

Disclaimer : le présent document n'est pas personnalisé en fonction de vos besoins spécifiques et les informations et obligations prévues dans le présent document ne sont pas exhaustives. Pour toute information complète quant aux droits et obligations de l'entreprise d'assurances et de l'assuré, veuillez consulter les conditions générales et/ou particulières relatives au produit d'assurance choisi.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Une assurance soins de santé collective et complémentaire par laquelle l'assureur garantit, en cas de maladie, de grossesse, d'accouchement ou en cas de maladie et d'accident, des prestations relatives à un traitement médical nécessaire à la préservation et/ou au rétablissement de la santé. L'assurance est souscrite au profit d'un ensemble de personnes, qui sont liées professionnellement au preneur d'assurance au moment de leur affiliation. Il est possible d'affilier leur famille.



Qu'est ce qui est assuré ?

Garantie "Hospitalisation et one day clinic" et "Soins ambulatoires - pré-en post-hospitalisation"

- ✓ Les frais médicaux et paramédicaux
- ✓ Les frais des prothèses et appareils orthopédiques, y compris le matériel dentaire
- ✓ Les frais de soins palliatifs, les frais de dépistage de la mort subite du nourrisson, les frais de séjour du donneur d'un organe
- ✓ Interventions ophtalmologiques extramurales
- ✓ Les frais de location de matériel médical prescrit par un médecin
- ✓ Les frais d'accouchement, même à la maison
- ✓ Les frais mortuaires
- ✓ Les frais de location d'un téléviseur, d'un frigo, d'un téléphone
- ✓ Les frais de séjour d'un des parents dans le même établissement hospitalier que celui de l'enfant hospitalisé, âgé de moins de 16 ans

Garantie "Soins ambulatoires - maladies graves"

- ✓ Les frais médicaux découlant des soins ambulatoires, qui sont en relation directe avec 31 maladies graves

Garantie "Transport"

- ✓ Les frais d'ambulance et/ou hélicoptère en rapport avec les garanties décrites ci-dessus

Service "Medi-Assistance"

- ✓ Service center (24/24-7/7)
- ✓ Service tiers payant en Belgique

Garantie "Assistance"

- ✓ Service tiers payant à l'étranger
- ✓ Rapatriement suite à un incident médical
- Assistance en Belgique
- Homecare
- Assistance à l'étranger



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

Les risques non couverts

- ✗ Acte intentionnel de l'assuré provoquant des lésions, qu'elles soient recherchées ou non par l'assuré, à l'exclusion des actes de légitime défense ou de sauvetage ou les tentatives de suicide
- ✗ Guerre entre Etats ou faits de même nature, guerre civile
- ✗ Participation active à des émeutes ou actes de violence collective
- ✗ Faute lourde (le pari, le défi, sous influence d'une drogue, intoxication alcoolique)
- ✗ Affection allergique qui ne présente pas de symptômes objectifs
- ✗ Trouble psychique qui ne présente pas de symptômes objectifs
- ✗ Toxicomanie, y compris l'alcoolisme et l'usage abusif de médicaments
- ✗ Traitement esthétique, traitement relatif à la stérilisation, traitement relatif à la fertilité (sauf la procréation médicalement assistée)
- ✗ Traitements médicaux et paramédicaux non reconnus par l'INAMI
- ✗ Médicaments non reconnus par le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions



Y a-t-il des restrictions de couverture ?

- ! Un stage de 9 mois dans quelques cas (affiliation tardive) et moins de 5 assurés principaux
- ! La compagnie limite son intervention en fonction du choix fait par le preneur, précisé dans les conditions particulières
- ! L'assuré prend en charge l'éventuelle franchise. Les montants spécifiques sont mentionnés dans les conditions particulières
- ! Lorsque l'hospitalisation ou les soins ambulatoires pour une maladie grave ont lieu à l'étranger, l'intervention de la compagnie sera limitée jusqu'à un plafond précisé dans les conditions particulières
- ! La garantie soins ambulatoires pré-et post-hospitalisation est limitée à un certain nombre de mois avant et après l'hospitalisation comme précisé dans les conditions particulières
- ! Les limitations dans le nombre des interventions et le montant maximal pour les couvertures assistance sont définies dans des conditions générales
- ! Pour les interventions ophtalmologiques extramurales, l'intervention est limitée selon l'accord entre la compagnie et les centres
- ! L'intervention dans les frais de procréations médicalement assistées est limitée à 6.000 EUR



Où suis-je couvert (e) ?

- ✓ Les garanties de cette assurance sont acquises dans le monde entier
- ✓ Elles ne sont acquises que moyennant l'accord préalable de la compagnie lorsque l'assuré n'a pas sa résidence habituelle en Belgique ou lorsqu'il séjourne plus de trois mois par an à l'étranger. Les garanties restent toutefois acquises pour les frais effectués en Belgique.



Quelles sont mes obligations ?

- Le preneur d'assurance communique immédiatement à la compagnie les modifications intervenues au niveau des assurés et de leur famille (nouvelles affiliations, départs, modifications de la situation familiale de l'assuré)
- Le preneur d'assurance est légalement tenu d'informer sans délai l'assuré susdit de la possibilité pour celui-ci et, le cas échéant, pour le(s) membre(s) de sa famille de payer une prime individuelle supplémentaire en vue de préfinancer la poursuite individuelle de la présente assurance. AXA ne dispose pas d'un tel produit à l'heure actuelle.
- Le preneur d'assurance informe l'assuré dans les trente jours suivant la perte du bénéfice de la présente assurance de la possibilité de maintenir la couverture à titre personnel



Quand et comment effectuer les paiements ?

Vous avez l'obligation de payer annuellement la prime et vous recevez pour cela une invitation à payer. Une prime fractionnée est possible moyennant certaines conditions et des coûts supplémentaires éventuels.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date de début de l'assurance est indiquée dans les conditions particulières du contrat. Sauf dérogation prévue dans les conditions particulières, le contrat est conclu pour une durée d'un an et est reconductible tacitement.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez annuler votre contrat d'assurance au plus tard deux mois avant la date d'échéance annuelle du contrat. Cependant, les conditions particulières peuvent stipuler un autre délai. L'annulation du contrat doit se faire par envoi recommandé.