

CONDITIONS GÉNÉRALES

ETHIAS HOSPI QUALITY +

ethias

INTRODUCTION

Madame,
Monsieur,

Ce document constitue les conditions générales de votre assurance Ethias Hospi Quality+.

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

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

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

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

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

Nous restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

TABLE DES MATIÈRES

	PAGE
Chapitre I - Etendue de l'assurance	7
Article 1 : Qui est assuré ?	7
Article 2 : Qu'est-ce qui est assuré ?	7
Article 3 : Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?	10
Article 4 : Où ces couvertures sont-elles valables ?	11
Chapitre II - Les sinistres	12
Article 5 : Quelles sont vos obligations en cas de sinistre ?	12
Article 6 : Modalités d'intervention	12
Chapitre III - Les dispositions administratives	13
Article 7 : Formation et durée du contrat	13
Article 8 : Prime	14
Article 9 : Fin du contrat	15
Article 10 : Dispositions diverses	16
Article 11 : Mode de communication et langues	17
Article 12 : Rémunération perçue par les collaborateurs d'Ethias concernés par la distribution d'assurance	17
Chapitre IV - Le lexique	18

Chapitre I Etendue de l'assurance

ARTICLE 1 QUI EST ASSURÉ ?

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

ARTICLE 2 QU'EST-CE QUI EST ASSURÉ ?

A. HOSPITALISATION

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

Ainsi, nous prenons en charge :

- 1) pour autant qu'ils donnent lieu à une *intervention légale* :
 - a) les frais de séjour encourus dans un *hôpital* ou un *établissement de soins palliatifs* reconnu, y compris les suppléments pour chambre à 1 lit ;
 - b) les coûts des prestations médicales et paramédicales, les honoraires et suppléments d'honoraires ;
 - c) les médicaments, les frais de produits pharmaceutiques, bandages, matériel médical et autres adjuvants médicaux ;
 - d) les frais de soins dentaires, de prothèses dentaires, de prothèses thérapeutiques ainsi que d'appareils orthopédiques, de prothèses médicales et de membres artificiels, dans la mesure où ceux-ci ont été placés durant l'*hospitalisation* et sont en rapport direct avec la raison de l'*hospitalisation*. Les prothèses de nature purement esthétiques ne sont pas remboursées ;
 - e) les frais médicaux relatifs au nouveau-né encourus pendant l'*hospitalisation* de la mère et consécutifs à un accouchement couvert, en ce compris les frais médicaux relatifs à l'achat de cellules souches ;
 - f) le test de la mort subite ;
 - g) les frais de chirurgie plastique réparatrice qui seraient occasionnés par une *maladie* ou un *accident* couvert ;
 - h) les frais relatifs aux *hospitalisations* qui ont lieu dans un hôpital psychiatrique, dans un service ou une unité psychiatrique ainsi que dans un service psychogériatrique, pour une période ou des périodes d'*hospitalisation* cumulées ne dépassant pas 24 mois par assuré à compter du premier jour d'*hospitalisation*.

Sauf indication contraire et sous réserve de l'article 2.H., nous prenons en charge l'ensemble des éléments décrits ci-avant jusqu'à concurrence du triple du montant de l'*intervention légale*.

- 2) qu'ils donnent lieu ou non à une *intervention légale* :
 - a) les frais non remboursables de viscérosynthèse et de matériel d'endoprothèse ;
 - b) le matériel à usage unique utilisé au cours d'une intervention chirurgicale ;
 - c) les frais de médicaments non remboursables ;
 - d) les frais de bandages spécifiques, matériel médical et autres adjuvants médicaux, à l'exclusion de tout type de produits généralement disponibles dans le commerce non médical ;
 - e) les traitements homéopathiques, de chiropraxie, d'ostéopathie et d'acuponcture.

Pour l'ensemble des éléments décrits ci-avant sous 2) ainsi que ceux décrits ci-après sous B.2) et C.1.2) a), b), c), d), e), nous intervenons jusqu'à concurrence de 2.500,00 euros* maximum par assuré et par an.

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

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

Nous intervenons à hauteur des frais à votre charge.
- g) les frais de séjour du donneur en cas de transplantation d'un organe ou d'un tissu en votre faveur jusqu'à concurrence de 1 500,00 euros* maximum par *assuré* et par an ;
- h) les frais de séjour d'un parent dans la chambre d'un enfant âgé de moins de 18 ans (rooming-in) jusqu'à concurrence de 30,00 euros* maximum par nuit ;
- i) les frais de morgue pris en compte sur la facture de l'hôpital.

B. SOINS AMBULATOIRES EN PRÉ- ET POST-HOSPITALISATION

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

Sont couverts pendant cette période :

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

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

- 2) qu'ils donnent lieu ou non à une *intervention légale* :
 - a) les médicaments non remboursables ;
 - b) les frais de bandages spécifiques, matériel médical et autres adjuvants médicaux, à l'exclusion de tout type de produit généralement disponible dans le commerce non médical ;
 - c) les traitements homéopathiques, la chiropraxie, l'ostéopathie et l'acupuncture.

Pour l'ensemble des éléments décrits ci-avant sous 2) ainsi que ceux décrits sous A.2) a), b), c), d) ,e) et C.1.2) a), b), c) d), e) *nous intervenons jusqu'à concurrence de 2.500,00 euros* maximum par assuré et par an*.

C. MALADIES GRAVES

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

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

Nous remboursons :

- 1) pour les frais donnant lieu à une *intervention légale* :
 - a) les frais relatifs aux soins spéciaux, aux analyses et examens nécessités par la *maladie* ;
 - b) les frais de prestations médicales, les honoraires et suppléments d'honoraires ;
 - c) les frais de prestations paramédicales ;

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

- d) les frais de location de matériel divers ;
- e) les médicaments ;
- f) les frais de perruque.

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

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

- a) les médicaments non remboursables ;
- b) les traitements homéopathiques, la chiropraxie, l'ostéopathie et l'acupuncture ;
- c) les frais de produits pharmaceutiques, bandages, matériel médical et autres adjuvants médicaux, à l'exclusion de tout type de produit généralement disponible dans le commerce non médical ;
- d) les frais de reconstruction mammaire consécutifs à une opération d'amputation causée par un cancer ou effectuée à titre préventif chez les porteurs/porteuses des gènes BRCA1 et BRCA2 ;
- e) tous les autres frais pour lesquels *nous* avons marqué préalablement notre accord ;

Pour l'ensemble des éléments décrits ci-avant sous 2) ainsi que ceux décrits sous A.2) a), b), c) ,d) ,e) et B.2), *nous* intervenons jusqu'à concurrence de 2.500,00 euros* maximum par *assuré* et par an.

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

2. ETHIAS SERVI+ : Services non médicaux

A la suite d'une *hospitalisation* en lien direct avec une des *maladies graves* couvertes, *nous vous* remboursons une gamme de services d'aides non médicales à domicile dans les domaines suivants : aide ménagère, baby-sitting, jardinage, bricolage, soins et bien-être, garde d'animaux, cours particuliers en lien avec votre parcours scolaire actuel. Ces services doivent avoir comme finalité de *vous* aider et *vous* soutenir durant votre revalidation après l'*hospitalisation*.

Par ailleurs, *nous vous* remboursons également les produits esthétiques qui peuvent contribuer à l'amélioration de votre état de santé.

Notre intervention est octroyée jusqu'à concurrence de 500,00 euros maximum par *assuré* et par an, sur présentation d'une facture en bonne et due forme. Ce montant n'est pas indexé.

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

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

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

En outre, la garantie s'étend 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.

Nous intervenons pour les frais exposés durant une période de 12 jours maximum consécutifs à la sortie de l'hôpital ou à l'accouchement à domicile et jusqu'à concurrence de 600,00 euros maximum. Ce montant n'est pas indexé.

E. OPÉRATION OPHTHALMOLOGIQUE EN DEHORS DE L'HÔPITAL

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

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

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

F. SOINS PALLIATIFS À DOMICILE

Pour autant qu'ils donnent lieu à une *intervention légale*, nous prenons en charge les frais médicaux relatifs aux soins palliatifs dispensés à domicile.

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

G. DOMMAGES RÉSULTANT D'ACTES DE TERRORISME

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

H. HÔPITAUX CERTIFIÉS PAR ETHIAS

Avant la fin de chaque année, Ethias procède à l'évaluation du respect des critères décrits ci-dessous en vue d'identifier les hôpitaux certifiés par Ethias et de communiquer, s'il y en a, les hôpitaux non certifiés par Ethias pour le 1er janvier suivant sur le site ethias.be et sur l'avis d'échéance annuelle au *preneur d'assurance* du présent contrat.

Un hôpital est certifié par Ethias à la condition que les critères suivants soient respectés de façon cumulative entre deux périodes de 12 mois consécutives s'étalant chacune du 1er juillet au 30 juin :

- l'évolution du rapport entre les suppléments d'honoraires facturés aux *assurés* par cet hôpital et ceux pris en charge par l'INAMI pour ces *assurés* est égale ou inférieure à un pourcent ;
- l'évolution du montant moyen des suppléments de frais de séjour en chambre à 1 lit facturés aux *assurés* par cet hôpital est inférieure à l'évolution de l'*indice des prix à la consommation*.

Tout hôpital non certifié par Ethias peut être réintégré comme hôpital certifié à la date de la prochaine actualisation, à condition qu'il remplisse à cette date les conditions reprises supra. La période de référence sera la première des deux périodes consécutives s'étalant du 1er juillet au 30 juin précédant l'année de sa désignation comme hôpital non certifié par Ethias.

En cas d'*hospitalisation* d'au moins une nuitée dans une chambre à 1 lit dans un hôpital non certifié par Ethias, nous appliquerons une franchise de 300,00 euros* par *assuré* et par *hospitalisation*.

ARTICLE 3**QU'EST-CE QUI N'EST PAS ASSURÉ ?**

Sont exclues de cette assurance :

A. les prestations résultant :

- a) des affections ou conséquences d'*accidents* énoncées aux conditions particulières ;
- b) de *maladies* ou d'*accidents* survenus à *vous* :
 1. en état d'*ivresse*, d'intoxication alcoolique ou sous l'influence de drogues, narcotiques, médicaments ou *stupéfiants* utilisés sans prescription médicale, à moins que *vous* ne fournissiez la preuve que *vous* avez utilisé par ignorance des boissons ou *stupéfiants* ou que *vous* vous y êtes vu obligé par un tiers ;
 2. consécutifs à l'alcoolisme, la toxicomanie ou l'usage abusif de médicaments ;
- c) de tout sevrage, qu'il soit consécutif à la consommation d'alcool, de drogues, de *stupéfiants* ou de toute autre substance pour laquelle il y a une accoutumance ;
- d) d'une *maladie* dont les symptômes s'étaient déjà manifestés au moment de la conclusion du contrat et qui est diagnostiquée dans un délai de deux ans suivant la date de prise d'effet du contrat ;

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

- e) d'un traitement esthétique ou de rajeunissement ;
 - f) de la stérilisation, de traitements contraceptifs ;
 - g) de la kératotomie ;
 - h) d'un séjour dans des stations balnéaires, lieux de cures, de santé et de convalescence, même si le séjour est médicalement prescrit ;
 - i) de la pratique d'un sport aérien ou entraînant l'usage d'un véhicule à moteur, de même que la pratique, en tant que professionnel(le), d'un sport quelconque ;
 - j) d'*accidents* lorsque *vous* faites partie de l'équipage d'un transport aérien ou exercez pendant le vol une activité professionnelle ou autre en relation avec l'appareil ou le vol ;
 - k) des lésions occasionnées volontairement, de votre participation à des actes de violence commis sur des personnes et des lésions consécutives à des détériorations malveillantes ou des détournements de biens. Ces exclusions ne sont pas d'application si les lésions sont la conséquence d'actes légitimes de défense ou d'actes de sauvetage de personnes, d'animaux ou de biens ;
 - l) d'une tentative de suicide ou d'une mutilation volontaire ;
 - m) des troubles civils ou émeutes si *vous* y avez pris part de façon active ou si *vous* ne *vous* êtes pas trouvé dans un cas de légitime défense ;
 - n) d'un événement de guerre, que *vous* y soyez soumis en tant que civil ou militaire ;
 - o) de l'effet direct ou indirect de substances radioactives ou des procédés d'accélération artificielle des particules atomiques, à l'exception de l'usage de substances radioactives à des fins médicales ;
 - p) d'un séjour dans des établissements psychiatriques fermés, des services ou établissements médico-pédagogiques, des maisons de repos, des services et établissements gériatriques destinés au simple hébergement des personnes âgées, des services ou établissements destinés au simple hébergement des enfants, des personnes convalescentes, ainsi que ceux ayant reçu une agrégation spéciale en tant que maison de repos ou de soins.
- B. les suppléments de frais de séjour et d'honoraires en cas d'*hospitalisation* de jour (one day clinic) en chambre à 1 lit.

ARTICLE 4**OÙ CES COUVERTURES SONT-ELLES VALABLES ?**

L'assurance est valable dans le monde entier.

Chapitre II Les sinistres

ARTICLE 5 QUELLES SONT VOS OBLIGATIONS EN CAS DE SINISTRE ?

A. DÉCLARATION D'UNE HOSPITALISATION

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

Plusieurs possibilités vous sont proposées :

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

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

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

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

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

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

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

B. TRANSMISSION DES JUSTIFICATIFS DE FRAIS

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

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

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

ARTICLE 6 MODALITÉS D'INTERVENTION

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

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

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

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

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

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

Chapitre III Les dispositions administratives

ARTICLE 7

FORMATION ET DURÉE DU CONTRAT ?

A. DEMANDE D’AFFILIATION

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

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

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

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

B. PRISE D’EFFET DES GARANTIES

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

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

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

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

C. LA DURÉE DU CONTRAT

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

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

ARTICLE 8

PRIME

A. CARACTÉRISTIQUES

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

B. ADAPTATION DE LA PRIME ET DES PRESTATIONS

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

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

Âge	Région flamande*	Région de Bruxelles-Capitale*	Région wallonne*
	Prime annuelle**	Prime annuelle**	Prime annuelle**
0 - 4	€ 161,31	€ 269,23	€ 166,45
5 - 9	€ 171,59	€ 274,37	€ 192,15
10 - 14	€ 176,73	€ 284,65	€ 212,70
15 - 19	€ 187,01	€ 289,79	€ 228,12
20 - 24	€ 257,71	€ 419,06	€ 300,12
25 - 29	€ 321,62	€ 532,80	€ 374,63
30 - 34	€ 334,41	€ 558,06	€ 389,54
35 - 39	€ 368,80	€ 619,72	€ 429,63
40 - 44	€ 382,39	€ 633,14	€ 474,20
45 - 49	€ 395,99	€ 686,86	€ 491,10
50 - 54	€ 450,48	€ 794,57	€ 558,73
55 - 59	€ 532,01	€ 955,77	€ 659,94
60 - 64	€ 627,15	€ 1 143,84	€ 778,04
65 - 69	€ 883,46	€ 1 628,41	€ 1 096,23
70 - 74	€ 1 059,77	€ 1 976,92	€ 1 315,08
75 - 79	€ 1 206,64	€ 2 310,91	€ 1 497,42
80 -	€ 1 500,51	€ 2 833,70	€ 1 862,20

(*) Région flamande : codes postaux débutant par 2xxx, 3xxx, 8xxx, 9xxx et par 15xx, 16xx, 17xx, 18xx ou 19xx.

Région de Bruxelles-Capitale : codes postaux de 1000 à 1210.

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

(**) Primes indexées 2021.

Les primes et les prestations (à l'exception des prestations décrites plus haut pour lesquelles il est mentionné qu'elles ne sont pas indexées) sont également adaptées de plein droit, à la date d'échéance annuelle de la prime, sur base de l'*indice des prix à la consommation*. L'indice de base est celui du mois de novembre 2018 soit 253,37 (sur base de 100 en 1981).

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

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

C. EN CAS DE NON-PAIEMENT

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

En cas de non-paiement de la prime dans les quinze jours suivant la date de la mise en demeure, la garantie est suspendue ou résiliée selon les termes fixés dans la mise en demeure au lendemain du jour où ce délai prend fin.

Cette circonstance ne porte toutefois pas préjudice à la garantie relative à un événement assuré survenu dans la période précédant la suspension ou la résiliation.

D. FRAIS ADMINISTRATIFS

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

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

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

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

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

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

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

B. Par nous

Nous pouvons résilier le contrat :

- a) en cas de non-paiement de la prime conformément aux conditions fixées par la loi et mentionnées dans notre lettre de mise en demeure ;
- b) en cas d'omission ou inexactitude non intentionnelle dans la déclaration du risque, *nous* pouvons résilier le contrat dans le délai d'un mois à compter du jour où *nous* avons eu connaissance de l'omission ou inexactitude si *nous* apportons la preuve que *nous* n'aurions en aucun cas assuré le risque. *Nous* pouvons également résilier le contrat dans le délai de quinze jours si *vous* n'êtes pas d'accord sur la proposition de modification ou si *vous* ne réagissez pas dans le mois à cette proposition.

C. Formes de résiliation

La résiliation du contrat se fait :

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

D. Prise d'effet de la résiliation

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

B. DÉCÈS DU PRENEUR D'ASSURANCE

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

C. FAILLITE DU PRENEUR D'ASSURANCE

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

D. DÉMÉNAGEMENT À L'ÉTRANGER

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

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

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

B. SUBROGATION

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

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

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

C. DOMICILE ET CORRESPONDANCE

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

D. TEXTES LÉGAUX ET TRIBUNAUX COMPÉTENTS

Le droit belge est applicable au contrat d'assurance.

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

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

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

BNB : Banque Nationale de Belgique

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

F. GESTION DES PLAINTES

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

Ethias Gestion des plaintes

rue des Croisiers 24 - 4000 Liège
Fax 04 220 39 65
gestion-des-plaintes@ethias.be

Service Ombudsman des assurances

Square de Meeûs 35 - 1000 Bruxelles
Fax 02 547 59 75
www.ombudsman.as
info@ombudsman.as

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

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

Nous communiquons avec nos assurés à travers différents canaux :

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

Langues de communication

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

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

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

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

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

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

Chapitre V Le lexique

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

Vous

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

- le preneur d'assurance ;
- les assurés.

Nous

Ethias sa, rue des Croisiers 24, 4000 Liège

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

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

Accident

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

AssurCard

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

Assurpharma

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

Assuré(s)

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

Délai d'attente

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

Espace Client

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

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

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

Établissement de soins palliatifs

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

Hospitalisation

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

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

Indice des prix à la consommation

Indice fixé tous les mois par le Ministre des Affaires économiques et qui reflète l'évolution des prix d'un certain nombre de services et de biens de consommation. L'indice de base étant celui de décembre 1983, soit 119,64 (base 1981 = 100). L'indice des prix à la consommation 253,37 pris comme base dans les présentes conditions générales est l'indice du mois de novembre 2018. En cas de sinistre, l'indice applicable est celui du mois de novembre précédant la date de survenance de l'hospitalisation.

Intervention légale

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

Ivresse

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

Maladie

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

Preneur d'assurance

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

Stupéfiant

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

POUR PLUS D'INFORMATIONS

Ethias

rue des Croisiers 24 - 4000 LIÈGE

Tél. 04 220 31 11

Fax 04 249 63 10

www.ethias.be

info@ethias.be