

**CONTRAT D'ASSURANCE MALADIE GROUPE**

**PG000226**

**SONGA ENERGY BURUNDI**

**LA POLICE D'ASSURANCE MALADIE**

**JUBILEE ALLIANZ GENERAL INSURANCE BURUNDI**  
ENTREPRISE REGIE PAR LE CODE DES ASSURANCES

**Jubilee Centre, 08 Chaussée Prince Louis Rwagasore  
B.P 2290,**

**Bujumbura, Burundi**

**Téléphone : +257 22 27 58 20/1**

**Fax : +257 22 27 58 22**

**Email : [jicb@jubileeburundi.com](mailto:jicb@jubileeburundi.com)**

# TABLE DES MATIERES

## PREAMBULE

### SECTION 1

Mentions obligatoires du contrat

### SECTION 2

Définitions

### SECTION 3

Résumé des avantages

- a) Couverture du patient hospitalisé
- b) Couverture du patient ambulancier
- c) Couverture de la maternité
- d) Couverture optique
- e) Couverture dentaire
- f) Assistance aux frais funéraires

### SECTION 4

Exclusions

### SECTION 5

Dispositions et conditions générales

### SECTION 6

Clauses particulières

### SECTION 7

Relevé des bénéficiaires

### ANNEXES

Liste des prestataires des services des soins médicaux  
Liste des personnes assurées

8 2

## PREAMBULE

Attendu que l'Assuré désigné dans le contrat a, par une proposition et déclaration écrite, souscrit auprès de JUBILEE ALLIANZ GENERAL INSURANCE BURUNDI (ci-après dénommée «Jubilee») des assurances spécifiées dans le relevé des bénéfices (ci-après dénommées «Avantages») au profit des personnes indiquées dans l'Annexe (ci-après dénommées «Membres»);

Attendu qu'il est admis et convenu que la base de ce contrat est une proposition et déclaration faite par Jubilee et que cette proposition et déclaration font partie intégrante du contrat ;

Par le présent contrat, Jubilee s'engage à prendre en charge les frais médicaux et chirurgicaux non recouvrables, nécessairement et raisonnablement engagés par le membre à la suite directe d'une maladie ou d'un accident entraînant des lésions corporelles survenus pendant la période d'assurance sous réserve des dispositions, exclusions et conditions ici stipulées :

La proportion, spécifiée dans le présent contrat, de tous les frais en salle d'opération, frais de séjour à l'hôpital et de logement dans une chambre standard privée d'hôpital pour le patient ; ces frais sont établis par des chirurgiens, anesthésistes agréés ;

La proportion, spécifiée dans le présent contrat d'assurance, de tous les frais d'assistance par les infirmiers à l'hôpital, les frais de radiographie et de physiothérapie, les frais d'hôpital et de laboratoire, les frais des médicaments, des pansements et des appareils chirurgicaux en cas d'accidents survenus pendant la période d'assurance. Ces frais sont établis par des pathologistes, des médecins et/ou spécialistes agréés, et ;

La proportion, s'il y a lieu, spécifiée dans le présent contrat pour tous les coûts du traitement d'un Membre en cas de traitement médical non disponible au Burundi, certifié comme étant nécessaire et essentiel par un médecin. Concernant les frais de voyage ou de séjour en dehors de l'hôpital engagés par le Membre ou par toute autre personne qui l'accompagne, Jubilee n'intervient pas.

Ces propositions mentionnées ne peuvent en aucun cas excéder les montant spécifiés dans le relevé des bénéfices.

Documents de référence :

1. L'offre d'assurance médicale fournie par Jubilee
2. Le présent contrat

Les dispositions contenant dans les documents ci-haut cités et qui ne sont pas incompatibles sont toutes valables pour le présent contrat. En cas de discordance entre les dispositions, celles du présent contrat s'appliqueront.

② ④

3

## SECTION 1 : MENTIONS OBLIGATOIRES DU CONTRAT

NUMERO DU CONTRAT :	PG000226
DATE D'EFFET :	21/08/2023
ASSURE :	SONGA ENERGY BURUNDI
ADRESSE DE L'ASSURE :	Bujumbura-Burundi
PERIODE DE COUVERTURE :	Du 21/08/2023 au 20/08/2024 (tous les jours calendriers) ou pour telle ou telle période supplémentaire convenue entre les parties
PRIME PAYABLE :	<p>a) Par notes de débit</p> <p style="text-align: right;">BIF :</p> <p>Prime : 17.319.989</p> <p>Frais dossier 519.600</p> <p><b>Total 17.839.689</b></p>
MONNAIE :	Francs Bu
LOIS APPLICABLES :	Lois Burundaises
LES PERSONNES ASSUREES :	Selon la liste ci-jointe à l'annexe (peut être revue périodiquement)
PROPORTION DES DEPENSES : COUVERTES :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Par famille, <b>100%</b> du montant pour chaque et toute hospitalisation à <b>crédit et remboursement</b> des frais engagés par le patient sous réserve de la limite accordée par Jubilee ;</li> <li>2. Par famille, <b>100%</b> du montant pour chaque et toute consultation externe à <b>crédit et remboursement</b> des frais engagés par le patient sous réserve de la limite accordée par Jubilee ;</li> <li>3. Par famille, <b>100%</b> du montant pour chaque et toute prestation de maternité à <b>crédit et remboursement</b> des frais de la maternité sous réserve de l'autorisation de Jubilee</li> <li>4. Par personne, <b>100%</b> du montant pour chaque et tout soin dentaire à <b>crédit et remboursement</b> des soins dentaires sous réserve de l'autorisation de Jubilee.</li> <li>5. Par personne, <b>100%</b> du montant pour chaque et tout soin optique à <b>crédit et remboursement</b> des soins optiques sous réserve de l'autorisation de Jubilee.</li> <li>6. <b>80%</b> pour toute prestation médicale reçue à <b>Kira Hospital</b>.</li> </ol>
La responsabilité de Jubilee est limitée aux montants indiqués dans le relevé des bénéfices pour chaque couverture.	

✍ ✍

## SECTION 2 :

## DEFINITIONS

**Date d'adhésion :** La date à laquelle un employé ou une personne à charge devient Membre à compter de la date de prise d'effet du contrat ou après cette date.

**Frais raisonnables et habituels** Signifient les frais pour les soins médicaux établis par un fournisseur de service et considérés par Jubilee comme étant raisonnables et habituels, dans la mesure où ils n'excèdent pas le niveau général des frais exigés par d'autres fournisseurs de service de même rang que celui-ci et exerçant dans la même localité. De plus, il doit s'agir du même traitement, mêmes services ou mêmes fournitures aux individus de même sexe et d'un âge comparable, pour une même maladie ou une même blessure. Les échelles des frais convenus entre Jubilee et le groupe de fournisseurs de service devront indiquer quels sont ces frais raisonnables et habituels.

**Personne à charge :** Signifie (1) un conjoint légal du Membre et/ou les enfants non mariés ou les enfants adoptifs qui sont à la charge du Membre, à condition que ces enfants aient un âge compris entre 0 mois et **18** ans à la date d'adhésion au régime (cet âge s'étend à **25** ans s'ils poursuivent formellement leurs études à temps plein).

**Date d'entrée en vigueur :** La date à laquelle cette couverture d'assurance médicale prend effet comme indiqué dans le présent contrat d'assurance.

**Employé éligible :** Un employé est éligible comme Membre en vertu de la présente police dès l'entrée en service, à temps plein, chez l'Assuré.

**Personne à charge éligible :** Une personne à charge sera considérée comme éligible si elle est en mesure d'accomplir toutes les activités normales d'une personne du même âge et même sexe et ne doit être enfermée ni à la maison ou ni à l'hôpital ou dans un tout autre établissement médical.

**Employeur :** L'Assuré comme indiqué dans le présent contrat.

**Exclusion :** Catégorie de traitements, conditions, activités et dépenses afférentes ou conséquentes qui sont exclues de cette police et pour lesquelles Jubilee ne sera pas responsable.

**Service à temps plein :** Un employé en service (autre qu'un employé temporaire) est considéré comme étant actif à temps plein s'il accomplit ou est capable d'accomplir de façon habituelle, toutes les tâches régulières de l'emploi.

**Hôpital** Signifie une institution, qui a une licence légale comme hôpital dans le pays où elle est située et qui doit être sous le contrôle permanent d'un médecin.

*Handwritten marks*

- Patient hospitalisé :** Un Membre qui a été admis à l'hôpital qui se voit attribuer un lit et, compte tenu des tests de diagnostic, reçoit un traitement pour une maladie ou blessure.
- En vigueur :** La police est en vigueur pour les avantages médicaux spécifiés dans le contrat.
- Traitement d'un patient hospitalisé :** Traitement qui exige l'admission et le séjour dans un hôpital ou des soins chirurgicaux journaliers.
- Limite de couverture :** Il s'agit de la responsabilité de Jubilee qui est limitée par événement. Les limites ou sous limites du montant sont spécifiées dans le résumé des bénéficiaires et s'appliqueront à chaque élément ou type de couverture accordé.  
La limite globale mentionnée ici est le montant maximal recouvrable par membre, en vertu de ce contrat, pendant toute la période d'assurance et à l'égard de tout événement ou revendication en rapport avec la couverture.
- Membre :** Désigne un employé éligible qui a rempli un formulaire de demande d'adhésion ou une personne à charge éligible dont le nom figure sur le formulaire de demande d'adhésion à cette police et dont le début de la couverture a été confirmé par écrit par Jubilee.
- Service optique :** Soins de l'œil, examen de l'œil, soins de suivi de l'œil et prescription des lunettes.
- Patient ambulat :** Traitement qui n'exige pas l'admission ou le séjour à l'hôpital ou des soins journaliers.
- Groupe de fournisseurs de service :** La liste des hôpitaux, pharmacies, cliniques, médecins et autres fournisseurs de services approuvés par Jubilee auprès desquels les membres peuvent demander les services à crédit ou obtenir le remboursement de ces services par Jubilee.
- Période d'assurance :** Pendant 12 mois, la période allant de la prise d'effet du contrat au renouvellement de celui-ci ou toute autre période convenue entre les parties à partir de la date de renouvellement.
- Médecin :** Désigne un praticien médical dûment qualifié, breveté par les autorités médicales compétentes du pays dans lequel le traitement est octroyé et qui, en administrant le traitement, pratique dans les limites de son brevet ou de sa formation.
- Etat chronique :** Une maladie ou une blessure ayant au moins une des caractéristiques suivantes : sans remède connu, récurrente, conduit à une incapacité permanente, causée par des changements irréversibles sur le corps, exige que quelqu'un soit réhabilité ou rééduqué.
- Infections opportunistes.** Infections liées au VIH ou causées par le VIH. Celles –ci ne se limitent pas exclusivement aux pneumocystoses, à la pneumonie

carnii, aux organismes d'entérite chronique, au virus et/ou à une infection disséminée par des champignons/mycoses

**Etat préexistant :** Signifie toute blessure, toute maladie, tout état ou tout symptôme :

- a) Pour lesquels le traitement, la médication, le conseil ou le diagnostic a été demandé ou reçu ou était prévisible avant la date d'adhésion du membre concerné ; ou concerné, ou
- b) Pour lesquels l'Assuré ou le Membre savait, avant même la date d'adhésion, si oui ou non le traitement, la médication, le conseil ou le diagnostic ait été demandé ou reçu.

### **SECTION 3 : RESUME DES AVANTAGES**

#### **(a) Couverture d'un patient hospitalisé**

##### **(i) Traitement et services à l'hôpital :**

Tous les services et traitement médicaux octroyés par le médecin ou prescrit par lui, à un membre s'il est admis comme patient enregistré à l'hôpital. La couverture comprend le séjour à l'hôpital (à la hauteur du coût d'une chambre standard privée dans cet hôpital), les soins infirmiers, le diagnostic, le laboratoire ou autres services et équipements nécessaires, les honoraires du médecin, du chirurgien, de l'anesthésiste ou du physiothérapeute, les frais de la salle d'opération, les frais de l'unité des soins intensifs, les consultations ou les visites chez un spécialiste ainsi que tous les médicaments, prescrits par le médecin traitant pour leur utilisation à l'intérieur de l'hôpital. Le coût des biens ou services non médicaux tels que le téléphone, le journal ou l'hébergement d'une personne appartenant à la famille du Membre est exclu.

Nous couvrirons uniquement l'hébergement d'un parent ou d'un garde malade qui accompagne un Membre âgé de moins de 12 ans.

##### **(ii) Soins chirurgicaux d'un jour.**

##### **(iii) Services de diagnostic avant hospitalisation :**

Le laboratoire, la radiographie ou autres procédures nécessaires de diagnostic médical prescrits par un médecin et qui font que le Membre soit admis comme un patient enregistré à l'hôpital pour un traitement d'un état médical spécifique diagnostiqué, à condition que cet état médical soit couvert par le présent contrat.

##### **(iv) Services locaux d'ambulance :**

Les services d'ambulance concernant le transport d'un Membre malade qui doit être traité dans un hôpital désigné, à partir d'une zone où les équipements indispensables en cas de soins adéquats existent, sans toutefois dépasser **450.000 FBU** durant toute la période couverture.

6

7

7

**(b) Couverture du patient ambulant.**

Il s'agit du traitement médical nécessaire fourni à un Membre, patient mais non hospitalisé, et est défini comme :

**(i) Les services d'un généraliste à un patient ambulant**

Services de consultation externe fournis ou prescrits par un Médecin certifié comme médecin généraliste.

**(ii) Les services d'un spécialiste à un patient ambulant**

Les services de consultation externe fournis ou prescrits par un Médecin reconnu comme spécialiste ou consultant à qui le membre s'adresse.

**(iii) Les services de laboratoire, d'imagerie médicale pour un patient ambulant**

Les tests de laboratoire et d'imagerie médicale ainsi que les procédures utilisées pour diagnostiquer ou traiter les états médicaux. De tels services doivent être octroyés par un Médecin ou prescrits par lui et doivent se situer dans les limites de la garantie.

**(iv) La prescription des médicaments pour un patient en consultation externe.**

Les médicaments prescrits par le Médecin et devront être utilisés uniquement par le membre en tant que patient en consultation externe.

**(c) La couverture de la maternité**

Cette couverture prend en charge la proportion des dépenses mentionnées dans la présente police sur les prestations de la maternité depuis la conception de la grossesse jusqu'à l'accouchement. La garantie couvrira les soins prénatals, les états liés à la grossesse, les frais d'accouchement, le traitement pour la mère et l'enfant uniquement pendant la période d'hospitalisation ainsi que les soins post natals. Jubilee remboursera également le coût provenant de la fausse couche et l'avortement à condition que cet avortement soit certifié par un gynécologue et/ou un psychiatre comme étant nécessaire en vue de préserver la santé mentale et/ou physique de la mère. Cet avantage n'existe pas pour les enfants à charge.

**(d) Couverture optique**

Cette couverture prend en charge la proportion des dépenses mentionnées dans le présent contrat (mentions obligatoires) en rapport avec le coût de lunettes, des tests des yeux, pourvu que la prise en charge totale ne dépasse pas les limites spécifiées dans le relevé des bénéfices et cela durant toute la période de couverture.

Veillez noter que les lunettes sont accordées une fois les deux ans à moins que ce changement soit nécessaire à la suite d'une chirurgie optique ou d'un accident ayant entraîné une blessure à un œil. S'il y a changement de degrés, le membre a droit aux verres uniquement.

✍

**(e) Couverture Dentaire**

Cette couverture prend en charge les dépenses relatives aux coûts de la consultation dentaire à savoir les coûts de traitement, les frais de l'anesthésiste, les coûts d'extraction, d'opération et d'hospitalisation.

Jubilee ne sera pas responsable des paiements effectués en ce qui concerne :

- (i) Le coût de remplacement ou de réparation de vieilles prothèses ou appareils dentaires à moins que le dommage desdits dentiers n'ait entraîné par accident des lésions corporelles au membre ;
- (ii) Le coût d'un traitement orthodontie de nature cosmétique à moins qu'un tel traitement ne soit nécessaire suite aux dommages corporels subis par le membre et causés accidentellement et visiblement par moyens externes ou dû à une maladie autre que la pourriture normale.

Le montant maximal recouvrable ne doit pas, durant toute la période de couverture, dépasser les limites spécifiées dans le relevé des bénéficiaires.

**(f) Assistance aux frais funéraires**

En cas de décès d'un membre, Jubilee Insurance doit, sur notification écrite et aussi longtemps que le contrat est en vigueur, payer à la personne assurée ou à toute autre personne que l'assuré désignera par écrit, un montant de **750.000FBU** servant à couvrir les frais funéraires. Cet avantage est valable uniquement pour les employés.

**SECTION 4 : EXCLUSIONS A LA COUVERTURE**

**A. Exclusions générales**

Cette assurance ne comprend pas :

1. Les dépenses engagées à la suite de la participation d'un Membre dans :
  - (a) Les opérations et services navals, militaires ou aériens.
  - (b) Les sports d'hiver, les sports nautiques, l'alpinisme, la chasse, le polo, la course à cheval, le rugby, les courses de moto ou de moteur sur des machines de plus de 125 cc ;
  - (c) N'importe quelle course, à cheval ou en voiture ;
  - (d) Les voyages dans un avion non conçu pour le transport des passagers, le membre apprenant à piloter ou un membre d'un équipage de tout aéronef ou d'un avion utilisé pour le parachutisme, les courses, les essais ou l'exploration.

4 8

2. Frais engagés directement ou indirectement à la suite de :

- (a) Prendre part dans une guerre (« déclarée ou non »), émeute, grève et troubles civils ;
- (b) L'avortement sollicité par la patiente et la péridurale
- (c) Automutilation intentionnelle, suicide ou tentative de suicide (soit sain d'esprit ou pas), acte criminel du membre, intoxication volontaire, utilisation de médicaments non prescrits par un médecin.
- (d) Traitement par les chiropraticiens, les acupuncteurs et les herboristes, les séjours et/ou le traitement reçu dans les cliniques de guérison de la nature ou les établissements similaires ou les maisons de retraite, les sanatoria (sauf en cas de tuberculose), les maisons de convalescence et/ou les maisons de repos ou de « traitement » rattachées à ces établissements ;
- (e) Planification familiale et les coûts de traitement de fécondité à savoir les traitements liés à l'infertilité et à l'impuissance ;
- (f) Chirurgie esthétique ou soins de beauté ;
- (g) Coût de prothèses, sauf en cas de blessure aux dents naturelles ou prothèses dentaires causée par un accident ;
- (h) Coût des prothèses auditives ;
- (i) Massage (sauf s'il est certifié comme étant une partie nécessaire du traitement suite à un accident ou à une maladie couverte en vertu du présent contrat);
- (j) Bilan de santé (check-up)
- (k) Dépistages volontaires.
- (l) Tout traitement prophylactique ou préventif
- (m) Tous les vaccins. Exemple : Hépatite B, C, Fièvre jaune, etc.
- (n) Les maladies épidémiques et pandémiques
- (o) Toute réclamation des frais en rapport avec le risque réalisé lorsque le membre est en dehors du pays. Cependant, cette limitation ne s'applique pas au membre se trouvant temporairement à l'étranger, et devra être traité d'urgence suite à une maladie ou une lésion survenue durant son séjour à l'étranger. Non plus, ce délai ne peut pas excéder six semaines pour chaque visite. Les frais de déplacement et d'hébergement ne sont pas couverts.

3. Frais recouvrables en vertu de la Loi sur l'Indemnisation des Accidents du Travail ou les services publics de santé, y compris les régimes d'indemnisation de l'INSS ou tout autre régime.

A 2

#### 4. Clause d'Exclusion du Terrorisme

Nonobstant toute disposition contraire au présent contrat ou à tout avenant y afférent, ce contrat ne couvre pas les frais médicaux liés directement ou indirectement à tout acte de terrorisme, indépendamment de toute autre cause qui contribue en même temps aux frais médicaux.

Par application de la présente exclusion, le terme terrorisme signifie un acte de violence ou un acte dangereux pour la vie humaine, les biens (corporels ou incorporels) ou les infrastructures avec l'intention d'influencer tout gouvernement ou de mettre le public ou une partie de la population dans la peur.

##### A. Exclusions sur les médicaments

- Traitement hormonal : Clomid, Lutényl, Ethinyl Oestradiol, Orgamétron
- Les antiseptiques utilisés pour bain de bouche : Hextril, Rexe-dine, Listerine, et autres ;
- Fortifiants. Exemple : Dynamogen, Potenciator, Stimol et autres.
- Lait ou lotions corporelles de beauté et crème Ex : Vaseline, Labello, Vicks, Topicrem, produits Mustella, etc
- Kit de test de grossesse rapide.
- Les dentifrices et Pates gingivales : Specia, Dentidose, Sensodyne, etc
- Contraception exemple implants ou médicaments liés à la contraception.
- Les savons dermatologiques. Exemple : Dettol savon, V Wash
- Lait pour bébé. Exemple : France lait, Picot, Nativa, etc.
- Les Sucres des diabétiques : Canderel
- Les sels pour hypertendus
- Vaccination des adultes. Exemple : Hépatite B, C, Fièvre Jaune etc.
- Tous les équipements médicaux. Exemple : Thermomètre médical, Tensiomètre, Tires lait, Glucomètre, Chambres d'inhalation, chaises roulantes, etc.

#### SECTION 5 : DISPOSITIONS ET CONDITIONS GENERALES

##### 1. Formation du contrat d'assurance

Le présent contrat d'assurance n'entre en vigueur qu'après sa signature.

##### 2. Contrat et Annexe

Les annexes font partie intégrante au présent contrat et tout mot ou toute expression portant une signification particulière à un endroit quelconque de ce contrat ou de l'annexe doit porter la même signification partout où elle apparaît.

##### 3. Recouvrement des Dépenses Non assurées

En cas de paiement des frais engagés et qui n'entrent pas dans les limites de la couverture, le Membre ou l'Assuré doivent rembourser ce montant à Jubilee sur simple demande. Ces dépenses comprennent les montants dépassant les limites spécifiées dans le relevé des bénéficiaires ainsi que les autres frais non couverts par le

présent contrat. Le membre doit rembourser tous ces frais endéans les 60 jours, après que Jubilee ait apporté la preuve du dépassement ou des frais non couverts.

#### **4. Notification des Réclamations**

Pour toute maladie ou accident ouvrant droit à une indemnisation, le membre doit, dès que possible, présenter un formulaire de réclamation, dûment rempli, dans les soixante (60) jours suivant la date de prestation ayant pour objet le traitement de la maladie ou de l'accident. Le membre doit fournir à Jubilee toutes les factures originales, les reçus et les autres documents servant de moyens de preuve. Jubilee se réserve le droit d'exiger éventuellement au Membre une information supplémentaire et une quelconque assistance.

Le non-respect de cette notification rendra la demande invalide.

#### **5. Rapportage**

Un rapport d'utilisation sera envoyé le 15 de chaque mois au service des ressources humaines de SONGA ENERGY BURUNDI pour voir le niveau d'utilisation pour chaque membre. Sur sa simple demande, le membre peut être transmis le rapport d'utilisation détaillé ou avoir accès à son dossier physique.

#### **6. Eligibilité**

Est considérée comme personne admissible :

- a) Un employé âgé de moins de 65 ans ;
- b) Un conjoint âgé de moins de 65 ans ;
- c) Un enfant à charge ou un enfant adoptif, ayant entre 0 mois et 18 ans (la couverture peut s'étendre jusqu'à 25 ans s'il poursuit ses études à temps plein dans une institution formellement reconnue).

#### **7. Perte d'éligibilité**

Le contrat d'assurance prend fin lorsque :

- a) Les Membres (adultes) atteignent l'âge de 65 ans à la date de renouvellement du contrat ou immédiatement au prochain renouvellement du contrat dès qu'ils atteignent 65 ans ;
- b) Les membres (les enfants) atteignent 18 ans à la date de renouvellement annuel du contrat. Le cas échéant, ces Membres peuvent rester assurés à condition qu'il/elle poursuive ses études et qu'il/elle réside en permanence dans le même ménage (sauf s'il/elle étudie ailleurs) jusqu'à l'âge de 25 ans ;
- c) Le Membre décède ou cesse d'être employé par l'assuré. Le contrat prend fin de plein droit pour toutes les personnes à charge déclarées comme ayants droit du membre.

A 2

## 8. Prime

Le paiement de la prime totale d'assurance médicale est a priori.

## 9. Insertion ou suppression des personnes assurées en cours d'exécution du contrat.

Une prime calculée au prorata est payable pour toute personne devenue membre pendant la période de couverture.

En cas de suppression des Membres avant la fin du contrat, une prime proportionnelle aux jours restants jusqu'à l'échéance du contrat ne sera autorisée à SONGA ENERGY BURUNDI qu'après 60 jours à compter de la date de suppression si aucun sinistre n'est survenu et/ou n'a été déclaré à l'endroit d'une personne de la famille du membre.

## 10. Délais de remboursement des frais engagés par le membre

Le remboursement des frais personnellement encourus sont remboursés endéans 10 jours ouvrables si tous les documents et informations sont en ordre. Le Membre doit fournir à Jubilee Insurance l'ordonnance médicale, toutes les factures originales, les reçus et les autres documents servant de moyens de preuve.

Le remboursement doit être déduit de 20% pour toute prestation médicale effectuée en dehors de notre panel de prestataires. Néanmoins, les urgences de la nuit où le membre est obligé de visiter la structure sanitaire la plus proche seront remboursées à 100%. Les cas d'urgence de la nuit doivent être déclarés à Jubilee Insurance le lendemain.

## 11. Refus de Renouvellement

Aucune obligation de renouvellement du contrat n'incombe à Jubilee. Jubilee se réserve le droit de refuser ou de restreindre les conditions de couverture à l'égard de tous les membres ou de tout membre en accordant à l'assuré un délai de préavis de trente (30) jours.

## 12. Cumul des prestations

Jubilee fournira une compensation proportionnelle si le membre dispose d'une autre assurance en vigueur ou a droit à une indemnité de même nature pour le même accident, la même maladie ou la même dépense.

Jubilee se subroge dans tous les droits et actions du membre contre les tiers responsables afin de récupérer le montant payé en vertu du présent contrat.

### **13. Résiliation**

Jubilee se réserve le droit de résilier le présent contrat moyennant préavis de trente (30) jours, par envoi recommandé, à la dernière adresse connue de l'Assuré. Dans ce cas, Jubilee doit rembourser à l'Assuré une portion de la prime non encore consommée correspondant à la période restant à échoir. L'Assuré a également la faculté de résilier le présent contrat moyennant préavis de trente (30) jours, par lettre recommandée. Le remboursement de la prime restera à la seule discrétion de Jubilee.

### **14. Règlement des litiges**

En cas de litige opposant Jubilee et l'Assuré en rapport avec les droits, les obligations ou les responsabilités de chacune des parties en vertu du présent contrat, il sera réglé à l'amiable. A défaut d'entente, il sera soumis à l'Agence de Régulation et de Contrôle des Assurances (ARCA). En cas d'échec, les juridictions compétentes du Burundi seront saisies.

En cas de procédure juridique engagée par l'assuré pour une dépense qui n'entre pas dans le périmètre de la garantie, la charge de la preuve que cette dépense est couverte incombe à lui-même.

### **15. Réclamations frauduleuses et non fondées**

Si une réclamation est jugée frauduleuse, fautive, volontairement exagérée ou non fondée, toutes les prestations versées et/ou payables en rapport avec cette demande doivent être confisquées et récupérées.

En outre, l'ensemble des garanties offertes à la personne assurée doivent être annulées à partir de la date où nous avons eu connaissance de la fraude. Les primes payées ne sont pas remboursables et le membre ne sera plus admissible comme personne assurée pour les périodes futures.

### **16. Lutte contre la corruption et la complicité à la fraude**

Jubilee ne travaille qu'avec des partenaires qui partagent le même engagement en ce qui concerne la lutte contre la corruption et la complicité à la fraude.

Dès lors, l'assuré s'engage à lutter contre toute forme de corruption et toute complicité à la fraude. En outre, il s'engage à dénoncer confidentiellement à Jubilee tout cas survenu, toute manœuvre ou tentative de corruption ou vice de procédure dont il aurait eu connaissance de la part de ses employés ou ses représentants autorisés depuis la manifestation d'intérêt, la négociation, conclusion, l'exécution et le paiement relatif au présent contrat ou toute autre forme de corruption ou de fraude perpétrée par les membres bénéficiaires du présent contrat.

*(Handwritten marks)*

## SECTION 6 : CLAUSES PARTICULIERES

- ▶ Les maladies préexistantes et chroniques sont couvertes **mais** limitées à **50 %** de la limite de couverture « hospitalisation ».
- ▶ Les maladies préexistantes et chroniques sont couvertes jusqu'à la limite **complète** de couverture « Soins Ambulatoires ».
- ▶ Les maladies congénitales sont couvertes jusqu'à 20% de la limite de couverture « Hospitalisation ».
- ▶ La prématurité et l'utilisation des couveuses sont couvertes jusqu'à 30% de la limite de couverture Hospitalisation.
- ▶ Toute hospitalisation se rapportant aux soins dentaires et optiques à la suite d'un accident sera couverte dans la limite totale de la couverture hospitalisation ;
  
- ▶ Les soins dentaires résultant d'une maladie qui nécessite une hospitalisation seront couverts jusqu'à concurrence de **750.000 BIF** dans la limite de couverture hospitalisation.
  
- ▶ Les soins optiques résultant d'une maladie qui nécessite une hospitalisation seront couverts jusqu'à concurrence de **750.000 BIF** dans la limite de couverture hospitalisation (à l'exception de la chirurgie optique au laser) ;
  
- ▶ Les maladies psychiatriques et les troubles mentaux sont couverts à concurrence de **20%** dans la limite de couverture hospitalisation et dans la limite totale de la couverture des soins ambulatoires.
  
- ▶ L'occupation d'un lit d'hôpital pendant la période d'hospitalisation ou d'accouchement sera limitée à une chambre standard privée (**SPR**). Les chambres VIP ne sont pas prises en charge. A **Kira Hospital** où la chambre comprend également la restauration, elle est limitée à **60.000 FBU/nuitée**.
  
- ▶ Chaque membre / famille qui atteint **75%** de la prestation (en dehors de la couverture hospitalisation) sera interrompu pour tout paiement à crédit pour ladite prestation. Néanmoins, le membre peut prétendre au remboursement jusqu'à l'expiration de la limite et de la période d'assurance.
  
- ▶ La couverture sera sur **base d'une facilité crédit avec nos fournisseurs de soins médicaux** ou sur un **remboursement déduit de 20%** pour les fournisseurs non-partenaires.

8 8

## SECTION 7 : RELEVÉ DES BÉNÉFICIAIRES

Plan	Limite
Hospitalisation/famille	5.000.000
Soins Ambulatoires/famille	2.000.000
Maternité/Employée ou Épouse de l'employé	1.750.000
Dentisterie/personne	225.000
Optique/personne	225.000
Frais funéraires/Employé(e)	750.000

Fait à Bujumbura, le 21/08/2023

Préparé par :

**Mélance NIBITEGEKA**  
**Chef du Département Médical**



Pour et au nom de :

**Jubilee Allianz General Insurance Burundi**  
**Denis HUYBERECHTS**  
**Administrateur Directeur Général**



Pour et au nom de :

**SONGA ENERGY BURUNDI**  
**Signataire autorisé**