

Critères de segmentation SMA Hôpital Plus

L'article 45 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances prévoit que les assureurs sont obligés d'être transparents dans le domaine de la segmentation. Les critères de segmentation ont pour objectif de déterminer le profil de risque d'un nouveau client. Ils sont fixés objectivement. Ces critères constituent la base pour vérifier si le risque peut être assuré et/ou pour quel tarif. Conformément à l'article susmentionné, la SMA Hôpital Plus communique les critères de segmentation qui sont liés à l'acceptation et à la tarification. En outre, elle communique également ceux qui ont un impact sur l'étendue de la garantie.

1. Âge

Les frais et les dépenses augmentent avec l'âge de l'assuré. L'âge du preneur d'assurance et de l'/des assuré(s) peut avoir une influence sur l'acceptation et la tarification. Pour cette raison, la prime est déterminée en fonction de l'âge au moment de la souscription de l'assurance (« l'âge d'entrée »). Plus la personne est jeune au moment de l'affiliation, plus la prime est faible et reste faible en vieillissant.

La SMA Hôpital Plus a choisi de **ne pas inclure de condition d'âge** pour son assurance hospitalisation frais réels Hôpital Plus 100.

Pour les assurances hospitalisation frais réels Hôpital Plus 200 et Hôpital Plus Franchise, il y a bien une condition d'âge: il faut s'affilier **avant son 66^e anniversaire**.

Pour l'assurance soins dentaires Denta Plus, il faut s'affilier **avant le 65^e anniversaire**.

La condition d'âge expire si l'affilié et les éventuels membres de sa famille étaient affiliés à une assurance maladie complémentaire similaire de la SMA Hôpital Plus avant l'assurance maladie complémentaire de cette mutualité.

2. État de santé du preneur d'assurance/des assuré(s)

Les antécédents médicaux et l'état de santé actuel donnent à la SMA Hôpital Plus une indication de vos éventuels futurs traitements médicaux. Étant donné que l'état de santé peut avoir une influence sur les dépenses médicales futures, un questionnaire médical doit être rempli lors de l'affiliation.

La SMA Hôpital Plus ne refuse ou n'exclut personne sur la base de ses antécédents médicaux. Cependant, les membres d'Hôpital Plus 100 ou 200 hospitalisés pour une maladie ou une affection qui existait déjà avant l'affiliation à ces assurances à la SMA Hôpital Plus, ne reçoivent aucun remboursement des suppléments de chambre et d'honoraires pour une chambre individuelle pour ce genre d'hospitalisations lors des cinq premières années de l'assurance. Si vous optez pour une chambre double, l'état de santé n'entre pas en considération pour la couverture.

En cas de grossesse qui existait déjà avant le début de ces assurances, cette période ne s'élève pas à cinq ans mais à neuf mois.

Les affections préexistantes ne donnent pas lieu à une prime plus élevée, ni à une exclusion. Un contrat d'assurance peut toujours être souscrit, quel que soit votre état de santé.

3. Assurance hospitalisation mutualiste similaire - assurance hospitalisation commerciale similaire

L'assurance soins dentaires et/ou l'assurance hospitalisation que l'assuré avait avant son affiliation à un produit d'assurance de la SMA Hôpital Plus peut être soit mutualiste, soit commerciale.

Ce type d'assurance à laquelle l'assuré était affilié avant son affiliation à une assurance de la SMA Hôpital Plus influence **la garantie d'une maladie, affection ou grossesse déjà existante et la condition d'âge.**

3.1. Le stage d'attente

Que l'assurance précédente soit mutualiste ou commerciale ne change rien au niveau **d'une éventuelle exemption ou d'un éventuel raccourcissement du stage d'attente** en cas d'affiliation à une assurance de la SMA Hôpital Plus.

Pour les assurances hospitalisation frais réels Hôpital Plus 100, Hôpital Plus 200 et Hôpital Plus Franchise, il y a un stage d'attente global de 3 mois.

Ce stage d'attente peut expirer dans le cas où l'assuré avait une assurance hospitalisation mutualiste ou commerciale similaire jusqu'à l'affiliation à Hôpital Plus et à condition que :

- il n'y avait aucune interruption entre les deux assurances ;
- l'assuré était assuré au moins 3 mois à l'assurance précédente et était en ordre de paiement des primes dues.

Si la période d'assurance précédente était plus courte, les mois complets sont déduits du stage d'attente global à Hôpital Plus.

Pour l'assurance soins dentaires Denta Plus, il y a un stage d'attente de 6 ou 12 mois, selon la catégorie de soins dentaires. Ce stage d'attente peut expirer dans le cas où l'assuré avait une assurance soins dentaires mutualiste ou commerciale similaire jusqu'à l'affiliation à Denta Plus et à condition que :

- il n'y ait eu aucune interruption entre les deux assurances ;
- l'assuré ait été assuré au moins 6 ou 12 mois (selon la catégorie de soins dentaires) à l'assurance précédente et était en ordre de paiement des primes dues.

Si la période d'assurance précédente était plus courte, les mois complets sont déduits du stage d'attente global à Hôpital Plus.

3.2. La garantie d'une maladie, affection ou grossesse déjà existante

Dans le cas d'un passage d'une assurance hospitalisation ou soins dentaires frais réels mutualiste similaire à une des assurances maladie frais réels d'Hôpital Plus, la période où les règles de remboursement en cas d'une maladie ou affection déjà existante peuvent être appliquées, (5 ans, ou 9 mois dans le cas d'une grossesse déjà existante), est diminuée du nombre de mois complets pendant lesquels la personne était assurée à l'assurance hospitalisation précédente.

Dans le cas d'un passage d'une assurance hospitalisation frais réels commerciale similaire, la règle susmentionnée n'est pas appliquée.

Pour l'assurance soins dentaires Denta Plus il n'y a pas de restrictions sur la base d'une maladie ou affection déjà existante.

Le critère de segmentation «assurance préalable» est basé sur l'idée que le choix de changer de mutualité est un choix libre et ne peut pas être limité. En outre, une assurance maladie complémentaire offre une garantie tout au long de la vie, même si l'assuré change de mutualité. Les personnes qui changent de mutualité ne peuvent pas rester affiliées à l'assurance maladie complémentaire de la mutualité précédente et doivent pouvoir passer facilement à une assurance similaire de la nouvelle mutualité.

Pour les mêmes raisons, il n'y a aucune condition d'âge à l'adhésion pour ceux qui avaient une assurance similaire à la mutualité précédente jusqu'à l'adhésion à une assurance maladie complémentaire de la SMA.

