

# CONDITIONS GÉNÉRALES

# ETHIAS HOSPI QUALITY

ethias



## INTRODUCTION

Madame,  
Monsieur,

Ce document constitue les conditions générales de votre assurance Ethias 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](http://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](http://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
<b>Chapitre I - Etendue de l'assurance</b>	<b>5</b>
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 ?	8
<b>Chapitre II - Les sinistres</b>	<b>9</b>
Article 5 : Quelles sont vos obligations en cas de sinistre ?	9
Article 6 : Modalités d'intervention	9
<b>Chapitre III - Les dispositions administratives</b>	<b>11</b>
Article 7 : Formation et durée du contrat	11
Article 8 : Prime	12
Article 9 : Fin du contrat	13
Article 10 : Dispositions diverses	14
<b>Chapitre IV - Informations complémentaires MIFID</b>	<b>15</b>
Article 11 : Modes de communication et langues	15
Article 12 : Résumé de la politique en matière de conflits d'intérêts d'Ethias SA	15
<b>Chapitre V - Le lexique</b>	<b>17</b>

## Chapitre I Etendue 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-avant 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-avant 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-avant sous B. 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-avant 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, diphtérie, 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'examen 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 gènes BRCA1 et BRCA2 ;
  - h) les frais médicaux relatifs aux soins palliatifs dispensés à domicile.

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

---

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

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'acupuncture ;
- 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-avant sous 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-avant 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. DOMMAGES RÉSULTANT D'ACTES DE TERRORISME**

La présente police couvre, dans le cadre des garanties précitées, les dommages résultant d'un acte de terrorisme, conformément à la loi du 1er avril 2007 (M.B du 15 mai 2007). Dans ce cadre, Ethias a adhéré à l'asbl TRIP (Terrorism Reinsurance and Insurance Pool). Tant le principe que les modalités d'indemnisation d'un sinistre résultant d'un acte de terrorisme sont déterminés par un Comité distinct des entreprises d'assurance qui est instauré par l'article 5 de la loi du 1er avril 2007. En ce qui concerne l'ensemble de nos engagements à l'égard de tous nos *assurés*, *nous* couvrons, conjointement avec les autres membres de l'ASBL et l'Etat belge, les événements survenus au cours d'une année civile, à concurrence d'un milliard d'euros.

---

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

## 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* 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 et de l'insémination artificielle ;
  - 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 occasionnées volontairement, de votre participation à des actes de violence commis sur des personnes et des lésions consécutives à des détériorations malveillantes ou des détournements de biens. Ces exclusions ne sont pas d'application si les lésions sont la conséquence d'actes légitimes de défense ou d'actes de sauvetage de personnes, d'animaux ou de biens ;
  - l) d'une tentative de suicide ou d'une mutilation volontaire ;
  - m) 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 ;
  - n) d'un événement de guerre, que *vous* y soyez soumis en tant que civil ou militaire ;
  - o) 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 ;
  - p) 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 agrégation spéciale en tant que maison de repos ou de soins ;
  - q) les frais relatifs à des traitements de Fécondation in Vitro (FIV) ;
  - r) 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 :

- 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](http://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*.
- via internet à l'aide de votre *AssurCard* :
  - rendez-vous sur [www.ethiashospi.be](http://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](http://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 pourrions 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 aiguës suivantes : rubéole, rougeole, varicelle, scarlatine, diphtérie, coqueluche, oreillons, poliomyélite, méningite cérébro-spinale, dysenterie, fièvre typhoïde et paratyphoïde, typhus exanthématique, choléra, variole, paludisme, fièvre récurrente, encéphalite, charbon et tétanos ;
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 lettre recommandée, au moins trois mois avant la date d’échéance qui est fixée au 1er janvier. L’heure de cessation du contrat est fixée à minuit.

## 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	€ 78,73	€ 132,07	€ 81,27
5 - 9	€ 83,81	€ 134,61	€ 93,97
10 - 14	€ 86,35	€ 139,69	€ 104,13
15 - 19	€ 91,43	€ 142,23	€ 111,75
20 - 24	€ 151,65	€ 247,34	€ 176,80
25 - 29	€ 189,55	€ 314,79	€ 220,98
30 - 34	€ 197,13	€ 329,77	€ 229,83
35 - 39	€ 217,52	€ 366,34	€ 253,61
40 - 44	€ 263,18	€ 436,68	€ 326,71
45 - 49	€ 272,59	€ 473,84	€ 338,40
50 - 54	€ 310,30	€ 548,38	€ 385,19
55 - 59	€ 392,91	€ 707,03	€ 487,73
60 - 64***	€ 463,43	€ 846,46	€ 575,29
65 - 69	€ 792,04	€ 1 461,42	€ 983,22
70 - 74	€ 950,46	€ 1 774,57	€ 1 179,87
75 - 79	€ 1 082,43	€ 2 074,68	€ 1 343,72
80 - ....	€ 1 346,48	€ 2 544,44	€ 1 671,49

(\*) 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

(\*\*) Tarifs janvier 2020

(\*\*\*) 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**

Lorsque *vous* ne payez pas la prime, *nous vous* adressons une mise en demeure par lettre recommandée ou par exploit d'huissier par laquelle *nous vous* en réclavons le paiement dans un délai de quinze jours. Ce délai commence à courir à dater du lendemain de la signification ou du lendemain du dépôt de la lettre recommandée.

En cas de non-paiement de la prime dans les quinze jours suivant la date de la mise en demeure, la garantie est suspendue ou résiliée selon les termes fixés dans la mise en demeure au 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.

**D. FRAIS ADMINISTRATIFS**

A défaut pour *nous* de *vous* payer en temps utile une somme d'argent certaine, exigible et incontestée et pour autant que *vous nous* ayez adressé une mise en demeure par lettre recommandée, *nous vous* rembourserons vos frais administratifs généraux calculés forfaitairement à 10,00 euros.

Pour chaque lettre recommandée que *nous vous* enverrons au cas où *vous* omettriez de *nous* payer une somme d'argent présentant les caractéristiques précitées (par exemple en cas de non-paiement de la prime), *vous nous* paierez la même indemnité.

Si *nous* sommes contraints de confier la récupération d'une créance à un tiers, une indemnité équivalente à 10 % du montant dû avec un minimum de 10,00 euros et un maximum de 100,00 euros *vous* sera réclamée.

Si *vous* êtes contraints de confier la récupération d'une créance à un tiers, *nous vous* paierons la même indemnité.

**ARTICLE 9****FIN DU CONTRAT****A. RÉSILIATION DU CONTRAT****A. Par le preneur d'assurance**

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

- a) à la date d'échéance annuelle. La notification doit se faire au plus tard trois mois avant cette date ;
- b) 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 :

- a) en cas de non-paiement de la prime conformément aux conditions fixées par la loi et mentionnées dans notre lettre de mise en demeure ;
- b) 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 lettre recommandée ;
- 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 assujéti 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**

rue des Croisiers 24 - 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  
info@ombudsman.as

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

## Chapitre IV Informations complémentaires MiFID

### 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](mailto: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 [www.ethias.be/bureaux](http://www.ethias.be/bureaux) (FR) ou [www.ethias.be/kantoren](http://www.ethias.be/kantoren) (NL).

##### 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

#### RÉSUMÉ DE LA POLITIQUE EN MATIÈRE DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

##### Introduction

Ethias s.a. est une entreprise d'assurances active sur le marché financier belge. En sa qualité d'agent d'assurances, elle distribue également des produits d'assurance vie d'Intégrale.

Ethias s.a. est potentiellement exposée à des conflits d'intérêts résultant de l'exercice de ces différentes activités.

Considérant la protection des intérêts de ses clients comme une priorité essentielle, Ethias a élaboré une politique générale qui doit permettre à ses administrateurs, dirigeants et membres du personnel de se prémunir dans la mesure du possible contre ce risque.

##### Définition

Un conflit d'intérêt est un conflit qui surgit lorsque deux ou plusieurs personnes ou entités ont des intérêts contradictoires qui pourraient déboucher sur une perte potentielle pour le client.

Le conflit d'intérêts est une notion complexe. Il peut survenir entre Ethias, ses administrateurs, dirigeants effectifs, ses collaborateurs et agents liés d'une part et ses clients d'autre part ainsi qu'entre ses clients entre eux.

##### Identification

Ethias s.a. a identifié les conflits d'intérêts potentiels dans l'ensemble de ses activités. Il peut s'agir notamment des conflits suivants :

- agir en qualité d'assureur et d'agent d'assurances ;
- assurer plusieurs clients dans un même sinistre ;
- assurer un client en plusieurs qualités (en RC et en PJ) ;
- accepter des cadeaux ou avantages susceptibles d'avoir une influence réelle ou apparente sur l'objectivité et l'impartialité du collaborateur ;
- octroyer à des intermédiaires des avantages ou rémunérations susceptibles d'avoir une influence réelle ou apparente sur l'objectivité de l'analyse des besoins du client ;
- proposer aux clients des produits non adaptés (exigences et besoins, profil client, etc.) ;
- utiliser de manière impropre des informations confidentielles qui concernent un client dans le cadre d'une autre relation de clientèle.

### **Mesures de prévention adoptées**

Ethias s.a. a pris des mesures organisationnelles et administratives adéquates afin de prévenir et gérer les conflits d'intérêts potentiels identifiés.

### **Contrôle de l'échange d'informations**

Des mesures organisationnelles (désignées sous le terme de Chinese wall) sont prises au sein d'Ethias afin d'éviter tout échange non autorisé d'information entre collaborateurs, de contrôler le flux d'informations privilégiées entre différents départements opérationnels et d'éviter de concentrer certaines responsabilités sur une seule et même personne.

### **Surveillance séparée**

Des services qui pourraient générer des conflits d'intérêts en cas de gestion commune sont gérés par des responsables différents.

### **Inducements**

Les rémunérations, commissions et avantages non monétaires versés ou reçus de tiers en rapport avec un service fourni ne sont acceptables qu'à la condition que vous en soyez informé, qu'ils améliorent la qualité du service offert et qu'ils ne nuisent pas à notre engagement ni à celui du tiers d'agir au mieux de vos intérêts.

### **Cadeaux**

Une politique en matière de cadeaux a été définie. Elle prévoit des conditions strictes dans lesquelles les collaborateurs peuvent accepter ou offrir des cadeaux. Par ailleurs, tout cadeau est obligatoirement renseigné dans un registre.

### **Activités externes des collaborateurs**

Tout collaborateur peut exercer ou participer à des activités à l'extérieur de l'entreprise conformément à son contrat de travail, à la condition que cet emploi ou ces activités ne risquent pas d'entraîner un conflit d'intérêts ou de compromettre la neutralité de sa fonction dans l'entreprise, de quelque manière que ce soit. Même une apparence de conflits doit être évitée en permanence.

### **Prévention d'influence inappropriée**

Les collaborateurs d'Ethias doivent s'assurer qu'ils adoptent une attitude totalement indépendante dans les relations avec les clients. L'ensemble des collaborateurs d'Ethias est tenu au respect d'un code de déontologie qui fait partie intégrante du règlement de travail. Ce code obligatoire stipule une obligation de protection de l'information de même qu'un devoir de discrétion, et impose au collaborateur d'agir avec intégrité et transparence et de respecter des mesures concrètes destinées à prévenir les risques d'influence.

### **Notification des conflits d'intérêts**

Si, en dépit des mesures prises, un risque d'atteinte aux intérêts du client subsiste, l'existence de ce conflit d'intérêts potentiel sera porté à votre connaissance afin que vous puissiez prendre une décision en connaissance de cause.

## 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, rue des Croisiers 24, 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-payant 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 recevrez 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.

### **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 précédant 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-avant et qui est tenue au paiement de la prime.

### **Stupéfiant**

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

## POUR PLUS D'INFORMATIONS

**Ethias**  
rue des Croisiers 24 - 4000 LIÈGE  
Tél. 04 220 31 11  
Fax 04 249 63 10  
[www.ethias.be](http://www.ethias.be)  
[info@ethias.be](mailto:info@ethias.be)