



PRECISIONS UTILES

ASSURANCE COLLECTIVE SOINS DE SANTE

PERRIGO HOLDING – POLICE 85.900.009

A PARTIR DU 01.01.2026

ETHIAS SA voie Gisèle Halimi 4000 LIÈGE www.ethias.be info@ethias.be
Entreprise d'assurances agréée sous le n° 0196 pour pratiquer toutes les branches d'assurances Non Vie, les assurances sur la vie,
les assurances de nuptialité et de natalité (AR des 4 et 13 juillet 1979, MB du 14 juillet 1979) ainsi que les opérations de capitalisation (Décision CBFA du 9 janvier 2007, MB du 16 janvier 2007).
RPM Liège TVA BE 0404.484.654 Compte Belfius Banque: BE72 0910 0078 4416 BIC: GKCCBEBB

Object de l'assurance

Cette assurance garantit en cas d'hospitalisation ou de maladie grave, le complément de remboursement des frais restant à charge des assurés après déduction des interventions légales (mutualité, ...).

Par conséquent, ladite assurance a pour objet de protéger les personnes ou ménages qui sont confrontés à des dépenses importantes par suite d'une hospitalisation ou maladie grave.

Qui peut bénéficier de cette assurance ?

1. Assurés principaux (affiliation obligatoire)

Tout membres du personnel en service actif de Perrigo Holding sa. Ils sont automatiquement et immédiatement affiliés à cette assurance dès leur entrée.

2. Coassurés (affiliation facultative)

- Les membres du personnel susmentionnés qui prennent leur pension de transition ou de retraite après la date d'entrée en vigueur de cette assurance, pour autant qu'ils confirment le renouvellement de leur affiliation dans les trois mois suivant leur départ à la pension (de transition) ;
- Le conjoint ou le concubin légal ou de fait d'un membre du personnel en service actif, à condition que l'adhésion soit valable jusqu'à l'âge de 67 ans ou jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle il atteint cette limite d'âge.
- Les enfants des personnes susmentionnées, à condition qu'ils bénéficient d'allocations familiales ou, à défaut, qu'ils résident chez eux. L'âge maximum est fixé à 25 ans (à l'exclusion de la minorité prolongée)

Il est prévu qu'en cas de décès de l'assurance donnant droit à l'affiliation, le conjoint ou le partenaire cohabitant légalement ou de fait et leurs enfants à charge peuvent continuer à bénéficier des avantages de la police pendant une période de 12 mois.

Etendue de l'assurance

I. Champ d'application

A. En cas d'hospitalisation (voir définitions à la fin de cet article)

1. En cas d'hospitalisation, à la suite d'une maladie, d'un accident, d'une grossesse ou d'un accouchement, Ethias rembourse, à concurrence des limites définies au chapitre « garanties » (voir ci-après), les frais de soins de santé, pour autant qu'ils donnent lieu à une intervention légale dans le cadre des prestations reprises à la nomenclature de l'INAMI et soient encourus pendant le séjour dans un hôpital reconnu ou dans une institution de soins palliatifs reconnue. Sur base des conditions susmentionnées, sont ainsi remboursés:
 - a) les frais de séjour, en ce compris les suppléments relatifs aux chambres à un ou deux lits;
 - b) les coûts des prestations médicales, les honoraires et suppléments d'honoraires;
 - c) les coûts des prestations paramédicales;
 - d) les frais de produits pharmaceutiques;
 - e) les frais de chirurgie et d'anesthésie;
 - f) les frais d'utilisation de la salle d'opération et de la salle d'accouchement;

- g) les frais de soins dentaires, de prothèses dentaires, de prothèses thérapeutiques ainsi que d'appareils orthopédiques, lunettes, appareils auditifs, prothèses médicales et membres artificiels, dans la mesure où ceux-ci ont été placés durant l'hospitalisation et sont en rapport direct avec la raison de l'hospitalisation. Les prothèses de nature purement esthétiques ne sont pas remboursées;
 - h) les frais médicaux relatifs au nouveau-né encourus pendant l'hospitalisation de la mère et consécutifs à un accouchement couvert, en ce compris les frais médicaux relatifs à l'achat de cellules souches;
 - i) le test de la mort subite.
2. Qu'ils donnent lieu ou non à aucune intervention légale, sont également couverts:
- a) les frais non remboursables de viscerosynthèse et de matériel d'endoprothèse;
 - b) le matériel à usage unique utilisé au cours d'une intervention chirurgicale;
 - c) les frais de médicaments non remboursables ou repris sous la catégorie « D » dans la nomenclature de l'INAMI;
 - d) les traitements homéopathiques, de chiropraxie, d'ostéopathie et d'acuponcture;
 - e) les frais de bandages, matériel médical et autres adjuvants médicaux;
 - f) les frais:
 - ~ de transport approprié urgent vers l'hôpital;
 - ~ de transport approprié en cas d'hospitalisation, justifié pour raisons médicales;
 - ~ le service mobile d'urgence (SMUR);
 - g) les frais de séjour du donneur en cas de transplantation d'un organe ou d'un tissu en faveur de l'assuré;
 - h) les frais de séjour d'un parent dans la chambre d'un enfant de moins de 18 ans (rooming-in);
 - i) les frais de morgue pris en compte sur la facture de l'hôpital.

B. Pre- en posthospitalisation

Il s'agit des frais médicaux encourus pendant une période de 60 jours avant l'hospitalisation et de 180 jours après l'hospitalisation, en rapport direct avec la raison de l'hospitalisation.

1. pour les frais donnant lieu à une intervention légale de prestations reprises dans la nomenclature de l'INAMI, sont couverts:
 - a) les frais de prestations médicales dispensées par suite d'une visite ou une consultation d'un médecin;
 - b) les frais de prestations paramédicales prescrites par un médecin;
 - c) les frais de remèdes médicaux prescrits par un médecin;
 - d) les frais de prothèses médicales;
 - e) les frais de membres artificiels.
2. Qu'ils donnent lieu ou non à une intervention légale, sont également couverts pendant cette période:
 - a) les médicaments non remboursables ou repris sous la catégorie « D » dans la nomenclature INAMI;
 - b) les traitements homéopathiques, la chiropraxie, l'ostéopathie et l'acuponcture;
 - c) les frais de bandages et de matériel médical, à l'exclusion de tout type de produit généralement disponible dans le commerce non médical.

C. En cas de « maladie grave »

En cas de survenance des maladies suivantes: cancer, leucémie, tuberculose, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, maladie de Parkinson, diphtérie, poliomyélite, méningite cérébro-spinale, variole, typhus, fièvre typhoïde, encéphalite, charbon, tétanos, choléra, maladie de Hodgkin, sida, hépatite infectieuse, scarlatine, diabète, affections rénales nécessitant une dialyse, maladie de Crohn, mucoviscidose, maladie d'Alzheimer, malaria, maladie de Pompe, maladie de Creutzfeld-Jacob, rectocolite ulcéro hémorragique et dystrophie musculaire progressive, l'assurance est étendue aux frais de soins de santé dispensés en dehors du milieu hospitalier en rapport direct avec le traitement de la maladie.

1. pour les frais donnant lieu à une intervention légale des prestations reprises dans la nomenclature INAMI, sont couverts:
 - a) les frais relatifs aux soins spéciaux, aux analyses et examens nécessités par la maladie;
 - b) les frais de prestations médicales, les honoraires et suppléments d'honoraires;
 - c) les frais de prestations paramédicales;
 - d) les frais de location de matériel divers;
 - e) les médicaments.
2. Qu'une intervention légale soit accordée ou non, sont également couverts:
 - a) les médicaments non remboursables ou repris sous la catégorie « D » dans la nomenclature INAMI;
 - b) les frais de transport;
 - c) les traitements homéopathiques, la chiropraxie, l'ostéopathie et l'acupuncture;
 - d) les frais de produits pharmaceutiques, bandage, matériel médical et autres moyens médicaux, à l'exclusion de tout type de produit généralement disponible dans le commerce non médical;
 - e) tous les autres frais pour lesquels Ethias a marqué préalablement son accord.

D. Accouchement à domicile, accouchement en polyclinique et frais postérieurs à l'accouchement

Cette assurance est également d'application pour les frais médicaux relatifs à un accouchement à domicile et à un accouchement en polyclinique. Dans ces cas, les garanties du chapitre « pré et post hospitalisation » telles que mentionnées au point B ci-dessus sont également d'application.

En outre, la garantie s'étend, dans les limites prévues au point 2. Hauteur de la garantie, aux frais postérieurs à un accouchement facturés par un établissement de soins postnatals reconnu, relatif à des soins dispensés à domicile à la mère, au nouveau-né et à la famille par une aide qualifiée.

E. Ophtalmologie extramurale

Cette assurance est également d'application pour frais médicaux relatifs à l'opération de la cataracte avec implant monofocal ou bifocal pratiquée au cabinet d'un ophtalmologue qui répond à toutes les conditions légales afin de pouvoir procéder à ce type d'intervention.

(*) Définitions

- a) « hôpital »: un établissement public ou un établissement privé reconnu légalement comme hôpital, à l'exclusion des établissements psychiatriques fermés, des services ou établissements médico pédagogiques, des maisons de repos, des institutions gériatriques ou services destinés au simple hébergement des personnes âgées, des institutions ou services destinés au simple hébergement des enfants, des personnes convalescentes, ainsi que ceux ayant reçu une agréation spéciale en tant que maison de repos ou de soins.

b) « hospitalisation »: tout séjour médicalement nécessaire dans un hôpital pour lequel une indemnité de séjour est facturée. Cette notion comprend à la fois le séjour d'au moins une nuit et le concept « one day clinic », pour autant que les conditions suivantes soient réunies:

- la salle d'opération ou la salle de plâtre a été effectivement utilisée ou un lit d'hôpital a été effectivement utilisé à l'exclusion du séjour dans les salles d'attente, les salles d'examen et les espaces réservés aux services de consultation externe des établissements hospitaliers;
- il doit s'agir des prestations dans le cadre des mini- et maxi- forfaits ainsi que dans le cadre des forfaits A, B, C, D repris dans l'accord national entre les établissements hospitaliers et le service de soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie invalidité.

En ce qui concerne les cures, une intervention n'est octroyée que pour autant que le traitement revête un caractère curatif, qu'il soit pratiqué dans un établissement satisfaisant aux conditions dont il est question ci-avant et qu'Ethias ait marqué son accord par écrit avant le début du traitement.

En ce qui concerne la tuberculose, la garantie est acquise pour les traitements en sanatorium et dans les établissements de soins pour tuberculeux.

II. HAUTEUR DE LA GARANTIE DE BASE

A. Pour chaque prestation accordée au point 1 ci-avant, la garantie de l'assurance est accordée de manière illimitée pour autant que les frais donnent lieu à une intervention légale dans le cadre des prestations reprises à la nomenclature de l'INAMI.

Pour les frais ne donnant lieu à aucune intervention légale une intervention à concurrence de 50% des frais de traitements sera accordée

B. Le remboursement des frais de séjour d'un parent dans la chambre d'un enfant hospitalisé âgé de moins de 18 ans est limité à 25,00 euros par nuit.

C. L'intervention dans les frais de séjour d'un donneur est illimitée

D. Les frais de transport liés aux maladies graves (point 1.C.2.b.) sont remboursés à concurrence d'un plafond global de 250,00 euros par personne et par année calendrier.

E. Pour les hospitalisations consécutives à une affection psychique, psychiatrique ou mentale, l'intervention d'Ethias n'est octroyée que pour des périodes de séjour cumulées ne dépassant pas deux ans, à compter du premier jour qui donne droit à un remboursement.

F. Pour les frais relatifs à des traitements de fécondation in vitro, la garantie s'applique à partir du premier jour donnant droit à une intervention légale applicable à cet effet, ni de limitation quant au nombre de traitements.

G. L'intervention pour les frais visés au dernier paragraphe du point 1. D. ci-dessus est accordée à concurrence de maximum 620,00 euros.

H. En ce qui concerne la chirurgie ophtalmologique extramurale (point 1.E.), quel que soit le type de l'implant, l'intervention de la mutuelle et les honoraires à charge du patient, Ethias prend en charge une somme maximale de 600,00 euros par personne et par intervention.

I. La présente assurance prévoit également une assistance médicale à l'étranger, définie comme suit:

- en cas de maladie ou de blessures survenant à l'assuré pendant la durée du contrat, Ethias, aussitôt prévenu, organise les contacts médicaux nécessaires;
- toute décision sur la meilleure conduite à tenir est prise en accord avec le médecin local et la famille;
- lorsque les médecins préconisent le rapatriement de l'assuré malade ou blessé ou son transfert dans
- un centre hospitalier mieux équipé, Ethias prend en charge son transport, sous surveillance médicale au besoin, et l'effectue selon la gravité du cas: par train, par ambulance, par véhicule de location, par avion de lignes régulières ou par avion sanitaire spécial;

- seules les exigences d'ordre médical sont prises en considération pour fixer le choix du moyen de transport et le lieu de l'hospitalisation;
- Ethias organise et prend en charge le retour d'un autre assuré pour accompagner l'assuré malade ou blessé lors du rapatriement;
- dans tous les cas, le transport doit être précédé de l'accord d'Ethias;
- tous les cas qui ne sont pas mentionnés ci-avant, sont exclus de la présente garantie.

J. La franchise est fixée à 75,00 euros par assuré et par année calendrier.

Cette franchise n'est d'application que si l'assuré choisit une chambre à un lit pour convenance personnelle. Aucune franchise n'est d'application dans le cas d'une maladie grave tel que défini au point I. C. 1) ci-avant.

Dans le cas où la franchise est d'application pour une hospitalisation ininterrompue ayant lieu à cheval sur deux années calendrier consécutives, Ethias n'appliquera une seule fois la franchise pour tous les membres de la famille et non séparément pour chaque membre.

III. DELAI D'ATTENTE

Le délai d'attente est la période prenant cours à l'affiliation et pendant laquelle Ethias n'est redevable d'aucune intervention.

1. Le délai d'attente général est de trois mois.
2. Ce délai est toutefois supprimé pour:
 - a) les personnes qui s'affilient à la date de prise d'effet de la présente police;
 - b) les nouveaux membres du personnel et leur famille, pour autant que leur affiliation se fasse dans les trois mois de l'accessibilité à la présente police d'assurance;
 - c) les accidents;
 - d) les maladies infectieuses aiguës suivantes: rubéole, rougeole, varicelle, scarlatine, diphtérie, coqueluche, poliomyélite, méningite cérébrospinale, dysenterie, fièvre typhoïde et paratyphoïde, typhus exanthématique, choléra, variole, paludisme, fièvre récurrente, encéphalite, charbon et tétanos;
 - e) le conjoint en cas de mariage et le nouveau-né en cas de naissance, d'une personne déjà assurée par la présente police, pour autant que l'affiliation se fasse dans les trois mois qui suivent la date de l'évènement.
3. Par dérogation au point 1., aucun délai d'attente n'est d'application pour les personnes qui bénéficiaient d'une assurance antérieure garantissant des avantages identiques pour autant qu'il se soit écoulé une période de trois mois depuis l'affiliation de ces personnes à cette Assurance et qu'il n'y ait pas d'interruption de couverture entre les deux contrats.

Que faire si on dispose déjà d'une assurance de ce type ?

Les personnes ou ménages qui disposeraient déjà d'un contrat d'assurance prévoyant des garanties identiques auprès d'Ethias, d'un autre assureur ou de leur mutuelle pourront après l'expiration de la police en cours – résiliable annuellement – passer à l'assurance collective sans application de stades.

Toutefois, il ne peut y avoir interruption d'assurance.

Il suffit de joindre une copie de la police existante au formulaire d'adhésion à la présente assurance et d'effectuer les démarches nécessaires à la résiliation de l'assurance en cours.

IV. AFFECTIONS PREEXISTANTES (applicable uniquement aux raccordements tardifs)

- a) Les prestations prévues au point 1. ci-avant ne sont pas accordées aux assurés si l'existence de l'affection, de la maladie, de l'invalidité, de la grossesse ou de l'accouchement pour laquelle il est fait appel à l'intervention de l'assurance, ne pouvait être ignorée de l'assuré ou de son représentant légal à la date d'affiliation au contrat, même si les premiers symptômes n'ont pas permis de poser un diagnostic précis.
- b) Par dérogation au littera a) ci-avant, pour les personnes dont l'affiliation à la présente police est facultative et qui bénéficient jusqu'à la date de leur affiliation à la présente police d'une couverture antérieure garantissant des avantages identiques, sont toutefois garantis l'affection, la maladie, l'accident, l'invalidité, la grossesse ou l'accouchement pour lesquels l'assuré était déjà couvert dans le cadre de la couverture antérieure dont il bénéficiait, pour autant que l'affiliation à la présente police ait lieu dans les trois mois suivant la première échéance annuelle de la couverture antérieure. Si ces personnes s'affilient à la présente police plus de trois mois après la première échéance annuelle de leur couverture antérieure, les dispositions reprises au littera a) ci-avant sont d'application.

V. EXCLUSIONS

Aucune intervention n'est due pour les prestations résultant:

- a) d'un traitement esthétique ou de rajeunissement; toutefois, les frais de chirurgie plastique réparatrice qui seraient occasionnés par une maladie ou un accident couvert seront pris en charge;
- b) de maladies ou d'accidents survenus à l'assuré:
 - 1. en état d'ivresse, d'intoxication alcoolique ou sous l'influence de drogues, narcotiques ou stupéfiants utilisés sans prescription médicale, à moins que l'assuré fournisse la preuve qu'il a utilisé par ignorance des boissons ou stupéfiants ou qu'il s'y est vu obligé par un tiers;
 - 2. par l'alcoolisme, la toxicomanie ou l'usage abusif de médicaments;
- c) de la stérilisation et de traitement contraceptifs, sauf raisons médicales impérieuses;
- d) de cures thermales;
- e) d'un événement de guerre, que l'assuré y soit soumis en tant que civil ou militaire; les troubles civils ou émeutes, sauf lorsque l'assuré n'y a pas pris une part active ou qu'il s'est trouvé dans un cas de légitime défense;
- f) de la pratique en tant que professionnel(le), d'un sport quelconque;
- g) des conséquences d'un fait intentionnel de la part de l'assuré, sauf s'il apporte la preuve qu'il s'agit d'un cas de sauvetage de personnes ou de biens; des crimes et délits que l'assuré aurait commis; des actes téméraires, paris ou défis;
- h) de sinistres résultant de l'utilisation d'énergie nucléaire qui tombe sous l'application de la convention de Paris (loi du 22 juillet 1985) ou toute autre disposition légale qui remplacerait, modifierait ou compléterait cette loi;
- i) de mutilations volontaires.

VI. FORTIERES TERRITORIALES ET TERRORISME

- a) L'assurance est d'application dans le monde entier.

Il y a toutefois des pays avec lesquels les mutualités belges n'ont conclu aucune convention de remboursement. Au cas où un assuré serait victime d'une maladie ou d'un accident dans un de ces pays, Ethias interviendrait comme si la maladie ou l'accident était survenu en Belgique. Par conséquent, il sera tenu compte d'un remboursement fictif équivalent à celui de la mutualité.
- b) Terrorisme: la présente police couvre les dommages résultant d'un acte de terrorisme, conformément à la loi du 1er avril 2007 (M.B. du 15 mai 2007). Dans ce cadre, Ethias a adhéré à l'a.s.b.l. TRIP (Terrorism Reinsurance and Insurance Pool). Tant le principe que les modalités d'indemnisation d'un sinistre résultant d'un acte de terrorisme sont déterminés par un Comité distinct des entreprises d'assurance qui est instauré par l'article 5 de la loi du 1er avril 2007.

VII. REGLEMENT DES SINISTRES

a) Déclaration

Dans ce cas, l'assuré doit, aussi rapidement que possible en faire la déclaration à Ethias:

- par internet sur www.ethiashospi.be;
- via la borne AssurCard (système de tiers payant électronique);
- ou, dans la mesure où l'hôpital où il est admis n'est pas équipé d'une borne AssurCard ou que le système de tiers-payant électronique ne peut être octroyé, aussi rapidement que possible par écrit au moyen du document prévu à cet effet.

L'assuré doit joindre à cette déclaration tout document, certificat et rapport qui est de nature à prouver l'existence et le degré de gravité de l'événement. Ethias pourra réclamer à l'assuré toute pièce qu'elle jugerait nécessaire.

b) Transmission des justificatifs de frais

L'assuré envoie à Ethias l'original de toute pièce justificative (facture d'hospitalisation, attestations de remboursement de la mutualité de l'assuré, reçus de pharmacies, etc). Une copie ne suffit pas.

Sur transmission des documents visés aux points a) et b) ci-dessus, Ethias rembourse le montant des frais visés au point 1., sous déduction:

- du montant de l'intervention légale ou d'un montant fictif identique dans le cas où, pour une raison quelconque, l'assuré ne peut prétendre à ladite intervention;
- du montant d'autres remboursements déjà perçus et des indemnités garanties par toute autre assurance hospitalisation complémentaire ou libre auprès de la mutuelle à laquelle est affilié l'assuré.

Si le système de tiers-payant électronique AssurCard est octroyé, la facture d'hospitalisation est directement transmise à Ethias par voie électronique.

Ce système de tiers-payant électronique est un système d'avances. Il ne signifie pas que la facture réglée par Ethias à l'hôpital est définitivement à charge d'Ethias.

Il se peut que certains frais ne soient pas inclus dans la garantie d'assurance (par exemple, à titre non exhaustif, les frais de téléphone, de location d'une télévision, la franchise). Ethias peut réclamer directement à l'assuré le montant des frais non couverts. L'assuré s'engage à rembourser la note de frais communiquée par Ethias dans les trente jours de sa réception.

A défaut de remboursement dans ce délai, Ethias peut engager une procédure contre l'assuré. Il est précisé que le défaut de remboursement des sommes dues à Ethias peut entraîner la suppression de l'accès au système de tiers-payant.

Ethias peut aussi récupérer par compensation le montant des frais qu'elle a réglés à l'hôpital et qui ne sont pas compris dans la garantie d'assurance, en les déduisant de tout remboursement ultérieur dû à l'assuré à quelque titre que ce soit.

c) Cessation du paiement des indemnités

Lors de la désaffiliation individuelle d'un assuré, les interventions d'Ethias cessent à la date de fin de l'affiliation individuelle.

En cas de résiliation du contrat d'assurance, les interventions d'Ethias cessent à partir de la date de fin du contrat.

Primes

Les garanties de la présente police sont accordées moyennant le paiement d'une prime annuelle déterminée sur base des primes individuelles suivantes.

1. La prime pour les membres du personnel actifs (affiliés obligatoires) est prise en charge par Perrigo Holding nv.
2. Les primes pour les assurés accessoires (affiliés) sont réparties comme suit :

Catégorie d'assurés	Prime annuelle (nette)	Prime annuelle (brute) *
De 0 à 20 ans inclus	88,27 EUR	105,26 EUR
De 21 à 64 ans inclus	180,23 EUR	214,92 EUR
De 65 à 70 ans inclus	797,78 EUR	951,35 EUR
A partir de 70 ans	1.072,57 EUR	1.279,04 EUR

- * Toutes les primes incluent les taxes et cotisations applicables au 01.01.2026 (9,25% de taxes et 10% de cotisation INAMI)

Information complémentaire

Concernant l'assurance

Ethias, Siège pour la Flandre
Prins-Bisschopssingel 73
3500 Hasselt

Pour tout renseignement concernant la facturation

Tel. 011 28 22 40
contract.hospicollectief@ethias.be

En cas d'hospitalisation

Tel. 011 28 27 60
schadebeheer@ethias.be

En cas d'hospitalisation à l'étranger et de rapatriement

Tel. 011 28 28 28
ethias.assistance@ethias.be

Ce texte a un caractère purement informatif et a pour but de donner un aperçu des dispositions reprises dans le contrat d'assurance collective conclu entre le souscripteur et Ethias. En cas de litige, Ethias se réfère exclusivement aux conditions particulières, spéciales et générales de la police.

Continuation à titre individuel de l'assurance collective liée à l'activité professionnelle

1. Définition

Sauf en cas de non paiement de la prime et, de manière générale, en cas de fraude, toute personne affiliée à une assurance collective a le droit de poursuivre cette assurance individuellement lorsqu'elle perd le bénéfice de l'assurance collective (par exemple, en cas de changement d'employeur, de licenciement, de retraite, etc), sans devoir, à ce moment, subir un examen médical supplémentaire ni devoir remplir un questionnaire médical. Aucun nouveau délai d'attente ne peut être imposé. Ce droit existe aussi bien au profit de l'assuré titulaire que des membres de sa famille.

2. Condition

Le droit à la continuation individuelle est subordonné à la condition que l'assuré ait été affilié de manière ininterrompue à un contrat d'assurance hospitalisation durant les deux années qui ont précédé la perte du bénéfice de l'assurance collective.

3. Procédure et délais

Le preneur de l'assurance collective ou, en cas de faillite ou de liquidation, le curateur ou le liquidateur du preneur d'assurance informe l'assuré principal, par écrit ou par voie électronique, au plus tard dans les 30 jours suivant la perte du bénéfice de l'assurance collective, du moment précis de cette perte et de la possibilité de poursuivre le contrat individuellement.

A dater de la réception de ce courrier, l'assuré dispose d'un délai de 30 jours pour informer l'assureur de son intention de poursuivre le contrat à titre individuel. Ce délai peut être prolongé de 30 jours et ainsi porté à 60 jours, à condition pour l'assuré d'en informer l'assureur par écrit ou par voie électronique.

L'assureur doit, dans les 15 jours à compter du moment où il est informé de l'intention de l'assuré de poursuivre l'assurance à titre individuel, lui faire une offre de contrat contenant des garanties similaires.

L'assuré dispose d'un délai de 30 jours pour accepter cette offre.

4. Cas particulier de continuation de l'assurance par les membres de la famille

Les membres de la famille de l'assuré titulaire peuvent aussi exercer ce droit à la poursuite individuelle s'ils perdent le bénéfice de l'assurance collective pour une raison autre que la perte du bénéfice par l'assuré principal (par exemple, en cas de divorce ou de séparation ou lorsqu'un enfant quitte le foyer). Dans ce cas, le membre de la famille doit, dans un délai de 105 jours à partir du moment où il perd le bénéfice précité, informer l'assureur, par écrit ou par voie électronique, de son intention de poursuivre le contrat individuellement. L'assureur doit lui faire une offre d'assurance dans les 15 jours suivants. Le membre de la famille dispose d'un délai de 30 jours pour accepter cette offre.

Règlement général sur la protection des données

Protection des données personnelles

Soucieuse d'appliquer la nouvelle réglementation GDPR protégeant vos données personnelles, Ethias s'engage pleinement à respecter vos droits en la matière.

Ainsi, Ethias, en sa qualité de responsable du traitement de vos données personnelles, les rassemble pour les finalités suivantes : gestion des fichiers de la clientèle, évaluation des risques, gestion des contrats et des sinistres, opérations de promotion et de fidélisation, enquêtes de satisfaction, prospection et profilage, élaboration de statistiques et d'études

actuarielles, exercice des recours, gestion des réclamations et des contentieux, exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur et lutte contre la fraude.

Ethias traite vos données sur les bases juridiques suivantes :

- afin de respecter toutes les obligations légales, réglementaires et administratives auxquelles elle est soumise ;
- dans le cadre de l'exécution de vos contrats ou pour prendre des mesures précontractuelles à votre demande ;
- pour des raisons qui relèvent de son intérêt légitime, au premier rang desquelles figurent :
 - la lutte contre la fraude ;
 - la connaissance de ses clients et de ses prospects, en vue de les informer de ses activités, produits et services ;
 - la bonne exécution des contrats souscrits par ses assurés ;
 - la sauvegarde de ses intérêts propres et de ceux de ses assurés.

Dans tous ces cas, Ethias veille alors à préserver un juste équilibre entre ses intérêts légitimes et le respect de votre vie privée ;

- le cas échéant, lorsqu'elle a obtenu votre consentement.
- ces données peuvent être, si nécessaire, communiquées aux catégories de destinataires suivantes :
 - vos conseillers (avocats, experts, médecins-conseils, ...) ;
 - les collaborateurs et conseillers d'Ethias ;
 - les autres entités du groupe, leurs collaborateurs et conseillers ;
 - les sous-traitants de quelque nature que ce soit (informatiques et autres), et partenaires commerciaux d'Ethias ;
- tous les prestataires intervenant dans le cadre de l'exécution des contrats et du règlement des sinistres ;
- les banques, les entreprises d'assurances et de réassurance, les courtiers et les bureaux de règlement ;
- les autorités et organismes publics (police, justice, sécurité sociale, ...) ;
- les autorités de contrôle et l'Ombudsman des assurances.

Notre charte Privacy vous fournira des informations plus détaillées sur les destinataires en question.

Ethias ne conserve vos données personnelles que pour la durée nécessaire au traitement pour lesquelles elles ont été collectées. Cela implique que les données traitées sont conservées pendant toute la durée du ou de vos contrat(s) d'assurance, du ou des sinistres(s), la période de prescription légale ainsi que tout autre délai de conservation qui serait imposé par la législation et la réglementation applicable. La durée de conservation varie en fonction du type de données et de réglementations.

Vous pouvez avoir accès aux données vous concernant et en obtenir la rectification au moyen d'une demande datée et signée accompagnée d'une photocopie recto verso de votre carte d'identité, adressée à :

Ethias
Data Protection Officer
Voie Gisèle Halimi 10
4000 Liège
privacy_request@ethias.be

Vous pouvez vous opposer gratuitement et à tout moment à l'utilisation de vos données à des fins de prospection commerciale et/ou de marketing direct.

En outre, dans certains cas bien précis, la réglementation GDPR vous permet, de demander la limitation du traitement, d'obtenir une copie de vos données (droit de portabilité) et d'en demander l'effacement. Ce droit à l'effacement n'est toutefois pas absolu. Pour plus de détails quant à l'exercice de vos droits, nous vous renvoyons à la Charte Privacy disponible sur le site www.ethias.be. Enfin, toute réclamation peut être adressée à l'

Autorité de Protection des Données
Rue de la Presse 35
1000 Bruxelles
Tél. : +32 2 274 48 00
www.autoriteprotectiondonnees.be

Traitement de données relatives à la santé et/ou autres données sensibles

En adhérant à la présente police, vous donnez votre consentement à Ethias pour le traitement des données relatives à votre santé et à celle des enfants mineurs à l'égard desquels vous êtes titulaire de l'autorité parentale ainsi qu'au traitement des autres données sensibles visées par l'article 9 du GDPR et ce, lorsqu'elles sont nécessaires à la conclusion du contrat d'assurance, à sa gestion, à la gestion des sinistres dans lesquels vous ou vos enfants êtes impliqué(s) ainsi qu'à la lutte contre la fraude à l'assurance. Vos marquez également votre accord pour la réalisation éventuelle d'un examen médical unilatéral en cas de sinistre.

Ces données seront traitées avec la plus grande discrétion et uniquement par les personnes habilitées à le faire. Les obligations d'Ethias en la matière sont détaillées dans la clause « Protection des données personnelles » reprise ci-dessus.

Ce consentement peut être retiré à tout moment mais cela n'invalidera en rien les traitements de données déjà effectués.

Par ailleurs, dans ce cas, Ethias pourrait se trouver dans l'impossibilité de donner suite à vos demandes de conclusion d'un contrat d'assurance ou d'indemnisation de sinistre(s).

Pour plus d'information

Ethias

Siège pour la Flandre

Prins-Bisschopssingel 73 – 3500 Hasselt

Tél. 011 28 21 11

www.ethias.be

info@ethias.be