

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 statutaire au service de l'administration locale affiliée.
- b) Les membres du personnel contractuel au service de l'administration locale affiliée.
- c) Les mandataires de l'administration locale affiliée qui s'affilient avant l'âge de 66 ans.

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) Les assurés principaux repris au point 1 mis à la retraite ou à la prépension à partir du 1^{er} janvier 2022 pour autant qu'au moment de leur mise à la retraite ou à la pension, ils consentent à ce que leur assurance se poursuive de manière ininterrompue.
- b) Le(la) conjoint(e) ou partenaire domicilié(e) à la même adresse que les personnes reprises aux points 1,2 a) ci-dessus, pour autant que leur affiliation à la présente police ait lieu avant l'âge de 66 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.
- e) Les membres du personnel pensionnés au 1^{er} janvier 2022 ou les anciens mandataires déjà affiliés à l'assurance collective actuelle des administrations provinciales et locales, ainsi que leur conjoint(e) ou partenaire et leurs enfants inscrits au domicile du titulaire.

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.

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 :
 - le titulaire qui a opté pour la formule étendue a la faculté de passer à la formule de base à l'échéance annuelle moyennant une demande écrite. Ce changement de formule de garanties se fera sans exception pour l'ensemble des membres de la famille assurés.
 - 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.
- Dans l'hypothèse où l'administration prend entièrement en charge la prime relative à la garantie étendue pour les assurés principaux, la formule de garantie applicable pour les membres de la famille assurés peut différer de la formule de garantie de l'assuré principal mais doit être identique pour l'ensemble de ceux-ci.

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	- 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	- 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 ou du pensionné coassuré, 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 affiliée ;
- la fin ou la rupture de la relation de travail statutaire ou du contrat de travail entre l'assuré principal et l'administration locale affiliée ;
- le décès de l'assuré principal ;
- une fraude ou une tentative de fraude de la part de l'assuré principal.

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 de l'affiliation sur demande écrite du coassuré à Ethias ;
- la fin ou la rupture de la relation du travail statutaire ou du contrat de travail entre l'assuré principal et l'administration locale 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 ;
 - 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.
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 ;
 - l) les traitements de fécondation in vitro.

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 ;
 - 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.
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 postnataux 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.

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 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 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 250,00 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 620,00 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 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 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) 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. LA GESTION DE VOTRE ASSURANCE HOSPITALISATION

Ethias collabore avec MedExel pour la gestion de votre assurance hospitalisation.

Les frais médicaux avec une date de prestation à partir du 1er janvier 2022 doivent être transmis à MedExel.

Vous pouvez poser vos questions concernant votre affiliation ou un remboursement par téléphone au 02 44 44 906 (jours ouvrables de 9h à 16h) ou par e-mail à l'adresse ethias@medexel.be.

Mentionnez votre numéro d'affiliation : ce numéro commence par 009 et figure sur les vignettes de votre pack d'accueil MedExel, sur votre carte AssurCard et dans votre compte My MedExel.

La plateforme numérique My MedExel vous permet, sauf si vous avez fait savoir à MedExel que vous ne souhaitez pas utiliser My MedExel et que vous souhaitez recevoir par courrier vos documents relatifs au traitement de vos sinistres :

- de trouver le détail des remboursements ;
- de demander une nouvelle AssurCard ;
- de demander une nouvelle carte Assurpharma ;
- de trouver un aperçu des documents disponibles (formulaires « Déclaration en cas d'hospitalisation ou d'accident », « Preuve de consultation – état de frais », « Avis de changement » et formulaire de frais) ;
- de consulter dans Ebox les e-mails de MedExel qui vous sont destinés ;
- de fournir des informations à MedExel, y compris soumettre des frais médicaux ;
- de demander des vignettes.

Comment créer un compte sur la plateforme numérique My MedExel ?

- Rendez-vous sur le site de MedExel.
- Cliquez sur « Pas encore de compte ? »
- Complétez les données suivantes sur l'écran d'identification :
 - votre numéro de client MedExel = votre numéro d'affiliation. Ce numéro commence par 009- et figure sur les vignettes de votre pack de bienvenue et sur votre carte AssurCard.
- Sur l'écran suivant, encodez votre adresse e-mail et choisissez un mot de passe.
- Vous pourrez ensuite vous connecter avec cette adresse e-mail et le mot de passe que vous avez choisi.

Comment faire une déclaration ?

Quid en cas d'hospitalisation ?

Système de tiers payant (AssurCard)

Que signifie un système de tiers payant ?

- L'hôpital envoie directement la facture d'hospitalisation à MedExel.
- MedExel paie la facture à l'hôpital.
- MedExel récupérera auprès de l'assuré les frais non assurés mentionnés sur la facture de l'hôpital.

Dans quels cas le système du tiers payant est-il prévu ?

- En cas d'hospitalisation dans un hôpital belge affilié à AssurCard
 - ÉTAPE 1 : Faites la déclaration de l'une des manières suivantes, maximum 1 semaine avant la date d'admission et au plus tard à la date d'admission :
 - via le kiosque AssurCard à l'hôpital : choisissez MedExel
 - via le site web ou l'application d'AssurCard :
 - ~ choisissez MedExel
 - ~ votre numéro de carte vous est demandé : ce numéro commence par 009 (ces 3 premiers chiffres sont déjà complétés en ligne) et se trouve sur les vignettes de votre pack de bienvenue MedExel, sur votre carte AssurCard et dans votre compte My MedExel.
 - Vous recevrez immédiatement confirmation de l'ouverture et de l'acceptation de votre dossier.
 - ÉTAPE 2 : À la date d'admission, présentez votre carte AssurCard lors de votre inscription au bureau d'admission de l'hôpital.

Pour les sinistres sans système de tiers payant

- Une déclaration préalable n'est pas nécessaire.

Quelles informations fournir lorsque l'hospitalisation prend fin ?

- Votre numéro de compte sur lequel le remboursement des frais assurés peut être versé, si celui-ci a été modifié par rapport au dernier remboursement que vous avez reçu dans le cadre du contrat d'hospitalisation en cours. Dans ce cas, utilisez le formulaire « Avis de changement ».
- Le formulaire de frais complété (à chaque envoi de frais).
- La facture d'hôpital originale et le formulaire « Déclaration en cas d'hospitalisation ou d'accident » complété.
- Pour les prestations médicales ambulatoires (consultations, kiné, ...) :
 - Prestations médicales en dehors de la période d'hospitalisation assurée, en relation directe avec sa cause, médicalement nécessaires (frais pré- et post hospitalisation).
 - Attestation d'intervention dans les prestations de santé par la mutuelle, destinée à MedExel.
 - Si le montant réellement payé ne figure pas sur l'attestation de soins dispensés : faites compléter le formulaire « Attestation de consultation - relevé de frais ».
- Pour les médicaments
 - Votre pharmacien scanne votre carte AssurPharma lors de l'achat de médicaments. Veuillez utiliser la carte uniquement pour l'achat de médicaments pour lesquels un remboursement est prévu dans la police (soins pré- et post-hospitalisation et maladies graves).
 - Vous ne devez alors rien faire. Les attestations BVAC sont fournies de manière numérique à MedExel.
 - Le pharmacien vous remet une preuve d'envoi avec un code unique que vous pouvez utiliser en cas de questions concernant le remboursement de ces frais de pharmacien.
 - Si votre pharmacien n'a pas utilisé la carte AssurPharma : vous remettez les quittances du pharmacien (attestation BVAC) à MedExel.

Quid en cas de garantie soins ambulatoires dans le cadre d'une maladie grave ?

- Lors du diagnostic d'une maladie grave, une déclaration peut être faite de l'une des manières suivantes :
 - via la plateforme numérique My MedExel :
 - par e-mail à ethias@medexel.be :
 - mentionnez votre numéro d'affiliation : ce numéro commence par 009 et figure sur les vignettes de votre pack d'accueil MedExel, sur votre carte AssurCard et dans votre compte My MedExel.
- MedExel demandera un certificat médical.

Comment et quand fournir ces informations et frais ?

- Vous vous êtes inscrit via la plateforme numérique My MedExel : chargez-y les formulaires précités complétés et les justificatifs supplémentaires via la rubrique « Contact/Introduire le dossier ».
- Si vous avez choisi de ne pas utiliser My MedExel :
 - par e-mail à ethias@medexel.be :
 - mentionnez votre numéro d'affiliation : ce numéro commence par 009 et se trouve sur les vignettes de votre pack d'accueil MedExel et sur votre carte AssurCard;
 - joignez les formulaires précités complétés, ainsi que les justificatifs supplémentaires, en annexe à votre e-mail;
 - par courrier à l'attention de MedExel – Boulevard Louis Mettwie, 74-76, 1080 Bruxelles :
 - mentionnez votre numéro d'affiliation : ce numéro commence par 009 et se trouve sur les vignettes de votre pack d'accueil MedExel et sur votre carte AssurCard;
 - envoyez les formulaires précités et complétés ainsi que les justificatifs supplémentaires. Faites une copie ou un scan pour vous-même.

Comment êtes-vous informé d'un remboursement ?

- Vous vous êtes inscrit via la plateforme numérique My MedExel :
 - après chaque remboursement, vous recevez un aperçu détaillé via My MedExel ;

- vous recevez à cet effet une notification par e-mail avec un lien vers My MedExel.
- Vous avez choisi de recevoir la correspondance de MedExel sur papier :
 - après chaque remboursement, vous recevez une lettre de MedExel.

Quel est le délai de remboursement ?

MedExel garantit un délai maximum de 15 jours ouvrables.

- Temps d'exécution = le délai entre la réception par MedExel du dossier de sinistre complet.

9. 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 :

- A. Les administrations de Flandre soumises à la circulaire BA 2000/14 relative à l'accord sectoriel pour le personnel des administrations locales et toutes les autres administrations locales qui prennent la prime des assurés principaux en charge.**

Prime à charge de l'administration	L'administration choisit la formule de base		L'administration choisit la formule étendue	
Par assuré principal jusqu'à 20 ans inclus	39,62 euros		76,44 euros	
Par assuré principal de 21 à 49 ans inclus	91,02 euros		182,17 euros	
Par assuré principal de 50 à 66 ans inclus	163,68 euros		343,89 euros	
Prime à charge des assurés	Le titulaire souhaite pour tous les membres de la famille assurée la formule de base	Le titulaire souhaite pour tous les membres de la famille assurée la formule étendue	Le titulaire souhaite pour tous les membres de la famille assurée la formule de base	Le titulaire souhaite pour tous les membres de la famille assurée la formule étendue
Par assuré principal jusqu'à 20 ans inclus	0,00 euros	36,82 euros	0,00 euros	0,00 euros
Par assuré principal de 21 à 49 ans inclus	0,00 euros	91,14 euros	0,00 euros	0,00 euros
Par assuré principal de 50 à 66 ans inclus	0,00 euros	180,21 euros	0,00 euros	0,00 euros
Par coassuré jusqu'à 20 ans inclus	39,62 euros	76,44 euros	39,62 euros	76,44 euros
Par coassuré de 21 à 49 ans inclus	91,02 euros	182,17 euros	91,02 euros	182,17 euros
Par coassuré de 50 ans à 66 inclus	163,68 euros	343,89 euros	163,68 euros	343,89 euros
Par coassuré à partir de 67 ans	381,32 euros	788,28 euros	381,32 euros	788,28 euros

B. Autres administrations locales qui ne prennent pas ou partiellement la prime des assurés principaux en charge.

	Formule de base	Formule étendue
Par assuré principal ou coassuré jusqu'à 20 ans inclus	39,62 euros	76,44 euros
Par assuré principal ou coassuré de 21 à 49 ans inclus	91,02 euros	182,17 euros
Par assuré principal ou coassuré de 50 à 66 ans inclus	163,68 euros	343,89 euros
Par coassuré à partir de 67 ans	381,32 euros	788,28 euros

FACTURATION DES PRIMES

Les assurés principaux

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

A la demande d'une administration locale 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

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.

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

MedExel

Louis Mettewielaan, 74-76

1080 Bruxelles

Tél 02 44 44 906

ethias@medexel.be