

Assurance Soins de Santé Sociétés Unipersonnelles

Document d'information sur le produit d'assurance



DKV Belgium N.V. | Rue de Loxum | 1000 Bruxelles | Belgique
www.dkv.be | R.P.R 0414858607 | Entreprise d'assurance agréée
sous le n° 739 sous la surveillance de la Banque nationale de Belgique

DKV FLEXI CORPORATE
& PLAN AZ

Ce document d'information a pour unique but de vous donner un aperçu général des principales couvertures et exclusions relatives à ce produit. 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 ce produit, vos droits et obligations, veuillez consulter les Conditions Générales, Tarifaires et/ou Particulières relative à cette assurance avant de souscrire. Ces documents sont disponibles auprès de votre intermédiaire d'assurance, sur www.dkv.be ou gratuitement auprès de DKV Belgium. DKV Belgium S.A., société de droit belge, fabricant de DKV Flexi Corporate et plan AZ. Ces produits, soumis au droit belge, appartiennent à la branche 2 'maladie' et à la branche 18 'assistance'. Offre via votre intermédiaire d'assurance et/ou www.dkv.be.

37912_FR_1_202308

DE QUEL TYPE D'ASSURANCE S'AGIT-IL ?

Assurance soins de santé liée à l'activité professionnelle (hospitalisation, frais ambulatoires et dentaires) à caractère indemnitaire complémentaire à l'intervention de l'assurance maladie légale belge. Cette assurance s'adresse à toute société unipersonnelle (société constituée par acte notarié et enregistrée auprès de la BCE, qui ne compte aucun employé et dans laquelle seul le gérant est actif) établie en Belgique. Le gérant a son domicile et sa résidence principale effective en Belgique et bénéficie des avantages de la sécurité sociale belge.



QU'EST-CE QUI EST ASSURÉ ?

- ✓ Libre choix du prestataire de soins, de l'hôpital, de la chambre
- ✓ **Hospitalisation** : remboursement à 100 % après stage de 3 mois (pas de stage en cas d'accident ou de continuité de couverture antérieure) :
 - Frais d'hospitalisation (salle de plâtres incluse) en cas de maladie, d'accident ou d'accouchement : Sont inclus :
 - Frais de séjour
 - Frais de prestations médicales et paramédicales
 - Médecines alternatives (homéopathe, acupuncture, ostéopathie, chiropraxie)
 - Frais pharmaceutiques
 - Frais d'adjuvants médicaux
 - Prothèses médicales et membres artificiels
 - Frais de transport en Belgique en cas d'hospitalisation : en ambulance vers et depuis l'hôpital, ainsi que le transfert vers un autre hôpital. Par hélicoptère du lieu de l'accident à l'hôpital.
 - Frais médicaux 30 jours avant et 90 jours après l'hospitalisation (pré-post)
 - Frais médicaux liés à 30 Maladies Graves
- ✓ **Soins ambulatoires** : remboursement des frais médicaux sans hospitalisation 365 jours/an, même si l'assurance maladie légale belge n'intervient pas :
 - à 80 % sans stage :
 - Frais de prestations médicales (visites, consultations) & paramédicales (kinésithérapie, physiothérapie, soins infirmiers)
 - Frais de traitement homéopathique, y compris les médicaments homéopathiques
 - Frais de traitement d'acupuncture, d'ostéopathie et de chiropraxie
 - Frais pharmaceutiques
 - Frais d'adjuvants médicaux (verres de lunettes, appareils auditifs, etc.)
 - Prothèses médicales
 - Membres artificiels
 - Vaccins : max. € 100 par personne assurée, par année d'assurance compris dans le capital assuré.
 - à 60% après un stage de 9 mois
 - Montures de lunettes jusqu'à € 85 maximum

- ✓ **Soins dentaires** : remboursement des frais dentaires 365 jours/an, même si l'assurance maladie légale belge n'intervient pas :
 - à 80% sans stage :
 - Traitements préventifs et conservatoires
 - Traitements orthodontiques
 - Traitements parodontaux
 - à 60% après un stage de 9 mois :
 - Traitements prothétiques (prothèses et matériel dentaire, bridges, couronnes et implants)
- ✓ Assistance mondiale et rapatriement en cas d'hospitalisation urgente, imprévue et non-planifiée.
- ✓ **Services** :
 - Système de tiers payant : paiement direct de la facture d'hospitalisation à l'hôpital à l'exception de l'hospitalisation de jour en chambre individuelle (service Medi-Card®)
 - AssurPharma : envoi automatique à DKV des attestations par le pharmacien



QU'EST-CE QUI N'EST PAS ASSURÉ ?

- ✗ Produits et compléments alimentaires, vitamines et minéraux, produits d'hygiène et cosmétiques
- ✗ Contraception, stérilisation
- ✗ Traitements de fertilité médicalement assistée
- ✗ Interventions esthétiques
- ✗ Consommation de drogues
- ✗ Les coûts d'entretien et de réparation, les coûts d'utilisation et les pièces de rechange d'adjuvants médicaux.
- ✗ La chirurgie maxillo-faciale ayant pour but de placer des implants ou du matériel dentaire (y compris le sinus lift et/ou les substituts osseux ou les membranes)



EXISTE-T-IL DES RESTRICTIONS EN MATIÈRE DE COUVERTURE ?

- ! Remboursement des frais couverts à 50 % de la totalité de la facture d'hospitalisation si l'assurance maladie légale n'intervient sur aucun des postes de la facture d'hospitalisation
- ! Hospitalisation avec nuitée en chambre individuelle : une contribution personnelle de € 150 restera à charge de l'assuré à chaque hospitalisation. Une rechute qui entraîne une nouvelle admission est considérée comme une nouvelle hospitalisation.
- ! L'hospitalisation de jour en chambre individuelle est remboursée à hauteur d'une chambre double.
- ! Les médicaments, adjuvants médicaux et prothèses, membres artificiels, pansements et matériel médical sur la facture d'hospitalisation non remboursés par l'assurance maladie légale : remboursement à 100% jusqu'à € 10.000 par année d'assurance et par assuré. Au-delà de ce montant, remboursement à 50%.
- ! Remboursement à 50% en cas de non-intervention de l'assurance maladie légale, pour pré-post et Maladies Graves.
- ! Frais de perruque avec un maximum de € 1 250
- ! Dans le cas d'une admission et d'un traitement psychothérapeutique en hôpital, l'intervention est limitée à 120 jours par assuré et par année d'assurance.
- ! Remboursement des traitements psychothérapeutiques si dispensés par un psychiatre
- ! Intervention maximale des frais ambulatoires et dentaires sans hospitalisation : les frais décrits sont remboursés cumulativement jusqu'au capital annuel assuré de € 2 500 par assuré et par année d'assurance.
- ! Stage de 36 mois entre 2 montures de lunettes



OÙ SUIS-JE COUVERT ?

- Couverture mondiale : pour les hospitalisations non planifiées et les traitements ambulatoires et dentaires non planifiés.
- Couverture dans les pays de l'Union Européenne (excepté les pays et les territoires d'outre-mer) : pour une hospitalisation prévue à l'étranger si accord préalable de la mutualité.
- Couverture dans les pays de l'Union Européenne (excepté les pays et les territoires d'outre-mer) : pour les traitements ambulatoires et dentaires planifiés si accord préalable de la mutualité et de l'assureur.



QUELLES SONT MES OBLIGATIONS ?

- Pas de formalité médicale
 - Affiliation obligatoire du gérant. Les membres de la famille ont également la possibilité de s'affilier aux mêmes conditions.
 - Aviser l'assureur en cas de changement de domicile, de statut de sécurité sociale ou d'un séjour à l'étranger supérieur à 90 jours consécutifs.
 - Autorisation préalable de l'assureur :
 - pour les traitements paramédicaux autres que les soins infirmiers, la kinésithérapie, la physiothérapie
 - pour les adjuvants médicaux.
 - du plan de traitement orthodontique et/ou prothétique.
- Ne sont subordonnées à aucune autorisation préalable : les verres de lunettes, les verres de contact, les appareils auditifs, les bandages pour hernies, les bas à varices, les semelles orthopédiques, les coquilles plâtrées, le lombostat, les attelles et les béquilles.
- Prescription par un médecin pour des adjuvants médicaux, médicaments, pansements et matériel médical.
 - Chaque sinistre doit être déclaré par écrit à l'assureur dans le délai imparti, de préférence à l'aide des outils numériques de déclaration (My DKV ou DKV App), sinon par courrier (électronique).
 - L'assuré entreprend toutes les démarches pour obtenir une intervention de sa mutualité.



QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

DKV vous envoie une invitation à payer votre prime, qui est payable selon la périodicité convenue.



QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

Durée du contrat : contrat annuel renouvelable selon les conditions en vigueur.

La garantie d'assurance débute après l'émission de la police, l'expiration des stages et après paiement de la première prime convenue.

L'assureur peut résilier le contrat d'assurance en cas de non-paiement de la prime.



COMMENT PUIS-JE RÉSILIER MON CONTRAT ?

Comme le prévoit la loi, vous pouvez résilier votre contrat d'assurance à chaque date d'échéance annuelle en le notifiant à l'assureur au plus tard trois mois avant cette date. La notification de résiliation du contrat à l'assureur doit se faire par lettre recommandée, par exploit d'huissier ou par la remise d'une lettre de résiliation avec accusé de réception.