

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. Pour de plus amples informations, contactez votre conseiller ou votre gérant de bureau, ou surfez sur [www.federale.be](http://www.federale.be).

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

F-CARE est un contrat d'assurance collectif soins de santé lié à l'activité professionnelle ayant pour objet de protéger les assurés des conséquences financières d'une hospitalisation et de certains traitements médicaux en dehors d'une hospitalisation (soins ambulatoires).



### Qu'est-ce qui est assuré ?

#### A. Garantie de base (par Fédérale Assurance)

En Belgique : le remboursement de frais **d'hospitalisation** et/ou de **soins ambulatoires** (pré- et post-hospitalisation (1 mois/3 mois) ou relatifs à une maladie grave).

Hors Belgique : le remboursement de frais **d'hospitalisation planifiée** et/ou de **soins ambulatoires planifiés** lorsque la mutuelle de l'assuré a donné son accord préalable pour un traitement à l'étranger.

- ✓ Garantie hospitalisation - prestations couvertes (e.a.) :
  - ✓ frais de séjour ;
  - ✓ frais de médicaments ;
  - ✓ honoraires médicaux et paramédicaux ;
  - ✓ frais de prothèses et d'appareils orthopédiques ;
  - ✓ frais de transport d'urgence.
- ✓ Garantie soins ambulatoires (pré- et post-hospitalisation) prestations couvertes (e.a.) :
  - ✓ frais de prestations médicales lors d'une visite ou d'une consultation ;
  - ✓ traitements paramédicaux (kinésithérapie, physiothérapie) ;
  - ✓ frais de médicaments ;
  - ✓ frais de matériel médical.
- ✓ Garantie soins ambulatoires (maladies graves) - prestations couvertes (e.a.) :
  - ✓ frais de prestations médicales lors d'une visite ou d'une consultation ;
  - ✓ frais de médicaments ;
  - ✓ frais de matériel médical.
- ✓ La liste des maladies graves (30) est reprise aux conditions générales.

#### B. Garantie complémentaire (par Europ Assistance)

Hors Belgique exclusivement : le remboursement de frais d'hospitalisation et/ou de soins ambulatoires et/ou de frais divers **consécutifs à un incident médical imprévisible**.

- ✓ Prestations couvertes (e.a.) :
  - ✓ assistance aux personnes ;
  - ✓ transport ;
  - ✓ rapatriement ;
  - ✓ frais de séjour à l'hôpital ;
  - ✓ frais de médicaments ;
  - ✓ honoraires médicaux et paramédicaux.



### Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

#### A. Garantie de base (par Fédérale Assurance)

Le remboursement des frais consécutifs aux traitements suivants (e.a.) :

- x dentaires, placement de prothèses dentaires ou matériel dentaire, chirurgie dentaire et orthopédie dento-maxillo-faciale ;
- x expérimentaux ou non scientifiquement prouvés ;
- x à caractère esthétique ;
- x anticonceptionnels (tels que la stérilisation) ;
- x de procréation médicalement assistée (tels que l'insémination artificielle et la fertilisation in vitro) ;
- x cures telles que thermalisme, thalassothérapie, hygiénodététique ou désintoxication.

Le remboursement des frais consécutifs à des traitements causés par (e.a.) :

- x un fait de guerre, civile ou étrangère ;
- x une tentative de suicide ;
- x le fait intentionnel de l'assuré ;
- x la participation volontaire à un crime ou à un délit, excepté le cas de légitime défense ;
- x l'alcoolisme, la toxicomanie ou l'usage abusif de médicaments.

#### B. Garantie complémentaire (par Europ Assistance)

Le remboursement des frais consécutifs aux traitements (e.a.) :

- x esthétiques, diététiques ainsi que tous les frais de diagnostic et de traitement non reconnus par l'INAMI ;
- x causés par un état dépressif ou une maladie mentale ;
- x causés par une maladie ou des états pathologiques, non stabilisés durant la période de 6 mois avant la date du déplacement à l'étranger, connus avant le départ ainsi que leurs complications ou aggravations prévisibles ;
- x causés par les faits découlant des suites d'un accident nucléaire ou d'un acte terroriste ;
- x causés par l'usage aigu ou chronique de drogues ou d'alcool.



### Y a-t-il des restrictions de couverture ?

#### A. Garantie de base (par Fédérale Assurance)

! Une franchise est prévue pour la garantie hospitalisation. Le montant de la franchise est repris aux conditions particulières du contrat d'assurance.

! Une limite générale de remboursement est fixée à 10.000.000 EUR par année d'assurance et par assuré sauf pour une hospitalisation planifiée en dehors de l'EEE et de la Suisse où la limite générale est fixée à 250.000 EUR.

! Des limites spécifiques sont également prévues : 1.000 EUR pour le transport en hélicoptère médicalisé ; 650 EUR par accouchement à domicile ; 3 fois l'intervention de l'INAMI pour les prothèses. Pour plus d'informations, consultez les conditions générales.

#### B. Garantie complémentaire (par Europ Assistance)

! Un plafond de 250.000 EUR est prévu par assuré et par événement.

! La garantie est limitée aux séjours à l'étranger d'une durée inférieure à 3 mois.



### Où suis-je couvert ?

- ✓ La garantie est acquise dans le monde entier.
- ✓ La garantie de base est assurée par Fédérale Assurance et la garantie complémentaire par Europ Assistance.



### Quelles sont mes obligations ?

- Fournir aux assurés toutes les informations légales requises.
- Nous fournir exactement et complètement toutes les informations nécessaires lors de la conclusion du contrat et pendant la durée de celui-ci.



### Quand et comment effectuer le paiement ?

Vous pouvez choisir librement les modalités de paiement de la prime. Celles-ci sont définies aux conditions particulières de votre contrat d'assurance.



### Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'entrée en vigueur de l'assurance est indiquée aux conditions particulières. Le contrat d'assurance est souscrit pour une durée indéterminée. L'assurance prend fin lorsqu'une des deux parties au contrat (vous et l'entreprise d'assurances) résilie le contrat. L'entreprise d'assurances peut résilier le contrat, via l'envoi d'une lettre recommandée datée et signée, minimum trois mois avant la date d'échéance ou à tout moment après mise en demeure, en cas de non-paiement des primes.



### Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez résilier le contrat d'assurance via l'envoi d'une lettre recommandée datée et signée avant la date de l'échéance annuelle, en tenant compte d'un délai de trois mois de préavis.