

# Assurance hospitalisation

## Document d'information sur le produit d'assurance



# ForfaitH

MLOZ Insurance, Route de Lennik 788A, 1070 Anderlecht - Belgique  
entreprise d'assurances des Mutualités Libres,  
agrée sous le numéro de code OCM 750/01 pour les branches 2 et 18,  
numéro d'entreprise : 422.189.629.

**Ce document est purement indicatif et vise à donner un aperçu des principales couvertures et exclusions. Par conséquent, aucun droit ne peut en découler. Toutes les informations contractuelles et précontractuelles sur le produit d'assurance sont fournies dans les conditions générales, les avenants, la demande de nouvelle affiliation et la lettre d'acceptation.**

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

L'assurance Forfait H est une assurance facultative à caractère forfaitaire en complément de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le produit prévoit un montant forfaitaire par jour d'hospitalisation ou en cas d'hospitalisation de jour, à la suite d'une maladie, d'un accident ou d'un accouchement, indépendamment du montant de la facture hospitalière.



#### Qu'est-ce qui est assuré ?

- ✓ En Belgique, remboursement après un stage d'attente de 6 mois d'un montant forfaitaire de 12,35 € par jour d'hospitalisation en cas de séjour de minimum une nuit, ou en cas d'hospitalisation de jour.
- ✓ Sans limite générale du nombre de jours par année calendrier.



#### Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les prestations de nature esthétique.
- ✗ Les prestations du type « cure de rajeunissement ».



#### Y a-t-il des exclusions à cette couverture ?

- ! Remboursement limité à 25 jours par hospitalisation dans un service de gériatrie ou de spécialités.
- ! Remboursement limité à 10 jours par an dans un service de psychiatrie.



#### Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ La couverture s'applique en Belgique.



#### Quelles sont mes obligations ?

- Au début du contrat : le preneur d'assurance doit compléter une demande de nouvelle affiliation. Il doit aussi communiquer spontanément à l'assureur tout élément susceptible d'influencer la prise en charge du risque. Il doit également payer les cotisations.
- Pendant la durée du contrat : le preneur d'assurance doit communiquer tout changement pouvant influencer la cotisation demandée ou le maintien du contrat. Il doit informer l'assureur au plus tôt de l'existence d'une convention couvrant un risque similaire ou identique, soit totalement, soit partiellement.
- En cas de sinistre : le preneur d'assurance doit informer l'assureur au plus tôt du sinistre, compléter la demande d'intervention et lui fournir tous les justificatifs de ses dépenses.



## Quand et comment effectuer les paiements ?

A partir de la date d'affiliation, le preneur d'assurance est redevable de la cotisation à sa date d'échéance, par virement ou par domiciliation selon la périodicité convenue.



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

Le contrat prend cours le premier jour du mois suivant celui au cours duquel l'assureur a reçu le formulaire « Demande de nouvelle affiliation ou de changement de produit » dûment complété, moyennant le paiement de la première cotisation.

Le contrat est conclu à vie. Il prend néanmoins fin en cas de résiliation, de non-paiement des cotisations, de mutation vers une autre mutualité que les Mutualités Libres ou en cas de fraude.



## Comment puis-je résilier le contrat ?

Le preneur d'assurance peut résilier le contrat par lettre recommandée, remise de l'exploit d'huissier ou de la lettre de résiliation contre récépissé, moyennant un préavis d'un mois minimum.