

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 votre 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 du personnel et de leur famille.



Qu'est-ce qui est assuré ?

1. Garantie de base assurance « Hospitalisation » :

Soins médicaux

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 à deux lits,
- ✓ 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 soins palliatifs.

2. Tiers payant

Grâce à votre AssurCard, vous savez si l'hospitalisation est couverte par votre contrat et vous n'avez aucun acompte à verser : l'hôpital transmet directement la facture à votre assureur.



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 « Soins Ambulatoires »

- ✗ Soins et traitements esthétiques, produits parapharmaceutiques,
- ✗ Un délai d'attente de neuf mois pour les prothèses oculaires, dentaires, auditives et 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,
- ✓ Prise en charge des frais d'hospitalisation à l'étranger remboursée 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 de base assurance « Soins Ambulatoires » : Soins médicaux

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/préventions »

- ✓ Les frais dentaires (exclus de la garantie « Frais médicaux ») prodigués par un dentiste, dentiste spécialiste en orthodontie, dentiste spécialiste en parodontologie sont également couverts,
- ✓ Les frais médicaux préventifs sont assurés : 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 »

- ! Limitations de la garantie dans la durée : maladies psychiques et neurologiques, revalidation et gériatrie
- ! Franchise renseignée dans les conditions particulières : 85% des frais restant à votre charge sont remboursés
- ! Les hospitalisations de jour sont remboursées sur base des tarifs d'une chambre à 2 lits
- ! Pour les prothèses, les implants, techniques et traitements médicaux, matériel médical utilisé pendant l'opération et appareils orthopédiques, nous intervenons à concurrence de 10.000 € par année sinistre :
 - s'il existe une intervention de l'AMI : 100% des frais à charge du patient,
 - sans intervention de l'AMI : 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

« Soins 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 à un montant de 2.500 € par assuré par année civile.
- ! Pour les prothèses, les implants, techniques et traitements médicaux, matériel médical et appareils orthopédiques, nous intervenons à concurrence de 10.000 € par année sinistre :
 - s'il existe une intervention de l'AMI : 80% des frais à charge du patient,
 - sans intervention de l'AMI : 50% des frais à charge du patient.



Où suis-je couvert ?

Vous êtes couvert 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 avec votre intermédiaire d'assurance et/ou votre compagnie (et au plus tard, dans les trois mois de la survenance du sinistre) facilitera le règlement.



Quand et comment effectuer les paiements ?

- ✓ La prime concernant le membre du personnel est prise en charge par votre employeur.
- ✓ La prise en charge de la prime concernant les membres de votre famille est reprise dans les Conditions particulières du contrat.



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 de votre affiliation demandée par votre 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 lorsque l'assuré principal ne peut plus en bénéficier ou lorsque les co-assurés mettent fin à leur affiliation.
- ✓ L'affilié qui a bénéficié de la couverture hospitalisation dans le cadre d'un contrat souscrit par son employeur et qui perd ce droit, peut demander la continuation à titre individuel du contrat hospitalisation. 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, votre employeur, peut résilier le contrat d'assurance. Il doit avertir son assureur par écrit trois mois avant la date d'échéance principale du contrat ou la date de prise de cours du contrat.