



PRÉCISIONS UTILES

ASSURANCE

HOSPITALISATION LIÉE À

L'ACTIVITÉ

PROFESSIONNELLE

— Gouvernement Wallon - Police n° 4.480.909

SOMMAIRE

DISPOSITIONS COMMUNES À L'ENSEMBLE DES GARANTIES	3
Note Explicative	10
CONTINUATION À TITRE INDIVIDUEL DE L'ASSURANCE COLLECTIVE LIÉE À L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE	10
RÈGLEMENT GÉNÉRAL SUR LA PROTECTION DES DONNÉES	11

DISPOSITIONS COMMUNES À L'ENSEMBLE DES GARANTIES

Objet 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 suite à une hospitalisation ou maladie grave.

Qui peut bénéficier de cette assurance ?

Les différentes catégories de bénéficiaires directs et indirects du Service social des Services du Gouvernement wallon sont définies par l'organe d'administration du Service social. Elles figurent in extenso sur son site internet (<https://www.ssrw.be>) et ont été publiées dans le magazine Walcome du mois de septembre 2025.

Seul le Service social est à même de pouvoir informer les bénéficiaires sur leur qualité de bénéficiaire direct ou indirect (081 250 200).

Les bénéficiaires directs et indirects doivent adresser au Service social une demande d'affiliation afin de bénéficier de la présente police d'assurance ainsi que leur demande de résiliation. Toute demande de renseignement relative aux conditions d'accès à la présente police d'assurance peut être adressée au Service social (ash@ssrw.be).

Affiliation - Désaffiliation

Une année d'assurance débute le 1er janvier et se termine le 31 décembre d'une même année.

Les modifications dans la composition du ménage (naissance, mariage, séparation, ...) survenues après l'affiliation à la police devront être déclarées dans les trente jours après l'événement au moyen d'un courrier adressé au Service social des Services du Gouvernement wallon. C'est uniquement si cette condition a été remplie que les modifications de garanties entreront en vigueur à la date de l'événement.

Étendue de l'assurance

1. Champ d'application

1. Formule de base

A. En cas d'hospitalisation (voir définition à la fin de ce point) :

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 « Hauteur de la garantie » (voir ci-après), les frais de soins de santé, pour autant qu'ils soient encourus pendant le séjour dans un hôpital reconnu ou dans une institution de soins palliatifs reconnue.

Ainsi, Ethias rembourse :

1. pour autant qu'ils donnent lieu à une intervention légale dans le cadre des prestations reprises à la nomenclature de l'INAMI :
 - a) les frais de séjour, en ce compris les suppléments relatifs aux chambres à deux lits; il est explicitement précisé que les suppléments de frais de séjour consécutifs au choix d'une chambre à un lit pour raisons personnelles ne sont en aucun cas garantis ;
 - b) les coûts des prestations médicales, des honoraires et suppléments d'honoraires. Il est explicitement précisé que ne sont pas pris en compte dans la formule de base les suppléments d'honoraires résultant d'un séjour en chambre à un lit à la propre demande de l'assuré pour des raisons personnelles ;
 - c) les coûts des prestations paramédicales;
 - d) les frais de produits pharmaceutiques, bandages, matériel médical et autres moyens médicaux;
 - 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 médicales 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 de soins palliatifs, y compris les frais de médicaments ;
 - i) 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;
 - j) le test de la mort subite.
2. Qu'ils donnent lieu ou non à une intervention légale, sont également couverts :
- a) les frais non remboursables de matériel de viscérosynthèse et d'endoprothèse ;
 - b) le matériel à usage unique utilisé lors 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 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);
 - e) les frais de séjour d'un parent dans la chambre d'un enfant (rooming-in) ;
 - f) les frais de morgue portés en compte sur la facture de l'hôpital ;
 - g) les frais de séjour du donneur en cas de transplantation d'un organe ou d'un tissu en faveur de l'assuré.

B. Pré- et post- hospitalisation

Il s'agit des frais médicaux encourus pendant une période de 120 jours avant l'hospitalisation et de 270 jours après l'hospitalisation, en rapport direct avec la raison de l'hospitalisation. Si l'hospitalisation est consécutive à un accident, le délai est porté de 270 jours à 365 jours.

Sont couverts pendant cette période :

1. pour les frais donnant lieu à une intervention légale de prestations reprises dans la nomenclature de l'INAMI:
 - a) les frais de prestations médicales dispensées suite à 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 les médicaments non remboursables ou repris sous la catégorie « D » dans la nomenclature INAMI.

C. En cas de « maladie grave » :

En cas de survenance des maladies suivantes : cancer, leucémie, Covid, maladie(s) due(s) à une pandémie, tuberculose, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, maladie de Parkinson, diphtérie, poliomyélite, méningite cérébro-spinale, variole, typhus, encéphalite, charbon, tétanos, choléra, maladie de Hodgkin, sida, hépatite infectieuse, scarlatine, diabète, affections rénales nécessitant une dialyse, maladie de Crohn, rectocolite ulcéro hémorragique, mucoviscidose, maladie d'Alzheimer, malaria, maladie de Pompe, maladie de Creutzfeld-Jacob, dystrophie musculaire progressive, brucellose, épilepsie, maladie de Lyme, syndrome de Treacher-Collins, scrofule, maladie de Guillain Baré, maladie de Huntington, myopathies progressives héréditaires et sclérodermie avec atteinte aux organes, l'assurance est étendue aux frais de soins de santé dispensés en dehors du milieu hospitalier en rapport direct avec la maladie.

Les frais d'examen préventifs pour les affiliés ayant souffert par le passé d'une des maladies graves reprises ci-dessus sont également garantis.

Sont ainsi couverts :

1. pour les frais donnant lieu à une intervention légale des prestations reprises dans la nomenclature INAMI:
 - 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, en ce compris les frais de transport urgents et non-urgents ainsi que les frais de déplacement en cas de consultation via un véhicule personnel ou un service de taxis.

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 1 B ci-dessus sont également d'application.

En outre, la garantie s'étend, dans les limites prévues dans les conditions spéciales, 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 les frais médicaux relatifs à l'opération de la cataracte pratiquée au cabinet d'un ophtalmologue.

2. **Formule étendue**

Aux garanties prévues par le formule de base est ajouté le remboursement des suppléments tant en matière de frais de séjour que d'honoraires ou de suppléments d'honoraires encourus lors d'un séjour en chambre particulière pour convenance personnelle.

Choix et changement de formule de garanties :

1. le bénéficiaire direct dispose de la faculté de solliciter l'adhésion des membres de sa famille (bénéficiaires indirects) à la formule de garantie de son choix.
2. l'assuré qui a opté pour la formule étendue a la faculté de passer à la formule de base à l'échéance annuelle moyennant une demande écrite.
3. l'assuré qui a opté pour la formule de base a la faculté de passer à la formule étendue à l'échéance annuelle moyennant demande écrite avant le 31 décembre. Cependant, les dispositions relatives aux états préexistants (point 3 ci-dessous) seront d'application.

Définition

- A. « Hôpital » : établissement public ou un établissement privé reconnu légalement comme hôpital, à l'exclusion des établissements psychiatriques fermés, des services ou établissements médicopédagogiques, 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 plâtrage 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 super-, 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.

2. Hauteur de la garantie

- A. Pour chaque prestation accordée au point 1. ci-dessus, la garantie d'Ethias est accordée jusqu'à concurrence du triple du montant de l'intervention légale.
- B. Pour les frais de viscérosynthèse, de matériel d'endoprothèse, de matériel à usage unique utilisé lors d'une intervention chirurgicale et les frais de médicaments non remboursables ou repris sous la catégorie « D » dans la nomenclature INAMI (points 1.1.A.2., 1.1.B.2. et 1.1.C.2. ci-dessus) est d'application une intervention à concurrence de 50% des frais exposés, endéans un plafond de remboursement par année calendrier de € 5.000,00 par assuré.
- C. Le remboursement des frais de séjour d'un parent dans la chambre d'un enfant hospitalisé âgé de moins de 19 ans est illimité.
- D. Les frais de transport liés aux maladies graves (point 1.1.C.2.b. ci-dessus) sont remboursés à concurrence d'un plafond global de € 500,00 par personne et par année calendrier.
- E. L'intervention dans les frais de séjour du donneur d'organe ou de tissu dont question au point 1.1.A.2.g) ci-dessus est accordée à concurrence de € 5.000,00.
- F. En ce qui concerne l'ophtalmologie extramurale, Ethias prend en charge une somme maximale de € 1000,00 par intervention.
- G. L'intervention pour les frais visés au dernier paragraphe du point 1.1. D. ci-dessus est accordée pendant une période maximum de quinze jours après la fin de l'hospitalisation ou l'accouchement à domicile et à concurrence de maximum € 1000,00.
- H. Franchise : aucune franchise n'est d'application dans le cadre de la présente assurance.

3. Affections préexistantes

Les prestations prévues au point 1 ci-dessus ne sont pas accordées aux assurés si l'existence de l'affection, de la maladie, de la grossesse ou de l'invalidité 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 à la présente police, même si les premiers symptômes n'ont pas permis de poser un diagnostic précis.

Par dérogation à ce qui précède, sont toutefois garanties :

- A. l'affection, la maladie ou l'invalidité pour laquelle l'assuré était déjà couvert par une garantie similaire et pour autant qu'il n'y ait pas eu d'interruption d'assurance ;
- B. l'aggravation de l'affection, de la maladie ou de l'invalidité, si l'assuré est affilié à la police depuis douze mois et n'a fait l'objet durant cette période d'aucun acte médical résultant de ladite affection, maladie ou invalidité.

4. 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'on prouve qu'il n'existe aucune relation causale entre la maladie ou l'accident et ses circonstances ;
 - 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 traitements 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. Il est précisé que les prestations résultant d'une tentative de suicide demeurent couvertes ;
- 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.

5. Précisions quant au risque garanti

- A. Limites territoriales : il n'y a aucune limite territoriale, cette assurance est d'application dans le monde entier.
Au cas où un assuré serait victime d'une maladie ou d'un accident dans un pays avec lequel les mutualités belges n'ont conclu aucune convention de remboursement, Ethias interviendra 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 (assurance maladie invalidité – section soins de santé – régime des travailleurs salariés).
- 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.

6. Règlement des sinistres

A. Déclaration

En cas d'hospitalisation, l'assuré doit, aussi rapidement que possible en faire la déclaration à Ethias :

- soit à l'aide de son numéro Assurcard :
 - par internet sur www.ethiashospi.be ou sur www.assurcard.be ;
 - via la borne Assurcard pour autant que l'hôpital en soit équipé (la liste des hôpitaux participants est accessible sur www.assurcard.be/fr/hopitaux) ;
- soit par écrit au moyen du document prévu à cet effet (document disponible sur le site internet www.ethias.be ou par téléphone 04 220.33.01). L'assuré doit joindre à cette déclaration tout document, certificat et rapport médical qui est de nature à prouver l'existence et le degré de gravité de l'événement.

La demande d'intervention concernant une maladie grave (énumérée au point 1.1.C. ci-dessus) ne nécessitant pas une hospitalisation dans l'immédiat doit être introduite, aussi rapidement que possible, par écrit au moyen du document prévu à cet effet (document disponible sur le site internet www.ethias.be ou par téléphone au 04 220 33 01). L'assuré doit joindre à cette déclaration tout document, certificat et rapport médical 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 les pièces justificatives de ses frais :

- l'original de la facture d'hospitalisation (lorsque le système de tiers-payant assurcard n'est pas d'application). Ce document original doit être envoyé à Ethias par pli postal (une copie/un scan ne suffit pas) ;
- les autres documents : les attestations de remboursement de la mutualité (quittances), les attestations pharmaceutiques BVAC (uniquement lorsque l'assuré n'a pas utilisé son code-barre Assurpharma), etc. peuvent être transmis de manière digitale via l'Espace Client sur le site www.ethias.be ou par pli postal.

Sur la base des documents visés aux points a) et b) ci-dessus, Ethias rembourse le montant des frais visés au point 1 ci-dessus, 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) et/ou du montant éventuellement accordé par la mutuelle dans le cadre de la garantie complémentaire ;
- du montant d'autres remboursements déjà perçus ;
- du montant de la franchise contractuelle.

Si un accord de tiers-payant est octroyé via Assurcard, 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 non respect de la procédure en vigueur (dont le non remboursement des sommes dues à Ethias) peut entraîner une suppression de l'accès au système de tiers-payant assurcard.

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.

Il est précisé que seuls les frais exposés avant la date de fin de l'affiliation ou avant la date de fin du contrat d'assurance peuvent être pris en considération pour le calcul du remboursement contractuellement dû.

7. Prime

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

	Modalité de Base	Modalité Etendue
Assurés Directs		
Par agent entre 0 et 19 ans inclus	€ 0,00	€ 56,57
Par agent entre 20 et 34 ans inclus	€ 0,00	€ 154,27
Par agent entre 35 et 49 ans inclus	€ 0,00	€ 162,26
Par agent entre 50 et 64 ans inclus	€ 0,00	€ 320,95
Par agent entre 65 et 69 ans inclus	€ 0,00	€ 690,62
Par agent à partir de 70 ans	€ 0,00	€ 690,66
Assurés Indirects		
Par assuré entre 0 et 19 ans inclus	€ 4,38	€ 60,95
Par assuré entre 20 et 34 ans inclus	€ 10,96	€ 165,22
Par assuré entre 35 et 49 ans inclus	€ 21,91	€ 184,16
Par assuré entre 50 et 64 ans inclus	€ 43,82	€ 364,80
Par assuré entre 65 et 69 ans inclus	€ 153,37	€ 843,96
Par assuré à partir de 70 ans	€ 226,39	€ 917,00

Ces primes s'entendent toutes taxes légales au 01/01/2026 comprises.

Information complémentaire

Pour tout renseignement concernant la couverture

Ethias, voie Gisèle Halimi 10 à 4000 Liège
Tél. 04 220 81 00
contrat.medicollectivites@ethias.be

En cas d'hospitalisation

Ethias, BP 10037 à 1070 Bruxelles
Tél. 04 220 33 01
gestionsinistres@ethias.be

Toute affiliation, désaffiliation ou modification doit impérativement être adressée au :

Service social des Services du Gouvernement wallon
rue Dewez 49
5000 NAMUR

Tél. 081 25 02 27
Tél. 081 25 02 30
Tél. 081 25 02 33
Tél. 081 25 02 40
Tél. 081 25 02 08
Tél. 081 25 02 20

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 référera exclusivement aux conditions particulières, spéciales et générales de la police.

NOTE EXPLICATIVE

CONTINUATION À TITRE INDIVIDUEL DE L'ASSURANCE COLLECTIVE LIÉE À L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE**Droit à la poursuite à titre individuel de l'assurance collective****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.

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.

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.

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.

Préfinancement de la continuation à titre individuel

La prime relative à l'assurance individuelle, qui est conclue dans le cadre de la continuation de l'assurance collective, tiendra compte de l'âge atteint par l'assuré au moment où celui-ci poursuit le contrat à titre individuel.

Toutefois, l'assuré peut, pendant la période durant laquelle il bénéficie de l'assurance collective, souscrire à un plan de préfinancement. S'il y souscrit, l'âge dont il sera tenu compte pour déterminer la prime applicable dans le cadre de la police de continuation à titre individuel sera l'âge qu'avait l'assuré au moment où il a commencé à payer la prime relative au plan de préfinancement.

Ethias ne commercialise pas ce type de produit.

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'INFORMATIONS

Ethias

voie Gisèle Halimi 10 - 4000 Liège

Tél. 04 220 31 11

info@ethias.be

ethias.be