

PRÉCISIONS UTILES

ASSURANCE HOSPITALISATION LIÉE À L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

SPF - BOSA (FORCMS-HOSPI-128)

ethias

ETHIAS SA rue des Croisiers 24 4000 Liège www.ethias.be info@ethias.be

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

OBJET DE L'ASSURANCE

Cette assurance garantit en cas d'hospitalisation ou de maladie grave, le complément de remboursement des frais restant à charge des assurés après déduction des interventions légales et/ou extralégales (mutualité, ...).

Par conséquent, ladite assurance a pour objet de protéger les personnes ou ménages qui sont confrontés à des dépenses importantes suite à une hospitalisation ou maladie grave.

QUI PEUT BÉNÉFICIER DE CETTE ASSURANCE?

Un contrat de travail comme travailleur étudiant ou un contrat de travail conclu en vertu du droit étranger (emploi à l'étranger) n'ouvre pas le droit à une affiliation à ce contrat.

Assurés principaux

- Les membres du personnel statutaires et contractuels (y compris les stagiaires) qui s'affilient avant l'âge de 67 ans :
 - les membres du personnel détachés auprès du souscripteur ;
 - les membres du personnel statutaires (stagiaires inclus), contractuels et détachés dont question ci-avant qui travaillent et séjournent à l'étranger ;
 - les membres du personnel d'une cellule stratégique/cabinet ou d'un secrétariat dans le cadre de l'appui à la politique du Gouvernement fédéral, tel que visé aux articles 2 à 9 inclus de l'arrêté royal du 19 juillet 2001 portant création des organes stratégiques des services publics fédéraux, et en ce qui concerne les membres du personnel des services publics fédéraux qui sont nommés pour faire partie du cabinet d'un membre d'un gouvernement ou d'un collège d'une Communauté ou d'une Région, qui perçoit une rémunération telle que visée à l'article 10, § 1er, deuxième alinéa du même arrêté royal ;
 - les magistrats actifs peuvent adhérer avant l'âge de 70 ans ;
- les membres du personnel pensionnés des souscripteurs du contrat FORCMS-AV- 100, pour autant qu'ils aient été déjà affiliés à ce précédent contrat collectif avant l'âge de 67 ans (70 ans pour magistrats) ;
- tous les membres retraités du personnel qui s'affilient à la date d'effet du présent contrat, pour autant qu'ils aient été affiliés précédemment et sans interruption par rapport au présent contrat à une assurance hospitalisation liée à l'activité professionnelle conclue à l'initiative du preneur du présent contrat.

Assurés secondaires (membres de la famille)

- L'époux/l'épouse ou le partenaire assimilé des assurés principaux domicilié(e) chez l'assuré principal, affilié(e) à l'assurance avant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle il/elle atteint l'âge de 67 ans (l'affiliation doit avoir lieu au plus tard le 31 décembre de l'année au cours de laquelle il (elle) atteint cette limite d'âge.
- L'époux/épouse ou le partenaire assimilé des membres du personnel retraités affiliés domicilié(e) chez l'assuré principal, pour autant qu'il (elle) était déjà affilié(e) au contrat avant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle il/elle atteint l'âge de 67 ans (l'affiliation doit avoir lieu au plus tard le 31 décembre de l'année au cours de laquelle il (elle) atteint cette limite d'âge.
- L'époux/épouse ou le partenaire assimilé de membres du personnel retraités affiliés domicilié(e) chez l'assuré principal, qui s'affilie à la date d'effet du présent contrat, quel que soit son âge, pour autant qu'il (elle) ait été affilié(-e) précédemment et sans interruption par rapport au présent contrat à une assurance hospitalisation liée à l'activité professionnelle conclue à l'initiative du preneur du présent contrat.
- Les enfants non mariés des personnes mentionnées ci-dessus et dans le paragraphe « assurés principaux » auxquels s'applique la législation relative aux allocations familiales ou qui, ne bénéficiant plus de ces allocations familiales, restent fiscalement à charge desdites personnes ou sont domiciliés sous le toit du titulaire ; les petits-enfants des personnes mentionnées ci-avant qui sont à leur charge ou qui, s'ils ne le sont plus, restent domiciliés sous le toit du titulaire (personne ouvrant le droit à l'affiliation) ; les enfants placés sous la tutelle légale des personnes mentionnées ci-avant ;
- Les enfants de parents divorcés ou séparés légalement et qui sont à charge, à condition que l'assuré principal soit tenu de payer une pension alimentaire ou dans le cas de coparentalité ;
- En cas de décès de l'assuré donnant droit à l'affiliation, les assurés secondaires tels que l'époux/épouse ou le partenaire assimilé et ses enfants et petits-enfants à charge pourront continuer à bénéficier des garanties du contrat aussi longtemps que l'assuré secondaire époux/l'épouse ou le partenaire assimilé survivant ne se remarie pas ou ne conclut pas un engagement similaire.

L'affiliation des assurés secondaires n'est possible que pour autant que l'assuré principal soit lui-même affilié.

CHOIX DE LA FORMULE DE GARANTIE

L'assuré principal (ouvrant le droit à l'assurance) a le choix entre deux formules, formule de base ou formule étendue. **La formule choisie doit être identique pour lui et pour les membres de sa famille.**

Dispositions applicables en cas de demande de changement de formule de garantie :

- l'assuré qui a choisi la formule d'une chambre individuelle (formule étendue) peut opter pour la formule chambre commune/à deux lits (formule de base) à l'échéance annuelle moyennant une demande explicite trois mois au moins avant ladite échéance annuelle. Ce transfert doit se faire pour tous les membres assurés de la famille, sans exception ;
- l'assuré qui a opté pour la formule d'une chambre commune/à deux lits (formule de base) et qui souhaite passer à la formule d'une chambre individuelle (formule étendue) ne peut le faire qu'avec l'accord d'Ethias. Si Ethias accepte cette modification de formule, qui vaut pour tous les membres assurés de sa famille, elle prendra effet le 1er jour du 11ème suivant le mois au cours duquel la demande de modification est introduite et les dispositions relatives aux affections préexistantes dont question au point 4 du chapitre « étendue de l'assurance » s'appliqueront.

AFFILIATION

On pourra s'affilier à l'assurance au moyen du « formulaire d'adhésion » prévu à cet effet. Une fois complété, celui-ci doit être retourné au preneur d'assurance qui le transmettra à Ethias.

Les nouveaux affiliés bénéficieront des garanties à partir des dates reprises dans le tableau ci-après :

Assuré principal	Assuré secondaire
Membre du personnel (assuré principal) dont l'affiliation est confirmée au plus tard le 31 mars 2024 : 1er janvier 2024	Assuré secondaire dont l'affiliation est confirmée au plus tard le 31 mars 2024 : 1er janvier 2024
Nouveau membre du personnel qui s'affilie dans les 3 mois suivant l'entrée en service : premier jour du mois suivant le mois de réception du formulaire d'adhésion	Nouveau membre de la famille (mariage, nouveau cohabitant,...) qui est affilié dans les trois mois de la modification de la composition de la famille : premier jour du mois suivant le mois de la réception du formulaire d'adhésion. En cas de naissance, affiliation à la date de naissance pour autant que l'affiliation soit demandée dans les trois mois suivant celle-ci
Autre (affiliations tardives) : premier jour du 11ème mois suivant le mois de réception du formulaire d'adhésion	Autre (affiliations tardives) : premier jour du 11ème mois suivant le mois de la réception du formulaire d'adhésion.

Une année d'assurance débute le 1er janvier et se termine le 31 décembre d'une même année.

MODIFICATIONS DANS LA SITUATION FAMILIALE

En tant qu'assuré principal

Il est mis fin à l'affiliation individuelle de l'assuré principal par :

- la résiliation volontaire de l'affiliation sur demande écrite de l'assuré principal au preneur d'assurance ;
- la fin ou la rupture de la relation de travail ou du contrat de travail entre l'assuré principal et le preneur d'assurance ; le preneur d'assurance s'engage à communiquer ces informations à Ethias ;
- le décès de l'assuré principal ;
- une fraude ou une tentative de fraude de la part de l'assuré principal.
- en cas de non-paiement de la prime

En tant qu'assuré secondaire

Met fin à la couverture individuelle de l'assuré secondaire :

- la désaffiliation volontaire sur demande écrite de l'assuré principal à Ethias ;
- la fin ou la rupture de la relation du travail ou du contrat de travail entre l'assuré principal et le preneur d'assurance, excepté en cas de passage du statut d'assuré principal à celui d'assuré secondaire lors de la mise à la retraite;
- le décès de l'assuré secondaire ;
- une fraude ou une tentative de fraude de la part de l'assuré secondaire ;
- la désaffiliation de l'assuré secondaire par Ethias raison du non-paiement de la prime due pour celui-ci ;
- en cas de non-paiement de la prime.

ÉTENDUE DE L'ASSURANCE

1. FORMULE DE BASE

A. En cas d'hospitalisation

En cas d'hospitalisation, à la suite d'une maladie, d'un accident, d'une grossesse ou d'un accouchement, Ethias rembourse, à concurrence des limites définies au chapitre « hauteur de la garantie » (voir ci-après), les frais de soins de santé, pour autant qu'ils soient encourus pendant le séjour dans un hôpital reconnu ou dans une institution de soins palliatifs reconnue.

1. Pour autant qu'ils donnent lieu à une intervention légale dans le cadre des prestations reprises à la nomenclature de l'INAMI, sont garantis :
 - a) les frais de séjour, en ce compris les suppléments relatifs aux chambres à deux lits ; il est explicitement précisé que les suppléments de frais de séjour consécutifs au choix d'une chambre à un lit pour raisons personnelles ne sont en aucun cas garantis dans la formule de base ;
 - b) les frais de prestations médicales, d'honoraires et de suppléments d'honoraires. Il est explicitement précisé que ne sont pas pris en compte dans la formule de base les suppléments d'honoraires résultant d'un séjour en chambre à un lit pour des raisons personnelles ;
 - c) les frais de prestations paramédicales ;
 - d) les frais de produits pharmaceutiques, bandages, matériel médical et autres moyens médicaux ;
 - e) les frais de chirurgie et d'anesthésie ;
 - f) les frais d'utilisation de la salle d'opération et de la salle d'accouchement ;
 - g) les frais de soins dentaires, prothèses dentaires et prothèses médicales ainsi que des appareils orthopédiques dans la mesure où ceux-ci ont été placés durant l'hospitalisation et sont en rapport direct avec l'hospitalisation. Les prothèses de nature purement esthétiques ne sont pas remboursées ;
 - h) les frais de soins palliatifs, y compris ceux des médicaments ;
 - i) les frais médicaux du nouveau-né durant l'hospitalisation de la mère suite à un accouchement couvert, y compris les frais médicaux pour le prélèvement de cellules souches ;
 - j) les frais relatifs au test de la mort subite ;
 - k) les frais de chirurgie plastique de recouvrement suite à une maladie ou un accident assuré.
2. Qu'ils donnent lieu ou non à une intervention légale, sont également couverts :
 - a) les frais non remboursables de matériel de viscérosynthèse et d'endoprothèse ;
 - b) les frais de matériel à usage unique utilisé pendant une intervention chirurgicale ;
 - c) les frais de médicaments non remboursables ou repris sous la catégorie « D » dans la nomenclature de l'INAMI ;
 - d) les frais de traitements homéopathiques, de chiropraxie, d'ostéopathie et d'acupuncture ;
 - e) les frais de bandages, matériel médical et autres moyens médicaux à l'exclusion de tout type de produit généralement disponible dans le commerce non médical ;
 - f) les frais de :
 - ~ transport urgent et adapté vers l'hôpital ;
 - ~ transport approprié durant l'hospitalisation, justifié pour raisons médicales ;
 - ~ service mobile d'urgence (SMUR) ;
 - g) les frais de séjour donneur en cas de don d'organe ou de tissu en faveur de l'assuré ;
 - h) les frais de séjour d'un parent dans la chambre d'un enfant assuré mineur, y compris la minorité prolongée ;
 - i) les frais de morgue portés en compte sur la facture de l'hôpital ;
 - j) les frais de soins dentaires, prothèses dentaires et prothèses thérapeutiques ainsi que des appareils orthopédiques, lunettes, appareils auditifs, prothèses médicales et membres artificiels, dans la mesure où ceux-ci ont été placés durant l'hospitalisation et sont en rapport direct avec l'hospitalisation. Les prothèses de nature purement esthétique ne sont pas remboursées.

B. Pré- et post- hospitalisation

Il s'agit des frais médicaux encourus pendant une période de 60 jours avant l'hospitalisation et 180 jours après l'hospitalisation, en rapport direct avec l'hospitalisation.

1. Dans la mesure où ceux-ci donnent lieu à une intervention légale des prestations reprises dans la nomenclature de l'INAMI, sont couverts pendant cette période :
 - a) les frais de prestations médicales dispensées suite à une visite du médecin ou une consultation d'un médecin ;
 - b) les frais de prestations paramédicales prescrites par le médecin ;
 - c) les frais de remèdes médicaux prescrits par un médecin ;
 - d) les frais de prothèses médicales en rapport direct avec l'hospitalisation ;
 - e) les frais de membres artificiels ;
 - f) les frais médicaux et de soins dans les centres de revalidation ;
 - g) les frais de soins médicaux du donneur qui sont directement liés à la transplantation au profit d'un assuré hospitalisé ;
 - h) les frais de médicaments.
2. Qu'ils donnent lieu ou non à une intervention légale, sont également couverts :
 - a) les frais de médicament non remboursables et repris sous la catégorie « D » dans la nomenclature de l'INAMI ;
 - b) les frais de traitements homéopathiques, de chiropraxie, d'ostéopathie et d'acupuncture ;
 - c) les frais de bandages et de matériel médical, à l'exclusion de tout type de produit également disponible dans le commerce non médical.

C. En cas de « maladie grave »

En cas de survenance des maladies suivantes : cancer, leucémie, tuberculose, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, sclérodermie systémique, maladie de Parkinson, diphtérie, poliomyélite, méningite cérébro-spinale, variole, brucellose, typhus (typhus exanthématique, paratyphus, fièvre typhoïde et paratyphoïde), encéphalite, charbon, tétanos, choléra, maladie de Hodgkin, sida, hépatite infectieuse ou virale, scarlatine, diabète, affections rénales nécessitant une dialyse, maladie de Crohn, mucoviscidose, maladie d'Alzheimer, malaria, maladie de Pompe, maladie de Creutzfeldt-Jacob, dystrophie musculaire progressive, colite ulcéreuse, maladie d'Hashimoto, maladie de Lyme, syndrome de Sjögren et sarcoïdose, l'assurance garantit les frais de soins encourus en dehors de l'hôpital et en relation directe avec la maladie.

1. Dans la mesure où ceux-ci donnent lieu à une intervention légale des prestations reprises dans la nomenclature de l'INAMI :
 - a) les frais de prestations médicales, honoraires et suppléments d'honoraires ;
 - b) les frais de prestations paramédicales prescrites par un médecin ;
 - c) les frais relatifs à des traitements spéciaux, analyses et examens, nécessités par la maladie ;
 - d) les frais de location de tout type de matériel (dispositifs médicaux prescrits par un médecin) ;
 - e) les frais de prothèses médicales en lien direct avec la maladie ;
 - f) les frais de médicaments.
2. Qu'une intervention légale soit accordée ou non, sont également couverts :
 - a) les frais de médicaments non remboursables et repris sous la catégorie « D » dans la nomenclature de l'INAMI ;
 - b) les frais de bandage, matériel médical et autres moyens médicaux, à l'exclusion de tout type de produit généralement disponible dans le commerce non médical ;
 - c) les frais de traitements homéopathiques, de chiropraxie, d'ostéopathie et d'acupuncture ;
 - d) les frais de transport ;
 - e) tous les autres frais sur lesquels Ethias a marqué préalablement son accord ;
 - f) les frais de perruques, de prothèses mammaires externes prescrites par un médecin.

D. Accouchements à domicile, accouchement en polyclinique et frais postérieurs à l'accouchement

Cette assurance est également d'application pour les frais médicaux relatifs à un accouchement à domicile pratiqué par un médecin ou par un praticien obstétrique agréé par l'INAMI et à un accouchement en polyclinique. Dans ce cas, les garanties du chapitre « pré et post hospitalisation » telles que mentionnées au point B. ci-dessus sont également d'application, en ce compris les frais médicaux pour le nouveau-né.

En outre, la garantie s'étend aux frais postérieurs à la sortie de l'hôpital/de la polyclinique en cas d'accouchement ou à l'accouchement en cas d'accouchement à domicile à la mère, au nouveau-né et à la famille par une aide qualifiée. La garantie relative aux frais dont question dans le présent paragraphe n'est octroyée que pour autant que la mère soit affiliée au présent contrat d'assurance.

E. Procréation Médicalement Assistée (PMA)

L'hospitalisation qui a pour objet la réalisation d'un traitement de procréation médicalement assistée (PMA) pour lequel une intervention légale est accordée est prise en charge conformément aux dispositions des points 1.A., 1.B. et 2. du chapitre « étendue de l'assurance ».

F. Ophtalmologie extramurale

Cette assurance est également d'application pour les frais médicaux relatifs à l'opération de la cataracte pratiquée au cabinet d'un ophtalmologue.

Dans ce cas, les garanties du littéra B. Pré- et post- hospitalisation ci-dessus sont également d'application.

Définitions

- a) « Hôpital » : un établissement public ou un établissement privé reconnu légalement comme hôpital, à l'exclusion des établissements psychiatriques fermés, des services ou établissements médico-pédagogiques, des maisons de repos, des institutions gériatriques ou services destinés au simple hébergement des personnes âgées, des institutions ou services 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.
- b) « Hospitalisation » : tout séjour médicalement nécessaire dans un 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 plâtrage 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 de l'hôpital ;
 - il doit s'agir de prestations dans le cadre de maxi-forfait, de forfait d'hôpital de jour (groupes 1 à 7 inclus), des forfaits douleur chronique repris dans la Convention nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs ainsi que pour les situations suivantes d'hospitalisation de jour :
 - tout état nécessitant des soins urgents justifiant une prise en charge dans un lit hospitalier ;
 - toute situation dans laquelle, sur prescription du médecin qui a pris le patient en charge, une surveillance médicale effective est exercée pour l'administration d'un médicament ou de sang/ produits sanguins labiles par une perfusion intraveineuse. L'administration de solutions de sels ou de sucres comme pratiqué pour la perfusion de garde thérapeutique et le rinçage d'un port-cathéter ne tombe pas sous cette définition.

En ce qui concerne les cures, une intervention n'est octroyée que pour autant que le traitement revête un caractère curatif, qu'il soit pratiqué dans un établissement satisfaisant aux conditions dont il est question ci-avant et qu'Ethias ait marqué son accord par écrit avant le début du traitement.

En ce qui concerne la tuberculose, la garantie est acquise pour les traitements en sanatorium et dans les établissements de soins pour tuberculeux.

2. FORMULE ÉTENDUE

Aux garanties prévues par la formule de base est ajouté le remboursement des suppléments tant en matière de frais de séjour que d'honoraires ou de suppléments d'honoraires encourus lors d'un séjour en chambre particulière pour convenance personnelle.

3. HAUTEUR DE LA GARANTIE

A. *Formule étendue* : pour chaque prestation accordée aux points 1 et 2 ci-avant, la garantie d'Ethias est accordée jusqu'à concurrence du triple du montant de l'intervention légale, sauf limite spécifique.

Formule de base : pour chaque prestation accordée aux points 1 et 2 ci-avant, la garantie d'Ethias est accordée de manière illimitée, sauf limite spécifique.

- B. Pour les frais ne donnant lieu à aucune intervention légale (points 1.A.2., 1.B.2. et 1.C.2. ci-avant) est d'application une intervention allant jusqu'à € 3.000,00 par assuré et par année civile, étant entendu que :
- les frais de séjour d'un parent dans la chambre d'un enfant dont question au point 1.A.2.h) ci-dessus est limité à € 50,00 par nuit ;
 - le remboursement des frais de transport en cas de maladie grave (point 1.C.2.d) ci-avant) est limité à € 300,00 par assuré et par année civile ;
 - lorsqu'ils sont en relation directe avec les maladies graves dont question au point 1.C. ci-avant, le remboursement des frais de traitement homéopathiques, d'acupuncture, d'ostéopathie et de chiropraxie est limité à 50% des frais restant à charge de l'assuré, endéans un plafond de remboursement de € 1.250,00 par assuré et par année civile ;
 - le remboursement des frais de perruques et de prothèses mammaires (point 1.C.2.f) ci-avant) est limité à € 1.000,00 par prescription.
- C. Le remboursement des frais postérieurs à l'accouchement (point 1.D. 2ème paragraphe ci-avant) est limité à € 820,00 et pendant une période maximum de douze jours.
- D. Le remboursement des frais relatifs à un accouchement à domicile ou en polyclinique (point 1.D. 1er paragraphe ci-avant) est limité à € 620,00 par accouchement.
- E. En cas d'hospitalisation consécutive à une affection psychique, psychiatrique ou mentale, l'intervention par assuré est acquise durant une période de 36 mois, ininterrompue ou non, débutant le premier jour donnant droit à une intervention légale.
- F. En ce qui concerne l'ophtalmologie extramurale (point 1.F. ci-dessus), Ethias prend en charge une somme maximale de € 600,00 par intervention
- G. La franchise est fixée à € 250,00 par assuré et par année civile.
- Cette franchise n'est d'application que si l'assuré choisit une chambre à un lit pour convenance personnelle (quelque soit la formule de garantie).
- Aucune franchise n'est d'application dans le cas d'une maladie grave tel que défini à l'article « étendue de l'assurance » point 1.C. ci-avant.
- Dans le cas où la franchise est d'application pour une hospitalisation ininterrompue ayant lieu à cheval sur deux années calendrier consécutives, Ethias n'appliquera la franchise qu'une seule fois.
- Lorsque plusieurs membres d'une même famille assurée par le présent contrat sont hospitalisés en même temps suite à un accident, Ethias appliquera une seule fois la franchise pour tous les membres de la famille et non séparément pour chaque membre.

4. AFFECTIONS PRÉEXISTANTES

Les présentes dispositions ne sont applicables qu'en cas d'affiliation tardive, soit si l'affiliation a lieu plus de trois mois après que s'ouvre le droit à l'affiliation.

- a) Les prestations prévues à l'article « étendue de l'assurance » ne sont pas accordées aux assurés si l'existence de l'affection, de la maladie, de l'invalidité, de la grossesse ou de l'accouchement pour laquelle il est fait appel à l'intervention de l'assurance, ne pouvait être ignorée de l'assuré ou de son représentant légal à la date d'affiliation à la présente police, même si les premiers symptômes n'ont pas permis de poser un diagnostic précis.
- b) Par dérogation au littera a) ci-avant, sont toutefois garantis :
- a. l'affection, la maladie, l'invalidité, pour lesquels l'assuré était déjà couvert dans le cadre de la couverture antérieure similaire dont il bénéficiait, pour autant qu'il n'y ait pas de période d'interruption de couverture entre les couvertures d'assurance ;
 - b. l'aggravation de l'affection, la maladie, l'invalidité, pour autant que l'assuré soit affilié depuis au moins un an au présent contrat et n'ait fait l'objet durant cette période d'aucun traitement médical résultant de l'affection, la maladie ou l'invalidité préexistante.

5. EXCLUSIONS

Aucune intervention n'est due pour les prestations résultant :

- a) d'un accident ou d'une maladie non contrôlable par examen médical ;
- b) d'un traitement esthétique ou de rajeunissement ; toutefois, les frais de chirurgie plastique réparatrice qui seraient occasionnés par une maladie ou un accident couvert seront pris en charge ;

- c) de maladies ou 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, à moins que l'on ne prouve qu'il n'existe aucune relation causale entre la maladie ou l'accident et ces circonstances ou que l'assuré fournisse la preuve qu'il a utilisé par ignorance des boissons alcooliques ou stupéfiants ou qu'il s'y est vu obligé par un tiers ;
 - par l'alcoolisme, la toxicomanie ou l'usage abusif de médicaments ;
- d) de la stérilisation et du traitement contraceptif, sauf raison médicale urgente ;
- e) de cures thermales ;
- f) des conséquences d'un fait intentionnel de la part de l'assuré, sauf s'il apporte la preuve qu'il s'agit d'un cas de sauvetage de personnes ou de biens ; des crimes et délits que l'assuré aurait commis ; des actes téméraires, paris ou défis. Il est précisé que les prestations résultant d'une tentative de suicide demeurent couvertes ;
- g) d'un événement de guerre, que l'assuré y soit soumis en tant que civil ou militaire, les troubles civils ou émeutes, sauf lorsque l'assuré n'y a pas pris une part active ou qu'il s'est trouvé dans un cas de légitime défense ;
- h) de la pratique professionnelle d'un sport quel qu'il soit ;
- i) 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 ;
- j) d'accidents lorsque l'assuré fait partie de l'équipage d'un transport aérien ou exerce pendant le vol une activité professionnelle ou autre en relation avec l'appareil ou le vol.

6. LIMITES TERRITORIALES

Cette assurance est d'application dans le monde entier.

Il y a toutefois des pays avec lesquels les mutualités belges n'ont conclu aucune convention de remboursement. Au cas où un assuré serait victime d'une maladie ou d'un accident dans un de ces pays, Ethias interviendrait comme si la maladie ou l'accident était survenu en Belgique. Par conséquent, il sera tenu compte d'un remboursement fictif équivalent à celui de la mutualité (assurance maladie-invalidité - section soins de santé - régime des salariés).

7. DÉCLARATION DES SINISTRES

a) Déclaration

En cas d'hospitalisation, l'assuré doit, aussi rapidement que possible en faire la déclaration à Ethias :

- soit à l'aide de son numéro Assurcard :
 - par internet sur www.ethiashospi.be ou sur www.assurcard.be ;
 - via la borne Assurcard pour autant que l'hôpital en soit équipé (la liste des hôpitaux participants est accessible sur www.assurcard.be/fr/hopitaux) ;
- soit par écrit au moyen du document prévu à cet effet (document disponible sur le site internet www.ethias.be ou par téléphone 04 220.33.01). L'assuré doit joindre à cette déclaration tout document, certificat et rapport médical qui est de nature à prouver l'existence et le degré de gravité de l'événement.

La demande d'intervention concernant une maladie grave (énumérée au point 1.C. du chapitre « étendue de l'assurance ci-dessus) ne nécessitant pas une hospitalisation dans l'immédiat doit être introduite, aussi rapidement que possible, par écrit au moyen du document prévu à cet effet (document disponible sur le site internet www.ethias.be ou par téléphone au 04 220 33 01). L'assuré doit joindre à cette déclaration tout document, certificat et rapport médical qui est de nature à prouver l'existence et le degré de gravité de l'événement.

Ethias pourra réclamer à l'assuré toute pièce qu'elle jugerait nécessaire.

b) Transmission des justificatifs de frais

L'assuré envoie à Ethias les pièces justificatives de ses frais :

- l'original de la facture d'hospitalisation (lorsque le système de tiers-payant Assurcard n'est pas d'application). Ce document original doit être envoyé à Ethias par pli postal. Si l'assuré choisit d'envoyer la facture d'hospitalisation de manière numérique (par mail ou via l'espace client), il doit conserver la facture originale pendant 36 mois. Ethias pourrait la lui réclamer en cas de besoin ;

ASSURANCE HOSPITALISATION LIÉE À L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE SPF-BOSA (FORCMS-HOSPI-128)

- les autres documents : les attestations de remboursement de la mutualité (quittances), les attestations pharmaceutiques BVAC (uniquement lorsque l'assuré n'a pas utilisé son code-barre AssurPharma), etc. peuvent être transmis de manière digitale via l'Espace Client ou par pli postal.

Sur la base des documents visés aux points a) et b) ci-dessus, Ethias rembourse le montant des frais visés au chapitre « étendue de l'assurance » ci-dessus, sous déduction :

- du montant de l'intervention légale et/ou extralégale (ou d'un montant fictif identique dans le cas où, pour une raison quelconque, l'assuré ne peut prétendre à ladite intervention) et/ou du montant éventuellement accordé par la mutuelle dans le cadre de la garantie complémentaire ;
- du montant d'autres remboursements déjà perçus ;
- du montant de la franchise contractuelle.

Si un accord de tiers-payant est octroyé via Assurcard, la facture d'hospitalisation est directement transmise à Ethias par voie électronique.

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

Il se peut que certains frais ne soient pas inclus dans la garantie d'assurance (par exemple, les frais de téléphone, de location d'une télévision, la franchise, ...). Ethias peut réclamer directement à l'assuré le montant des frais non couverts. L'assuré s'engage à rembourser la note de frais communiquée par Ethias dans les trente jours de sa réception. A défaut de remboursement dans ce délai, Ethias peut engager une procédure contre l'assuré. Il est précisé que le non-respect de la procédure en vigueur (dont le non-remboursement des sommes dues à Ethias) peut entraîner une suppression de l'accès au système de tiers-payant AssurCard.

Ethias peut aussi récupérer par compensation le montant des frais qu'elle a réglés à l'hôpital et qui ne sont pas compris dans la garantie d'assurance, en les déduisant de tout remboursement ultérieur dû à l'assuré à quelque titre que ce soit.

c) Cessation du paiement des indemnités

Lors de la désaffiliation individuelle d'un assuré, les interventions d'Ethias cessent à la date de fin de l'affiliation individuelle.

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

Il est précisé que seuls les frais exposés avant la date de fin de l'affiliation ou avant la date de fin du contrat d'assurance peuvent être pris en considération pour le calcul du remboursement contractuellement dû.

8. PRIME 2025

Les garanties de la présente assurance sont accordées moyennant le paiement d'une prime annuelle déterminée sur base des primes individuelles (taxes comprises) suivantes :

	Formule de base	Formule étendue
Assurés principaux actifs sans distinction d'âge	€ 56,96	€ 336,96
Assurés principaux non actifs et assurés secondaires jusque 66 ans inclus	€ 56,96	€ 336,96
Assurés principaux non actifs et assurés secondaires de 67 à 71 ans inclus	€ 132,72	€ 800,68
Assurés principaux non actifs et assurés secondaires à partir de 72 ans	€ 189,68	€ 1.144,18
Enfants bénéficiant d'allocations familiales	€ 15,38	€ 92,77
Enfants jusque 24 ans inclus ne bénéficiant plus d'allocations familiales mais domiciliés sous le toit de l'assuré principal	€ 56,96	€ 336,96

FACTURATION DES PRIMES

Les assurés principaux

La prime globale est payée par le souscripteur si celui-ci la prend à sa charge. Si le souscripteur ne prend pas ou ne prend pas entièrement la prime à sa charge, la facturation totale ou partielle de la prime est alors adressée individuellement aux assurés concernés.

Les coassurés

L'assureur perçoit la prime directement auprès des coassurés, pour autant que ces derniers soient tenus d'assumer la totalité de la prime.

La partie de la prime qui, le cas échéant, serait prise en charge par le souscripteur, est facturée globalement à cette dernière.

A la demande d'un souscripteur, il peut être convenu avec Ethias que la facturation pour les coassurés se fera également par l'intermédiaire du souscripteur.

INFORMATION COMPLÉMENTAIRE

Pour tout renseignement concernant la facturation et l'affiliation

Ethias, rue des Croisiers, 24 à 4000 Liège

Tél. 04 220 34 89 (accessible de 9h à 12h et de 14h à 16h)

bosa@ethias.be

En cas d'hospitalisation

Ethias, BP 10037 à 1070 Bruxelles

Tél. 04 220 33 01

gestionsinistres@ethias.be

Ce texte a un caractère purement informatif et a pour but de donner un aperçu des dispositions reprises dans le contrat d'assurance collective conclu entre le souscripteur et Ethias. En cas de litige, Ethias se référera exclusivement aux conditions du cahier spécial des charges FORCMS-HOSPI-128, ses annexes et l'offre déposée par Ethias SA à cette fin et approuvée par le SPF BOSA.

Note Explicative

CONTINUATION À TITRE INDIVIDUEL DE L'ASSURANCE COLLECTIVE LIÉE À L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

DROIT A LA POURSUITE A TITRE INDIVIDUEL DE L'ASSURANCE COLLECTIVE

Définition

Sauf en cas de non paiement de la prime et, de manière générale, en cas de fraude, toute personne affiliée à une assurance collective a le droit de poursuivre cette assurance individuellement lorsqu'elle perd le bénéfice de l'assurance collective (par exemple, en cas de changement d'employeur, de licenciement, de retraite, etc), sans devoir, à ce moment, subir un examen médical supplémentaire ni devoir remplir un questionnaire médical. Aucun nouveau délai d'attente ne peut être imposé. Ce droit existe aussi bien au profit de l'assuré titulaire que des membres de sa famille.

Condition

Le droit à la continuation individuelle est subordonné à la condition que l'assuré ait été affilié de manière ininterrompue à un contrat d'assurance hospitalisation durant les deux années qui ont précédé la perte du bénéfice de l'assurance collective.

Procédure et délais

Le preneur de l'assurance collective ou, en cas de faillite ou de liquidation, le curateur ou le liquidateur du preneur d'assurance informe l'assuré principal, par écrit ou par voie électronique, au plus tard dans les 30 jours suivant la perte du bénéfice de l'assurance collective, du moment précis de cette perte et de la possibilité de poursuivre le contrat individuellement.

A dater de la réception de ce courrier, l'assuré dispose d'un délai de 30 jours pour informer l'assureur de son intention de poursuivre le contrat à titre individuel. Ce délai peut être prolongé de 30 jours et ainsi porté à 60 jours, à condition pour l'assuré d'en informer l'assureur par écrit ou par voie électronique.

L'assureur doit, dans les 15 jours à compter du moment où il est informé de l'intention de l'assuré de poursuivre l'assurance à titre individuel, lui faire une offre de contrat contenant des garanties similaires. L'assuré dispose d'un délai de 30 jours pour accepter cette offre.

Cas particulier de continuation de l'assurance par les membres de la famille

Les membres de la famille de l'assuré titulaire peuvent aussi exercer ce droit à la poursuite individuelle s'ils perdent le bénéfice de l'assurance collective pour une raison autre que la perte du bénéfice par l'assuré principal (par exemple, en cas de divorce ou de séparation ou lorsqu'un enfant quitte le foyer). Dans ce cas, le membre de la famille doit, dans un délai de 105 jours à partir du moment où il perd le bénéfice précité, informer l'assureur, par écrit ou par voie électronique, de son intention de poursuivre le contrat individuellement. L'assureur doit lui faire une offre d'assurance dans les 15 jours suivants. Le membre de la famille dispose d'un délai de 30 jours pour accepter cette offre.

PRÉFINANCEMENT DE LA CONTINUATION À TITRE INDIVIDUEL

La prime relative à l'assurance individuelle, qui est conclue dans le cadre de la continuation de l'assurance collective, tiendra compte de l'âge atteint par l'assuré au moment où celui-ci poursuit le contrat à titre individuel.

Toutefois, l'assuré peut, pendant la période durant laquelle il bénéficie de l'assurance collective, souscrire à un plan de préfinancement. S'il y souscrit, l'âge dont il sera tenu compte pour déterminer la prime applicable dans le cadre de la police de continuation à titre individuel sera l'âge qu'avait l'assuré au moment où il a commencé à payer la prime relative au plan de préfinancement.

Ethias ne commercialise pas ce type de produit.

RÈGLEMENT GÉNÉRAL SUR LA PROTECTION DES DONNÉES

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Soucieuse d'appliquer la nouvelle réglementation GDPR protégeant vos données personnelles, Ethias s'engage pleinement à respecter vos droits en la matière.

Ainsi, Ethias, en sa qualité de responsable du traitement de vos données personnelles, les rassemble pour les finalités suivantes : gestion des fichiers de la clientèle, évaluation des risques, gestion des contrats et des sinistres, opérations de promotion et de fidélisation, enquêtes de satisfaction, prospection et profilage, élaboration de statistiques et d'études actuarielles, exercice des recours, gestion des réclamations et des contentieux, exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur et lutte contre la fraude.

Ethias traite vos données sur les bases juridiques suivantes :

- afin de respecter toutes les obligations légales, réglementaires et administratives auxquelles elle est soumise ;
- dans le cadre de l'exécution de vos contrats ou pour prendre des mesures précontractuelles à votre demande ;
- pour des raisons qui relèvent de son intérêt légitime, au premier rang desquelles figurent :
 - la lutte contre la fraude ;
 - la connaissance de ses clients et de ses prospects, en vue de les informer de ses activités, produits et services ;
 - la bonne exécution des contrats souscrits par ses assurés ;
 - la sauvegarde de ses intérêts propres et de ceux de ses assurés.

Dans tous ces cas, Ethias veille alors à préserver un juste équilibre entre ses intérêts légitimes et le respect de votre vie privée ;

- le cas échéant, lorsqu'elle a obtenu votre consentement.

Ces données peuvent être, si nécessaire, communiquées aux catégories de destinataires suivantes :

- vos conseillers (avocats, experts, médecins-conseils, ...) ;
- les collaborateurs et conseillers d'Ethias ;
- les autres entités du groupe, leurs collaborateurs et conseillers ;
- les sous-traitants de quelque nature que ce soit (informatiques et autres), et partenaires commerciaux d'Ethias ;
- tous les prestataires intervenant dans le cadre de l'exécution des contrats et du règlement des sinistres ;
- les banques, les entreprises d'assurances et de réassurance, les courtiers et les bureaux de règlement ;
- les autorités et organismes publics (police, justice, sécurité sociale, ...) ;
- les autorités de contrôle et l'Ombudsman des assurances.

Notre charte Privacy vous fournira des informations plus détaillées sur les destinataires en question.

Ethias ne conserve vos données personnelles que pour la durée nécessaire au traitement pour lesquelles elles ont été collectées. Cela implique que les données traitées sont conservées pendant toute la durée du ou de vos contrat(s) d'assurance, du ou des sinistres(s), la période de prescription légale ainsi que tout autre délai de conservation qui serait imposé par la législation et la réglementation applicable. La durée de conservation varie en fonction du type de données et de réglementations.

Vous pouvez avoir accès aux données vous concernant et en obtenir la rectification au moyen d'une demande datée et signée accompagnée d'une photocopie recto verso de votre carte d'identité, adressée à :

Ethias

Data Protection Officer

Rue des Croisiers 24

4000 Liège

privacy_request@ethias.be

Vous pouvez vous opposer gratuitement et à tout moment à l'utilisation de vos données à des fins de prospection commerciale et/ou de marketing direct.

En outre, dans certains cas bien précis, la réglementation GDPR vous permet, de demander la limitation du traitement, d'obtenir une copie de vos données (droit de portabilité) et d'en demander l'effacement. Ce droit à l'effacement n'est toutefois pas absolu. Pour plus de détails quant à l'exercice de vos droits, nous vous renvoyons à la Charte Privacy disponible sur le site www.ethias.be. Enfin, toute réclamation peut être adressée à l'

Autorité de Protection des Données

Rue de la Presse 35

1000 Bruxelles

Tél. : +32 2 274 48 00

www.autoriteprotectiondonnees.be

TRAITEMENT DE DONNÉES RELATIVES À LA SANTÉ ET/OU AUTRES DONNÉES SENSIBLES

En adhérant à la présente police, vous donnez votre consentement à Ethias pour le traitement des données relatives à votre santé et à celle des enfants mineurs à l'égard desquels vous êtes titulaire de l'autorité parentale ainsi qu'au traitement des autres données sensibles visées par l'article 9 du GDPR et ce, lorsqu'elles sont nécessaires à la conclusion du contrat d'assurance, à sa gestion, à la gestion des sinistres dans lesquels vous ou vos enfants êtes impliqué(s) ainsi qu'à la lutte contre la fraude à l'assurance. Vos marquez également votre accord pour la réalisation éventuelle d'un examen médical unilatéral en cas de sinistre.

Ces données seront traitées avec la plus grande discrétion et uniquement par les personnes habilitées à le faire. Les obligations d'Ethias en la matière sont détaillées dans la clause « Protection des données personnelles » reprise ci-dessus.

Ce consentement peut être retiré à tout moment mais cela n'invalidera en rien les traitements de données déjà effectués.

Par ailleurs, dans ce cas, Ethias pourrait se trouver dans l'impossibilité de donner suite à vos demandes de conclusion d'un contrat d'assurance ou d'indemnisation de sinistre(s).

POUR PLUS D'INFORMATIONS

Pour tout renseignement concernant la facturation et l'affiliation

Ethias, rue des Croisiers, 24 à 4000 Liège

Tél. 04 220 34 89 (accessible de 9h à 12h et de 14h à 16h)

bosa@ethias.be

En cas d'hospitalisation

Ethias, BP 10037 à 1070 Bruxelles

Tél. 04 220 33 01

gestionstinistres@ethias.be