

Ce document d'information a pour but de vous donner un aperçu des principales couvertures et exclusions concernant cette assurance. Le document n'est pas personnalisé sur la base de vos besoins spécifiques et les informations qu'il contient ne sont pas exhaustives. Veuillez consulter les conditions précontractuelles et contractuelles relatives à cette assurance pour toute information complémentaire concernant l'assurance choisie et vos obligations. Pour tout complément d'information, n'hésitez pas à contacter votre intermédiaire.

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

Hospi-XL est une assurance soins de santé complémentaire par laquelle l'assureur garantit, en cas de maladie, de grossesse, d'accouchement ou en cas d'accident, des prestations relatives à un traitement médical nécessaire au maintien de la santé et/ou au rétablissement du patient. Cette assurance peut être souscrite par des personnes physiques pour autant que l'assuré ait sa résidence habituelle en Belgique et soit affilié à la Sécurité sociale belge. L'acceptation peut être subordonnée à une acceptation médicale favorable.



Qu'est ce qui est assuré ?

- ✓ Remboursement illimité (100 %) des frais d'hospitalisation en cas de maladie, d'accident, d'accouchement, de fausse-couche ou de trouble de la grossesse : le séjour pour lequel on vous facture une ou plusieurs nuitées ainsi que certaines hospitalisations de jour sont couverts.
- ✓ Remboursement illimité (100 %) des frais de prétraitement et de posttraitement dans les 2 mois qui précèdent votre hospitalisation ou pendant les 6 mois qui suivent.
- ✓ Frais supplémentaires en cas de maladies graves : intervention à 100 % (max. 2478,94 € par année d'assurance) pour les soins ambulatoires de 30 maladies graves.
- ✓ Hospitalisation pour soins dentaires : nous indemnisons les bridges et les couronnes nécessaires à la suite d'un accident couvert.
- ✓ Soins esthétiques : nous remboursons les frais d'hospitalisation pour un traitement esthétique préalablement reconnu par notre médecin comme médicalement nécessaire et qui est une conséquence d'un accident couvert ou d'une maladie couverte.
- ✓ Frais d'hospitalisation du donneur qui se fait hospitaliser volontairement et consciemment en vue d'un don à l'assuré.
- ✓ Par frais d'hospitalisation, nous entendons les frais de séjour, d'examen, de soins médicaux, de prothèses médicales, de traitement, d'intervention chirurgicale, d'anesthésie et les honoraires du médecin (si médicalement nécessaire et justifié), etc.
- ✓ En cas d'hospitalisation garantie en Belgique, vous pouvez faire appel à une assistance avant, pendant et après l'hospitalisation.
 - avant : en cas d'urgence et en l'absence de votre médecin traitant, l'assureur assistance vous aide à trouver un hôpital approprié ;
 - pendant : le transport de vos enfants mineurs et/ou de vos parents âgés cohabitants pour un séjour chez une autre personne ; le transport et le gardiennage de vos chats et chiens (30 jours) ;
 - après : le retour de vos enfants mineurs, de vos parents âgés cohabitants ou de vos chiens et chats ; les frais d'aide-ménager(e)s (hospitalisation d'au moins 5 jours ; cette intervention s'élève à maximum 20 heures à maximum 6,20 € par heure) ; la livraison de médicaments prescrits par votre médecin et/ou les denrées alimentaires et produits ménagers nécessaires. En cas d'hospitalisation d'un mineur : les frais des cours de rattrapage nécessaires (max. : 2 heures/jour avec un maximum de 10 heures ; 24,79 € par heure de cours).



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

Les frais d'hospitalisation :

- ✗ qui commencent pendant la période d'attente ;
- ✗ imputables aux conséquences ou complications d'une affection préexistante exclue.
- ✗ à la suite d'une pratique sportive rémunérée ;
- ✗ à la suite d'une maladie provoquée partiellement ou entièrement par une consommation excessive systématique d'alcool, de drogues ou de médicaments.

Les frais et/ou hospitalisations suivants :

- ✗ stérilisation préventive, contraception, insémination artificielle, fécondation in vitro, psychiatrie chronique ou gériatrique, cures thermales, thérapie occupationnelle, thérapie cellulaire vivante, lunettes et lentilles de contact ;
- ✗ interventions chirurgicales liées à l'obésité et à ses complications, transpositions ombilicales, réduction et grossissement du sein, tabliers et liposuccions ;
- ✗ les dépenses personnelles (boissons, téléphone, etc.) et les produits hygiéniques ou diététiques qui ne sont pas inclus dans le prix de la journée d'hospitalisation.



Y a-t-il des restrictions de couverture ?

- ! « Hôpitaux chers » : 50 % de la part personnelle reste à charge de l'assuré si celui-ci a opté pour une chambre individuelle avec suppléments pour le patient. Vous trouverez cette liste sur www.fidea.be.
- ! Le montant de la franchise éventuelle que vous avez choisie lors de la souscription à la police reste toujours à charge de l'assuré.
- ! En cas d'hospitalisation pour soins dentaires, nous indemnisons les frais d'hospitalisation, à l'exception des prothèses dentaires.
- ! En cas de maladie grave, nous verserons une indemnité (en plus des frais d'hospitalisation) de maximum 2478,94 € par année d'assurance.
- ! Nous remboursons les frais de transport médicalement adapté si cela est nécessaire en raison d'une hospitalisation garantie à concurrence de maximum 1239,47 € par hospitalisation garantie.
- ! Nous indemnisons les frais de séjour d'autres personnes à concurrence de 7 nuitées maximum.
- ! Pour les maladies mentales et nerveuses, notre intervention s'élève à maximum 90 nuits d'hospitalisation par année d'assurance, par assuré.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En Belgique, vous êtes couvert tant pour les hospitalisations planifiées que non planifiées (urgences).
- ✓ Vous êtes couvert à l'étranger pour les hospitalisations non planifiées dans la mesure où, au moment de l'hospitalisation, vous ne séjournez pas plus de 6 mois consécutifs à l'étranger.
- ✓ Nous indemnisons les hospitalisations à l'étranger planifiées uniquement après que celles-ci ont été reconnues médicalement nécessaires et justifiées par notre médecin.



Quelles sont mes obligations ?

- Vous devez compléter une proposition d'assurance. Outre la poursuite individuelle d'une assurance hospitalisation collective similaire de Fidea, vous devez également compléter un questionnaire médical.
- Vous devez communiquer le plus rapidement possible tout changement d'adresse. Nous vous envoyons nos lettres à l'adresse que vous nous avez indiquée.
- Vous devez déclarer une hospitalisation le plus rapidement possible, de préférence dans les 15 jours.
- Vous devez nous fournir au plus vite tous les documents qui démontrent l'hospitalisation et les frais, notamment :
 - la facture originale de l'hôpital ;
 - les certificats de la mutuelle ;
 - les rapports de votre médecin ;
 - les rapports d'hospitalisation ;
 - un rapport de l'accident.
- À notre demande, vous devez vous faire examiner par notre médecin. Vous autorisez également vos médecins traitants à transmettre à notre médecin des informations utiles sur votre état de santé actuel et ancien.
- Vous devez faire tout ce qui peut favoriser votre rétablissement et respecter les traitements prescrits.

2



Quand et comment effectuer le paiement ?

Vous avez l'obligation de payer la prime à l'échéance mentionnée dans les documents de police personnels du preneur d'assurance. Chaque taxe, frais et cotisation légale se retrouve dans le montant de la prime.

L'intermédiaire en assurances ou Baloise Insurance vous rappelleront l'échéance de la prime par une invitation à payer. Un paiement de prime étalé est possible sous certaines conditions et des frais supplémentaires peuvent y être liés.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date de début et la durée de l'assurance sont indiquées dans les conditions particulières. Le contrat court à vie et n'est pas résiliable par Baloise Insurance, hormis les exceptions prévues par la loi. La couverture prend cours après l'émission et la signature de la police, après le paiement de la prime et après l'expiration des délais d'attente.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez résilier le contrat d'assurance au minimum trois mois avant l'échéance annuelle. La résiliation doit se faire par lettre recommandée, par exploit d'huissier de justice ou par remise de la lettre de résiliation contre accusé de réception.