

Ce document a pour but de vous donner un aperçu des principales couvertures et exclusions relatives à cette assurance. Ce document n'est pas personnalisé en fonction de vos besoins spécifiques et les informations qui y sont reprises ne sont pas exhaustives. Pour toutes informations complémentaires, veuillez consulter les conditions précontractuelles et contractuelles qui se rapportent à cette assurance.

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

Hospimax Plus est une assurance individuelle de soins de santé complémentaire par laquelle l'assureur garantit, en cas de maladie, de grossesse, d'accouchement et d'accident, des prestations relatives à une hospitalisation nécessaire à la préservation et/ou au rétablissement de la santé. Il s'agit d'une assurance privée qui peut couvrir plusieurs assurés à savoir les membres d'une même famille vivant sous un même toit.



## Qu'est-ce qui est assuré ?

### Garanties de base :

En cas d'hospitalisation suite à une maladie, un accident, une grossesse ou un accouchement, les frais suivants sont remboursés:

- ✓ les frais de séjour, y compris l'hospitalisation d'une journée (admission en matinée et sortie le soir même) et les nuitées d'un des parents affiliés dans la même chambre que son enfant hospitalisé de maximum 16 ans
- ✓ les frais d'exams et de traitements
- ✓ les frais de prothèses et d'appareils orthopédiques
- ✓ les médicaments requis et en relation directe avec la raison de l'hospitalisation.
- ✓ les frais médicalement requis du donneur d'organe ou de tissus en faveur d'un assuré
- ✓ le matériel médical tel que le matériel endoscopique et le matériel de viscérosynthèse, pour autant qu'ils fassent l'objet d'une intervention légale
- ✓ le test de la mort subite du nourrisson
- ✓ les soins palliatifs dans le cas d'une hospitalisation.
- ✓ les frais de transport en ambulance ou hélicoptère, justifié par l'urgence et l'état de santé de l'assuré.
- ✓ les accouchements à domicile et en polyclinique et les soins postnatals subséquents à la maison.

### Garanties optionnelles :

- Les garanties optionnelles « soins ambulatoires pré et post hospitalisation » et « maladie grave et soins palliatifs » sont facultatives et indissociables.**

- **Les soins ambulatoires pré- et post- hospitalisation**  
Dans les 2 mois qui précèdent et les 6 mois qui suivent l'hospitalisation, les frais suivants sont remboursés :
  - les frais liés aux soins, exams et traitements prodigués ou prescrits par un médecin
  - les médicaments
  - les frais de prothèses et d'appareils orthopédiques
  - les frais liés à la chiropraxie, l'ostéopathie ou l'acupuncture prescrite par un médecin (remboursement de 12,50 EUR par séance avec un maximum de 10 séances par assuré et sinistre)
  - les remèdes homéopathiques (à concurrence de 50% et un plafond ne pouvant dépasser 125 EUR par assuré et sinistre)

Une relation directe entre ces frais et l'hospitalisation doit exister.



## Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

### Exclusions importantes pour la garantie de base et les garanties optionnelles :

#### Les frais suivants ne sont pas couverts :

- × stérilisation, traitement contraceptif, insémination artificielle, interruption volontaire de grossesse, traitement de l'impuissance
- × traitement esthétique qui ne résulte pas directement d'une maladie ou d'un accident couverts par l'assurance
- × mammoplastie et implant mammaire, liposuccion, exérèse du tissu adipeux
- × interventions chirurgicales visant à obtenir une réduction de la masse pondérale
- × séjour dans une station thermale, une maison de convalescence et de santé
- × traitement dentaire, de quelque nature que ce soit (sauf résultant directement d'un accident couvert par l'assurance).
- × la pratique de certains sports tels que la boxe, la lutte, le catch ou le saut à l'élastique.

Vous pouvez trouver la liste complète des exclusions dans les conditions générales disponibles dans votre agence ou sur le site DVV.

### Exclusions importantes pour les garanties optionnelles:

- × Les frais de transport ne sont pas couverts par les garanties complémentaires « soins ambulatoires pré- et post-hospitalisation » et « maladies graves et soins palliatifs ».
- × Certaines « maladies graves » ne sont pas couvertes. Vous pouvez trouver les maladies couvertes dans les conditions générales disponibles dans votre agence ou sur [www.dvv.be](http://www.dvv.be).

#### • **Maladie grave et soins palliatifs**

N'exigeant pas d'hospitalisation, les frais suivants sont remboursés :

- les frais liés aux soins, examens et traitements prodigués ou prescrits par un médecin
- les médicaments
- les frais de prothèses et d'appareils orthopédiques
- les frais liés à la location de matériel médical.

Vous trouverez les définitions des maladies graves et soins palliatifs dans les conditions générales disponibles dans votre agence ou sur le site.

#### ☐ **Risques assurés moyennement surprime :**

Moyennant le paiement d'une surprime et sous réserve d'acceptation de la Compagnie (y compris pour les autres garanties optionnelles), les sports suivants sont couverts :

- Spéléologie
- Saut d'obstacles à cheval, compétitions équestres, hippomobiles et polo
- Alpinisme
- deltaplane, aviation, parachutisme et
- plongée sous-marine sans brevet ou à plus de 40 mètres de profondeur.

L'AssurCard peut être utilisée pour une hospitalisation dans tous les hôpitaux belges affiliés au système de l'AssurCard (<https://www.assurcard.be/fr/hopitaux>).



### Y a-t-il des restrictions de couverture ?

#### ! **Délai de carence :**

Le délai de carence est fixé à trois mois sauf (appliqué aux garanties de base et optionnelles):

- En cas d'accident survenu après la date d'effet du contrat
- En cas de maladie infectieuse aiguë

#### ! **Franchise**

Une franchise forfaitaire de 62,50 EUR est d'application dans le tarif de base. Le preneur d'assurance peut décider de modifier le montant de cette franchise forfaitaire à 0 euro, 125 EUR ou 250 EUR. Cette franchise est stipulée dans les conditions particulières du contrat et est appliquée par année et par assuré. Vous pouvez trouver davantage d'explication sur l'application de cette franchise dans les conditions générales disponibles dans votre agence ou sur le site.

#### ! **Limites d'intervention :**

Le remboursement des frais couverts se calcule en déduisant les interventions légales ou toute autre intervention d'une mutualité ou d'un assureur. Les frais couverts sont soumis dans certains cas à des limites d'interventions (selon la région et le type de frais). Vous pouvez trouver ces limites d'intervention dans les conditions générales se trouvant sur le site.



### Où suis-je couvert(e) ?

Vous êtes couvert dans le monde entier.



### Quelles sont mes obligations ?

- Déclarer exactement, lors de la conclusion du contrat, toutes les circonstances connues de vous et pouvant constituer un élément d'appréciation du risque pour l'assureur
- Avertir l'assureur en cas de modification de domicile et/ou de structure familiale en cours de contrat.
- En cas de sinistre, déclarer celui-ci dans le mois et envoyer les factures originales, les décomptes des prestations de la mutuelle et toutes pièces justificatives d'indemnité servies dans le cadre d'une assurance privée au plus tard un an après la date de prestation, c'est-à-dire la date à laquelle vous recevez vos factures.



### Quand et comment effectuer les paiements ?

Vous avez l'obligation de payer la prime dès réception de l'invitation à payer. La prime doit être payée chaque année avant l'échéance annuelle fixée au contrat. Lorsqu'un échelonnement est possible (semestriel, trimestriel, mensuel), ce dernier peut générer des frais supplémentaires.



### Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'assurance prend effet à la date indiquée dans les conditions particulières, après la signature de la police d'assurance par les deux parties et au plus tôt à la date de paiement de la première prime. Sauf résiliation préalable de votre part, l'assurance est conclue pour une durée à vie et prend fin à votre décès. L'assureur peut mettre fin au contrat d'assurance suite au non paiement de la prime.



### Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez résilier votre contrat d'assurance au plus tard trois mois avant la date d'échéance annuelle du contrat. La résiliation du contrat doit se faire par lettre recommandée, par exploit d'huissier ou par la remise d'une lettre de résiliation avec accusé de réception.