

Allianz Medical Plan

Document d'information sur le produit d'assurance
Allianz Benelux SA – Entreprise d'assurances belge – BCE n° 0403.258.197

**Package Comfort@Hospital
ComfortPlus@Home**

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. Pour toutes informations complémentaires concernant l'assurance choisie et vos obligations, veuillez consulter les conditions précontractuelles et contractuelles relatives à cette assurance. Retrouvez sur www.allianz.be l'info complète sur le produit, ainsi que les obligations de la compagnie et les vôtres.

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

L'assurance « Hospitalisation » garantit le paiement par l'assureur, en cas de maladie, d'accident ou d'accouchement, des prestations relatives à un traitement médical et/ou chirurgical nécessaire au rétablissement de la santé. L'assurance « Frais ambulatoires » garantit le paiement des frais médicaux exposés en dehors d'une hospitalisation qui sont en rapport direct avec une maladie, un accident ou un accouchement. Il s'agit d'un contrat lié à l'activité professionnelle, souscrit par l'employeur au profit des membres de son personnel et de leur famille.



Qu'est-ce qui est assuré ?

1. Garantie soins de santé de base - Hospitalisation

Tous les frais médicaux et paramédicaux en relation directe avec le diagnostic posé par un médecin sont couverts. Il s'agit des frais d'hospitalisation d'au moins une nuit ou une hospitalisation de jour (one day clinic) dans un hôpital agréé.

Nous intervenons pour :

- ✓ les frais de séjour dans une chambre individuelle, à deux lits ou commune,
- ✓ les honoraires des prestations médicales et paramédicales,
- ✓ les prothèses et appareils orthopédiques,
- ✓ les frais de médicaments et matériel médical,
- ✓ le test de la mort subite du nourrisson,
- ✓ les frais de biologie clinique, radiologie, d'imagerie médicale,
- ✓ les frais de séjour du donneur à concurrence de 2.500 €,
- ✓ les frais d'hébergement d'un parent, dans la chambre de l'enfant âgé de moins de 14 ans,
- ✓ le transport médicalement justifié (ambulance ou hélicoptère) en Belgique,
- ✓ les frais mortuaires repris sur la facture d'hospitalisation,
- ✓ l'opération de la cataracte réalisée extra-muros (en dehors d'un établissement hospitalier),
- ✓ les soins palliatifs.

2. Tiers payant

Grâce à AssurCard, l'assuré sait si son hospitalisation est couverte par le contrat et ne doit pas verser d'acompte : l'hôpital transmet la facture directement à Allianz.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

1. Exclusions générales essentielles

- ✗ Guerre, émeutes, participation à un délit, tentative de suicide, alcoolisme et toxicomanie, activité sportive rémunérée.

2. Principales exclusions de la garantie « Hospitalisation »

- ✗ Traitements dentaires, stomatologie, orthodontie,
- ✗ Soins et traitements esthétiques,
- ✗ Toute forme de contraception et stérilisation.

3. Principales exclusions de la garantie « Assistance »

- ✗ Convalescence et affection en cours de traitement,
- ✗ En cas de rechute d'une maladie préexistante présentant un risque d'aggravation,
- ✗ Séjour intentionnel de l'assuré en dehors de la Belgique afin d'y recevoir des soins.

4. Principales exclusions de la garantie « Frais Ambulatoires »

- ✗ Soins et traitements esthétiques, produits parapharmaceutiques,
- ✗ Délai d'attente de neuf mois pour les prothèses oculaires, les lunettes, les lentilles de contact, les prothèses dentaires et auditives ainsi que les prothèses et appareils orthopédiques.

La liste reprise ci-dessus n'est pas exhaustive. Vous pouvez obtenir toutes les informations des conditions d'assurance du contrat sur www.allianz.be ou chez votre intermédiaire.



Qu'est ce qui est assuré ? (suite)

3. Assistance à l'étranger / rapatriement

- ✓ Assistance à l'étranger et rapatriement vers la Belgique par Allianz Global Assistance et assistance en Belgique,
- ✓ Remboursement des frais d'hospitalisation à l'étranger en cas d'urgence,
- ✓ Avance des frais médicaux,
- ✓ Rapatriement des autres membres de la famille assurés,
- ✓ Rapatriement en cas de décès,
- ✓ Frais de recherche et sauvetage,
- ✓ Envoi de médicaments et de matériel.

4. Garantie soins de santé de base - Frais Ambulatoires

Nous intervenons pour :

- ✓ les frais médicaux et para médicaux : visite chez le médecin, kiné, soins infirmiers, rééducation fonctionnelle, ...
- ✓ les frais de prothèse ou d'appareil orthopédique sauf dentaire,
- ✓ les frais d'imagerie médicale, biologie clinique, test d'effort,
- ✓ les frais de médicaments allopathiques et homéopathiques,
- ✓ toute forme de médecines alternatives : homéopathie, acupuncture, ostéopathie et chiropraxie.

5. Extension à la garantie de base : Frais dentaires/Prévention

- ✓ Les frais des soins dentaires (exclus de la garantie « Frais ambulatoires ») prodigués par un dentiste ou par un dentiste spécialiste en parodontologie sont couverts, ainsi que les frais des soins d'orthodontie prodigués par un médecin spécialiste en orthodontie à des enfants qui ont reçu l'autorisation de la mutuelle avant l'âge de 15 ans,
- ✓ Les frais médicaux préventifs sont assurés : si la garantie Frais ambulatoires est souscrite en combinaison avec la garantie Hospitalisation, l'assuré bénéficie d'une intervention dans les soins préventifs de dépistage, suivi diététique, sport, ...

Digital

Allianz Medical Plan est une assurance digitale. Les sinistres peuvent uniquement être introduits avec les outils digitaux fournis.



Y a-t-il des restrictions de couverture ?

1. Principales restrictions de couverture de la garantie

« Hospitalisation »

- ! Une limitation de la durée de la garantie est prévue pour les maladies psychiques et neurologiques ainsi que pour la revalidation et la gériatrie.
- ! La franchise est renseignée dans les conditions particulières.
- ! Les hospitalisations de jour sont remboursées sur base des tarifs d'une chambre à 2 lits.
- ! Les opérations de la cataracte extra-muros sont remboursées à concurrence de 600 € par intervention et par oeil.
- ! Pour les prothèses, les implants, les nouvelles techniques médicales et traitements, le matériel utilisé pendant l'opération et les appareils orthopédiques, nous intervenons à concurrence de 10.000 € par année sinistre :
 - s'il existe une intervention de l'Assurance Maladie Invalidité : 100% des frais à charge du patient,
 - sans intervention de l'Assurance Maladie Invalidité : 50% des frais à charge du patient.
- ! Les frais exposés à l'étranger sont limités à un montant de 100.000 €.

2. Principales restrictions de couverture de la garantie

« Frais Ambulatoires »

- ! Les frais sont remboursés à concurrence de 80% du montant restant à charge du patient.
- ! Les frais de l'extension de la garantie "Frais dentaires" sont limités par assuré et par année civile à un montant mentionné dans les conditions particulières.
- ! Pour les prothèses, les implants, les nouvelles techniques médicales et traitements, le matériel utilisé pendant l'opération et les appareils orthopédiques, nous intervenons à concurrence de 10.000 € par année sinistre :
 - s'il existe une intervention de l'Assurance Maladie Invalidité : 80% des frais à charge du patient,
 - sans intervention de l'Assurance Maladie Invalidité : 50% des frais à charge du patient.



Où suis-je couvert ?

La couverture vaut en Belgique et dans le monde entier moyennant respect des conditions du contrat. Les frais exposés pendant une hospitalisation à l'étranger sont remboursés s'il s'agit d'une hospitalisation d'urgence.



Quelles sont mes obligations ?

- ✓ Il n'y a pas de formalité médicale à remplir lors de la souscription.
- ✓ En cas d'hospitalisation ou pour les frais ambulatoires à l'étranger ou en Belgique, une communication rapide et complète (et au plus tard, dans les trois mois de la survenance du sinistre) facilitera le règlement.



Quand et comment effectuer les paiements ?

- ✓ Les primes relatives aux membres du personnel sont prises en charge par l'employeur.
- ✓ Les primes relatives aux membres de leurs familles sont prises en charge soit par l'employeur soit par les membres du personnel, tel que mentionné dans les conditions particulières.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- ✓ La couverture prend cours dès la souscription du contrat (paiement de la première prime) ou au moment l'affiliation demandée par l'employeur.
- ✓ La couverture prend fin lorsque l'assuré
 - n'est plus sous contrat de travail ou sous statut d'indépendant auprès du preneur d'assurance,
 - opte pour le régime de pension ou de RCC (régime de chômage avec complément d'entreprise),
 - atteint l'âge de 65 ans sauf s'il est encore effectivement au travail chez l'employeur au-delà de 65 ans.
- ✓ La couverture prend fin pour les membres de la famille, co-assurés, lorsque le membre du personnel, assuré principal, en perd le bénéfice ou lorsqu'ils mettent fin à leur affiliation.
- ✓ L'assuré qui a bénéficié de la couverture hospitalisation dans le cadre d'un contrat lié à l'activité professionnelle et qui en perd le bénéfice, peut demander la continuation à titre individuel de ce contrat. Le droit à la continuation à titre individuel ne s'applique pas pour les garanties « Frais ambulatoires ».



Comment puis-je résilier le contrat ?

Le preneur d'assurance, employeur, peut résilier le contrat d'assurance. Il doit avertir l'assureur par écrit trois mois avant la date d'échéance principale du contrat ou la date de prise de cours du contrat.