

CONDITIONS GÉNÉRALES

HOSPI QUALITY

ethias

INTRODUCTION

Madame,
Monsieur,

Ce document constitue les conditions générales de votre assurance « Hospi Quality ».

Avec les conditions particulières, elles forment votre contrat d'assurance que *nous vous conseillons de lire attentivement*.

Afin d'en faciliter la compréhension, les termes techniques imprimés en italique sont définis dans le lexique que *vous trouverez à la fin de celles-ci*.

Pour toute question relative à votre contrat, formez le 04 220 37 90 du lundi au vendredi de 8 à 17 heures.

Déclarez votre *hospitalisation* et transmettez vos demandes de remboursement en toute simplicité :

- avec **AssurCard** au terminal de votre hôpital ou via www.ethiashospi.be: dans la plupart des cas, *vous ne paierez ni acompte ni facture à la sortie de l'hôpital* ;
- par **courrier postal** : adressez-*nous* la déclaration de sinistre disponible sur notre site ethias.be accompagnée d'un certificat médical ;
- **Assurpharma** : vos frais pharmaceutiques *nous* seront directement transmis par votre pharmacien par voie électronique. Ceci réduit les formalités administratives et facilite l'accès aux remboursements ;
- **Espace Client** : *vous consultez à tout moment les couvertures de votre contrat, vous nous envoyez de façon digitale la plupart de vos frais médicaux et vous suivez le statut de vos remboursements*.

Nous restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

TABLE DES MATIÈRES

	PAGE
Chapitre I - Étendue de l'assurance	5
Article 1 : Qui est assuré ?	5
Article 2 : Qu'est-ce qui est assuré ?	5
Article 3 : Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?	8
Article 4 : Où ces couvertures sont-elles valables ?	9
Chapitre II - Les sinistres	10
Article 5 : Quelles sont vos obligations en cas de sinistre ?	10
Article 6 : Modalités d'intervention	11
Chapitre III - Les dispositions administratives	12
Article 7 : Formation et durée du contrat	12
Article 8 : Prime	13
Article 9 : Fin du contrat	14
Article 10 : Dispositions diverses	15
Article 11 : Modes de communication et langues	16
Article 12 : Rémunération perçue par les collaborateurs d'Ethias concernés par la distribution d'assurance	16
Chapitre V - Le lexique	17

Chapitre I Étendue de l'assurance

ARTICLE 1

QUI EST ASSURÉ ?

Les personnes désignées aux conditions particulières, pour lesquelles Ethias reçoit une demande d'affiliation et qui dans ces conditions bénéficient des garanties mentionnées dans la police.

ARTICLE 2

QU'EST-CE QUI EST ASSURÉ ?

A. HOSPITALISATION

En cas d'*hospitalisation* à la suite d'une *maladie*, d'un *accident*, d'une grossesse ou d'un accouchement, *nous* accordons dans les limites déterminées ci-après la prise en charge des frais de soins de santé encourus pendant le séjour dans un hôpital reconnu ou dans un établissement de *soins palliatifs* reconnu.
Ainsi, *nous* prenons en charge :

- 1) pour autant qu'ils donnent lieu à une *intervention légale* :
 - a) les frais de séjour encourus dans un *hôpital* ou un établissement de *soins palliatifs* reconnu ;
 - b) les coûts des prestations médicales et paramédicales et les honoraires ;
 - c) les médicaments, les frais de produits pharmaceutiques, bandages, matériel médical et autres adjuvants médicaux ;
 - d) les frais de soins dentaires, de prothèses dentaires, de prothèses thérapeutiques ainsi que d'appareils orthopédiques, de prothèses médicales et de membres artificiels, dans la mesure où ceux-ci ont été placés durant l'*hospitalisation* et sont en rapport direct avec la raison de l'*hospitalisation*. Les prothèses de nature purement esthétiques ne sont pas remboursées ;
 - e) les frais médicaux relatifs au nouveau-né encourus pendant l'*hospitalisation* de la mère et consécutifs à un accouchement couvert, en ce compris les frais médicaux relatifs à l'achat de cellules souches ;
 - f) le test de la mort subite ;
 - g) les frais de chirurgie plastique réparatrice qui seraient occasionnés par une *maladie* ou un *accident* couvert ;
 - h) les frais relatifs aux *hospitalisations* qui ont lieu dans un hôpital psychiatrique, dans un service ou une unité psychiatrique ainsi que dans un service psychogériatrique, pour une période ou des périodes d'*hospitalisation* cumulées ne dépassant pas 12 mois par *assuré* à compter du premier jour d'*hospitalisation*.

Nous prenons en charge l'ensemble des éléments décrits ci-dessus jusqu'à concurrence du triple du montant de l'*intervention légale* ;

- 2) qu'ils donnent lieu ou non à une *intervention légale* :

- a) les frais non remboursables de viscérosynthèse et de matériel d'endoprothèse ;
- b) le matériel à usage unique utilisé au cours d'une intervention chirurgicale ;
- c) les frais de médicaments non remboursables ;
- d) les frais de bandages spécifiques, matériel médical et autres adjuvants médicaux, à l'exclusion de tout type de produits généralement disponibles dans le commerce non médical.

Pour l'ensemble des éléments décrits ci-dessus sous 2) ainsi que ceux décrits ci-après sous B.2) et C.1.2) a), b), c), d), *nous* intervenons jusqu'à concurrence de 1 500,00 euros* maximum par *assuré* et par an ;

- e) les frais:

- de transport approprié urgent vers l'hôpital ;
- de transport approprié en cours d'*hospitalisation*, justifié pour raisons médicales ;
- d'intervention du service mobile d'urgence (SMUR).

Nous intervenons jusqu'à concurrence de 1 500,00 euros* maximum par *assuré* et par an ;

- f) les frais de séjour d'un parent dans la chambre d'un enfant âgé de moins de 14 ans (rooming-in) jusqu'à concurrence de 30,00 euros* maximum par nuit.

* Ce montant est indexé conformément à l'article 8.B.

B. SOINS AMBULATOIRES EN PRÉ- ET POST-HOSPITALISATION

Il s'agit des frais médicaux encourus pendant une période de 30 jours avant et de 90 jours après l'*hospitalisation*, en rapport direct avec la raison de l'*hospitalisation*.

Sont couverts pendant cette période :

- 1) les frais donnant lieu à une *intervention légale* :
 - a) les frais de prestations médicales ;
 - b) les frais de prestations paramédicales prescrites par un médecin ;
 - c) les frais de produits médicaux prescrits par un médecin ;
 - d) les frais de prothèses médicales et de membres artificiels ;
 - e) les frais médicaux relatifs aux soins palliatifs dispensés à domicile.

Pour l'ensemble des éléments décrits ci-dessus sous 1), nous intervenons jusqu'à concurrence du triple du montant de l'*intervention légale* ;

- 2) qu'ils donnent lieu ou non à une *intervention légale* :

- a) les médicaments non remboursables ;
- b) les frais de bandages spécifiques, matériel médical et autres adjuvants médicaux, à l'exclusion de tout type de produit généralement disponible dans le commerce non médical.

Pour l'ensemble des éléments décrits ci-dessus sous 2) ainsi que ceux décrits sous A.2) a), b), c), d) et C.1.2) a), b), c), d), nous intervenons jusqu'à concurrence de 1 500,00 euros* maximum par assuré et par an.

C. MALADIES GRAVES

1. En cas de survenance des *maladies* suivantes : affections rénales nécessitant une dialyse, brucellose, cancer, charbon, choléra, diabète, diptéria, dystrophie musculaire progressive, encéphalite, épilepsie, fièvre typhoïde et paratyphoïde, hépatite infectieuse, leucémie, *maladie d'Alzheimer*, *maladie de Creutzfeld-Jacob*, *maladie de Crohn*, *maladie de Hodgkin*, *maladie de Parkinson*, *maladie de Pompe*, malaria, méningite cérébro-spinale, mucoviscidose, poliomyélite, rectocolite ulcéro hémorragique, scarlatine, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, sida, syndrome de Treacher-Collins, tétanos, tuberculose, typhus, variole, l'assurance est étendue aux frais de médecine ambulatoire médicalement nécessaires et en lien avec le traitement de la *maladie grave*, sans qu'une *hospitalisation* soit requise.

Pour les assurés qui ont souffert par le passé d'une *maladie grave*, les frais d'examens de contrôle nécessités par cette *maladie* sont également garantis.

Nous remboursons :

- 1) pour les frais donnant lieu à une *intervention légale* :
 - a) les frais relatifs aux soins spéciaux, aux analyses et examens nécessités par la *maladie* ;
 - b) les frais de prestations médicales et les honoraires ;
 - c) les frais de prestations paramédicales ;
 - d) les frais de location de matériel divers ;
 - e) les médicaments ;
 - f) les frais de perruque ;
 - g) les frais de reconstruction mammaire consécutifs à une opération d'amputation causée par un cancer ou effectuée à titre préventif chez les porteurs/porteuses des gênes BRCA1 et BRCA2 ;
 - h) les frais médicaux relatifs aux soins palliatifs dispensés à domicile.

Pour l'ensemble des éléments décrits ci-dessus sous 1), nous intervenons jusqu'à concurrence du triple du montant de l'*intervention légale* ;

- 2) qu'ils donnent lieu ou non à une *intervention légale* :
 - a) les médicaments non remboursables ;
 - b) les traitements homéopathiques, la chiropraxie, l'ostéopathie et l'acuponcture ;
 - c) les frais de produits pharmaceutiques, bandages, matériel médical et autres adjuvants médicaux, à l'exclusion de tout type de produit généralement disponible dans le commerce non médical ;
 - d) tous les autres frais pour lesquels nous avons marqué préalablement notre accord.

Pour l'ensemble des éléments décrits ci-dessus 2) ainsi que ceux décrits sous A.2) a), b), c), d) et B.2), *nous* intervenons jusqu'à concurrence de 1 500,00 euros* maximum par *assuré* et par an ;

- e) les frais de transport sont pris en charge à concurrence de 250,00 euros* maximum par *assuré* et par an.

2. Après les 12 premiers mois consécutifs de couverture, l'*assuré* recevra un **joker**.

Ce joker impliquera une intervention de la part d'Ethias dans les suppléments d'honoraires et suppléments de chambre à 1 lit jusqu'à concurrence du triple du montant de l'*intervention légale*.

L'*assuré* décide d'utiliser son joker quand il le souhaite, pour autant que les conditions ci-dessous soient respectées :

- l'hospitalisation fait suite à une *maladie grave* ;
- il ne s'agit pas d'une *hospitalisation* de jour (one-day clinic).

Lors de sa déclaration d'*hospitalisation*, l'*assuré* doit indiquer qu'il souhaite utiliser son joker afin de bénéficier des garanties liées à celui-ci.

Ce joker est **unique**. L'*assuré* ne recevra dès lors pas de nouveau joker lorsqu'il aura épuisé celui-ci. Le joker est acquis à titre personnel par chaque *assuré* remplissant les conditions et n'est valable que dans le cadre du présent contrat.

D. ACCOUCHEMENT À DOMICILE, ACCOUCHEMENT EN POLYCLINIQUE ET FRAIS POSTÉRIEURS À L'ACCOUCHEMENT

Nous prenons en charge, pour les frais donnant lieu à une *intervention légale*, les frais médicaux relatifs à un accouchement à domicile et à un accouchement en polyclinique. Dans ces cas, la garantie des soins ambulatoires pré- et post-hospitalisation telle que mentionnée ci-dessus sous B) est également d'application.

Nous intervenons jusqu'à concurrence du triple du montant de l'*intervention légale*.

E. OPÉRATION OPHTALMOLOGIQUE EN DEHORS DE L'HÔPITAL

Nous prenons en charge les frais médicaux relatifs à l'opération de la cataracte avec implant monofocal ou multifocal pratiquée au cabinet d'un ophtalmologue qui satisfait à toutes les prescriptions légales en vue d'exercer ces interventions.

Quels que soient le montant de l'*intervention légale* et le montant restant à votre charge, notre intervention s'établira jusqu'à concurrence de 600,00 euros maximum par *assuré* et par intervention. Ce montant n'est pas indexé.

F. TERRORISME

A. Couverture et adhésion à l'ASBL TRIP

L'assurance couvre les dommages causés par le *terrorisme*, à l'exclusion des dommages causés par des armes ou des engins destinés à exploser par une modification de structure du noyau atomique.

Ethias est membre à cette fin de l'ASBL TRIP (Terrorism Reinsurance and Insurance Pool). Conformément à la loi du 3 mai 2024 relative l'indemnisation des victimes d'un acte de *terrorisme* et à l'assurance contre les dommages causés par le *terrorisme*, l'exécution de tous les engagements de l'ensemble des assureurs membres de l'ASBL est, en cas d'acte de *terrorisme* reconnu par arrêté royal, limitée à 1,7 milliard d'euros par année civile pour les dommages causés par tous les événements reconnus comme actes de *terrorisme*, survenus pendant cette année civile.

* Ce montant est indexé conformément à l'article 8.B.

Ce montant est adapté, le 1er janvier de chaque année, à l'évolution de l'indice des prix à la consommation, l'indice de base étant celui de novembre 2022. En cas de modification légale ou réglementaire de ce montant de base, le montant modifié sera automatiquement applicable dès la prochaine échéance suivant la modification, sauf si le législateur a prévu explicitement un autre régime transitoire.

Si le total des indemnités calculées ou estimées excède le montant cité dans le précédent alinéa, une règle proportionnelle est appliquée : les indemnités à payer sont limitées à concurrence du rapport entre le montant cité dans le précédent alinéa ou les moyens encore disponibles pour cette année civile et les indemnités à payer imputées à cette année civile.

B. Régime de paiement

Conformément à la loi susmentionnée du 3 mai 2024, l'acte de *terrorisme* est reconnu comme tel par un arrêté royal délibéré en Conseil des ministres après avis de l'OCAM et du parquet fédéral. Le Comité de règlement des sinistres détermine, endéans les quatorze jours qui suivent la publication au Moniteur belge de l'arrêté royal qui reconnaît l'acte comme terroriste, si les plafonds relatifs provisoires et absous dont question à l'article 12 de la loi du 3 mai 2024 pourraient être atteints dans le cadre de l'indemnisation des dommages. Il fixe dans le même délai, conformément à l'article 15 de ladite loi, le pourcentage de l'indemnisation que les assureurs membres de l'ASBL TRIP doivent prendre en charge en conséquence de l'événement. Le Comité peut revoir ce pourcentage. Le Comité prend, au plus tard le 31 décembre de la troisième année suivant l'année de survenance de l'événement, une décision définitive quant au pourcentage d'indemnisation à payer.

L'assuré, le bénéficiaire ou la personne lésée ne peut prétendre à l'indemnisation de son dommage, vis-à-vis d'Ethias, qu'après que le Comité ait fixé le pourcentage. Ethias paie ensuite le montant assuré conformément au pourcentage fixé par le Comité.

ARTICLE 3

QU'EST-CE QUI N'EST PAS ASSURÉ ?

Sont exclues de cette assurance :

- A. en cas d'hospitalisation dans une chambre à 1 lit, les suppléments d'honoraires et de chambre sauf en cas d'utilisation du joker par l'assuré.
- B. les prestations résultant :
 - a) des affections ou conséquences d'*accidents* énoncées aux conditions particulières ;
 - b) de *maladies* ou d'*accidents* survenus à vous :
 - 1. en état d'ivresse, d'intoxication alcoolique ou sous l'influence de drogues, narcotiques, médicaments ou *stupéfiants* utilisés sans prescription médicale, à moins que vous ne fournissiez la preuve que vous avez utilisé par ignorance des boissons ou *stupéfiants* ou que vous vous y êtes vu obligé par un tiers ;
 - 2. consécutifs à l'alcoolisme, la toxicomanie ou l'usage abusif de médicaments ;
 - c) 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 une accoutumance ;
 - d) d'une *maladie* dont les symptômes s'étaient déjà manifestés au moment de la conclusion du contrat et qui est diagnostiquée dans un délai de deux ans suivant la date de prise d'effet du contrat ;
 - e) d'un traitement esthétique ou de rajeunissement ;
 - f) de la stérilisation, de traitements contraceptifs ;
 - g) de la kératotomie ;
 - h) d'un séjour dans des stations balnéaires, lieux de cures, de santé et de convalescence, même si le séjour est médicalement prescrit ;
 - i) de la pratique d'un sport aérien ou entraînant l'usage d'un véhicule à moteur, de même que la pratique, en tant que professionnel(le), d'un sport quelconque ;
 - j) d'*accidents* lorsque vous faites partie de l'équipage d'un transport aérien ou exercez pendant le vol une activité professionnelle ou autre en relation avec l'appareil ou le vol ;
 - k) des lésions survenues à la suite de la participation de l'assuré à un acte de violence envers des personnes, à la détérioration malveillante de biens ou au détournement de biens. Cette exclusion n'est pas d'application si les lésions sont la conséquence d'un acte de légitime de défense ou d'un acte de sauvetage de personnes, d'animaux ou de biens ;

- l) des troubles civils ou émeutes si *vous* y avez pris part de façon active ou si *vous* ne *vous* êtes pas trouvé dans un cas de légitime défense ;
- m) d'un événement de guerre, que *vous* y soyez soumis en tant que civil ou militaire ;
- n) de l'effet direct ou indirect de substances radioactives ou des procédés d'accélération artificielle des particules atomiques, à l'exception de l'usage de substances radioactives à des fins médicales ;
- o) d'un séjour dans des établissements psychiatriques fermés, des services ou établissements médico-pédagogiques, des maisons de repos, des services et établissements gériatriques destinés au simple hébergement des personnes âgées, des services ou établissements destinés au simple hébergement des enfants, des personnes convalescentes, ainsi que ceux ayant reçu une agréation spéciale en tant que maison de repos ou de soins ;
- p) les frais de séjour du donneur en cas de transplantation d'un organe ou d'un tissu en votre faveur.

ARTICLE 4

OÙ CES COUVERTURES SONT-ELLES VALABLES ?

L'assurance est valable dans le monde entier.

Chapitre II Les sinistres

ARTICLE 5

QUELLES SONT VOS OBLIGATIONS EN CAS DE SINISTRE ?

A. DÉCLARATION D'UNE HOSPITALISATION

En cas d'*hospitalisation*, vous devez nous en faire la déclaration aussi rapidement que possible.

Plusieurs possibilités vous sont proposées :

1. dans l'hôpital à l'aide de votre AssurCard :

- avant de vous présenter au guichet des admissions, déclarez votre *hospitalisation* à la borne AssurCard qui se trouve dans le hall d'accueil des hôpitaux qui ont adhéré à ce système. Vous pouvez consulter à tout moment la liste des hôpitaux adhérents sur notre site internet (www.ethias.be/assurcard/fr) ;
- scannez votre AssurCard ou intégrez le numéro de votre AssurCard à la borne prévue à cet effet ;
- après avoir répondu à quelques questions, vous êtes informé si vous bénéficiez du système de tiers payant ou pas ;
- rendez-vous au guichet des admissions de l'hôpital pour montrer votre AssurCard ;

2. via internet à l'aide de votre AssurCard :

- rendez-vous sur www.ethiashospi.be ;
- intégrez le numéro de votre AssurCard et votre date de naissance ;
- après avoir répondu à quelques questions, vous êtes informé si vous bénéficiez du système de tiers payant ou pas.

Le jour de votre admission, n'oubliez pas de vous munir de votre AssurCard et de déclarer au guichet des admissions que vous avez introduit votre déclaration d'*hospitalisation* via AssurCard.

Dans l'hypothèse où vous n'utilisez pas le système AssurCard, la déclaration écrite de votre *hospitalisation* doit nous être transmise dès que possible à l'aide du document prévu à cet effet. Ce document est disponible sur notre site internet ethias.be.

Vous devez joindre à cette déclaration tout document, certificat et rapport qui est de nature à prouver l'existence et le degré de gravité de l'événement. Nous pourrons vous réclamer toute pièce que nous jugerions nécessaire.

B. TRANSMISSION DES JUSTIFICATIFS DE FRAIS

Dans l'hypothèse où le système AssurCard n'est pas d'application, vous nous transmettez l'original de la facture d'*hospitalisation* (par courrier postal uniquement - une copie ou un document scanné n'est pas suffisant).

Les attestations BVAC relatives aux médicaments prescrits par votre médecin peuvent nous être directement transmises par votre pharmacien par voie électronique via le système Assurpharma si vous lui présentez le code-barres fourni par nous.

Notre plate-forme digitale *Espace Client* vous permet de consulter à tout moment les couvertures de votre contrat, suivre le statut de vos remboursements et également nous envoyer de façon digitale la plupart des factures de vos frais médicaux.

ARTICLE 6**MODALITÉS D'INTERVENTION**

Sur transmission des documents visés ci-avant sous l'article 5, *nous* remboursons le montant des frais visés au Chapitre I sous déduction du montant de l'*intervention légale* ou d'un montant identique dans le cas où, pour une raison quelconque, *vous* ne pouvez pas prétendre aux droits à ladite intervention.

Si le système de tiers-payant électronique AssurCard est octroyé, la facture d'*hospitalisation* *nous* est directement transmise par voie électronique.

Ce système de tiers-payant électronique est un système d'avances. Il ne signifie pas que la facture réglée par *nous* à l'hôpital est définitivement à notre charge.

Certains frais ne sont pas remboursés par *nous* (par exemple, à titre non exhaustif : location d'un téléviseur ou d'un frigo, communications téléphoniques, mise à disposition d'internet). *Nous* pouvons *vous* réclamer directement le montant des frais non couverts. *Vous* vous engagez à rembourser la note de frais communiquée par *nous* dans les trente jours de sa réception.

A défaut de remboursement dans ce délai, *nous* pouvons engager une procédure contre *vous*. Il est précisé que le défaut de remboursement des sommes qui *nous* sont dues peut entraîner la suppression de l'accès au système de tiers-payant.

Nous pouvons aussi récupérer par compensation le montant des frais que *nous* avons réglés à l'hôpital et qui ne sont pas compris dans la garantie d'assurance, en les déduisant de tout remboursement ultérieur qui *vous* est dû à quelque titre que ce soit.

Chapitre III Les dispositions administratives

ARTICLE 7

FORMATION ET DURÉE DU CONTRAT

A. DEMANDE D'AFFILIATION

Lors de votre demande d'affiliation, *vous* êtes tenu de *nous* déclarer exactement toutes les circonstances qui *vous* sont connues et que *vous* devez raisonnablement considérer comme constituant pour *nous* des éléments d'appréciation du risque.

Vous devez *nous* transmettre la proposition d'assurance signée et dûment complétée accompagnée pour chaque personne à assurer par un questionnaire médical dûment complété afin que *nous* puissions apprécier le risque à assurer et émettre d'éventuelles réserves quant aux droits aux prestations pour une affection, blessure ou infirmité qui existait avant l'affiliation à cette assurance.

Si *vous* omettez de déclarer les symptômes d'une *maladie* qui se sont déjà manifestés au moment de la conclusion du contrat et que la *maladie* en cause est diagnostiquée dans un délai de deux ans suivant la date de prise d'effet du contrat, la *maladie* et ses conséquences ne seront pas prises en charge.

Les prestations visées au chapitre I ne sont accordées que sous réserve du droit pour *nous* de faire contrôler à tout moment par un médecin agréé par *nous* votre état de santé.

B. PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Le contrat est formé dès l'instant où *nous* sommes en possession de votre exemplaire des conditions particulières signé. Après formation du contrat, les garanties sortiront leurs effets après expiration d'un *délai d'attente* de trois mois à partir de la date de prise d'effet du contrat et pour autant que la première prime ait été payée.

Pour les frais liés à une grossesse ou à un accouchement et sans préjudice de l'application du *délai d'attente* de trois mois précité, *nous* interviendrons à la condition que la grossesse ait débuté postérieurement à la date de la prise d'effet de la garantie à l'égard de la personne qui en est la bénéficiaire.

Ce *délai d'attente* de trois mois est toutefois supprimé pour :

1. les accidents ;
2. les *maladies* infectieuses suivantes : rubéole, rougeole, varicelle, scarlatine, diptétrie, coqueluche, oreillons, poliomyélite, méningite cérébro-spinale, dysenterie, fièvre typhoïde et paratyphoïde, typhus exanthématique, choléra, variole, paludisme, fièvre récurrente, encéphalite, charbon, tétanos et Covid-19 ;
3. le conjoint ou le cohabitant légal, pour autant que l'affiliation ait lieu dans le mois qui suit le mariage ou la déclaration de cohabitation légale ;
4. le nouveau-né lors de l'accouchement d'une personne déjà assurée, pour autant que l'affiliation ait lieu dans les deux mois qui suivent la date de la naissance ;
5. les personnes qui seraient déjà assurées auparavant pour des garanties similaires pour autant qu'il se soit écoulé une période de trois mois depuis l'affiliation de ces personnes à cette assurance. Il ne doit pas y avoir d'interruption de couverture entre les deux contrats.

C. LA DURÉE DU CONTRAT

Cette assurance est conclue à vie, sans préjudice des dispositions reprises à l'article 9 ci-après et sans préjudice du droit de résiliation du *preneur d'assurance*.

Le *preneur d'assurance* peut renoncer à la continuation du contrat, par envoi recommandé, au moins deux mois avant la date d'échéance qui est fixée au 1er janvier. L'heure de cessation du contrat est fixée à minuit.

En cas de résiliation de l'assurance, les interventions d'Ethias cessent à partir de la date de fin de contrat.

ARTICLE 8**PRIME****A. CARACTÉRISTIQUES**

- Il s'agit d'une prime annuelle.
- Elle est payable anticipativement sur présentation de l'avis d'échéance et exigible au jour de l'échéance.
- La prime comprend les taxes, les contributions et les frais.

B. ADAPTATION DE LA PRIME ET DES PRESTATIONS

En cours de contrat, la prime de chaque assuré est adaptée à la date d'échéance annuelle en fonction de :

- la catégorie d'âge atteinte par l'assuré à la date d'échéance et au tarif en vigueur pour cette catégorie d'âge ;
- l'adresse du domicile du preneur d'assurance à la date d'échéance et au tarif en vigueur pour cette adresse.

Tarifs Hospi Quality (taxes et contributions de 19,25 % incluses)

Âge	Région flamande*	Région de Bruxelles-Capitale*	Région wallonne*
	Prime annuelle**	Prime annuelle**	Prime annuelle**
0 - 4	€ 99,08	€ 164,61	€ 102,20
5 - 9	€ 105,32	€ 167,73	€ 117,80
10 - 14	€ 108,44	€ 173,97	€ 130,29
15 - 19	€ 114,68	€ 177,10	€ 139,65
20 - 24	€ 188,67	€ 306,24	€ 219,57
25 - 29	€ 235,24	€ 389,12	€ 273,86
30 - 34	€ 244,56	€ 407,53	€ 284,73
35 - 39	€ 269,62	€ 452,46	€ 313,95
40 - 44	€ 325,71	€ 538,89	€ 403,77
45 - 49	€ 337,28	€ 584,55	€ 418,13
50 - 54	€ 383,60	€ 676,12	€ 475,63
55 - 59	€ 485,10	€ 871,08	€ 601,62
60 - 64**	€ 571,75	€ 1 042,38	€ 709,20
65 - 69	€ 975,52	€ 1 797,99	€ 1 210,43
70 - 74	€ 1 170,17	€ 2 182,76	€ 1 452,05
75 - 79	€ 1 332,33	€ 2 551,50	€ 1 653,37
80 - ...	€ 1 656,77	€ 3 128,69	€ 2 056,10

(*) Région flamande : Codes postaux débutant par 2xxx, 3xxx, 8xxx, 9xxx et par 15xx, 16xx, 17xx, 18xx ou 19xx
 Région de Bruxelles-Capitale : Codes postaux de 1000 à 1210

Région wallonne : Codes postaux débutant par 4xxx, 5xxx, 6xxx, 7xxx et par 13xx ou 14xx

(**) Primes indexées 2025

(***) L'âge limite pour souscrire un contrat Hospi Quality est de 64 ans

Les primes et les prestations (à l'exception des prestations décrites plus haut pour lesquelles il est mentionné qu'elles ne sont pas indexées) sont également adaptées de plein droit, à la date d'échéance annuelle de la prime, sur base de l'*indice des prix à la consommation*. L'indice de base est celui du mois de novembre 2019 soit 254,35 (sur la base de 100 en 1981).

Elles peuvent également être adaptées, à la date d'échéance annuelle de la prime, sur base d'un ou plusieurs indices spécifiques calculés et publiés annuellement au Moniteur belge par le SPF Economie, si et dans la mesure où l'évolution de cet ou de ces indices dépasse celle de l'*indice des prix à la consommation*.

Ces adaptations sont portées à la connaissance du preneur d'assurance par écrit ou par voie électronique au plus tard à la date d'échéance annuelle. Elles ne peuvent pas être invoquées pour résilier le contrat.

C. EN CAS DE NON-PAIEMENT

A. Rappel gratuit

Lorsque vous n'avez pas payé la prime à la date d'échéance, nous vous adressons un rappel par courrier ordinaire ou électronique. Conformément à l'article XIX.2 du Code de droit économique, ce rappel est gratuit et précise que si vous ne réglez pas la somme due dans le délai qu'il fixe (minimum 14 jours calendrier prenant cours le troisième jour ouvrable suivant la date d'envoi du courrier), des frais complémentaires seront appliqués selon les modalités qui suivent.

B. Mise en demeure par lettre recommandée

Si la prime reste impayée, nous vous adressons une mise en demeure par lettre recommandée. Celle-ci précise les conséquences du non-paiement sur la couverture d'assurance ainsi que le temps imparti pour régulariser la situation. En cas de non-paiement de la prime dans les 15 jours suivant la date de la mise en demeure, la garantie sera suspendue ou le contrat sera résilié, selon les termes fixés dans la mise en demeure, à partir du lendemain du jour où ce délai prend fin. Cette circonstance ne porte toutefois pas préjudice à la garantie relative à un événement assuré survenu dans la période précédant la suspension ou la résiliation.

C. Indemnité forfaitaire

Vous serez redevable d'un montant forfaitaire de 20,00 euros lors de l'envoi de la mise en demeure par lettre recommandée.

Si, malgré l'envoi de la lettre recommandée, le paiement n'est toujours pas effectué et que nous sommes contraints de confier la récupération de la créance à un tiers (par exemple, un huissier de justice), vous serez en outre redevable d'une indemnité complémentaire dans l'hypothèse où la créance impayée excède 150,00 euros. Ce montant complémentaire est calculé comme suit : 10,00 euros + 10 % du montant restant dû sur la tranche de la créance comprise entre 150,01 et 500,00 euros + 5 % du montant dû sur la tranche de la créance supérieure à 500,00 euros. En toute hypothèse, ce montant complémentaire ne peut dépasser 120,00 euros.

D. Intérêts de retard sur la créance impayée

Si nous sommes contraints de confier la récupération de la créance à un tiers, des intérêts de retard seront également réclamés sur le montant dû. Ces intérêts sont calculés au taux légal et courant à partir de la date à laquelle expire le délai mentionné dans le courrier de rappel gratuit dont il est question au point 1 ci-dessus.

E. Indemnité forfaitaire à charge d'Ethias

A défaut pour nous de vous payer en temps utile une somme d'argent certaine, exigible et incontestée et pour autant que vous nous ayiez adressé une mise en demeure par lettre recommandée, nous vous rembourserons vos frais administratifs généraux calculés forfaitairement à 20,00 euros.

Si vous êtes contraint de confier à un tiers la récupération d'une somme d'argent certaine, exigible et incontestée, nous vous paierons une indemnité complémentaire calculée selon les mêmes modalités que celles fixées au point 3 ci-dessus, avec un maximum de 120,00 euros.

ARTICLE 9

FIN DU CONTRAT

A. RÉSILIATION DU CONTRAT

A. Par le preneur d'assurance

Le *preneur d'assurance* peut résilier le contrat :

- à la date d'échéance annuelle. La notification doit se faire au plus tard trois mois avant cette date ;
- lorsque le délai entre la date de conclusion du contrat et sa date de prise d'effet est supérieur à un an. La notification de la résiliation doit avoir lieu au plus tard trois mois avant la date de prise d'effet.

B. Par nous

Nous pouvons résilier le contrat :

- en cas de non-paiement de la prime conformément aux conditions fixées par la loi et mentionnées dans notre lettre de mise en demeure ;
- en cas d'omission ou inexactitude non intentionnelle dans la déclaration du risque, *nous* pouvons résilier le contrat dans le délai d'un mois à compter du jour où *nous* avons eu connaissance de l'omission ou inexactitude si *nous* apportons la preuve que *nous* n'aurions en aucun cas assuré le risque.

Nous pouvons également résilier le contrat dans le délai de quinze jours si *vous* n'êtes pas d'accord sur la proposition de modification ou si *vous* ne réagissez pas dans le mois à cette proposition.

C. Formes de résiliation

La résiliation du contrat se fait :

- par envoi recommandé ;
- par exploit d'huissier ;
- par remise de la lettre de résiliation contre récépissé.

D. Prise d'effet de la résiliation

La résiliation prend effet, sauf stipulation contraire, à l'expiration du délai donné dans l'acte de résiliation. Ce délai ne peut être inférieur à un mois à compter du lendemain de la signification ou de la date du récépissé de la lettre ou, dans le cas d'une lettre recommandée, à compter du lendemain de son dépôt à la poste.

B. DÉCÈS DU PRENEUR D'ASSURANCE

- Le contrat est transféré au nouveau titulaire de l'intérêt assuré.
- Le nouveau titulaire de l'intérêt assuré peut résilier le contrat par lettre recommandée à la poste dans les trois mois et quarante jours du décès.
- *Nous* pouvons résilier le contrat dans les trois mois du jour où *nous* avons eu connaissance du décès.

C. FAILLITE DU PRENEUR D'ASSURANCE

- Le contrat demeure au profit des créanciers.
- Le curateur peut résilier le contrat dans les trois mois qui suivent la déclaration de faillite.
- *Nous* pouvons résilier le contrat au plus tôt trois mois après la déclaration de faillite.

D. DÉMÉNAGEMENT À L'ÉTRANGER

Le contrat cesse de plein droit dès l'instant où le domicile du *preneur d'assurance* ou sa résidence principale ne se situe plus en Belgique, sauf si le *preneur d'assurance* fournit la preuve qu'il reste assujetti à la sécurité sociale belge.

ARTICLE 10**DISPOSITIONS DIVERSES****A. HIÉRARCHIE DES CONDITIONS**

Les conditions particulières complètent les conditions générales et les abrogent dans la mesure où elles leur seraient contraires.

B. SUBROGATION

Nous sommes subrogés dans vos droits et actions pour la récupération des sommes que *nous* avons prises en charge ou que *nous* avons avancées, ainsi que des indemnités de procédure.

Sauf en cas de malveillance ou dans la mesure où la responsabilité de ces personnes est garantie par un contrat d'assurance, *nous* n'avons aucun recours contre :

- les descendants, les ascendants, le conjoint et les alliés en ligne directe de l'*assuré* ;
- ses hôtes et les membres de son personnel domestique ;
- les personnes vivant à son foyer.

C. DOMICILE ET CORRESPONDANCE

- Toute correspondance qui *nous* est destinée est valablement envoyée si elle est adressée à l'un de nos sièges ou bureaux.
- Toute correspondance qui *vous* est destinée est valablement envoyée, même à l'égard des héritiers ou ayants droit, si elle est expédiée à l'adresse indiquée aux conditions particulières ou à toute autre adresse que *vous* *nous* avez notifiée ultérieurement.

D. TEXTES LÉGAUX ET TRIBUNAUX COMPÉTENTS

Le droit belge est applicable au contrat d'assurance.

Tout litige relatif à la formation, à la validité, à l'exécution, à l'interprétation ou à la résiliation du présent contrat d'assurance est de la compétence exclusive des Cours et Tribunaux belges.

E. AUTORITÉS DE CONTRÔLES**FSMA : L'Autorité des Services et Marchés Financiers**

Rue du Congrès 12-14 - 1000 Bruxelles
Tél. 02 220 52 11 - Fax 02 220 52 75
www.fsma.be

BNB : Banque Nationale de Belgique

Boulevard de Berlaimont 14 - 1000 Bruxelles
Tél. 02 221 21 11 - Fax 02 221 31 00
www.nbb.be

F. GESTION DES PLAINTES

Toute plainte relative au contrat d'assurance ou à la gestion d'un sinistre peut être adressée à :

Ethias Gestion des plaintes
voie Gisèle Halimi 10 - 4000 Liège
Fax 04 220 39 65
gestion-des-plaintes@ethias.be

Service Ombudsman des assurances
Square de Meeûs 35 - 1000 Bruxelles
Fax 02 547 59 75
www.ombudsman-insurance.be
info@ombudsman-insurance.be

L'introduction d'une plainte ne porte pas préjudice à la possibilité pour le *preneur d'assurance* d'intenter une action en justice.

ARTICLE 11**MODES DE COMMUNICATION ET LANGUES****Mode de communication**

Nous communiquons avec nos assurés à travers différents canaux :

- par courrier ordinaire et par e-mail sur info@ethias.be ;
- par téléphone en français au 04 220 37 90 et en néerlandais au 011 28 29 90 ;
- au sein de nos bureaux régionaux : pour obtenir les coordonnées du bureau le plus proche, consultez notre site [\(FR\)](http://www.ethias.be/bureaux) ou [\(NL\)](http://www.ethias.be/kantoren).

Langues de communication

Toute communication avec nos assurés se tient en français ou en néerlandais, selon le choix de l'assuré.

Tous nos documents (devis, propositions d'assurance, conditions générales, conditions particulières, etc.) sont disponibles en français et en néerlandais.

ARTICLE 12**RÉMUNÉRATION PERÇUE PAR LES COLLABORATEURS D'ETHIAS CONCERNÉS PAR LA DISTRIBUTION D'ASSURANCE**

Les collaborateurs d'Ethias concernés par la distribution d'assurance perçoivent une rémunération fixe et une rémunération variable.

La composante fixe de la rémunération constitue la majeure partie de la rémunération totale des collaborateurs. La composante variable de la rémunération, quant à elle, n'est pas garantie.

Pour chaque collaborateur, la rémunération variable est déterminée sur base de la réalisation d'objectifs tant collectifs (d'une partie de l'entreprise et/ou de l'entreprise) qu'individuels, lesquels ne peuvent en aucun cas être génératrices de situation de conflits d'intérêts résultant d'incitations pouvant encourager le collaborateur à favoriser ses propres intérêts ou les intérêts d'Ethias au détriment des intérêts du client. Dès lors, les objectifs de performance à réaliser s'appuient non seulement sur des critères quantitatifs mais aussi sur des critères qualitatifs, tels que le degré de satisfaction du client ou le respect de procédures internes.

Chapitre V Le lexique

Pour l'interprétation des conditions générales et particulières de la présente police, on entend par :

Vous

L'ensemble des personnes bénéficiant de la qualité d'assuré c'est-à-dire :

- le preneur d'assurance ;
- les assurés.

Nous

Ethias sa, voie Gisèle Halimi 10, 4000 Liège

Entreprise d'assurances agréée sous le n° 0196 pour pratiquer toutes les branches d'assurances Non Vie, les assurances sur la vie, les assurances de nuptialité et de natalité (AR des 4 et 13 juillet 1979, MB du 14 juillet 1979) ainsi que les opérations de capitalisation (Décision CBFA du 9 janvier 2007, MB du 16 janvier 2007)

RPM Liège TVA BE 0404.484.654 Compte Belfius Banque : BE72 0910 0078 4416 BIC: GKCCBEBB.

Accident

Événement soudain qui produit une lésion corporelle et dont la cause ou l'une des causes est extérieure à l'organisme de l'assuré. L'accident doit être constaté par un médecin légalement autorisé à pratiquer, soit en Belgique, soit dans le pays où se trouve l'assuré au moment où il se produit.

AssurCard

AssurCard est un système de tiers-paitant électronique qui simplifie les formalités administratives et financières en cas d'hospitalisation. Ainsi, dans la plupart des cas, vous ne payez pas d'acompte au moment de votre admission et la facture de votre hospitalisation est directement payée par nous à l'hôpital. Chaque assuré reçoit sa propre AssurCard.

Assurpharma

Le système Assurpharma a pour objectif de réduire les formalités administratives et de faciliter le remboursement des frais pharmaceutiques en permettant la transmission des attestations du pharmacien (BVAC) par voie électronique par votre pharmacien. Concrètement, dès déclaration de votre hospitalisation, vous recevez un code barre à présenter au pharmacien lors de vos achats. En utilisant ce code barre, vous marquez accord pour que votre pharmacien nous transmette de manière électronique les attestations BVAC. Les attestations de frais nous sont transmises automatiquement le jour de l'achat des médicaments. A la réception de ces données, nous procéderons au remboursement des médicaments conformément aux termes du contrat d'assurance en vigueur.

Assuré(s)

La/les personnes désignée(s) aux conditions particulières, pour lesquelles Ethias reçoit une demande d'affiliation et qui dans ces conditions bénéficie(nt) des garanties mentionnées dans la police.

Délai d'attente

Période prenant cours à l'affiliation de chaque assuré et à l'issue de laquelle la garantie prend cours, pour autant que la première prime ait été payée.

Espace Client

Service en ligne gratuit, sécurisé, accessible 24/7 qui vous permet de suivre et de gérer simplement et rapidement vos dossiers soins de santé.

Avec l'Espace Client, vous pouvez réaliser vous-même des opérations courantes depuis votre ordinateur ou smartphone :

- consulter vos couvertures soins de santé, ainsi que celles des bénéficiaires de votre contrat ;
- introduire une déclaration d'hospitalisation ;
- envoyer facilement vos demandes de remboursement et autres documents médicaux ;
- recevoir des notifications par e-mail concernant la gestion de vos dossiers ;
- suivre le statut de vos remboursements.

Établissement de soins palliatifs

Tout établissement de séjour reconnu destiné à l'hébergement de personnes dont l'état de santé nécessite un séjour dans l'établissement, ainsi qu'un traitement palliatif qui suppose une observation, une surveillance et un suivi qui ne peuvent se réaliser que dans cet établissement.

Hospitalisation

Tout séjour médicalement nécessaire dans un hôpital (établissement public ou établissement privé reconnu légalement comme hôpital) pour lequel une indemnité de séjour est facturée. Cette notion comprend à la fois le séjour d'au moins une nuit et le concept « one day clinic », pour autant que les conditions suivantes soient réunies :

- la salle d'opération ou la salle de plâtre a été effectivement utilisée ou un lit d'hôpital a été effectivement utilisé à l'exclusion du séjour dans les salles d'attente, les salles d'examen et les espaces réservés aux services de consultation externe des établissements hospitaliers ;
- le traitement médical prodigué fait l'objet d'une intervention légale sur base d'un forfait « frais de séjour » prévu par la nomenclature de l'INAMI.

L'hospitalisation à domicile (HAD) reconnue par l'INAMI, est assimilée à une hospitalisation.

Indice des prix à la consommation

Indice fixé tous les mois par le Ministre des Affaires économiques et qui reflète l'évolution des prix d'un certain nombre de services et de biens de consommation. L'indice de base étant celui de décembre 1983, soit 119,64 (base 1981 = 100). L'indice des prix à la consommation 254,35 pris comme base dans les présentes conditions générales est l'indice du mois de novembre 2019. En cas de sinistre, l'indice applicable est celui du mois de novembre précédent la date de survenance de l'hospitalisation.

Intervention légale

- Pour les frais exposés en Belgique : tout remboursement prévu dans le cadre des législations belges relatives à l'assurance obligatoire maladie invalidité, aux accidents du travail et aux maladies professionnelles.
- Pour les frais exposés à l'étranger : tout remboursement prévu par une convention conclue avec ce pays et relative à la sécurité sociale ou, à défaut, un montant égal au remboursement prévu par les législations belges applicables aux travailleurs salariés.

Ivresse

Intoxication produite par l'alcool et causant des perturbations dans l'adaptation nerveuse et la coordination motrice.

Maladie

Altération de l'état de santé ayant une cause autre qu'un accident, reconnue par un médecin légalement autorisé à pratiquer son art, soit en Belgique, soit dans le pays où se trouve l'assuré au moment de la constatation de la maladie.

Preneur d'assurance

La personne qui souscrit l'assurance pour son propre compte et/ou au bénéfice des assurés tels que définis ci-dessus et qui est tenue au paiement de la prime.

Stupéfiant

Substance毒ique agissant sur le système nerveux, soit comme narcotique, soit comme euphorisant, et dont l'usage abusif provoque des perturbations graves, physiques et mentales.

Terrorisme

Une action organisée dans la clandestinité à des fins idéologiques, politiques, ethniques ou religieuses, exécutée individuellement ou en groupe et attenant à des personnes ou détruisant partiellement ou totalement la valeur économique d'un bien matériel ou immatériel, soit en vue d'impressionner le public, de créer un climat d'insécurité ou de faire pression sur les autorités, soit en vue d'entraver la circulation et le fonctionnement normal d'un service ou d'une entreprise.

POUR PLUS D'INFORMATIONS

Ethias
voie Gisèle Halimi 10 - 4000 Liège
Tél. 04 220 31 11
Fax 04 249 63 10
www.ethias.be
info@ethias.be