

Important : ce document d'information a pour but de vous donner un aperçu des principales couvertures et exclusions relatives à cette assurance. Il n'est pas personnalisé en fonction de vos besoins spécifiques et les informations qui y sont reprises ne sont pas exhaustives. Pour toute information complémentaire concernant l'assurance choisie et vos obligations, veuillez consulter les conditions précontractuelles et contractuelles relatives à cette assurance.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

L'assurance « Hospitalisation » liée à l'activité professionnelle garantit, en cas d'hospitalisation ou de maladie grave, le remboursement des frais restant à charge des assurés après déduction des interventions légales.



Qu'est-ce qui est assuré ?

- ✓ En cas d'hospitalisation suite à une maladie, un accident, une grossesse ou un accouchement et pour autant qu'ils donnent lieu à une intervention légale, notamment les frais :
 - d'honoraires et de suppléments d'honoraires de médecin ;
 - de séjour ;
 - de produits pharmaceutiques.Qu'ils donnent lieu ou non à une intervention légale, sont notamment couverts :
 - les médicaments non remboursables ou repris sous la catégorie « D » dans la nomenclature de l'INAMI ;
 - les frais de bandages, de matériel médical et autres dispositifs médicaux ;
 - les frais de séjour d'un parent dans la chambre d'un enfant de moins de 18 ans (rooming-in).
 - ✓ Les frais médicaux en rapport direct avec la raison de l'hospitalisation encourus 60 jours avant et 180 jours après l'hospitalisation (le délai de 180 jours est porté à 365 jours lorsque l'hospitalisation est consécutive à un accident).
 - ✓ Les frais médicaux et de transport en cas de survenance d'une des maladies graves reprises dans les conditions générales.
 - ✓ Les frais relatifs à l'ablation préventive d'un organe réalisée en raison de l'existence d'une mutation génétique entraînant un risque accru de développer un cancer.
 - ✓ Les frais relatifs à une hospitalisation qui a pour objet la réalisation d'un traitement de procréation médicalement assistée (PMA).
 - ✓ Les frais médicaux relatifs à un accouchement à domicile ou en polyclinique.
 - ✓ Les frais médicaux exposés en cas d'opération de la cataracte pratiquée au cabinet d'un ophtalmologue.
 - ✓ Les soins palliatifs à domicile.
- Les plafonds et limites d'intervention sont mentionnés dans les conditions spéciales.
- ✓ Affiliation obligatoire pour les membres du personnel et affiliation facultative pour les membres de la famille.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les prestations résultant d'un traitement esthétique ou de rajeunissement.
- ✗ Les prestations résultant d'accidents survenus à l'assuré en état d'ivresse, d'intoxication alcoolique ou sous l'influence de drogues, narcotiques ou stupéfiants utilisés sans prescription médicale.
- ✗ Les prestations résultant de maladies dont la cause ou l'une des causes est l'alcoolisme, la toxicomanie ou l'usage abusif de médicaments.
- ✗ Les prestations résultant de tout sevrage, qu'il soit consécutif à la consommation d'alcool, de drogues, de stupéfiants ou de toute autre substance pour laquelle il y a accoutumance.
- ✗ Les prestations résultant de la stérilisation, de traitements contraceptifs.
- ✗ Les prestations résultant d'un sinistre causé intentionnellement par l'assuré, de la participation de l'assuré à des crimes et délits ainsi qu'à des paris ou défis. Il est précisé que les prestations résultant d'une tentative de suicide demeurent couvertes.
- ✗ Les prestations résultant de la pratique d'un sport ou d'une activité dans un endroit non autorisé.



Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

! Délais d'attente

Aucun délai d'attente n'est d'application pour :

- les assurés dont l'affiliation à la présente police est automatique ;
- les assurés dont l'affiliation à la présente police est facultative et dont l'affiliation est confirmée dans les deux mois suivant le moment à partir duquel s'ouvre le droit à l'affiliation.

Pour les assurés facultatifs dont l'affiliation à la présente police n'est pas confirmée dans les deux mois suivant le moment à partir duquel s'ouvre le droit à l'affiliation, l'affiliation prend effet le premier jour du dixième mois suivant le mois au cours duquel la demande d'affiliation est confirmée.

! Franchise

Application d'une franchise de 150 eur par assuré et par année calendrier si l'assuré choisit une chambre à un lit pour convenance personnelle.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ L'assurance est d'application dans le monde entier.

En ce qui concerne les frais exposés à l'étranger, il est précisé qu'Ethias intervient :

- lorsque l'assuré se rend à l'étranger pour bénéficier de soins médicaux planifiés pour lesquels il a obtenu un accord préalable d'intervention de la mutuelle ;
- lorsque l'assuré se trouve à l'étranger et que son état médical nécessite des soins médicaux urgents et imprévus ;
- lorsque l'assuré reçoit des soins médicaux dans le pays où il réside.



Quelles sont mes obligations ?

- **À la conclusion du contrat** : communiquer une liste des assurés
- **En cours de contrat** : communiquer toute modification de la liste des assurés (en cas de décès, ...)
- **En cas de sinistre**

Déclaration : L'assuré doit aussi rapidement que possible déclarer le sinistre. En cas d'hospitalisation, l'assuré peut la déclarer via www.ethiashospiti.be ou au terminal AssurCard de l'hôpital. S'il n'a pas utilisé le système AssurCard pour déclarer son hospitalisation ou lorsque la demande d'intervention concerne une autre garantie (ex: maladie grave, ...), l'assuré doit envoyer à Ethias une déclaration accompagnée de tout document, certificat et rapport qui est de nature à prouver l'existence et le degré de gravité de l'événement.

Transmission des justificatifs de frais : Ethias met à disposition de l'assuré différents outils permettant de déclarer une demande d'intervention, transmettre des justificatifs de frais, consulter son dossier tels :

- le système de tiers-payant électronique AssurCard ;
- AssurPharma, système électronique facilitant le remboursement des frais pharmaceutiques en permettant la transmission des BVAC par voie électronique ;
- AssurMed, système de transmission numérique et sécurisé qui permet à l'assuré d'envoyer à Ethias les attestations de soins établies de manière électronique par le médecin généraliste ou le dentiste.
- Espace client Soins de santé, service en ligne permettant aux assurés de consulter leurs couvertures, de suivre leur dossier et sinistres, en toute confidentialité où et quand ils le veulent.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Vous avez l'obligation de payer annuellement la prime avant la date d'échéance et vous recevez pour cela une facture. Une prime fractionnée est possible moyennant certaines conditions.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Les garanties prennent cours au lendemain du versement de la première prime, et au plus tôt à 00 heure de la date d'effet mentionnée aux conditions particulières et/ou spéciales.

Le contrat est conclu pour une durée d'un an.

A chaque échéance annuelle de la prime, il est reconduit tacitement pour des périodes successives d'un an à moins qu'il ne soit résilié par le preneur d'assurance.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez résilier votre contrat d'assurance au plus tard trois mois avant la date d'échéance annuelle du contrat.

La résiliation du contrat doit se faire par envoi recommandé, par exploit d'huissier ou par la remise de la lettre de résiliation contre récépissé.

Les assurés facultatifs peuvent solliciter leur désaffiliation chaque mois, sans délai de préavis à respecter, moyennant une demande écrite en ce sens.