

Ce document d'information a pour objectif de vous donner un aperçu des principales couvertures et exclusions relatives à cette assurance. Le document n'est pas personnalisé en fonction de vos besoins spécifiques et les informations qu'il contient ne sont pas exhaustives. Il résume les conditions générales et particulières. Ce document n'est pas contraignant. En cas de doute, il sera toujours fait référence aux conditions générales et particulières de la police.

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

Lorsqu'un assuré est hospitalisé suite à un accident, une maladie, une grossesse ou un accouchement, la couverture « hospitalisation » garantit dans les limites fixées dans les conditions générales et/ou particulières, le remboursement des frais ayant un lien direct avec cette hospitalisation.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les coûts suivants sont remboursés en cas de :

✓ A. Hospitalisation (y compris l'hospitalisation de jour), accouchements (y compris à domicile), maladies nerveuses ou mentales.

- les frais de séjour avec libre choix d'hôpital, du médecin et de la chambre ;
- les honoraires médicaux ;
- les frais de diagnostic et de traitement ;
- les prestations paramédicales nécessaires : kinésithérapie et soins infirmiers ;
- les médicaments ;
- le matériel médical comme matériel endoscopique et de viscérosynthèse ;
- les prothèses et appareils orthopédiques.

✓ B. Traitements pré- & post-hospitalisation à partir de 1 mois avant et jusqu'à 3 mois après celle-ci en cas de souscription du Pack de couvertures standards. En cas de souscription du Pack de couvertures étendues, ces délais sont doublés.

- les soins ambulatoires ;
- les honoraires médicaux ;
- les frais de diagnostic et de traitements prescrits ;
- les médicaments prescrits ;
- les traitements paramédicaux prescrits comme la kinésithérapie, la physiothérapie et la logopédie ;
- les prothèses et appareils orthopédiques.

✓ C. Soins ambulatoires lors d'une maladie grave – 30 maladies graves (le remboursement de ces frais est illimité dans le temps et n'exige aucune hospitalisation préalable).

- les soins ambulatoires ;
- les honoraires médicaux ;
- les frais de diagnostic et de traitements prescrits ;
- les médicaments prescrits ;
- les traitements paramédicaux prescrits comme la kinésithérapie, la physiothérapie et la logopédie ;
- les prothèses et appareils orthopédiques.

✓ D. Soins palliatifs :

- les soins palliatifs prodigués à l'hôpital, dans un établissement spécialisé reconnu ou même à domicile.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ un accident qui s'est produit ou une maladie dont les symptômes se sont manifestés avant la date d'effet du contrat ;
- ✗ les soins et traitements esthétiques, à moins qu'ils ne résultent d'une maladie ou d'un accident assuré ;
- ✗ les cures, par exemple thermalisme, thalassothérapie, hygiéno-diététique ;
- ✗ la pratique d'un sport à titre professionnel (y compris les entraînements) ;
- ✗ les frais qui sont la conséquence de l'ivresse, de l'alcoolisme ou de l'intoxication alcoolique, de l'usage de stupéfiants, hallucinogènes ou autres drogues.



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

! Une franchise par année d'assurance et par assuré est d'application sur l'ensemble des frais d'hospitalisation et de pré- & post-hospitalisation.

La franchise est toutefois supprimée pour les maladies graves. **En cas de souscription du Pack de couvertures étendues, celle-ci est également supprimée pour l'hospitalisation de jour et pour un séjour en chambre double ou commune.**

La franchise sera appliquée une seule fois, au cas où plusieurs assurés du même ménage seraient hospitalisés par suite d'un accident ou d'un accouchement.

! Le remboursement des frais est illimité tenant compte d'un maximum de :

- 1.500 € par an pour les médicaments qui ne bénéficient pas d'une intervention légale ;
- 1.500 € pour les traitements, les prothèses, les appareils orthopédiques et le matériel médical qui ne bénéficient pas d'une intervention légale ;
- 1.500 € par an pour les frais de traitement homéopathique, d'acupuncture, de chiropraxie et d'ostéopathie ;
- 1.500 € par an pour les frais de transport et de transfert ;
- 1.500 € par an pour les frais de séjour d'un donneur.

En cas de souscription du Pack de couvertures étendues, les limites de 1.500 € par an sont doublées ; soit 3.000 € par an.



Où suis-je couvert(e) ?

- Dans le monde entier pour autant que l'assuré ait son domicile et sa résidence principale en Belgique à condition que l'hospitalisation ait un caractère urgent et imprévisible ou que l'assureur ait donné son accord préalable.
- En cas de souscription du Pack de couvertures étendues, la garantie est étendue aux hospitalisations planifiées dans un pays membre de l'Union Européenne pour un assuré résidant en Belgique.



Quelles sont mes obligations ?

- **la conclusion du contrat** : remplir un questionnaire médical dans lequel je déclare exactement toutes les circonstances connues de moi et que je dois raisonnablement considérer comme constituant pour AMMA des éléments d'appréciation du risque;
- **en cours de contrat** : déclarer les circonstances nouvelles ou les modifications de circonstances qui sont de nature à entraîner une aggravation sensible et durable du risque assuré;
- **en cas de sinistre** : fournir à AMMA tous renseignements utiles et répondre aux demandes faites pour déterminer les circonstances et fixer l'étendue du sinistre ; prendre aussi toutes les mesures raisonnables pour prévenir et atténuer les conséquences de celui-ci.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Vous avez l'obligation de payer la prime dès réception de l'invitation à payer. La prime doit être payée chaque année avant l'échéance annuelle fixée au contrat.

Lorsqu'un échelonnement est possible (semestriel, trimestriel, mensuel), ce dernier peut générer des frais supplémentaires.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date de début et la durée de l'assurance sont indiquées dans les conditions particulières du contrat.

A la fin de la période d'assurance, la convention est renouvelée tacitement d'année en année sauf résiliation par l'une des parties au moins trois mois avant l'expiration de la période en cours.

AMMA n'a pas le droit d'annuler le contrat en cas de sinistre.



Comment puis-je résilier mon contrat ?

Vous pouvez résilier votre contrat d'assurance au plus tard trois mois avant la date d'échéance annuelle du contrat.

La résiliation du contrat se fait par lettre recommandée à la poste, par exploit d'huissier ou par remise de la lettre de résiliation contre accusé de réception.