

PRÉCISIONS UTILES

ASSURANCE HOSPITALISATION LIÉE À L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

SFPD-APL

ETHIAS

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 (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 ?

1. EN TANT QU'ASSURÉS PRINCIPAUX

- a) Les membres du personnel statutaires actifs au service de l'administration locale ou provinciale affiliée.
- b) Les membres du personnel contractuels actifs au service de l'administration locale ou provinciale affiliée.
- c) Les mandataires de l'administration locale ou provinciale affiliée qui s'affilient avant l'âge de 67 ans (jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle ils atteignent cette limite d'âge).
- d) Les membres du personnel assurés principaux mis à la retraite à partir du 1er janvier 2026 pour autant qu'au moment de leur mise à la retraite, ils consentent à ce que leur assurance se poursuive de manière ininterrompue.
- e) Les membres du personnel déjà pensionnés au 1er janvier 2026 qui étaient affiliés à l'assurance collective de l'administration locale ou provinciale affiliée au SSC-SFP.

Ces assurés peuvent, sur une base volontaire, bénéficier gratuitement de cette assurance pour autant que l'administration locale ou le preneur d'assurance porte leur prime à charge de son budget.

2. EN TANT QUE COASSURÉS

- a) L'époux/épouse ou partenaire assimilé des assurés principaux domicilié(e) chez l'assuré principal, affilié(e) à l'assurance avant l'âge de 67 ans.
- b) L'époux/épouse ou partenaire assimilé des membres du personnel déjà pensionnés domiciliés chez l'assuré principal pensionné pour autant qu'il (elle) était déjà affilié(e) à l'assurance collective avant l'âge de 67 ans.
- c) Les enfants des personnes mentionnées aux points 1, 2a), et 2b) ci-dessus 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 ci-avant.
- d) 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.

Il est précisé qu'en cas de décès d'une personne affiliée à la police, qui s'était ouvert le droit à l'affiliation, le conjoint ou cohabitant et les enfants habitant sous le même toit pourront continuer à bénéficier des garanties du contrat aussi longtemps que le coassuré : époux/épouse ou partenaire assimilé survivant ne se remarie pas ou ne conclut pas un engagement similaire.

Il est également précisé que l'affiliation à la présente police est facultative et que le foyer formé par une personne visée au point 2 ci-dessus et les membres de sa famille sera tenu de choisir une seule et même formule quant à l'application de la franchise et quant au type de chambre.

Les assurés dont il est question ci-avant, ainsi que les éventuels membres de la famille assurés qui, après la prise d'effet de la présente police d'assurance, ne remplissent plus les conditions d'affiliation dont question ci-dessus, ont la possibilité d'assurer la continuité de leur couverture d'assurance à titre individuel auprès d'Ethias, à partir de la date de fin de leur affiliation, aux conditions individuelles en vigueur à ce moment.

CHOIX DE LA FORMULE DE GARANTIES

Le titulaire a le choix entre deux formules de garanties (voir les dispositions du chapitre « étendue de l'assurance » ci-après)

- **Formule de base**

Cette formule ne couvre en aucun cas les suppléments liés à l'occupation d'une chambre à un lit (aucune franchise applicable en cas d'hospitalisation en chambre commune/à deux lits).

- **Formule étendue**

Cette formule intervient dans le remboursement des suppléments liés à l'occupation d'une chambre à un lit (franchise de € 250,00 par an par assuré en cas d'hospitalisation en chambre à un lit).

Attention

- Le choix de la formule de garanties de l'assuré principal entraîne automatiquement celui des membres de la famille assurés.
- Changement de formule de garanties :
 1. le titulaire qui a opté pour la formule étendue a la faculté de passer à la formule de base moyennant introduction d'une demande explicite au moins trois mois avant l'échéance annuelle. Ce changement de formule de garanties se fera sans exception pour l'ensemble des membres de la famille assurés.
 2. le titulaire qui a opté pour la formule de base a la faculté de passer à la formule étendue à l'échéance annuelle moyennant demande écrite avant le 31 décembre. Cependant, les extensions de garanties prévues par la formule étendue ne seront pas d'application à l'échéance suivante :
 - pendant une période de 3 mois sauf en cas d'accident ;
 - pour les affections préexistantes telles que définies au point 5. du chapitre « étendue de l'assurance » ci-après.

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 service du personnel de l'administration locale affiliée qui le transmettra à Ethias.

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

Type d'administration affiliée	Assuré principal	Coassuré
Prime relative aux assurés principaux entièrement à charge de l'administration	<ul style="list-style-type: none"> • Nouveau membre du personnel = date de l'entrée en service pour autant que la demande d'affiliation soit confirmée dans les trois mois suivant celle-ci. Si tel n'est pas le cas, premier jour du mois suivant le mois de réception du formulaire d'adhésion • Si pas nouveau membre du personnel = premier jour du mois suivant le mois de réception du formulaire d'adhésion 	<ul style="list-style-type: none"> • D'un nouveau membre du personnel = date de l'entrée en service • Si pas d'un nouveau membre du personnel = premier jour du mois suivant le mois de réception du formulaire d'adhésion
Prime relative aux assurés principaux pas du tout ou partiellement à charge de l'administration	Premier jour du mois suivant le mois de réception du formulaire d'adhésion	Premier jour du mois suivant le mois de réception du formulaire d'adhésion

Une année d'assurance débute le 1^{er} janvier et se termine le 31 décembre d'une même année. Les personnes qui s'affilient dans le courant de l'année paient un prorata de prime calculé jusqu'au 31 décembre suivant.

MODIFICATIONS DANS LA SITUATION FAMILIALE

Si des modifications se produisent dans la composition de famille, ces dernières doivent être communiquées endéans le mois au moyen d'un nouveau formulaire d'adhésion reprenant la mention « modification dans la composition de famille ». Ces modifications pourront prendre cours à la date de leur effet uniquement s'il est satisfait à ces conditions.

MISE À LA PENSION

Le passage du statut d'assuré principal à celui de coassuré lors de la mise à la retraite a lieu sans interruption, sans délai d'attente, sans formalité ou sans examen médical. Lors de ce passage d'assuré principal à coassuré, il ne peut y avoir aucune interruption du présent contrat.

VEUFS ET VEUVES

En cas de décès de l'assuré principal actif ou déjà pensionné, les membres de son ménage assurés au moment de cet événement peuvent continuer à bénéficier de la couverture du présent contrat.

Cette continuation s'effectue sans interruption de couverture pour autant que les personnes concernées introduisent leur demande par écrit à Ethias dans les trois mois suivant la première échéance annuelle suivante.

FIN D'AFFILIATION

En tant qu'assuré principal

Il est mis fin à l'affiliation individuelle de l'assuré principal à partir de l'échéance annuelle suivante par :

- la résiliation volontaire de l'affiliation sur demande écrite de l'assuré principal à l'administration locale ou provinciale affiliée au moins 3 mois avant l'échéance annuelle du contrat ;
- la fin ou la rupture de la relation de travail statutaire ou du contrat de travail entre l'assuré principal et l'administration locale ou provinciale affiliée ;
- le décès de l'assuré principal ;
- une fraude ou une tentative de fraude de la part de l'assuré principal ;
- la résiliation par Ethias en raison du non paiement de la prime.

Les administrations locales affiliées s'engagent à communiquer ces modifications à Ethias.

En tant que coassuré

Met fin à la couverture individuelle du coassuré à partir de l'échéance annuelle suivante de ce contrat d'assurance :

- la résiliation volontaire du contrat sur demande écrite de l'assuré principal au moyen d'une demande écrite adressée à l'administration locale ou provinciale au moins 3 mois avant l'échéance annuelle du contrat ;
- la fin ou la rupture de la relation du travail statutaire ou du contrat de travail entre l'assuré principal et l'administration locale ou provinciale affiliée, excepté en cas de passage du statut d'assuré principal à celui de coassuré lors de la mise à la retraite;
- le décès du coassuré ;
- une fraude ou une tentative de fraude de la part du coassuré ;
- la résiliation par Ethias en raison du non paiement de la prime.

En cas de résiliation ou de rupture, telle que susmentionnée, du contrat ou des conditions de travail (statutaire) et si les membres de la famille ne satisfont plus aux critères de coassurés tels que visés ci-dessus, l'assurance continue de produire ses effets, quelle que soit la date de notification de la résiliation, et la prime continue d'être due, jusqu'au 31 décembre de l'année d'assurance en cours, si l'assuré le souhaite.

Si l'assuré souhaite résilier son affiliation anticipativement, il doit adresser un courrier à Ethias dans un délai d'un mois à compter de cet événement.

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. Les frais supplémentaires s'ajoutant au prix de journée ne sont pas pris en compte dans la formule de base ;
 - b) les coûts des prestations médicales, des honoraires et 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 à la propre demande de l'assuré pour des raisons personnelles ;
 - c) les coûts des prestations paramédicales ;
 - d) les coûts des 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 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 ;
 - 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 de chirurgie plastique de recouvrement suite à une maladie ou un accident assuré ;
 - k) le dépistage de la mort subite du nourrisson.
2. Qu'ils donnent lieu ou non à aucune intervention légale, sont également couverts :
 - a) les frais non remboursables de matériel de viscérosynthèse et d'endoprothèse ;
 - b) le matériel non réutilisable 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 traitements homéopathiques, la chiropraxie, l'ostéopathie et l'acupuncture ;
 - e) les coûts des produits pharmaceutiques, bandages, matériel médical et autres moyens médicaux à l'exclusion de tout type de produit également disponible dans le commerce non médical ;
 - f) les frais de :
 - ~ transport urgent et adapté vers l'hôpital ;
 - ~ transport adapté durant l'hospitalisation, justifié par des raisons médicales ;
 - ~ l'équipe médicale d'urgence (EMU) ;
 - g) les frais de séjour du donneur en cas de transplantation d'un organe ou d'un tissu en faveur de l'assuré ;
 - h) les frais de séjour d'un parent dans la chambre d'un enfant mineur avec inclusion de la minorité prolongée (rooming-in) ;
 - i) les frais de séjour dans une unité de soins palliatifs ;
 - j) les frais mortuaires pris en compte sur la facture de l'hôpital ;
 - k) les traitements médicaux prescrits tels que: massages, électrothérapie, mécanothérapie, physiothérapie, diathermie, radiothérapie, ultrasons, etc.

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 médicaments non remboursables et repris sous la catégorie « D » dans la nomenclature de l'INAMI ;
 - b) les traitements homéopathiques, la chiropraxie, l'ostéopathie et l'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 maladies suivantes : cancer, leucémie, tuberculose, sclérose en plaques et sclérose latérale amyotrophique, maladie de Parkinson, diphtérie, poliomyélite, méningite cérébro-spinale, variole, typhus (typhus exanthématique, paratyphus, fièvre typhoïde et paratyphoïde), encéphalite, fièvre charbonneuse, tétanos, choléra, maladie de Hodgkin, sida, hépatite infectieuse ou virale, rubéole, scarlatine, diabète, affections rénales requérant la dialyse, maladie de Crohn, rectocolite ulcéro-hémorragique, mucoviscidose, lymphogranulomatose, pancréatite, maladie d'Alzheimer, dystrophie musculaire progressive, colite ulcéreuse, malaria, maladie de Pompe, maladie de Creutzfeldt-Jacob, scrofule, brucellose, sclérodermie, l'assurance couvrira également 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 le 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 ;
 - e) les médicaments ;
 - f) les coûts des prothèses médicales directement liées à la maladie.
2. Qu'une intervention légale soit accordée ou non, sont également couverts :
 - a) les médicaments non remboursables et repris sous la catégorie « D » dans la nomenclature de l'INAMI ;
 - b) les frais de produits pharmaceutiques, bandages, matériel médical et autres moyens médicaux, à l'exclusion de tout type de produit également disponible dans le commerce non médical ;
 - c) les traitements homéopathiques, la chiropraxie, l'ostéopathie et l'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.

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 et à un accouchement en polyclinique. Dans ce cas, les garanties du chapitre « pré et post hospitalisation » telles que mentionnées au point 1 B. ci-dessus sont également d'application, en ce compris les frais médicaux pour le nouveau-né.

En outre, la garantie s'étend dans les limites prévues au point 3 E ci-dessous, aux frais postérieurs à un accouchement, facturés par un établissement de soins postnatals reconnu, relatifs à des soins dispensés à domicile à la mère, au nouveau-né et à la famille par une aide qualifiée.

E. Ophtalmologie extramurale

Cette assurance est également d'application pour frais médicaux relatifs à l'opération de la cataracte avec implant monofocal ou bifocal pratiquée au cabinet d'un ophtalmologue qui répond à toutes les conditions légales afin de pouvoir procéder à ce type d'intervention.

F. 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 termes de l'article 1.A. et 1.B. ci-dessus.

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. 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.
- 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 euros par assuré et par année calendrier, étant entendu que :
- le remboursement des frais de séjour d'un parent dans la chambre d'un enfant à charge se limite à 50,00 euros par nuit ;
 - l'intervention dans les frais de séjour d'un donneur se limite à 2.000,00 euros ;
 - les frais de transport en cas de maladies graves (point 1.C.2.d) ci-avant) sont limités à un plafond global de 300,00 euros par personne et par année calendrier.
- C. 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.
- D. L'intervention pour les soins visés au dernier paragraphe du point 1.D. du chapitre « étendue de l'assurance » est accordée durant une période de douze jours maximum et à concurrence de 820,00 euros maximum.
- E. Une contribution de 50 % des coûts jusqu'à 1.250,00 euros par personne et par année civile pour les traitements homéopathiques, d'acupuncture, d'ostéopathie ou de chiropraxie effectués par un spécialiste reconnu en la matière, si aucune contribution légale n'est prévue pour ces prestations.
- F. En ce qui concerne la chirurgie ophtalmologique extramurale (point 1.E.), quel que soit le type de l'implant, l'intervention de la mutuelle et les honoraires à charge du patient, Ethias prend en charge une somme maximale de 600,00 euros par personne et par intervention.
- G. La franchise est fixée à 250,00 euros par assuré et par année calendrier.
- Cette franchise n'est d'application que si l'assuré choisit une chambre à un lit pour convenance personnelle. Aucune franchise n'est d'application dans le cas d'une maladie grave tel que défini au 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. DÉLAI D'ATTENTE

C'est la période débutant à la date d'affiliation pendant laquelle l'assurance n'intervient pas.

A. Assurés principaux dont la prime est intégralement prise en charge par l'administration locale ou provinciale affiliée

Ils adhèrent au moyen du formulaire d'adhésion destiné à cet effet.

Il n'y a pas de délai d'attente, de questionnaire ou d'examen médical.

Cette disposition s'applique aussi bien aux assurés principaux en service à la date de prise d'effet du contrat qu'aux assurés principaux entrant en service par la suite, pour autant que la demande d'affiliation soit confirmée dans les trois mois suivant la date de l'entrée en service. Si tel n'est pas le cas, les dispositions dont question au littéra B., points 1., 2., 3. et 4. ci-dessous sont applicables.

B. Les assurés principaux dont la prime n'est pas ou n'est que partiellement prise en charge par l'administration locale ou provinciale affiliée et tous les coassurés

Ils adhèrent au moyen du formulaire d'adhésion destiné à cet effet. La garantie prend effet à partir du premier jour du mois suivant le mois au cours duquel ce formulaire est transmis.

Il n'y a pas de questionnaire ou d'examen médical.

1. Le délai d'attente général est de TROIS MOIS.

2. Ce délai d'attente n'est pas d'application :
 - a) pour les assurés faisant partie d'une administration venant d'adhérer à cette assurance, pour autant qu'ils confirment leur affiliation dans les trois mois suivant l'adhésion de la nouvelle administration à cette assurance collective ;
 - b) pour les assurés principaux nouvellement entrés en service et leur famille, pour autant que l'affiliation ait lieu endéans les trois mois suivant l'événement ;
 - c) en cas d'accident ;
 - d) pour les maladies infectieuses aiguës suivantes : scarlatine, rougeole, varicelle, rubéole, diphtérie, coqueluche, oreillons, poliomyélite, méningite cérébrospinale, dysenterie, fièvre typhoïde et paratyphoïde, typhus exanthématique, choléra, variole, malaria, fièvre récurrente, encéphalite, fièvre charbonneuse et tétanos ;
 - e) en cas de mariage pour le (la) conjoint(e) ou le cohabitant (à partir de la date de cohabitation) et en cas de naissance pour le nouveau-né d'une personne déjà assurée, pour autant que l'affiliation ait lieu dans les trois mois qui suivent l'événement.
3. Sans préjudice de l'application du délai d'attente de trois mois prévu au point 1. ci-avant, l'intervention d'Ethias pour les frais liés à une grossesse ou un accouchement est subordonnée 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 bénéficiaire.
4. Par dérogation aux points 1. et 3. ci-avant, aucun délai d'attente n'est d'application pour les personnes qui bénéficiaient d'une assurance antérieure garantissant des avantages similaires pour autant qu'il se soit écoulé une période de trois mois depuis l'affiliation de ces personnes à cette assurance et qu'il n'y ait pas d'interruption de couverture entre les deux contrats. En outre, si la demande d'intervention porte sur des frais liés à une grossesse ou un accouchement, les prestations résultant du présent contrat ne seront octroyées que pour autant que la grossesse ait débuté postérieurement à l'affiliation de la bénéficiaire à l'assurance antérieure.

Que faire si on dispose déjà d'une assurance de ce type ?

Les personnes ou ménages qui disposeraient déjà d'un contrat d'assurance prévoyant des garanties similaires auprès d'Ethias, d'un autre assureur ou de leur mutuelle pourront après l'expiration de la police en cours - résiliable annuellement - passer à l'assurance collective sans application de stage.

Toutefois, il ne peut y avoir interruption d'assurance.

Il suffit de joindre une copie de la police existante au formulaire d'adhésion à la présente assurance et d'effectuer les démarches nécessaires à la résiliation de l'assurance en cours.

5. AFFECTIONS PRÉEXISTANTES

- a) Les prestations prévues aux points 1 et 2 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, pour les personnes dont l'affiliation à la présente police est facultative et qui bénéficiaient jusqu'à la date de leur affiliation à la présente police d'une couverture antérieure garantissant des avantages identiques, sont toutefois garantis l'affection, la maladie, l'accident, l'invalidité, la grossesse ou l'accouchement pour lesquels l'assuré était déjà couvert dans le cadre de la couverture antérieure dont il bénéficiait, pour autant que l'affiliation à la présente police ait lieu dans les trois mois suivant la première échéance annuelle de la couverture antérieure. Si ces personnes s'affilient à la présente police plus de trois mois après la première échéance annuelle de leur couverture antérieure, les dispositions reprises au littera a) ci-avant sont d'application.

6. EXCLUSIONS

Aucune intervention n'est due pour les prestations résultant :

1. d'un accident ou d'une maladie non contrôlable par examen médical ;
2. d'un traitement esthétique ou de rajeunissement; toutefois, les frais de chirurgie plastique réparatrice qui seraient occasionnés par une maladie ou un accident pris en considération seront pris en charge ;
3. de maladies ou d'accidents survenus à l'assuré :
 - 3.1 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 prouve qu'il n'existe aucune relation causale entre la maladie ou l'accident et ses circonstances ;
 - l'assuré fournisse la preuve qu'il a utilisé par ignorance des boissons ou stupéfiants ou qu'il s'y est vu obligé par un tiers ;
 - 3.2 par l'alcoolisme, la toxicomanie ou l'usage abusif de médicaments ;
4. de la stérilisation, la contraception, sauf pour des raisons médicales urgentes ;
5. cures thermales sauf pour des raisons médicales urgentes ;
6. 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 ;
7. de la pratique d'un sport aérien ou entraînant l'usage d'un véhicule à moteur, de même que la pratique de quelconque sport rémunéré ;
8. 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 ;
9. d'un sinistre consécutif à l'usage de l'énergie nucléaire tombant sous l'application de la Convention de Paris (loi du 22 juillet 1985) ou de toutes autres dispositions légales ayant remplacé, modifié ou complété cette loi ;
10. 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.

7. 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).

8. 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 ;
- 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.

9. PRIME 2026

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

Assuré principal ou assuré secondaire	Formule de base (chambre commune ou à deux lits)	Formule étendue (chambre individuelle)
	Pas de franchise en chambre commune ou à deux lits	Franchise de 250 € par an par assuré en chambre particulière
0 à 20 ans	48,83 €	89,01 €
21 à 49 ans	112,20 €	212,11 €
50 à 66 ans	201,76 €	400,44 €
A partir de 67 ans	470,04 €	917,88 €

FACTURATION DES PRIMES

Les assurés principaux

La prime globale est payée par l'administration locale ou provinciale affiliée si celle-ci la prend à sa charge. Si l'administration locale ou provinciale affiliée 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 l'administration locale ou provinciale affiliée, est facturée globalement à cette dernière.

A la demande d'une administration locale ou provinciale affiliée il peut être convenu avec Ethias que la facturation pour les coassurés se fera également par l'intermédiaire de l'administration locale affiliée.

INFORMATION COMPLÉMENTAIRE

Pour tout renseignement concernant la facturation et l'affiliation

Ethias, voie Gisèle Halimi 10 à 4000 Liège
Tél. 04 220 31 74 (accessible de 9h à 12h et de 14h à 16h)
contrats.sfpd@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 SFPD et Ethias. En cas de litige, Ethias se référera exclusivement aux conditions particulières, spéciales et générales.

DROIT À LA POURSUITE À TITRE INDIVIDUEL DE L'ASSURANCE MALADIE LIÉE À L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

Toute personne affiliée à une assurance collective a le droit de poursuivre cette assurance individuellement lorsqu'elle en perd le bénéfice (en cas de changement d'employeur, de licenciement, de retraite, etc) et ce, sans délai d'attente et sans formalité médicale (ni questionnaire médical ni examen médical).

Ce droit existe tant pour l'assuré principal qu'en faveur des autres bénéficiaires de l'assurance collective (conjoint(e), enfant(s)).

CONDITION

L'assuré principal (le membre du personnel) doit avoir été affilié (sans interruption) à un ou plusieurs contrats d'assurance maladie successifs durant les deux années précédant l'événement à l'origine de la perte du bénéfice de l'assurance collective (licenciement, divorce...).

Pour autant que l'assuré principal remplisse personnellement cette condition, lui et les membres de sa famille, auront le droit de poursuivre l'assurance individuellement.

PROCÉDURE ET DÉLAIS

1. Pour le membre du personnel

Le preneur d'assurance informe le membre du personnel (par courrier ou par mail) 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.

Le membre du personnel dispose alors de 30 jours pour informer Ethias de son intention de poursuivre le contrat à titre individuel. Ce délai peut être prolongé de 30 jours si l'assuré en fait la demande à Ethias (par courrier ou mail).

Ethias a 15 jours pour faire une offre d'assurance.

Le membre du personnel dispose d'un délai de 30 jours pour accepter cette offre.

2. Pour le membre de la famille

Si un membre de la famille perd seul le bénéfice de l'assurance collective (divorce, séparation, enfant quittant le foyer familial...), il peut également exercer son droit à la poursuite à titre individuel de l'assurance.

Le membre de la famille a 105 jours (à partir de la perte du bénéfice de l'assurance collective) pour informer Ethias (par courrier ou mail), de son intention de poursuivre le contrat individuellement.

Ethias a 15 jours pour lui faire une offre d'assurance.

Le membre de la famille dispose d'un délai de 30 jours pour accepter cette offre.

PRÉFINANCEMENT

La prime relative à l'assurance individuelle est fixée en tenant compte de l'âge atteint par l'assuré au moment où s'ouvre le droit à la poursuite à titre individuel.

Toutefois, l'assuré peut, pendant la période durant laquelle il bénéficie de l'assurance collective, souscrire un plan de préfinancement. Dans ce cas, 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'il avait au moment où il a commencé à payer la prime relative au plan de préfinancement pour autant que celle-ci ait été payée année par année sans interruption.

Ethias ne commercialise pas ce type de produit.

RÈGLEMENT GÉNÉRAL SUR LA PROTECTION DES DONNÉES

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Ethias s'engage à appliquer fidèlement la réglementation GDPR et vos droits qui en découlent.

Notre Charte Privacy vous fournira des informations plus détaillées, notamment quant à l'exercice de vos droits, les finalités de traitement des données et les tiers éventuels auxquels nous pourrions transmettre vos données entre autres afin de mener à bien nos missions, de répondre aux demandes d'indemnisations de parties sinistrées et de respecter nos obligations légales ainsi que des informations relatives à la durée de conservation de vos données.

Pour exercer vos droits, nous vous invitons à nous communiquer votre demande datée et signée accompagnée d'une copie recto-verso de votre pièce d'identité :

- par courrier à l'adresse suivante :
Ethias SA, DIM-Spoc GDPR
voie Gisèle Halimi 10
4000 Liège
- par e-mail: privacy_request@ethias.be.

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

Pour toute autre question liée à l'application du GDPR au sein d'Ethias, vous pouvez contacter le Data Protection Officer :

- par courrier à l'adresse suivante :
Ethias SA – Data Protection Officer
voie Gisèle Halimi 10
4000 Liège
- par e-mail à l'adresse DPO@ethias.be.

Si vous estimez que le traitement de vos données à caractère personnel constitue une atteinte à votre vie privée, vous avez également le droit d'introduire une plainte auprès de l'Autorité de protection des données (ci-après « APD ») :

- via leur site internet : www.autoriteprotectiondonnees.be
- par courrier à l'adresse suivante :
Autorité de protection des données
rue de la Presse 35
1000 Bruxelles
Tél : +32 2 274 48 00
- par e-mail : contact@apd-gba.be

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

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, au traitement des autres données sensibles visées par l'article 9 du GDPR ainsi qu'aux données relatives aux condamnations pénales et aux infractions visées par l'article 10 du GDPR et ce, lorsqu'elles sont nécessaires à l'évaluation des risques, 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.

Ces données seront traitées de manière confidentielle 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-avant.

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

Ethias

voie Gisèle Halimi 10 - 4000 Liège

Tél. 04 220 31 11

www.ethias.be

info@ethias.be

ETHIAS SA voie Gisèle Halimi 10 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