Assurance Hospitalisation liée à l'activité professionnelle

Document d'information sur le produit d'assurance

AG Insurance SA

Entreprise d'assurance belge agréée sous le numéro 0079

Hospicare Flex

Ce document d'information 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. L'étendue exacte des garanties et les limites d'intervention sont précisées dans les conditions générales du contrat. Pour toutes informations complémentaires concernant l'assurance choisie et vos obligations, veuillez consulter les informations précontractuelles et contractuelles relatives à cette assurance.

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

L'assurance hospitalisation liée à l'activité professionnelle est une assurance hospitalisation complémentaire à l'intervention légale de la mutuelle qui prévoit le remboursement des frais médicaux nécessaires pendant l'hospitalisation mais aussi, pour une période déterminée, avant et après. Les frais de traitement d'une maladie grave sont remboursés toute l'année même sans hospitalisation. Elle peut être souscrite par un employeur installé en Belgique (siège social ou succursale) au bénéfice des travailleurs/dirigeants d'entreprise actifs dans ce site. Par ailleurs, sous certaines conditions, les membres de la famille des travailleurs/dirigeants d'entreprise peuvent aussi bénéficier de cette assurance.

Qu'est-ce qui est assuré ?

L'assurance hospitalisation prend en charge les coûts d'une hospitalisation médicalement nécessaire (maladie, accident, accouchement,...) qui ne sont pas pris en charge par la mutuelle.

- ✔ **Hospitalisation** : Remboursement des frais médicaux (suppléments d'honoraires et de chambres, médicaments, frais de transport, rooming-in (frais de séjour d'un des parents dans la chambre de de l'enfant, à l'exception des frais pour les repas), matériel médical et soins palliatifs) en cas d'hospitalisation.
- ✔ **Traitement pré et post** : Remboursement des frais médicaux liés à une hospitalisation à partir d'1 mois avant l'hospitalisation et jusqu'à 3 mois après.
- ✔ **Maladies graves** : Les frais médicaux liés au traitement de 30 maladies graves sont remboursés toute l'année, même sans hospitalisation. Par ailleurs, la franchise éventuelle n'est pas due.
- ✔ **Couverture et assistance à l'étranger** : Remboursement des soins médicaux urgents à l'étranger + services supplémentaires comme les frais de recherche et de sauvetage, le rapatriement...
- ✔ **Possibilités supplémentaires via l'application MyAG Employee Benefits** :
  - ✓ Consultations vidéo* via l'app Doktr.

Options :

- ❑ **Medi-Assistance** : AG paie directement la facture à l'hôpital. Par ailleurs, l'assuré a droit à des services supplémentaires pendant et après l'hospitalisation : garde d'enfants, aide-ménagère...
- ❑ **My Mind Premium** : Via l'app MyAG Employee Benefits, encore d'autres options sont proposées à l'affilié en matière de bien-être mental.
- ❑ **My Care Premium** : Via l'app MyAG Employee Benefits, encore d'autres options sont proposées à l'affilié en matière de santé.
- ❑ **Delta** : cette garantie prévoit notamment un doublement de la période pré- et post-hospitalisation jusqu'à respectivement 2 et 6 mois.

* Les consultations vidéo via l'app Doktr ne sont pas remboursées par AG et restent à la charge des affiliés.

Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✘ Les frais résultant notamment :
  - ✗ De soins ou traitements esthétiques.
  - ✗ De cures telles que le thermalisme, la thalassothérapie et les cures hygiéno-diététiques.
  - ✗ De traitements anticonceptionnels.
  - ✗ De check-up préventifs, à l'exception de la colonoscopie préventive en chambre double ou commune.
- ✘ Les frais médicaux qui découlent d'une 'faute grave' (par ex. comportement téméraire ou consommation d'alcool ou de stupéfiants) ne sont pas couverts, tout comme les maladies ou accidents causés par des faits de guerre ou une participation active à une émeute.
- ✘ Les prothèses, appareils orthopédiques, matériel médical et dispositifs médicaux pour lesquels il n'y a pas d'intervention légale, sauf si votre contrat prévoit une couverture avec plafond pour ce type de frais.
- ✘ En cas d'affiliation tardive : le traitement d'une affection préexistante ou d'une grossesse survenue au cours de l'année suivant la date d'affiliation.

Y a-t-il des restrictions à la couverture ?

- ! En cas d'accouchement à domicile, un montant forfaitaire est remboursé.
- ! Une franchise annuelle peut être prévue dans le contrat.
- ! Lorsque votre contrat prévoit une couverture pour les prothèses, appareils orthopédiques, matériel médical et dispositifs médicaux pour lesquels il n'y a pas d'intervention légale : un plafond global par an et par assuré est applicable.
- ! Pour les médicaments sans intervention légale, il peut y avoir un pourcentage de remboursement général par an et par assuré dans les garanties « Pré et post » (avant et après le traitement) et « Maladies graves ».
- ! En cas d'hospitalisation, pour effectuer un traitement de procréation médicalement assistée, la couverture est assurée dans la mesure où une intervention légale est prévue.

Où suis-je couvert(e) ?

✔ La garantie est applicable dans le monde entier si :

✓ l'assuré a son domicile principal en Belgique et y séjourne plus de 9 mois par an et

✓ s'il bénéfice des interventions de la sécurité sociale belge.

✔ En cas d'hospitalisation à l'étranger, le droit à la prestation est acquis si :

✓ l'hospitalisation est urgente et imprévue ou si la mutuelle a donné son accord préalable.

Si une de ces conditions n'est pas remplie, l'intervention s'élève à 75 euro par jour d'hospitalisation et à 50 % du montant des frais pré- et post-hospitalisation.

Quelles sont mes obligations ?

- L'employeur doit transmettre les informations nécessaires des personnes à affilier dès qu'elles répondent aux critères d'affiliation stipulés dans la convention d'assurance.
- Compte tenu de la politique d'acceptation du risque 'soins de santé' définie par AG, des formalités médicales peuvent être d'application. Tel est le cas lors d'une affiliation tardive, c'est-à-dire lorsque les personnes n'ont pas été affiliées dans les 3 mois suivant la date à laquelle elles étaient affiliables et qu'elles demandent leur affiliation par la suite.
- L'employeur doit communiquer à AG les noms des assurés et la date à laquelle leur affiliation a pris fin. Dans ce cas, vous avertissez votre collaborateur de la possibilité de prolonger son assurance soins de santé sur une base individuelle.
- Les assurés doivent avertir AG au plus vite de tout sinistre, par voie digitale ou au moyen d'un document papier. Si l'assuré souhaite recourir au système de tiers payant, il doit en avertir AG avant ou pendant l'hospitalisation.
- Pour les traitements suivants, un accord préalable du médecin-conseil doit être obtenu : reconstruction mammaire, traitements maxillaires, chirurgie bariatrique, chirurgie correctrice des paupières et chirurgie réparatrice de l'abdomen.

Quand et comment effectuer les paiements ?

- Lors de chaque échéance, l'employeur verse à AG les primes pour l'ensemble des assurés, majorées des frais et des impôts. Ce versement est effectué sur la base d'un bordereau établi par AG.
- Les primes sont dues, pour chaque assuré, dès le premier jour du mois de l'affiliation jusqu'au dernier jour du mois durant lequel il est mis un terme à l'affiliation.

Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'assurance est conclue pour une durée d'un an à compter de la date de début. Elle est prolongée tacitement pour une durée d'un an à la fin de chaque année d'assurance.

Pour le collaborateur, l'affiliation prend fin le jour où il n'est plus effectivement au travail auprès de l'employeur à la suite de la cessation ou de la suspension de son contrat de travail (entre autres : licenciement, interruption de carrière ou, le cas échéant, crédit-temps), de l'accès au régime de chômage avec complément d'entreprise, de la prise de pension et au plus tard à l'âge terme prévu par le contrat.

Comment puis-je résilier le contrat ?

L'employeur et AG peuvent résilier le contrat d'assurance au plus tard trois mois avant la date d'échéance annuelle du contrat.
La résiliation du contrat doit se faire par envoi recommandé, par exploit d'huissier ou par la remise d'une lettre de résiliation avec accusé de réception.

AG Insurance (en abrégé AG) SA - Bd E. Jacqmain 53, 1000 Bruxelles - www.aginsurance.be - info@aginsurance.be - IBAN : BE13 2100 0007 6339 - BIC : GEBABEBB - RPM Bruxelles
TVA BE 0404.494.849 – Entreprise d'assurance belge agréée sous code 0079, sous le contrôle de la Banque nationale de Belgique, Bd de Berlaimont 14, 1000 Bruxelles