

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

AG Care Business



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 et particulières 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?

AG Care Business 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?

AG Care Business 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, prothèses et appareils orthopédiques, frais de transport, rooming-in (frais de séjour d'un des parents dans la chambre de l'enfant, à l'exception des frais pour les repas), matériel médical et soins palliatifs) en cas d'hospitalisation (y compris hospitalisation de jour). Si le patient choisit personnellement une chambre particulière, 50 % de la facture reste à sa charge dans un nombre limité d'hôpitaux, sauf si les garanties suivantes ont été souscrites :
 - l'**option universitaire** prévoit un remboursement intégral en cas d'hospitalisation en chambre particulière dans tous les hôpitaux universitaires.
 - l'**option SL** prévoit un remboursement intégral en cas d'hospitalisation en chambre particulière dans tous les hôpitaux de Belgique.
- ✓ **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,...

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,...
- Delta** : cette garantie prévoit notamment un doublement de la période pré- et post-hospitalisation jusqu'à respectivement 2 et 6 mois.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré?

- ✗ Les frais résultant notamment :
 - ✗ De soins ou traitements esthétiques.
 - ✗ Les traitements expérimentaux ou qui ne sont pas scientifiquement prouvés.
 - ✗ Traitements dentaires, à moins qu'ils ne soient médicalement motivés par une autre affection que celle aux dents ou par un accident couvert par la police.
 - ✗ 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.
- ✗ Le traitement d'une affection ou d'une grossesse préexistante.
- ✗ 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.



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

- ! En cas d'accouchement à domicile, un montant forfaitaire est remboursé.
- ! Dans un nombre limité d'hôpitaux, 50 % de la facture reste à charge du patient en cas d'hospitalisation en chambre particulière, sauf si l'employeur a souscrit l'option SL ou Universitaire.
- ! Pour le remboursement des médicaments sans intervention légale, il peut y avoir un plafond général de remboursement par an et par assuré.
- ! Une franchise annuelle peut être prévue dans le contrat.
- ! 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 bénéficie 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 et
 - ✓ s'il y a une intervention légale.
- ✓ Les assurés ont également droit à une assistance : frais de recherche et de sauvetage, rapatriement, visite aux membres de la famille...



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 ?

Le contrat d'assurance est conclu pour une durée indéterminée.

Dès que le travailleur n'est effectivement plus employé par l'employeur à la suite de la fin ou de la suspension du contrat de travail, il peut, dans un délai de 30 jours et moyennant certaines conditions, effectuer une demande de prolongation. Si le contrat n'est pas prolongé, la couverture prendra fin le jour auquel le travailleur n'est effectivement plus employé par l'employeur.



Comment puis-je résilier le contrat ?

L'employeur peut mettre un terme au contrat à la fin de chaque année d'assurance. 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. Dans ce cas, l'assuré peut, dans un délai de 30 jours et moyennant certaines conditions, effectuer une demande de prolongation.