

# Assurance hospitalisation

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



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.

# Hospitalia

**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 Hospitalia est une assurance facultative à caractère indemnitaire en complément de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Le produit prévoit une garantie de base en cas d'hospitalisation ou d'hospitalisation de jour suite à une maladie, un accident ou un accouchement. Les frais des soins médicaux sont également remboursés pendant 30 jours après l'hospitalisation ou l'hospitalisation de jour.



### Qu'est-ce qui est assuré ?

- ✓ En Belgique, remboursement après un stage de 6 mois :
  - hospitalisations d'au moins une nuit et hospitalisations de jour en chambre particulière, chambre à deux lits ou chambre commune
  - soins aux urgences avant l'hospitalisation, ainsi que les soins médicaux et médicaments jusqu'à 30 jours après l'hospitalisation
  - autres interventions comme l'accouchement à domicile, le séjour temporaire dans un hôtel de convalescence ou hôtel de soins après l'hospitalisation, l'assistance d'une garde pendant ou après l'hospitalisation, ...

La couverture comprend :

- les frais de séjour
  - les produits pharmaceutiques
  - les honoraires
  - les prothèses, implants et autres fournitures
  - le rooming-in
  - les frais divers
  - les acomptes légaux
- ✓ La franchise ne s'applique pas lors d'une hospitalisation d'au moins une nuit dans une chambre commune ou à deux lits et lors d'une hospitalisation de jour dans n'importe quel type de chambre.
  - ✓ Les limitations en raison d'une maladie, affection ou état préexistant ne s'appliquent pas lors d'une hospitalisation d'au moins une nuit et d'une hospitalisation de jour en chambre commune ou à deux lits.
  - ✓ A l'étranger, remboursement après un stage de 6 mois d'une hospitalisation d'au moins une nuit.
  - ✓ Libre choix de l'hôpital, de la chambre et du médecin.



### Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les produits de toilette, produits cosmétiques, produits alimentaires, vins, eaux minérales et dépenses de confort.
- ✗ Les prestations de nature esthétique.
- ✗ Les implants et prothèses dentaires ainsi que toutes les prestations qui y sont liées.
- ✗ Les prestations du type « cure de rajeunissement ».
- ✗ Les frais liés aux traitements et aux médicaments expérimentaux.
- ✗ Les frais liés aux traitements médicaux qui s'effectuent intentionnellement à l'étranger et pour lesquels le médecin-conseil de l'Assurance Obligatoire n'a pas donné son accord.



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

- ! Plafond total des interventions : 25.000 euros par assuré par année calendrier.
- ! Franchise de 150 euros par hospitalisation lors d'un séjour d'au moins une nuit en chambre particulière dans un hôpital qui facture des suppléments d'honoraires de plus de 200 %. La liste des hôpitaux est consultable via : [www.hopitauxfranchise.be](http://www.hopitauxfranchise.be)
- ! Suppléments de chambre : maximum 80 euros par jour.
- ! Suppléments d'honoraires : remboursement jusqu'à 100 % du tarif de la Convention.
- ! Limitation de la couverture en cas de maladie, affection ou état préexistant lors d'une hospitalisation en chambre particulière (pas de suppléments de chambre ni d'honoraires).



## Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ La couverture s'applique dans le monde entier.



## Quelles sont mes obligations ?

- Au début du contrat : le preneur d'assurance doit compléter une demande de nouvelle affiliation et un questionnaire médical. 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 les formulaires « Demande de nouvelle affiliation ou de changement de produit » et « Questionnaire médical » dûment complétés, 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.