

PRÉCISIONS UTILES

ASSURANCE COLLECTIVE SOINS DE SANTÉ

Assurnat S.A. - Package (Version 2010-2011)



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 ?

Tout membre d'Assurnat S.A. ayant adhéré au package souscrit par Assurnat S.A..

Le conjoint ou cohabitant, ainsi que les enfants fiscalement à charge domiciliés sous le toit du membre d'Assurnat sont automatiquement affiliés à la présente police d'assurance.

Afin d'éviter tout inconvénient en cas de règlement de sinistre, nous vous conseillons de nous avertir aussi rapidement que possible, soit par l'intermédiaire d'Assurnat S.A., soit directement auprès d'Ethias, de toute modification dans la composition de votre famille qui interviendrait après la souscription au package Assurnat S.A.

AFFILIATION

On peut s'affilier au package via Assurnat S.A.

Vous avez la possibilité de choisir entre deux modalités de garanties (voir également point A.1) du chapitre « Étendue de l'assurance » ci-après) :

- **Modalité de base**

Cette modalité ne garantit en aucun cas les suppléments liés à l'occupation d'une chambre particulière.

- **Modalité étendue**

Cette modalité prévoit la couverture des suppléments liés à l'occupation d'une chambre particulière.

Attention : le choix de la modalité est définitif. Il n'est ensuite plus possible de passer d'une modalité à l'autre.

La couverture et les périodes de stage (voir ci-après) débutent à partir du premier jour du mois qui suit le mois au cours duquel le formulaire d'adhésion parvient à Ethias.

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

Les personnes désirant mettre fin à leur affiliation à cette assurance doivent le faire savoir par écrit à Assurnat S.A. avant le 1er octobre de l'année d'assurance en cours. Indépendamment de la date du renon, l'assurance restera en vigueur jusqu'au 31 décembre de l'année d'assurance en cours.

ÉTENDUE DE L'ASSURANCE

I. CHAMP D'APPLICATION

A. En cas d'hospitalisation (*voir définition ci-après)

- 1) 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 "garanties" (voir ci-après), les frais de soins de santé, pour autant qu'ils donnent lieu à une intervention légale dans le cadre des prestations reprises à la nomenclature de l'INAMI et soient encourus pendant le séjour dans un hôpital reconnu ou dans une institution de soins palliatifs reconnue.

Sont ainsi garantis :

- dans la **modalité de base** :

- ~ les frais de séjour, en ce compris les suppléments liés à l'occupation d'une chambre à deux lits ; les suppléments relatifs au séjour en chambre particulière pour convenance personnelle ne sont en aucun cas garantis. En cas d'hospitalisation en chambre particulière pour convenance personnelle, Ethias remboursera les suppléments de frais de séjour qui aurait été facturés si l'hospitalisation avait eu lieu dans une chambre à deux lits.
- ~ les honoraires et suppléments d'honoraires, à l'exception des suppléments d'honoraires qui sont facturés lorsque l'assuré occupe une chambre particulière pour convenance personnelle qui ne sont pas couverts.

- dans le **modalité étendue** :
 - ~ les frais de séjours y compris les suppléments pour chambre particulière ou à deux lits.
 - ~ les honoraires et suppléments d'honoraires.

Pour les deux modalités :

- a) les coûts des prestations paramédicales;
 - b) les frais de produits pharmaceutiques, bandages, matériel médical et autres adjuvants médicaux;
 - c) les frais de chirurgie et d'anesthésie;
 - d) les frais d'utilisation de la salle d'opération et de la salle d'accouchement;
 - e) les frais de soins dentaires, de prothèses dentaires, de prothèses thérapeutiques ainsi que d'appareils orthopédiques, 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;
 - f) 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;
 - g) le test de la mort subite.
- 2) Qu'ils donnent lieu ou non à une intervention légale, sont également couverts:
- a) les frais non remboursables de viscosynthèse 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 ou repris sous la catégorie "D" dans la nomenclature de l'INAMI;
 - d) les traitements homéopathiques, de chiropraxie, d'ostéopathie et d'acupuncture;
 - e) les frais :
 - ~ de transport approprié urgent vers l'hôpital;
 - ~ de transport approprié en cas d'hospitalisation, justifié pour raisons médicales;
 - ~ le service mobile d'urgence (SMUR);
 - f) les frais de séjour du donneur en cas de transplantation d'un organe ou d'un tissu en faveur de l'assuré;
 - g) les frais de séjour d'un parent dans la chambre d'un enfant de moins de 14 ans (rooming-in);
 - h) les frais de morgue pris en compte sur la facture de l'hôpital.

B. Pré- et posthospitalisation:

- 1) Il s'agit des frais médicaux encourus pendant une période de 60 jours avant l'hospitalisation et de 180 jours après l'hospitalisation, en rapport direct avec la raison de l'hospitalisation et donnant lieu à une intervention légale de prestations reprises dans la nomenclature de l' INAMI.

Sont couverts pendant cette période:

- a) les frais de prestations médicales dispensées suite à une visite ou une consultation d'un médecin;
 - b) les frais de prestations paramédicales prescrites par un médecin;
 - c) les frais de remèdes médicaux prescrits par un médecin;
 - d) les frais de prothèses médicales;
 - e) les frais de membres artificiels.
- 2) Qu'ils donnent lieu ou non à une intervention légale, sont également couverts:
- a) les médicaments non remboursables ou repris sous la catégorie "D" dans la nomenclature INAMI;
 - b) les traitements homéopathiques, la chiropraxie, l'ostéopathie et l'acupuncture;
 - c) les frais de bandage et de matériel médical, à l'exclusion de tout type de produit généralement disponible dans le commerce non médical.

C. En cas de "maladie grave":

- 1) En cas de survenance des maladies suivantes : cancer, leucémie, tuberculose, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, maladie de Parkinson, diphtérie, poliomyélite, méningite cérébro spinale, variole, typhus, encéphalite, charbon, tétanos, choléra, malaria, maladie de Hodgkin, sida, hépatite infectieuse, scarlatine, diabète, affections rénales nécessitant une dialyse, maladie de Crohn, rectocolite ulcéro hémorragique, mucoviscidose, maladie d'Alzheimer, maladie de Pompe, maladie de Creutzfeld-Jacob et dystrophie musculaire progressive, l'assurance est étendue aux frais de soins de santé dispensés en dehors du milieu hospitalier, donnant lieu à une intervention légale des prestations reprises dans la nomenclature INAMI et en rapport direct avec la maladie, sont couverts :
 - les frais relatifs aux soins spéciaux, aux analyses et examens nécessités par la maladie;
 - les frais de prestations médicales, les honoraires et suppléments d'honoraires;
 - les frais de prestations paramédicales;
 - les frais de location de matériel divers;
 - les médicaments.
- 2) Qu'une intervention légale soit accordée ou non, sont également couverts:
 - les médicaments non remboursables ou repris sous la catégorie "D" dans la nomenclature INAMI;
 - les frais de transport;
 - les traitements homéopathiques, la chiropraxie, l'ostéopathie et l'acupuncture;
 - les frais de produits pharmaceutiques, bandage, matériel médical et autres moyens médicaux ;
 - tous les autres frais pour lesquels Ethias a marqué préalablement son accord.

D. Accouchement à domicile, accouchement en polyclinique et frais postérieurs à un accouchement:

Cette assurance est également d'application pour les frais médicaux relatifs à un accouchement à domicile et à un accouchement en polyclinique. Dans ces cas, les garanties du chapitre "pré et post hospitalisation" telles que mentionnées au point B ci-dessus sont également d'application, en ce compris les frais médicaux relatifs au nouveau-né.

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

(*) Définitions

- a) *"hôpital" : un établissement public ou un établissement privé reconnu légalement comme hôpital, à l'exclusion des établissements psychiatriques fermés, des services ou établissements médico pédagogiques, des maisons de repos, des institutions gériatriques ou services destinés au simple hébergement des personnes âgées, des institutions ou services destinés au simple hébergement des enfants, des personnes convalescentes, ainsi que ceux ayant reçu une agrégation spéciale en tant que maison de repos ou de soins.*
- b) *"hospitalisation" : tout séjour médicalement nécessaire dans un hôpital pour lequel une indemnité de séjour est facturée. Cette notion comprend à la fois le séjour d'au moins une nuit et le concept "one day clinic", pour autant que les conditions suivantes soient réunies :*
 - *la salle d'opération ou la salle de plâtrage a été effectivement utilisée ou un lit d'hôpital a été effectivement utilisé à l'exclusion du séjour dans les salles d'attente, les salles d'examen et les espaces réservés aux services de consultation externe des établissements hospitaliers;*
 - *il doit s'agir des prestations dans le cadre des mini- et maxi- forfaits ainsi que dans le cadre des forfaits A, B, C, D repris dans l'accord national entre les établissements hospitaliers et le service de soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie invalidité.*

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 que 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.

II. HAUTEUR DE LA GARANTIE

- A. Pour chaque prestation accordée au point I ci-dessus, 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 I.A.2, I.B.2 et I.C.2) sont d'application:
- une intervention à concurrence de 2.500,00 € par assuré et par année ;
 - une intervention de 50% avec un plafond de 1.250,00 € par an et par assuré pour les frais de traitement homéopathique, d'acupuncture, d'ostéopathie ou de chiropraxie si aucune intervention légale n'est accordée pour ces prestations.
- C. Le remboursement des frais de séjour d'un parent dans la chambre d'un enfant hospitalisé âgé de moins de 14 ans est limité à 25,00 € par nuit.
- D. L'intervention dans les frais de séjour d'un donneur est accordée à concurrence de 1.250,00 €.
- E. Les frais de transport liés aux maladies graves (point I.C.2) sont remboursés à concurrence d'un plafond global de 250,00 € par personne et par année calendrier.
- F. Pour les hospitalisations consécutives à une affection psychique, psychiatrique ou mentale, l'intervention d'Ethias n'est octroyée que pour des périodes de séjour cumulées ne dépassant pas deux ans, à compter à partir du premier jour qui donne droit à un remboursement.
- G. L'intervention pour les frais visés au dernier paragraphe du point I. D. ci-dessus est accordée pendant une période maximum de douze jours après la fin de l'hospitalisation ou l'accouchement à domicile et à concurrence de maximum 500,00 €.
- H. La franchise est fixée à 75,00 € 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 I.C.1) 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.

III. DÉLAI D'ATTENTE

Le délai d'attente est la période prenant cours à l'affiliation et pendant laquelle Ethias n'est redevable d'aucune intervention.

- Le délai d'attente général est de trois mois.
Ce délai est toutefois supprimé pour :
 - les accidents;
 - les maladies infectieuses aiguës suivantes : rubéole, rougeole, varicelle, scarlatine, diphtérie, coqueluche, oreillons, poliomyélite, méningite cérébrospinale, dysenterie, fièvre typhoïde et paratyphoïde, typhus exanthématique, choléra, variole, paludisme, fièvre récurrente, encéphalite, charbon et tétanos;
 - le conjoint en cas de mariage et le nouveau-né en cas de naissance, d'une personne déjà assurée, pour autant que l'affiliation se fasse dans les trois mois qui suit la date de l'événement.
- Pour les frais liés à une grossesse ou un accouchement et sans préjudice de l'application du délai d'attente de trois mois prévu au point 1., l'intervention d'Ethias 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.
- Par dérogation aux points 1 et 2, 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.

IV. AFFECTIONS PRÉEXISTANTES

Que se passe-t-il si au moment de l'affiliation à l'assurance, on souffre d'une maladie ou invalidité préexistante?

Les prestations prévues au point I. ne sont pas accordées aux assurés si l'existence de l'affection, de la maladie ou de l'invalidité 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.

Par dérogation à ce qui précède, sont toutefois garanties :

- a) l'affection, la maladie ou l'invalidité pour laquelle la victime était déjà couverte par une garantie similaire et pour autant qu'il n'y ait pas eu d'interruption d'assurance;
- b) l'aggravation de l'affection, de la maladie ou de l'invalidité, lorsque l'assuré est affilié à la police depuis plus d'un an et n'a fait l'objet durant cette période d'aucun acte médical résultant de ladite affection, de ladite maladie ou de ladite invalidité.

V. EXCLUSIONS

Aucune intervention n'est due pour les prestations résultant :

- a) d'un traitement esthétique et de cures de rajeunissement. Les frais de chirurgie plastique réparatrice qui seraient occasionnés par une maladie ou un accident couvert seront pris en charge ;
- b) de maladies ou d'accidents survenus à l'assuré (à la condition que le lien causal soit établi) :
 1. en état d'ivresse, d'intoxication alcoolique ou sous l'influence de drogues, de narcotiques, ou de stupéfiants utilisés sans prescription médicale, à moins que 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.
 2. par l'alcoolisme, la toxicomanie ou l'usage abusif de médicaments ;
- c) de traitement de stérilisation et de contraception, excepté pour des raisons médicales impératives ;
- d) d'insémination artificielle, de fécondation in vitro et de cures thermales ;
- e) d'un événement de guerre, que l'assuré y soit soumis en tant que civil ou militaire ; de 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 ;
- f) d'exercice rémunéré d'un sport ;
- g) 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 ;
- h) de sinistres résultant de l'utilisation d'énergie nucléaire qui tombe sous l'application de la convention de Paris (loi du 22 juillet 1985) ou toute autre disposition légale qui remplacerait, modifierait ou compléterait cette loi ;
- i) de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide ;
- j) d'accidents lorsque l'assuré fait partie de l'équipage d'un transport aérien ou exerce pendant le vol une activité professionnelle ou autre en relation avec l'appareil ou le vol.

VI. PRÉCISIONS QUANT AU RISQUE GARANTI

- a) Limites territoriales : il n'y a aucune limite territoriale, 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).
- b) Terrorisme : la présente police couvre 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'a.s.b.l. 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.

VII. RÈGLEMENT DES SINISTRES

Toute hospitalisation doit, aussi rapidement que possible, être déclarée à Ethias au moyen du document prévu à cet effet. Ces formulaires de déclaration sont disponibles auprès d’Ethias ou de la S.A. Assurnat.

Vous transmettez ensuite à Ethias le détail de vos frais médicaux (facture originale de l’hôpital, preuves de remboursement de la mutuelle,...).

Lorsque vous êtes en possession de l’AssurCard et que l’hôpital dans lequel vous êtes hospitalisé est équipé de la borne AssurCard, vous pouvez faire votre déclaration électroniquement. Dans ce cas, Ethias règlera votre facture à l’hôpital en tant que tiers payant.

Les justificatifs relatifs à des frais médicaux postérieurs qui ne peuvent être déclarés par voie électronique doivent être transmis à Ethias.

Les prestations de cette assurance ne sont accordées que sous réserve du droit, pour Ethias, de faire contrôler, à tout moment, par un médecin agréé par elle, l’état de santé de l’assuré. Le médecin choisi par l’assuré remet à l’assuré qui en fait la demande les certificats médicaux nécessaires à l’exécution du contrat.

En cas d’hospitalisation dans un hôpital équipé d’une borne AssurCard

Ethias et AssurCard vous simplifient la vie!

AssurCard est une carte électronique nominative qui vous permet de bénéficier, dans la grande majorité des cas, du système de tiers payant.

L’avantage du système de tiers payant :

- vous n’avez plus d’acompte à déboursier quand vous entrez à l’hôpital;
- vous ne devez plus régler la facture à la sortie et attendre qu’Ethias vous rembourse. C’est Ethias qui paie la facture directement à l’hôpital.

Autre avantage d’AssurCard :

Vous ne devez plus déclarer votre hospitalisation par écrit à Ethias. Elle est enregistrée automatiquement.

Cependant, il se peut que vous ne puissiez avoir recours au système de tiers payant. Cela ne vous empêchera pas d’être remboursé(-e) ultérieurement de vos frais d’hospitalisation et ce, pour autant que votre cas soit pris en charge par le contrat collectif.

Quand et comment utiliser AssurCard?

C’est très simple... vous êtes guidé(-e) pas à pas.

- avant de vous présenter au guichet d’admission de l’hôpital, rendez-vous au terminal AssurCard pour déclarer votre hospitalisation. Vous trouverez ce terminal à proximité des guichets d’admission des hôpitaux ayant adhéré au système AssurCard;
- introduisez votre carte dans le terminal :
 1. le système vérifie vos données personnelles;
 2. si vous n’êtes pas assuré(-e), un message vous en informe;
 3. dans tous les autres cas, vous êtes invité(-e) à répondre à quelques questions qui s’affichent à l’écran d’une manière simple et conviviale;
 4. à la fin de la procédure, un message vous informe si vous pouvez ou non bénéficier du système de tiers payant;
 5. rendez vous au guichet d’admission de l’hôpital et présentez votre AssurCard.

Votre atout? Pas de déclaration à nous envoyer ni d’acompte ou de facture à régler.

Le fait que vous bénéficiez du système de tiers payant ne signifie pas que votre hospitalisation soit couverte. Les garanties du contrat qui vous lient à Ethias restent entièrement d’application.

Même avec le système de tiers-payant, il se peut que certains frais d’hospitalisation ne soient pas couverts par le contrat (franchise, frais de téléphone, location de télévision,...) Dans ce cas, ils seront d’abord récupérés sur le montant des frais ambulatoires exposés avant ou après l’hospitalisation. Ensuite, si nécessaire, nous vous inviterons à nous rembourser les frais non couverts par votre contrat.

A défaut de remboursement dans ce délai, Ethias peut engager une procédure contre l’assuré. Il est précisé que le défaut de remboursement des sommes dues à Ethias peut entraîner la suppression du système de tiers-payant.

En cas d’hospitalisation dans un hôpital qui n’est pas équipé d’une borne AssurCard

ASSURANCE COLLECTIVE SOINS DE SANTÉ ASSURNAT S.A. PACKAGE

Dans ce cas, l'acompte et la facture de votre hospitalisation devront être réglés directement à l'hôpital. Ce qui ne veut pas dire que votre hospitalisation ne soit pas couverte par votre contrat. Dans ces cas spécifiques, vous devez compléter le formulaire papier de "déclaration pour intervention soins de santé" et faire compléter par un médecin le certificat médical figurant au dos de ce document. Ce formulaire doit être transmis le plus rapidement à Ethias qui procédera à l'ouverture de votre dossier.

Vous transmettez ensuite à Ethias les justificatifs de frais encourus (original de la facture d'hospitalisation, tickets de pharmacie, attestations de soins donnés,...).

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Concernant votre affiliation à l'assurance

Assurnat S.A., avenue Général Bernheim, 18/1 à 1040 BRUXELLES

Tél. 02 643 20 20

info@assurnat.be

Pour tout renseignement concernant la couverture

Ethias, rue des Croisiers, 24 à 4000 LIÈGE

Tél. 04 220 81 00

contrat.medicollectivites@ethias.be

En cas d'hospitalisation

Tél. 04 220 33 01

sinistre.soindesante@ethias.be

Ce texte a un caractère purement informatif et a pour but de donner un aperçu des dispositions reprises dans le contrat d'assurance collective conclu entre le souscripteur et Ethias. En cas de litige, Ethias se référera exclusivement aux conditions particulières, spéciales et générales de la police.

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.

PAIEMENT D'UNE PRIME COMPLEMENTAIRE

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 verser, au cours de l'assurance collective, un complément de prime. Dans ce cas, l'âge dont il sera tenu compte pour déterminer la prime de l'assurance conclue à titre individuel sera l'âge qu'avait l'assuré au moment où il a commencé à payer la prime complémentaire. S'il interrompt les paiements, une adaptation sera opérée en rapport avec la durée de cette interruption.

Ethias propose à l'assuré de verser ce complément en concluant le contrat « Plan Médi-Next ». Toute information au sujet de ce contrat peut être obtenue en formant le numéro 04 220 37 90.

POUR PLUS D'INFORMATIONS

Ethias
rue des Croisiers 24 - 4000 LIÈGE
Tél. 04 220 31 11
Fax 04 220 30 05
www.ethias.be
info@ethias.be

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

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

RPM Liège TVA BE 0404.484.654 Compte Ethias Banque : 827-0821680-86 IBAN : BE78 8270 8216 8086 BIC : ETHIBEBB