



BIENVENUE CHEZ DKV

La médecine belge est l'une des meilleures du monde. DKV la rend accessible.

Avec plus de 2 millions d'assurés, **DKV** est le spécialiste belge en assurance maladie complémentaire.

En plus des assurances Hospitalisation, la DKV propose également d'autres assurances maladie supplémentaires tant pour les particuliers et indépendants que pour les PME et grandes entreprises.

- Frais ambulatoires (e.a. visites de médecin, médicaments, etc...)
- Soins dentaires
- Assurance dépendance
- Revenu garanti (uniquement pour les particuliers et les indépendants)

Les soins de santé sont de plus en plus chers et l'assurance maladie légale rembourse beaucoup moins. La DKV vous aide à limiter les frais lors d'un séjour à l'hôpital et d'autres prestations médicales.

Pour plus d'information concernant DKV, visitez le site: www.dkv.be

AVANTAGES DES CONDITIONS D'ADHÉSION DE CETTE POLICE COLLECTIVE

- Pas de questionnaire médical
- Les maladies préexistantes sont couvertes

ASSURABILITÉ

Pour les membres du personnel belge

L'affiliation est uniquement possible si chacune des personnes à affilier :

- Est soumise à la sécurité sociale belge et en bénéficie
- A son domicile et sa résidence fixe en Belgique
- La garantie n'est plus valable pour un séjour à l'étranger de plus de 3 mois consécutifs.

Pour les frontaliers

Entrent uniquement en compte comme pays limitrophes : les Pays-Bas, la France, le Luxembourg et l'Allemagne.

L'affiliation est uniquement possible si chacune des personnes à affilier :

- Est soumise à la sécurité sociale belge ou à la sécurité sociale du pays de leur domicile et résidence fixe et en bénéficie ;
- A son domicile et sa résidence fixe en Belgique ou dans un pays limitrophe
- La garantie n'est plus valable pour un séjour à l'étranger de plus de 3 mois consécutifs. Par 'étranger' on entend tout pays autre qu'un des pays frontaliers repris ci-dessus.

CONDITIONS D'AFFILIATION

- L'affiliation est obligatoire pour tous les membres du personnel.
- Pour les membres de la famille, l'affiliation est facultative. Le membre du personnel qui souhaite assurer les membres de sa famille a l'obligation d'assurer tous les membres de sa famille (sauf pour les personnes qui ont déjà une assurance similaire).
- Pour les membres de la famille dont l'affiliation n'est pas enregistrée dans les 2 mois qui suivent l'événement ouvrant le droit à l'affiliation, la prise de cours est fixée au 1er jour du 13ème mois qui suit la réception par l'assureur de la demande d'affiliation. S'il n'y a pas eu d'interruption entre les 2 couvertures successives, le délai d'attente peut être supprimé sur présentation d'une attestation d'assurance délivrée par l'ancien assureur.
- Les membres de la famille assurables sont:
 - le partenaire de vie domicilié à l'adresse du membre du personnel assuré et qui réside effectivement à l'adresse du membre du personnel.
 - les enfants fiscalement à charge du membre du personnel assuré ou de son partenaire de vie et qui ont leur domicile et leur résidence fixe et habituelle en Belgique ou dans un pays limitrophe de la Belgique ;
- Tout changement de la situation familiale doit être communiqué au département du personnel (naissance – divorce – enfant qui n'est plus fiscalement à charge – (nouvelle) cohabitation officielle).

Les meilleurs soins. Pour toute la vie.

Ce texte est un résumé. Aucun droit ne peut y être subrogé. Seules les conditions de la police sont obligatoires.

TERRITORIALITÉ

La garantie d'assurance est valable dans le monde entier pour une hospitalisation à l'étranger qui est médicalement nécessaire et imprévue. La garantie d'assurance est également valable dans les pays membres de l'Union Européenne (excepté les pays et les territoires d'outre-mer) pour une hospitalisation à l'étranger qui est médicalement nécessaire et planifiée, à condition qu'un accord ait été conclu au préalable avec la mutualité.

Consultez nos conditions DKV-Assistance sur notre site web www.dkv.be avant votre départ à l'étranger.

GARANTIES & CAPITALS ASSURÉS

Risques assurés: maladie, accident et accouchement.

Principes généraux :

- ✓ Frais médicaux qui ont un caractère curatif, diagnostique ou palliatif
- ✓ Frais médicaux qui sont médicalement nécessaires (pas d'interventions esthétiques)
- ✓ Frais médicaux prestés par des dispensateurs de soins reconnus
- ✓ Frais médicaux qui sont éprouvés en suffisance sur le plan thérapeutique

Frais d'hospitalisation

- ✓ Libre choix du centre hospitalier, du médecin et de la chambre (les frais de rooming-in du partenaire ne sont pas pris en charge par DKV).
- ✓ L'accouchement à domicile est assimilé à un accouchement à l'hôpital.

Sont remboursés de manière illimitées après l'intervention de la mutualité et si les frais sont repris sur la facture d'hospitalisation :

- ✓ les frais de séjour et de logement d'un des parents dans la même chambre que celui de l'enfant hospitalisé pour autant que le parent soit assuré auprès de l'assureur, et que l'enfant n'ait pas atteint l'âge de 18 ans ;
- ✓ les frais des prestations médicales ;
- ✓ les frais des prestations paramédicales ;
- ✓ les frais pharmaceutiques, de pansement et de matériel médical ; à l'exclusion de vitamines, de matières minérales, de suppléments alimentaires ;
- ✓ les frais des adjuvants médicaux ;
- ✓ les frais de chirurgie ;
- ✓ les frais d'anesthésie ;
- ✓ les frais de l'utilisation de la salle d'opération, de travail et de salle de plâtres ;
- ✓ les frais des prothèses médicales ;
- ✓ les frais des membres artificiels ;
- ✓ les frais de transport en ambulance en Belgique vers et depuis un hôpital et le transfert vers un autre hôpital ;
- ✓ les frais de transport par hélicoptère en Belgique du lieu de l'accident à l'hôpital pour autant que ce transport soit médicalement nécessaire et qu'un autre moyen de transport ne puisse être utilisé ;
- ✓ les frais mortuaires qui sont portés en compte sur la facture d'hospitalisation ;
- ✓ les frais de soins post-natals dans les limites définies dans la convention conclue entre l'organisation de soins post-natals et l'assureur. Il s'agit des frais facturés par cette organisation pour les soins qui sont fournis, à domicile, à la mère, au nouveau-né et à la famille par le prestataire de soins habilité
- ✓ les frais de séjour du donneur avec un maximum de € 1.250 à l'occasion de la transplantation médicalement nécessaire d'un organe ou d'un tissu en faveur de l'assuré hospitalisé ;

Informez-vous à temps sur www.dkv.be (rubrique FAQ)

One day Clinic (hospitalisation de jour)

La garantie d'assurance est également constituée par l'admission et le traitement dans un hôpital, suite à la survenance d'une maladie, d'un accouchement ou d'un accident, pour autant qu'une hospitalisation de jour soit effectivement portée en compte. Par « hospitalisation de jour » est entendu l'admission en hôpital de jour avec :

- ✓ un 'forfait d'hôpital de jour chirurgical' ou
- ✓ un 'maxiforfait' ou
- ✓ un 'forfait salle de plâtre' ou
- ✓ un 'forfait d'hôpital de jour - groupe 1 à 7 inclus' ou
- ✓ un 'forfait douleur chronique 1, 2 ou 3' ou
- ✓ un 'forfait manipulation d'un cathéter en chambre' ou
- ✓ des 'soins urgents justifiant une prise en charge dans un lit hospitalier et/ou administration d'un médicament ou de sang/produit sanguin labile par une perfusion intraveineuse'.

Cette énumération est limitative.

Le traitement ambulatoire aux urgences ne sera pas pris en compte. Vous pouvez toujours vous informer au préalable auprès de l'hôpital.

Les meilleurs soins. Pour toute la vie.

Ce texte est un résumé. Aucun droit ne peut y être subrogé. Seules les conditions de la police sont obligatoires.

Medi-Card®

DKV Belgium S.A. vous offre la Medi-Card®. Cette petite carte permet à DKV Belgium S.A. de régler directement l'aspect financier du dossier avec l'hôpital; acomptes et factures exorbitantes appartiennent au passé et ce sur simple présentation de la Medi-Card® à l'accueil de l'hôpital !

A ce jour, plus de 240 hôpitaux ont déjà adhéré à ce système fort pratique. Pour nous, votre santé est ce qui est de plus important.

La liste actualisée de tous les hôpitaux concernés est à toute heure disponible sur notre site web www.dkv.be

Les soins ambulatoires pendant la période pré- et post hospitalière

Sont également couverts les soins ambulatoires, pour autant qu'ils soient en rapport direct avec la cause du traitement en centre hospitalier et exposés pendant la période pré- et post hospitalière de 30 jours avant et de 90 jours après l'hospitalisation et à condition qu'ils soient prescrits par un dispensateur de soins reconnu.

Ces frais médicaux sont:

- ✓ les frais des actes médicaux prestés lors d'une visite ou d'une consultation ;
- ✓ les frais du traitement homéopathique, du traitement d'acupuncture, du traitement d'ostéopathie et du traitement de chiropraxie ;
- ✓ les frais des actes paramédicaux prescrits par un médecin et autorisés préalablement par l'assureur. Ne sont subordonnés à aucune autorisation préalable : les soins infirmiers, la kinésithérapie et la physiothérapie;
- ✓ les frais des adjuvants médicaux prescrits par un médecin et autorisés préalablement par l'assureur. Ne sont subordonnés à aucune autorisation préalable : les verres de lunettes ou les verres de contact (et en cas de remplacement à condition que la dioptrie ait changé d'au moins 0.5), les appareils auditifs, les bandages pour hernies, les bas à varices, les semelles orthopédiques, les coquilles plâtrées, le lombostat, les attelles et les béquille.
- ✓ les frais des prothèses médicales ;
- ✓ les frais d'une perruque dans le contexte d'une maladie oncologique avec un maximum de € 1.250 à la condition que l'assurance maladie légale intervienne ;
- ✓ les frais des membres artificiels
- ✓ les frais des médicaments allopathiques et homéopathiques, de pansement et de matériel médical, prescrits par un médecin, à l'exclusion des produits alimentaires, des compléments alimentaires, des vitamines et des minéraux, des produits d'hygiène et cosmétiques et de tout type de produit qui peut être obtenu dans le commerce en général.

Le remboursement s'élève après intervention de la mutualité, à 100 %. En cas de non-intervention de la mutualité, le remboursement est limité à 50 %.

Sont exclus néanmoins : tout type de produit qui peut être obtenu dans le commerce en général (p.ex. shampoing, ...) ainsi que les frais d'entretien et de réparation des adjuvants médicaux.

Les soins ambulatoires en cas de maladie grave

Ce plan rembourse également les frais ambulatoires faisant suite à l'une des 30 maladies suivantes, pour autant qu'ils soient en rapport direct avec ladite maladie grave et qu'ils soient prescrits par un dispensateur de soins reconnu.

Les 30 maladies graves sont:

cancer, leucémie, maladie de Parkinson, maladie de Hodgkin, maladie de Pompe, maladie de Crohn, maladie d'Alzheimer, SIDA, diabète, tuberculose, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, méningite cérébrospinale, poliomyélite, dystrophies musculaires progressives, encéphalite, tétanos, hépatite virale, malaria, typhus, fièvre typhoïde et paratyphoïde, diphtérie, choléra, charbon, mucoviscidose, dialyse rénale, brucellose, la maladie de Creutzfeld-Jakob, Ebola.

Le remboursement s'élève après intervention de la mutualité, à 100 %. En cas de non-intervention de la mutualité, le remboursement sera limité à 50 %.

Si vous introduisez pour la première fois des frais pour cette garantie, vous devez compléter un "questionnaire maladie grave" par votre médecin traitant. Vous pouvez recevoir ce questionnaire sur demande. Le document est également disponible via www.dkv.be

Procréation Médicalement Assistée

Sont couverts après intervention de l'assurance maladie légale, les frais médicaux directement liés à la procréation médicalement assistée, et ceci à concurrence de € 2.000 par personne assurée et par année d'assurance.

Ces € 2.000 comprennent les frais d'hospitalisation ainsi que les frais des traitements ambulatoires

En cas de traitement ambulatoire, la date du transfert de l'embryon (le placement de l'embryon dans l'utérus après fécondation in vitro) ou la date de l'insémination intra-cervicale ou intra-utérine -à condition que l'assurance maladie légale intervienne dans les frais y afférents- est considérée comme début du cas d'assurance.

DKV offre une couverture à condition que le traitement ait été approuvé et effectivement pris en charge par l'assurance maladie légale.

Les meilleurs soins. Pour toute la vie.

Ce texte est un résumé. Aucun droit ne peut y être subrogé. Seules les conditions de la police sont obligatoires.

DKV-assistance

Rapatriement (cf. DKV Assistance) – tél 24/7 sur le n° +32 2 230 31 32

Vérifiez nos conditions DKV-Assistance avant votre départ à l'étranger. Vous les retrouverez sur notre site web

www.dkv.be.

POURCENTAGE DE REMBOURSEMENT ET LIMITATIONS

Dès que l'assurance maladie légale intervient partiellement ou entièrement dans les frais de séjour (chambre) lors d'une hospitalisation, DKV rembourse après déduction de la franchise 100% de tout montant resté à charge du patient, même si certaines prestations médicales durant l'hospitalisation ne donnaient pas droit à une intervention légale pour autant que celles-ci soient facturées de manière correcte d'après les directives de l'INAMI, ainsi que le règlement de l'hôpital et pour autant que les prestations répondent aux principes généraux des conditions d'assurance.

Dans le cas où il n'y a aucune intervention légale dans les frais d'une hospitalisation, DKV réduit son intervention à 50%.

En cas de non-intervention de l'assurance maladie légale dans les frais ambulatoires pendant la période pré/post et en cas de maladie grave, le taux de remboursement est réduit de 50%.

FRANCHISE

La franchise est le montant qui reste à votre charge. Elle s'élève à € 175,00 et est d'application par personne assurée et par année d'assurance.

La franchise n'est pas d'application :

- **si la personne assurée est hospitalisée en chambre double ou commune**
- pour les frais ambulatoires en cas d'une maladie grave couverte

La franchise n'est qu'une seule fois appliquée par cas d'assurance qui s'étale de manière ininterrompue sur 2 années d'assurances consécutives.

L'année d'assurance de ce contrat débute chaque année le 01 avril et se termine fin mars.

STAGES AU NIVEAU DES GARANTIES

Le stage s'élève à 3 mois et ne s'applique pas:

- à une hospitalisation à la suite d'un accident.
- si le membre du personnel et/ou le membre de famille bénéficiait via son ex-employeur d'une couverture collective illimitée et s'il n'y a pas d'interruption entre les deux couvertures.
- si l'employé et/ou le membre de famille bénéficiait d'une couverture individuelle illimitée et s'il n'y a pas d'interruption entre les deux couvertures
- pour un nouveau-né, si les 2 parents (ou un des parents pour autant que l'autre parent (non assuré dans la police DKV) puisse soumettre une attestation d'assurance du même type de couverture) sont 100% assurés pendant une période de minimum 3 mois (= après 6 mois d'affiliation dans le plan DKV PREMIUM PRO).

Le délai d'attente est de 18 mois pour les frais liés à une procréation médicalement assistée.

Important !

Le délai d'attente commence à partir de la date d'affiliation effective. Dans le cas où vous vous trouvez dans une période d'attente suite à une affiliation tardive où la date d'affiliation a été ajournée de 13 mois (voir le point dans les conditions d'affiliation) vous devez tenir compte du fait que :

- les 3 mois d'attente au niveau des garanties s'ajoute au délai d'attente de 13 mois !
- les 18 mois d'attente au niveau de la procréation médicalement assistée s'ajoute au délai d'attente de 13 mois !

EXCLUSIONS

La garantie d'assurance ne s'étend pas aux frais médicaux associés aux cas énumérés ci-après, ni à leurs suites :

- une tentative de suicide ou un suicide ;
- l'utilisation de drogues, d'alcool ou de produits dopants; la surconsommation et l'abus de médicaments ; l'utilisation 'off label' de médicaments, à moins que l'assureur ait accepté leur couverture explicitement et par écrit. Une utilisation 'off-label' est une utilisation non conforme aux indications reprises dans la notice scientifique du produit ;
- une intervention préventive, une vaccination, une stérilisation, une contraception, les mères porteuses rémunérées ; une chirurgie ophtalmologique réfractive, une intervention esthétique sauf une chirurgie plastique reconstructive à la condition que le devis soit préalablement approuvé par l'assureur;
- des troubles fonctionnels ou subjectifs dont, soit la cause et les symptômes ne peuvent pas être objectivés médicalement, soit le traitement ou la thérapie ne s'imposent pas d'un point de vue exclusivement médical;
- un traitement psychothérapeutique à moins qu'il soit dispensé par un psychiatre;
- une maladie, des maladies concomitantes ou un accident découlant d'une guerre civile ou autre, d'émeutes, d'actes de violence collective, à caractère politique, idéologique ou social, s'il est établi que l'assuré y a pris part active ;

Les meilleurs soins. Pour toute la vie.

Ce texte est un résumé. Aucun droit ne peut y être subrogé. Seules les conditions de la police sont obligatoires.

- un acte intentionnel ou téméraire de l'assuré, à moins qu'il ne prouve qu'il s'agit d'un cas de légitime défense. L'acte intentionnel est l'acte commis volontairement et sciemment avec l'intention de causer un dommage.
- aux cas d'assurance en cours à la date de début de la garantie d'assurance en prenant en considération la date d'entrée à l'hôpital (sauf en cas de reprise d'un contrat d'assurance groupe existant qui couvre un risque similaire ou identique) ;
- aux traitements dentaires quelle qu'en soit la nature à l'exception de ceux dont la nécessité médicale suite à la survenance d'une maladie non-stomatologique ou d'un accident est établie ;
- aux prothèses dentaires (bridges, couronnes et implants dentaires) et au matériel dentaire quelle qu'en soit la nature, à l'exception de ceux délivrés et placés pendant la période posthospitalière (d'un cas d'assurance pour lequel DKV Belgium S.A. est intervenu), dont la nécessité médicale suite à la survenance d'une maladie non-stomatologique ou d'un accident, est établie et dont le plan de traitement a préalablement été approuvé par l'assureur ;
- à 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 ;
- aux traitements psychothérapeutiques ambulatoires non dispensés par un psychiatre. Dans le cas d'une admission et d'un traitement psychothérapeutique en hôpital, l'intervention est limitée à 120 jours par personne assurée et par année d'assurance ;
- les coûts d'entretien et de réparation, les coûts d'utilisation et les pièces de rechange des prothèses médicales, membres artificiels et adjuvants médicaux.

QUELQUES CONSEILS PRATIQUES CONCERNANT LE REMBOURSEMENT DE VOS FRAIS MÉDICAUX

a. Frais hospitaliers

Hospitalisation dans un des hôpitaux acceptant la Medi-Card® DKV.

Consultez la liste sur notre site web www.dkv.be, afin d'en avoir la dernière version en tout temps.

Grâce à la Medi-Card®, lorsque vous êtes admis dans une institution hospitalière conventionnée avec DKV, il vous suffit de la présenter au bureau des admissions. L'hôpital interroge immédiatement le site web DKV, afin de vérifier la validité de votre couverture. En cas de confirmation de votre affiliation, votre hôpital reçoit directement le formulaire d'hospitalisation (S28/4) avec un n° de référence.

Que devez vous encore faire ?

En toute simplicité, communiquez-nous la raison de votre hospitalisation via notre site web (www.dkv.be => contact => Déclarations => 'Déclaration Hospitalisation' en ligne) ou via notre DKV APP (rubrique 'Déclaration d'hospitalisation').

Si vous préférez l'utilisation d'une déclaration d'hospitalisation 'papier', il suffit alors d'y mentionner le motif de l'hospitalisation et de nous la faire parvenir endéans les 5 jours de l'admission.

Ensuite, vous ne devez plus rien faire; même payer quoique ce soit à l'hôpital : DKV paye la facture directement à l'hôpital.

Hospitalisation dans un hôpital n'acceptant pas la Medi-Card® DKV

Il vous suffit simplement de compléter le formulaire S28/1 en y spécifiant le motif de l'hospitalisation.

Envoyez-nous ce formulaire dans les 5 jours de l'admission !

Les frais d'hospitalisation sont remboursés sur base des factures détaillées établies par l'hôpital que vous devez nous faire parvenir dès réception.

b. Frais ambulatoires: période pré & post et en cas de maladie grave

A envoyer à DKV

Les frais médicaux exposés durant la période pré et post-hospitalière et en rapport direct avec le motif du séjour, ainsi que les frais ambulatoires dans le cadre d'une maladie grave, sont remboursés sur base des photocopies des attestations des soins donnés OU sur base du décompte détaillé de l'intervention de la mutuelle. Pour les médicaments prescrits par un médecin, veuillez nous envoyer l'original de 'l'attestation de prestations pharmaceutiques remboursables dans le cadre d'une assurance complémentaire' (modèle BVAC, à demander aux pharmaciens).

En présentant votre Medi-Card®, votre pharmacien peut nous les faire parvenir électroniquement via le système AssurPharma (voir sur notre site web www.dkv.be => services => Assurpharma). Renseignez-vous auprès de votre pharmacien.

Envoyez vos frais ambulatoires le plus vite possible.

Les meilleurs soins. Pour toute la vie.

Ce texte est un résumé. Aucun droit ne peut y être subrogé. Seules les conditions de la police sont obligatoires.

My DKV

Grâce au nouveau portail "MY DKV", vous pouvez introduire votre déclaration d'hospitalisation de façon électronique. La digitalisation de la déclaration permettra de traiter les cas d'assurance plus rapidement, automatiquement et efficacement, mais fera également que vous vous sentez plus impliqué dans la gestion de votre propre dossier santé. Ainsi, vous pouvez non seulement introduire votre déclaration d'hospitalisation, mais aussi les notes de frais, les décomptes de votre mutualité ou les frais médicaux via le module 'Déclarer vos frais'. Il suffit de les scanner et de les envoyer directement à DKV.

ASSURPHARMA

Grâce à ce nouveau service chez les pharmaciens vous pourrez utiliser votre Medi-Card® pour transmettre par voie digitale et de manière sécurisée les attestations de votre pharmacien (modèle BVAC) à DKV pour obtenir un remboursement. Alors, vous ne devez plus envoyer vos attestations par la poste.

Quel en est le fonctionnement ? Vous remettez votre Medi-Card® à votre pharmacien. Sur cette carte figure un code-barres que votre pharmacien devra scanner. Ainsi, il pourra nous transmettre les attestations par voie digitale et de manière sécurisée.

DKV App: UN OUTIL MULTIFONCTION SUR VOTRE MOBILE.

Afin de vous faciliter la vie et d'obtenir en un clin d'œil toutes les infos dont vous avez besoin, DKV a développé une app.

Une multitude de fonctionnalités très pratiques pour nombreux avantages:

- ✓ Un remboursement plus rapide: scannez et envoyez directement vos frais médicaux à DKV.
- ✓ Votre Medi-Card® et celles de votre famille toujours avec vous.
- ✓ Déclaration rapide d'une hospitalisation.
- ✓ Numéros d'urgence, garde, hôpitaux en un seul clic.

FIN DE LA COUVERTURE COLLECTIVE

La couverture collective expire pour les membres du personnel:

- ✓ En cas de fin du statut de travailleur
- ✓ À l'âge de 67 ans
- ✓ En cas de mise à la retraite (prépension, pension anticipée, pension, ..)
- ✓ Si les conditions d'assurabilité ne sont plus remplies
- ✓ En cas de résidence à l'étranger pendant plus de 3 mois consécutifs (à partir du jour 1).

La couverture collective expire pour les membres de la famille:

- ✓ En cas de fin du statut de travailleur de l'assuré principal (= le membre du personnel)
- ✓ En cas de décès de l'assuré principal
- ✓ Pour les enfants: à partir du moment où ils ne sont plus fiscalement à charge
- ✓ Pour le partenaire: à partir du moment où il (elle) n'habite plus à l'adresse du membre du personnel
- ✓ En cas de résidence à l'étranger pendant plus de 3 mois consécutifs (à partir du jour 1).

PRINCIPE DE CONTINUATION

Si au moment de la perte du bénéfice de la présente garantie collective (comme p.ex. démission, (pré)pension, etc.), les assurés (qui ont leur domicile et résidence fixe en Belgique et qui bénéficient des avantages de la sécurité sociale belge) ont été affiliés de manière ininterrompue durant 24 mois dans le présent contrat d'assurance ou d'autres contrats d'assurance maladies successifs. Ils ont le droit de poursuivre celle-ci selon les Conditions Générales et Tarifaires d'un plan d'assurance individuel similaire en vigueur, sans devoir subir un examen médical et sans devoir subir un nouveau stage. Si l'ancienneté de 24 mois n'est pas acquise, l'assureur peut subordonner la souscription d'un plan individuel à des Conditions Particulières sur base de l'introduction d'une proposition d'assurance dûment complétée avec un questionnaire médical.

La demande de continuation doit être introduite par écrit ou par voie électronique auprès de l'assureur endéans les 105 jours. Si vous souhaitez une offre, vous pouvez introduire votre demande via www.dkv.be.

RGPD

Vous pouvez consulter notre site web pour toutes vos questions concernant notre déclaration de vie Privée:

<https://www.dkv.be/fr/privacy>

MENTIONNER DANS TOUTE CORRESPONDANCE AVEC DKV

LE NUMÉRO DE POLICE OU LE NUMÉRO DE VOTRE MEDI-CARD® AINSI QUE VOTRE NOM ET PRÉNOM.

Des changements dans votre situation familiale doivent être communiqués à votre département RH.

Si vous le souhaitez, vous pouvez consulter les conditions entières de la police au service RH de votre employeur.

Nous sommes disponibles par téléphone au numéro: 02/287 64 11.

VISITEZ NOTRE NOUVEAU SITE WEB ET DÉCOUVREZ CE QUE DKV PEUT ENCORE VOUS OFFRIR !

Les meilleurs soins. Pour toute la vie.

Ce texte est un résumé. Aucun droit ne peut y être subrogé. Seules les conditions de la police sont obligatoires.