et la société a la faculté soit de résilier le contrat moyennant préavis **d'un (1) mois** par lettre recommandée, soit de proposer une surprime.

Si le Souscripteur n'accepte pas cette nouvelle prime, l'Assureur peut résilier le contrat.

Les sanctions opposables au Souscripteur le sont également à toutes les personnes ayant la qualité d'assuré.

9.3 Cumul d'assurance

Si les risques garantis par le présent contrat sont ou viennent à être couverts par une autre Assurance, le Souscripteur doit immédiatement en faire la déclaration à l'Assureur.

Quand plusieurs Assurances couvrent le même risque de manière dolosive ou frauduleuse, l'assuré concerné perd le bénéfice des garanties.

Quand elles sont contractées sans fraude, l'assuré ne peut en aucun cas cumuler le bénéfice

integral des deux assurances. Il peut en revanche faire jouer la complémentarité sans jamais dépasser le montant total des frais réels facturés.

Dans ce cas, le bénéficiaire peut obtenir l'indemnisation de ses dommages en s'adressant à la compagnie de son choix.

9.4 Sanctions

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou inexactitude dans la déclaration des circonstances ou des agraviations visées au présent article, même si elle a été sans influence sur le sinistre, est sanctionnée dans les conditions ci-après :

- En cas de mauvaise foi du Souscripteur, par la nullité du contrat ;
- Si la mauvaise foi du Souscripteur n'est pas établie, par une réduction de l'indemnité de sinistre en proportion des primes payées par rapport aux primes qui auraient été dues si les risques avaient été exactement et complètement déclarés.

Article 10 : Paiement des primes

La prime est fixée aux Conditions Particulières. Sauf convention contraire, la prime est payable au domicile de l'Assureur ou du mandataire désigné par lui à cet effet et titulaire d'un mandat écrit.

La prise d'effet de la garantie est subordonnée au paiement de la prime par le souscripteur.

Le Souscripteur doit en outre, acquitter en même temps que la prime, les frais accessoires dont le montant est fixé aux Conditions Particulières, ainsi que les taxes établies sur les Contrats d'Assurance et qui sont légalement récupérables **ainsi que les commissions d'intermédiaires appointés par le Souscripteur.**

A défaut de paiement d'une prime, ou d'une fraction de prime, dans les **dix (10) jours** de son échéance, la garantie est **immédiatement** suspendue.

Au cas où la prime annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non paiement d'une des fractions de prime, produit ses effets jusqu'à terme du contrat sans qu'il soit besoin de la renouveler.

Le contrat est résilié d'office après l'expiration **d'un** délai de **trente (30) jours**.

Le contrat non résilié reprend pour l'avenir ses effets, **dans les trois jours ouvrables à dater** du jour où ont été payées à l'Assureur ou au mandataire désigné par lui à cet effet, la prime arriérée ou, en cas de fractionnement de la prime annuelle, les fractions de prime **en souffrance** et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

L'Assureur ne peut, par une clause, déroger à l'obligation de la mise en demeure. ??????

Article 11 : Calcul de la prime, modification et révision

La prime appliquée à chaque personne désignée au contrat est fixée aux Conditions Particulières.

Elle peut être revue en cas de modification des risques.

Lorsque le tarif applicable aux risques garantis par le présent contrat vient à être modifié, la prime est basée sur le nouveau tarif et ce, dès la première échéance annuelle qui suit cette modification. L'Assureur en informe le Souscripteur, par mention sur l'avis d'échéance ou sur la quittance.

Celui-ci dispose alors de la faculté de résilier le contrat dans les **quinze (15) jours** de cette information, et ce, dans les Conditions prévues à l'Article 8 ci-dessus **tout en respectant les dispositions prévues dans les conditions particulières.**

Cette résiliation prend effet **un (1) mois** après réception de la demande. L'Assureur a alors droit à la portion de prime due en l'absence de cette majoration, au prorata du temps écoulé entre la dernière échéance et la date d'effet de la résiliation. A défaut de résiliation dans le délai ci-dessus, la nouvelle prime est considérée comme acceptée par le Souscripteur.

Article 12 : Règlement des prestations

Le règlement des prestations devient exigible après remise à l'Assureur des pièces justificatives définies aux dispositions spéciales concernant la garantie souscrite.

V/DISPOSITIONS DIVERSES

Article 13 : Expertise

Les contestations d'ordre médical entre l'Assureur et l'Assuré, relatives à l'application du Contrat, au règlement des prestations, à l'exagération des soins donnés ou des sommes réclamées par rapport aux affections traitées, seront soumises, avant toute instance judiciaire, à l'expertise d'une commission composée d'un représentant de chaque partie concernée et d'un expert indépendant.

Chaque partie désigne son représentant, les deux représentants s'entendent pour le choix de l'expert indépendant.

Chaque partie supportera les honoraires de son représentant et la moitié des honoraires de l'expert indépendant.

A défaut d'entente, l'affaire est envoyée devant les instances judiciaires compétentes.

Article 14 : Secret professionnel

L'Assureur et ses médecins s'engagent à garder le secret le plus absolu sur les renseignements dont ils pourraient avoir connaissance à l'occasion du Contrat. L'Assuré aura d'ailleurs la faculté de remettre directement au médecin conseil de l'Assureur, sous enveloppe cachetée, les documents relatifs à son état de santé.

Article 15 : Subrogation

L'Assureur est subrogée jusqu'à concurrence des prestations **qu'il a versé**, dans les droits et actions de l'Assuré contre tout responsable du sinistre ou son Assureur.

Article 16 : Monnaie du contrat

Il est convenu entre les parties que les règlements concernant les accidents ou maladies couverts ne seront effectués que dans la monnaie ayant cours légal au Rwanda.

Article 17 : Prescription

Toute action dérivant du présent Contrat est prescrite par **cinq (5) ans** à compter de l'événement qui y donne naissance.

Article 18 : Exclusions

- Traitements médicaux préventifs, tests;
- Actes, tests ou traitements médicaux prescrits pour les états de santé tels que la stérilité, l'impuissance sexuelle, les malformations ou les déformations constitutionnelles;
- Actes, tests ou traitements médicaux prescrits pour les motifs cosmétiques, y compris les tests allergiques;
- Produits liés au confort sexuel;
- Prothèses à l'exception des implants et prothèses d'ostéosynthèse pour la chirurgie viscérale et orthopédique
- Greffe d'organe

Toutes les chambres VIP comme URUSARO dans les hôpitaux King Faysal et La Croix du Sud. Toutefois, lorsqu'un membre ou la personne à sa charge est admis(e) dans ces chambres, le bénéficiaire paie la différence par rapport au coût de la chambre privée standard dans le même hôpital.