

Convention

■ Ambucare Flexible

Assurance liée à l'activité professionnelle – Soins ambulatoires

SPF BOSA

Ambucare Flexible

- Soins ambulatoires

Date de prise d'effet: 01/01/2019
N° de client: KM160
Numéros de groupes: Y657/1810 et Y657/1910
Référence Interne: YXG

INTRODUCTION

Conformément aux point 3.9 et 4.1.2. du cahier spécial des charges FORCMS-AV-100, la présente assurance liée à l'activité professionnelle soins ambulatoires est souscrite par le pouvoir adjudicateur au profit des membres du personnel des services fédéraux appartenant à la personne morale 'Etat Belge', ci-après dénommée **employeur**.

Les membres du personnel et leurs éventuels membres de famille ont la possibilité de s'affilier à cette assurance liée à l'activité professionnelle soins ambulatoires, conformément aux dispositions de cette convention.

L'affiliation est demandée via le site web sécurisé My Global Benefits. Sur ce site web, le candidat-assuré principal choisit la formule (Soins ambulatoires et/ou dentaires) et les modalités de paiement des primes. Après l'enregistrement de son choix, l'affilié principal reçoit par mail un aperçu reprenant la formule choisie, la franchise, le plafond de remboursement, les membres de famille affiliés et le montant des primes annuelles ou trimestrielles.

Quels sont les documents qui régissent la convention soins ambulatoires?

- **Le cahier spécial des charges FORCMS-AV-100**, à l'exception des dispositions décrites au point 13.1.9 et des points 13.2 à 13.11 (inclus) de ce même cahier spécial des charges.

- **Les conditions particulières et leurs annexes**

Celles-ci décrivent les conditions d'affiliation, les garanties, le montant des primes et le mode de financement de la convention soins ambulatoires.

Elles diffèrent des conditions générales et sont prioritaires et/ou complètent ces conditions générales.

- **Les conditions générales**

Les conditions générales avec la référence 0079-2024833F-25052018 sont d'application dans cette convention.

Elles décrivent les dispositions s'appliquant à toutes les conventions soins de santé ainsi qu'aux conventions soins ambulatoires.

En cas de contestation, seules les dispositions reprises dans les documents contractuels cités ci-avant sont d'application.

Les conditions particulières et générales sont mises à disposition sur le site web sécurisé My Global Benefits.

TABLE DES MATIÈRES

CONDITIONS PARTICULIÈRES DE LA CONVENTION SOINS AMBULATOIRES

<u>Point</u>	<u>Page</u>
1. Les parties contractantes et la date de prise d'effet de la convention	1
2. La forme de la convention	1
3. La gestion de la convention	1
4. Qui est affilié?	1
5. La fin de l'affiliation	2
6. Que couvre la convention soins ambulatoires?	3
7. Comment le remboursement d'AG Insurance est-il calculé?	5
8. Y a-t-il un plafond au remboursement d'AG Insurance?	6
9. Comment déclarer les frais pour soins ambulatoires?	6
10. Quel est le montant des primes et quand celles-ci sont-elles payables?	6
11. Qui finance la convention soins ambulatoires?	7
12. Que se passe-t-il lorsque le membre du personnel assuré et/ou les membres de sa famille perd(ent) le bénéfice de l'assurance liée à l'activité professionnelle (fin de l'affiliation ou résiliation de la convention)?	8
13. L'employeur peut-il modifier ou arrêter la convention soins ambulatoires?	8
14. Protection de la vie privée	8
15. Obligation d'information	9

CONDITIONS GÉNÉRALES RELATIVES AUX CONVENTIONS SOINS DE SANTÉ

CONDITIONS PARTICULIÈRES DE LA CONVENTION SOINS AMBULATOIRES

1. Les parties contractantes et la date de prise d'effet de la convention

La convention soins ambulatoires est souscrite par

**L'ÉTAT BELGE
BOULEVARD SIMON BOLIVAR 30
1000 BRUXELLES**

Le pouvoir adjudicateur, représenté par Alfonso BOON, président par intérim du comité de direction du Service public fédéral 'Stratégie et Appui'

ci-après dénommée "employeur".

Conformément au cahier spécial des charges FORCMS-AV-100, FORCMS du Service public fédéral 'Stratégie et Appui' agit en tant que centrale d'achats. Les services fédéraux appartenant à la personne morale 'État belge' peuvent s'enregistrer comme 'souscripteur'.

La convention prend cours le 01/01/2019 pour une durée de 5 ans.

2. La forme de la convention

La convention soins ambulatoires est conclue sous la forme d'une assurance liée à l'activité professionnelle.

3. La gestion de la convention

La convention est gérée par **AG Insurance sa**, Boulevard Emile Jacqmain 53 - B-1000 Bruxelles, entreprise agréée sous le code n° 0079, RPM 0404.494.849.

4. Qui est affilié?

Tout membre du personnel au service de l'employeur et affilié à l'assurance hospitalisation liée à l'activité professionnelle souscrite chez AG Insurance peut adhérer à la convention soins ambulatoires dès son entrée en service. Les membres actifs du personnel en service au 1^{er} janvier 2019 peuvent adhérer à la convention soins ambulatoires à partir du premier du mois mentionné sur la lettre les invitant à y adhérer.

Le membre du personnel peut demander l'affiliation des membres de sa famille. Dans ce cas, il doit demander l'affiliation de tous les membres de la famille répondant aux critères. Le membre du personnel et les membres de sa famille doivent être affiliés à la même convention.

Par membres de la famille, il convient d'entendre:

- le conjoint du membre du personnel ou le partenaire cohabitant dont l'identité est communiquée par l'employeur, et ce dès le début de la cohabitation. Cette demande doit être justifiée par une attestation de domiciliation, délivrée par l'administration communale;
- les enfants non mariés auxquels s'applique la législation relative aux allocations familiales ou qui, ne bénéficiant plus de ces allocations familiales, restent fiscalement à charge desdites personnes ou sont domiciliés sous le toit du titulaire ; les petits-enfants des personnes mentionnées ci-avant qui sont à leur charge ou qui, s'ils ne le sont plus, restent domiciliés sous le toit du titulaire (personne ouvrant le droit à l'affiliation) ; les enfants placés sous la tutelle légale des personnes ci-avant;

- les enfants de parents divorcés ou séparés légalement et qui sont à charge à condition que l'assuré principal soit tenu de payer une pension alimentaire ou dans le cas de coparentalité.

Attention :

- Le membre du personnel ne peut demander qu'une seule fois son affiliation et celle des membres de sa famille. La décision de ne pas affilier les membres de sa famille est irrévocable.
- Toute personne qui n'a pas été affiliée dans les 3 mois qui suivent la date à laquelle elle était affiliable, ne peut plus être affiliée.
- Toute personne qui met un terme volontairement à son affiliation ne peut plus être affiliée de nouveau.
- Pendant la phase de démarrage de cette convention, la période de 3 mois mentionnée ci-dessus peut être dérogée. La date ultime d'affiliation sera mentionnée dans une communication que recevront tous les personnes pouvant s'affilier.

Les formalités médicales, les délais d'attente et l'exclusion des affections préexistantes prévus aux points 10, 11 et 12 des conditions générales ne sont pas d'application.

5. La fin de l'affiliation

L'affiliation prend fin, tant pour le membre du personnel que pour les membres de sa famille, le jour où il n'est plus effectivement au travail auprès de l'employeur à la suite de la cessation ou de la suspension de son contrat de travail, notamment:

- en cas de démission ou de licenciement ;
- durant l'interruption volontaire totale de carrière ou durant un crédit-temps;

Durant l'interruption volontaire totale de carrière ou durant un crédit-temps, le membre du personnel ainsi que les membres de la famille qui bénéficiaient déjà de la convention soins ambulatoires restent soumis aux dispositions existantes et cela pour une période de maximum 24 mois.

- en cas d'accès au régime de chômage avec complément d'entreprise;
- en cas de retraite du membre du personnel ou au plus tard à ses 67 ans.
- en cas de résiliation volontaire sur demande du membre du personnel au moyen d'un courrier recommandé à AG Insurance au moins 3 mois avant l'échéance annuelle de son affiliation.

Toutefois, il n'est pas mis un terme à l'affiliation si le contrat de travail est suspendu en raison d'une incapacité de travail du membre du personnel.

En cas de décès du membre du personnel, les assurés secondaires, comme les conjoints/conjointes ou partenaires assimilés ainsi que les enfants ou petits-enfants à charge, peuvent continuer à profiter des garanties du contrat jusqu'à la date à laquelle le membre du personnel aurait atteint la pension.

En outre, l'affiliation cesse :

- pour les membres de la famille, lorsque les conditions d'affiliation reprises au point 4. ne sont plus respectées.
- autant pour le membre du personnel que pour les membres de sa famille en cas de non-paiement des primes, après l'envoi d'une lettre recommandée au membre du personnel, conformément aux dispositions de l'article 7 des conditions générales.
- autant pour le membre du personnel que pour les membres de sa famille au 31/12/2023 à 24h00, conformément au cahier spécial des charges FORCMS-AV-100.

En cas de cessation mentionnée ci-dessus ou en cas de rupture de relation de travail/contrat de travail et au cas où le membre de famille ne répond plus aux critères d'affilié secondaire tels que décrits dans l'article 4, l'assurance reste d'application, indépendamment de la date de prise de connaissance de la cessation, jusqu'au 31 décembre de l'année d'assurance en cours. Les primes restent alors dues.

6. Que couvre la convention soins ambulatoires?

La garantie prévoit, en cas de maladie, d'accident, de grossesse ou d'accouchement de l'assuré, et dans les limites reprises au point 7., le remboursement des frais de soins ambulatoires en vue de subir un traitement curatif nécessaire au rétablissement de la santé, prodigués en dehors d'une hospitalisation et énumérés ci-après:

1. Soins ambulatoires

Ceux-ci comprennent les prestations médicales suivantes, pour autant qu'elles soient reprises dans la nomenclature INAMI et prescrites ou prodiguées par un médecin:

- les consultations médicales, les visites à domicile, les prestations médicales techniques, la petite chirurgie, ...;
- les prestations paramédicales (soins infirmiers, kinésithérapie, physiothérapie);
- les frais d'examens radiologiques et d'imagerie médicale, les examens de laboratoire, ...

2. Produits pharmaceutiques, adjuvants orthopédiques et optiques

Sont remboursés, pour autant qu'ils soient prescrits par un médecin:

- les médicaments ainsi que les pansements délivrés en pharmacie;
- les frais de prothèses médicales;
- les produits optiques et orthopédiques;

Sont considérés comme tels:

- les verres de lunettes;
- les verres de contact;
- les appareils auditifs;
- les bandages, les bandages herniaires, les bas à varices;
- les semelles orthopédiques, les coquilles plâtrées, les attelles, lombostat et béquilles;
- les appareils orthopédiques et les prothèses;
- les montures de lunettes.

Ne sont pas considérés comme tels:

- tous les autres adjuvants;
- les appareils médicaux de traitement (les aérosols, les stimulateurs de muscle, le monitoring pour l'apnée des nourrissons...);
- les produits sanitaires (chaussures orthopédiques, appareils de massage, couvertures chauffantes...);
- tous les adjuvants pour l'utilisation des appareils acoustiques comme les batteries de remplacement, les recharges etc. ainsi que les frais de réparation et d'entretien des appareils orthopédiques et des prothèses ou membres artificiels...

3. Soins et prothèses dentaires

Sont remboursés, pour autant qu'ils soient prescrits par un médecin ou un dentiste:

- les frais des traitements dentaires (consultations chez le dentiste, radiographies dentaires, traitements préventifs, extractions dentaires et traitements conservatoires);
- les frais de traitements et appareils orthodontiques;
- les frais de prothèses dentaires (y compris bridges, couronnes et implants).

4. Option "Traitements paramédicaux"

Sont également couverts, dans les limites reprises au point 7. (Remboursement par AG Insurance):

- les consultations chez un psychologue, diététicien, logopède ou podologue, pour autant qu'elles soient prescrites par un médecin agréé;
- les consultations chez un homéopathe, chiropraticien, ostéopathe et acupuncteur, pour autant qu'elles soient effectuées par un médecin ou kinésithérapeute agréé;
- les médicaments homéopathiques, pour autant qu'ils soient prescrits par un médecin agréé et délivrés par un pharmacien établi en Belgique.

5. Remarques

- Les garanties telles que décrites aux points 1 à 4 ne sont pas acquises pour les frais de soins ambulatoires, les produits pharmaceutiques, les produits optiques et orthopédiques, les prothèses médicales, les soins et prothèses dentaires et traitements paramédicaux couverts par l'assurance hospitalisation liée à l'activité professionnelle (garanties pré et post et maladies graves) souscrite par l'employeur chez AG Insurance, sauf si ces frais n'ont pas été remboursés totalement. Dans ce cas, ces frais seront pris en charge dans les limites de la présente convention.
- Par le fait du remboursement, tous les droits et actions de l'affilié contre l'hôpital ou le prestataire de soins sont transférés à AG Insurance dans les limites des frais payés.
- Dans le cas où les frais repris aux points 1 à 4 ont été exposés à l'étranger, le droit aux prestations s'applique si les trois conditions suivantes sont remplies:
 - l'assuré ne peut pas avoir séjourné, durant les 12 mois précédant le sinistre, plus de 3 mois consécutifs à l'étranger;
 - il y a une intervention légale. Cette condition n'est pas requise pour les médicaments;
 - pour les frais exposés dans un pays hors de l'Union européenne, la garantie est acquise pour autant qu'il soit démontré que le séjour dans ce pays n'avait pas comme but unique d'y subir un traitement ou d'y acheter des médicaments.
- Il est précisé, conformément à la description des garanties ci-dessus, que la convention ne prévoit pas le remboursement des frais résultant notamment:

- des soins et traitements esthétiques ou à visée esthétique, avec ou sans troubles fonctionnels, sauf accord préalable du médecin-conseil d'AG Insurance;
- des cures, par exemple: thermalisme, thalassothérapie, hygiéno-diététique;
- de l'assistance, la garde ou l'entretien de l'affilié;
- des traitements anticonceptionnels (tels que la stérilisation);
- des traitements de procréation médicalement assistée (tels que l'insémination artificielle, la fertilisation in vitro, la maturation in vitro);
- des check-up, des examens préventifs de dépistage ou des consultations préventives de nourrissons.

7. Comment le remboursement d'AG Insurance est-il calculé?

Le remboursement d'AG Insurance est calculé comme suit: les différentes opérations sont exécutées dans l'ordre repris ci-dessous

1. Du montant des frais exposés qui tombent sous les garanties de la convention soins ambulatoires, sont déduits:
 - les interventions légales;
Si l'affilié ne bénéficie pas ou n'est pas en droit de bénéficier des interventions légales pour quelque raison que ce soit, il est déduit un montant fictif identique au montant des interventions légales.
 - les remboursements déjà perçus de quelque nature que ce soit.

Le pourcentage de remboursement par assuré du montant ainsi calculé est fixé à 80%.

Le remboursement des montures de lunettes est limité à un maximum de 85,00 EUR par assuré et par année d'assurance.

Les frais mentionnés au point 6.4 (option traitements paramédicaux) sont remboursés par assuré à concurrence de 50%.

2. Ensuite la franchise sera déduite du montant ainsi obtenu.
Elle s'élève à 75 EUR par assuré et par année d'assurance.
3. Finalement, le remboursement sera limité suivant le plafond repris au point 8. ci-après.

8. Y a-t-il un plafond au remboursement d'AG Insurance?

Les frais décrits ci-dessus seront ainsi cumulés et limités à maximum 1.250,00 EUR par assuré et par année d'assurance.

En particulier, le remboursement des coûts relatifs aux adjuvants optiques et orthopédiques est limité comme suit :

- 250 euros la première année ;
- 500 euros la deuxième année ;
- 1.250 euros dès la troisième année.

En particulier, le remboursement des coûts relatifs aux de traitements et appareils orthodontiques et aux prothèses dentaires (y compris bridges, couronnes et implants) est limité comme suit :

- 250 euros la première année ;
- 500 euros la deuxième année ;
- 1.250 euros dès la troisième année.

Les montants mentionnés ci-dessus viennent en diminution du plafond de remboursement global par assuré par année d'assurance.

9. Comment déclarer les frais pour soins ambulatoires?

Les documents nécessaires au remboursement des frais sont disponibles sur le site www.ag.be/hospi. Les frais de visites chez le médecin et les factures ambulatoires peuvent être soumis facilement. Une vue d'ensemble de ces prestations peut également être demandée à la caisse d'assurance maladie.

La carte My Healthcare Card peut être utilisée pour tout ce qui concerne les médicaments. Scannez cette carte à chaque visite en pharmacie. AG Insurance reçoit ensuite les preuves d'achats par voie électronique et peut ainsi rembourser les frais de pharmacie.

La carte My Healthcare Card est ne fonctionne qu'après activation. Celle-ci se fait via le site Web sécurisé My Global Benefits.

10. Quel est le montant des primes et quand celles-ci sont-elles payables?

Lors de la prise d'effet de la convention soins ambulatoires, le montant des primes brutes s'élève à:

	Par trimestre	Par an
Prime Adulte:	65,73 EUR	262,92 EUR
Prime Enfant (*):	21,66 EUR	86,64 EUR

* = enfant de moins de 25 ans qui donne droit à des allocations familiales.

La prime peut être adaptée à chaque échéance annuelle, selon la formule suivante :

$$P_n = P_o \times (MI3(n-1) / MI3o)$$

Où:

n: l'année pour laquelle la révision de la prime est calculée
 Pn: le montant de la prime au cours de l'année n
 Po: le montant de la prime en 2019
 MI3(n-1): indice médical soins ambulatoires de l'année n-1
 MI3o: indice médical soins ambulatoires de l'année 2018

Sauf indexation de la prime telle que prévue ci-avant, et à l'exception de modifications légales ou réglementaires qui impactent les conditions d'assurance, les primes ci-dessus sont garanties pendant la durée de la présente convention pour une période de 2 ans à compter de la date de sa prise en cours.

11. Qui finance la convention soins ambulatoires?

La convention soins ambulatoires est financée comme suit:

	Prime pour le membre du personnel	Prime pour les membres de la famille
À charge de l'employeur	0 %	0 %
À charge du membre du personnel	100%	100%

Les primes sont payables anticipativement, annuellement ou trimestriellement, via un avis de paiement envoyé directement à l'affilié.

12. Que se passe-t-il lorsque le membre du personnel assuré et/ou les membres de sa famille perd(ent) le bénéfice de l'assurance liée à l'activité professionnelle (fin de l'affiliation ou résiliation de la convention)?

Information à fournir par l'employeur

L'employeur informe le travailleur assuré au plus tard dans les trente jours suivant la perte du bénéfice de l'assurance liée à l'activité professionnelle, par écrit ou par voie électronique:

- du **moment précis** de cette perte; conformément au point 5. de la présente convention, il s'agit du jour où le membre du personnel n'est plus effectivement au travail auprès de l'employeur à la suite de la cessation ou de la suspension du contrat de travail;
- de la **possibilité de poursuivre le contrat individuellement**;
- des **coordonnées** d'AG Insurance;
- du **délai de 30 jours** dans lequel le travailleur et, le cas échéant, les membres de la famille, peuvent exercer leur droit à la continuation individuelle: ce délai commence à courir le jour de la réception du présent courrier de la part de l'employeur. Dans ce courrier, l'employeur signale également que le travailleur assuré peut prolonger ce délai de 30 jours, à condition d'en avertir AG Insurance par écrit ou par voie électronique.

Moyennant le respect des délais précités, l'affilié peut souscrire une assurance individuelle sans formalités médicales, ni délai d'attente, et dont les garanties sont comparables à celle de l'assurance soins ambulatoires liée à l'activité professionnelle. La prime à payer est celle du tarif individuel correspondant à son âge au moment de l'affiliation à l'assurance individuelle. Les conditions générales sont celles des contrats individuels applicables au moment de la prolongation.

Le droit à la continuation individuelle expire en tout cas si la prolongation individuelle n'est pas demandée à AG Insurance dans les **105 jours** à compter du jour de la perte du bénéfice de l'assurance liée à l'activité professionnelle pour le travailleur assuré ou le membre de sa famille.

Lorsque l'affiliation prend fin ou que la convention soins ambulatoires est résiliée, AG Insurance ne remboursera que les frais de soins ambulatoires engagés pendant la période assurée.

13. L'employeur peut-il modifier ou arrêter la convention soins ambulatoires?

À la fin de chaque année d'assurance, l'employeur peut modifier ou arrêter la convention soins ambulatoires, dans les limites prévues aux conditions générales.

À chaque modification, AG Insurance établit une annexe numérotée aux conditions particulières et la transmet à l'employeur.

L'employeur en remet une copie à chaque membre du personnel affilié.

14. Protection de la vie privée

AG Insurance et l'employeur/ attachent une importance particulière à la protection des données à caractère personnel et les traitent avec le plus grand soin conformément aux dispositions de la législation en vigueur sur la protection de la vie privée.

Dans le cadre de cette assurance, AG Insurance reçoit des données à caractère personnel de l'employeur aux fins de l'exécution de celle-ci. L'employeur déclare avoir communiqué les informations légales requises aux personnes concernées lors de la transmission à AG Insurance de leurs données à caractère personnel nécessaires aux fins de l'exécution de ce contrat.

Pour exercer leurs droits et en cas de questions relatives au traitement de leurs données à caractère personnel dans le cadre de l'assurance, les personnes concernées peuvent s'adresser à leur employeur. L'employeur leur indiquera vers qui elles peuvent se tourner à cette fin. Les personnes concernées peuvent également contacter le Data Protection Officer (ou « DPO ») d'AG Insurance (AG_DPO@aginsurance.be). Dans ce cadre, AG Insurance et l'employeur collaboreront en toute bonne foi. Ils s'assureront un soutien mutuel en cas de demande émanant de l'Autorité de protection des données.

Dans la mesure où AG Insurance transmet des données à caractère personnel en dehors de l'Espace économique européen (EEE), elle prendra les mesures nécessaires pour en assurer la protection.

L'employeur et AG Insurance s'engagent à se prémunir mutuellement de toute revendication ou action en justice découlant d'une violation des engagements susmentionnés ou d'infractions à la législation sur la protection de la vie privée, pour autant que et dans la mesure où leur responsabilité est établie.

15. Obligation d'information

L'employeur déclare avoir reçu de la part d'AG Insurance l'information telle que requise à l'article 209 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, relative à la possibilité pour l'affilié de payer individuellement une prime complémentaire, afin que la prime de l'assurance individuelle soins ambulatoires continuée soit calculée sur la base de l'âge à laquelle l'affilié a commencé à payer la prime complémentaire.

L'employeur prend note du fait que l'offre d'AG Insurance ne comprend actuellement aucun produit répondant aux dispositions spécifiques de la loi.

AG Insurance informera l'employeur dès qu'un produit sera disponible.

Il confirme avoir reçu les conditions générales et particulières et en avoir pris connaissance. Il confirme également avoir reçu l'adresse électronique du site internet d'AG Insurance, où il a pu prendre connaissance d'une description détaillée de la politique en matière de conflits d'intérêts et de toutes les informations relatives au contrat d'assurance conclu, en ce compris les frais et charges qui y sont liés.

Fait en double exemplaire à Bruxelles, le **27 NOV. 2018**

Pour l'employeur
SPF BOSA



Alfons Boon
Président du Comité de direction a.l.

Pour **AG Insurance**,



Annick Maenhoudt
Deputy General Manager
Health Care

**Conditions Générales
de l'assurance soins de santé**



**Assurance liée à l'activité
professionnelle (Health Care)**

Table des matières

Article 1 :	Qu'entend-on par les termes suivants ?	4
Partie I :	Fonctionnement du plan soins de santé	5
Article 2 :	Que faut-il faire en cas de sinistre ?	5
Article 3 :	Quand le remboursement de AG Insurance est-il effectué ?	5
Article 4 :	L'employeur et l'affilié peuvent-ils renoncer au recours contre des tiers ?	5
Article 5 :	AG Insurance peut-il invoquer la nullité de l'affiliation ?	5
Article 6 :	Quelles sont les modalités applicables aux primes ?	6
Article 7 :	Que se passe-t-il si les primes ne sont pas payées ?	6
Article 8 :	Quelle est la durée du plan soins de santé ?	6
Article 9 :	Qu'en est-il des contestations éventuelles ?	6
Partie II :	Etendue du plan soins de santé	8
Article 10 :	Y a-t-il des formalités médicales ?	8
Article 11 :	Quels sont les délais d'attente ?	8
Article 12 :	Qu'en est-il des affections préexistantes ?	8
Article 13 :	Quelle est l'étendue géographique des garanties ?	8
Article 14 :	Quels sont les risques non couverts ?	8
Article 15 :	Les événements de guerre sont-ils couverts ?	8
Article 16 :	Les cas d'émeutes sont-ils couverts ?	9
Partie III :	Dispositions diverses	10
Article 17 :	Quand le plan soins de santé entre-t-il en vigueur ?	10
Article 18 :	Quelles sont les juridictions compétentes ?	10
Article 19 :	Quelle est la loi applicable ?	10
Article 20 :	Dans quels cas des frais supplémentaires sont-ils réclamés ?	10
Article 21 :	Modification du tarif et/ou des conditions d'assurance	10
Article 22 :	Communication avec AG Insurance	10
Article 23 :	Protection de la vie privée	10
Article 24 :	Quelles autorités contrôlent les compagnies d'assurance et traitent les plaintes ?	12
Article 25 :	Politique de conflit d'intérêt	12

Article 1 : Qu'entend-on par les termes suivants ?

Accident

Un événement subit et anormal, produit directement par l'action soudaine d'une cause extérieure, étrangère à la volonté de l'affilié, et entraînant une lésion corporelle.

Acte notoirement téméraire

Tout acte volontaire ou négligence exposant son auteur, sans raison valable, à un danger dont il aurait dû avoir conscience.

Affections préexistantes

Les maladies, les accidents, les grossesses et les accouchements survenus avant la date d'affiliation ou dont la ou les causes sont antérieures à cette date.

Alcoolisme

La consommation exagérée d'alcool qui entraîne certaines maladies (telle que la déficience vitaminique, l'infection des muqueuses de l'estomac, des conséquences neurologiques et nerveuses, des affections hépatiques,...) sans qu'il y ait nécessairement dépendance.

Année d'assurance

L'année débutant à la date de prise en cours du plan soins de santé et se renouvelant à chaque anniversaire de celle-ci.

Appareil orthopédique

L'appareil destiné à corriger les difformités du corps.

Compagnie

AG Insurance sa, Bd. E. Jacqmain 53, B-1000 Bruxelles – RPM Bruxelles – TVA BE 0704.494.849

Entreprise agréée sous le numéro de code 0079, branches 1 à 18, 21 à 23, 26 et 27 (MB 14/7/79, 14/1/87, 20/12/89, 19/2/91, 7/5/93, 12/5/05 et 14/6/05) sous le contrôle de la Banque nationale de Belgique, Bd. de Waterloo 14, 1000 Bruxelles.

Délais d'attente

Les périodes de stage prenant cours à la date d'affiliation de l'affilié.

Les frais relatifs aux soins prodigués durant ces périodes ne sont pas remboursés par AG Insurance.

Etablissements hospitaliers

Les établissements légalement reconnus comme hôpitaux, où il est fait usage de moyens diagnostiques et thérapeutiques scientifiquement éprouvés.

Sont exclus :

- les établissements médico-pédagogiques;
- les établissements destinés au simple hébergement de personnes âgées, de personnes convalescentes ou d'enfants;
- les maisons de repos, hôpitaux ou parties d'hôpitaux ayant reçu l'agrément spécial comme "maison de repos et de soins".

Fait intentionnel

Un sinistre a été causé par un fait intentionnel lorsque l'affilié a volontairement et sciemment eu un comportement qui a causé un dommage raisonnablement prévisible sans que l'affilié ait eu l'intention de causer le dommage tel qu'il s'est produit.

Frais de séjour

Le montant comprend le prix de la journée d'entretien, le supplément facturé pour le séjour en chambre particulière normale ou à deux lits et le forfait journalier pour les médicaments.

Franchise

La partie des frais remboursables restant à charge de l'affilié. Elle est fixée dans les conditions particulières.

Hospitalisation

Tout séjour dans un hôpital, pour autant que ce dernier ait porté en compte au moins une nuit d'hospitalisation ou que l'intervention médicale pratiquée ait donné lieu à une intervention légale sur la base du mini-forfait, du maxi-forfait, du forfait d'hôpital de jour, du forfait douleur chronique ou d'un autre forfait assimilable à celui-ci (hospitalisation de jour), à l'exclusion du forfait salle de plâtre.

Intervention légale

Tout remboursement prévu par :

- les législations sociales belges applicables aux travailleurs salariés, c'est-à-dire celles relatives à l'Assurance Maladie-Invalidité obligatoire (A.M.I.), aux accidents du travail ou sur le chemin du travail et aux maladies professionnelles;
- les conventions relatives à la sécurité sociale des travailleurs salariés liant la Belgique et certains pays étrangers.

Maladie

Toute altération de la santé de l'affilé d'origine non accidentelle, présentant des symptômes objectifs et reconnue par un médecin légalement autorisé à pratiquer son art, soit en Belgique, soit dans le pays où se trouve l'affilé au moment de la constatation de la maladie.

Médicament

Tout produit vendu exclusivement en pharmacie, prescrit par un médecin dans un but curatif, enregistré et reconnu comme tel en Belgique.

Prothèse

Tout moyen artificiel qui remplace ou corrige une partie du corps, un organe ou une partie d'organe, et qui est destiné à réduire la perte anatomique ou fonctionnelle à la suite d'une maladie, d'une lésion traumatique ou d'une intervention chirurgicale. Tout organe transplanté ou greffé et tout implant sont assimilés à une prothèse.

Sinistre

Tout événement pouvant faire intervenir les garanties du plan soins de santé.

Soins ambulatoires

Les soins de santé prodigués ou ordonnés par un médecin en dehors d'une hospitalisation et qui sont repris dans la nomenclature des prestations de santé en matière d'Assurance Maladie-Invalidité obligatoire (A.M.I.).

Partie I : Fonctionnement du plan soins de santé

Article 2 : Que faut-il faire en cas de sinistre ?

En cas de sinistre, AG Insurance doit être avisé au moyen des formulaires prévus à cet effet.

La déclaration doit être faite par l'affilié ou par l'employeur au plus tard un mois après la survenance de l'événement. AG Insurance se réserve le droit de refuser ou de limiter son intervention lorsque la déclaration est faite en dehors de ce délai. AG Insurance n'usera pas de ce droit si la déclaration est faite dans un délai raisonnable compte tenu des circonstances. A tout moment, AG Insurance peut faire contrôler l'exactitude des déclarations qui lui sont faites et des réponses fournies à ses demandes de renseignements.

Article 3 : Quand le remboursement de AG Insurance est-il effectué ?

Le remboursement de AG Insurance est effectué une fois par mois, après réception des notes (le frais et des autres documents nécessaires à son calcul.

AG Insurance peut réclamer toute pièce complémentaire jugée nécessaire.

Les pièces justificatives doivent être en possession de AG Insurance dans un délai d'un an à dater de la prestation médicale. AG Insurance se réserve le droit de refuser ou de limiter son intervention lorsque ce délai n'est pas respecté.

Article 4 : L'employeur et l'affilié peuvent-ils renoncer au recours contre des tiers ?

L'employeur et l'affilié ne peuvent renoncer totalement ou partiellement au recours contre les tiers responsables d'une maladie ou d'un accident sans l'accord écrit de AG Insurance.

Par le fait même que le remboursement est dû ou déjà effectué par AG Insurance, celui-ci se substitue à l'employeur ou à l'affilié aux fins de recourir contre les tiers responsables et/ou contre toute personne qui, en vertu de l'article 29bis de la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automoteurs, est tenue d'intervenir.

Article 5 : AG Insurance peut-il invoquer la nullité de l'affiliation ?

AG Insurance ne peut invoquer la nullité de l'affiliation pour cause de déclaration inexacte ou incomplète, sauf dans les cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle.

Article 6 : Quelles sont les modalités applicables aux primes ?

A chaque échéance, l'employeur verse globalement à AG Insurance les primes majorées de la taxe et des charges y afférentes, actuelles ou futures. Ce versement s'effectue sur la base d'un bordereau émis par AG Insurance.

Article 7 : Que se passe-t-il si les primes ne sont pas payées ?

Si les primes ne sont pas payées, AG Insurance adresse une lettre recommandée rappelant à l'employeur les conséquences du non-paiement. Quinze jours après cet envoi, les garanties sont suspendues de plein droit.

Les garanties reprennent leurs effets à minuit le lendemain du paiement intégral à AG Insurance des primes impayées.

Pendant la période de suspension prévue ci-dessus, AG Insurance se réserve le droit de résilier le plan soins de santé.

Article 8 : Quelle est la durée du plan soins de santé ?

Le plan soins de santé est conclu pour une durée d'un an à dater de sa prise en cours. A la fin de chaque année d'assurance, il est reconduit tacitement pour une durée d'un an, sauf résiliation par une des parties, actée par lettre recommandée expédiée au moins trois mois avant la fin de l'année d'assurance.

Article 9 : Qu'en est-il des contestations éventuelles ?

Les contestations éventuelles d'une décision communiquée par AG Insurance doivent lui parvenir par écrit dans les 30 jours qui suivent la communication. Passé ce délai, la décision est considérée comme acceptée.

Les contestations d'ordre médical sont soumises d'une part au médecin traitant de l'affilié et, d'autre part, au médecin-conseil de AG Insurance. En cas de désaccord, ces médecins désignent de commun accord un troisième médecin.

Faute d'entente sur cette désignation, le choix est fait par le Président du Tribunal de Première Instance de Bruxelles, à la demande de la partie la plus diligente.

La décision du troisième médecin est appliquée, sans préjudice d'un recours devant les tribunaux.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin. Les frais de désignation et les honoraires du troisième médecin sont supportés pour moitié par chacune des parties.

Partie II : Etendue du plan soins de santé

Article 10 : Y a-t-il des formalités médicales ?

AG Insurance a défini une politique d'acceptation du risque "soins de santé" prévoyant des formalités médicales.

Le formulaire "demande d'affiliation" signé et dûment complété pour chaque candidat-affilié est soumis à l'examen de AG Insurance. Conformément à sa politique d'acceptation médicale, AG Insurance peut refuser ou différer l'affiliation, réclamer une surprime et exclure certaines affections.

Les exclusions d'ordre médical sont communiquées par lettre au candidat-affilié. Pour être affilié, ce dernier doit en renvoyer une copie contresignée pour accord à AG Insurance.

Les surprimes sont communiquées par lettre au débiteur de la prime avec copie au candidat-affilié lorsque ce dernier n'intervient pas totalement dans le paiement des primes. Cette lettre ne doit pas être renvoyée contresignée à AG Insurance qui applique automatiquement les surprimes.

Aucune formalité médicale n'est requise pour un nouveau-né, pour autant que tous les membres de la famille soient affiliés depuis au moins 3 mois.

La politique d'acceptation médicale peut être revue à tout moment et est communiquée sur demande à l'employeur.

Article 11 : Quels sont les délais d'attente ?

Le délai d'attente général est de TROIS MOIS.

Le délai d'attente est supprimé pour :

- a) les accidents;
- b) les maladies infectieuses aiguës suivantes : choléra, coqueluche, diphtérie, dysenterie, fièvre récurrente, fièvre typhoïde et paratyphoïde, méningite cérébro-spinale, oreillons, paludisme, poliomyélite, rougeole, rubéole, scarlatine, typhus exanthématique, varicelle, varicèle;
- c) les maladies d'un nouveau-né pour autant que tous les membres de la famille soient affiliés depuis au moins 3 mois.

Article 12 : Qu'en est-il des affections préexistantes ?

Les affections préexistantes sont exclues des garanties. Toutefois, les garanties sont acquises si, au cours de l'année qui suit la date de son affiliation, l'affilié n'a subi aucun traitement médical en rapport avec l'affection préexistante.

Article 13 : Quelle est l'étendue géographique des garanties ?

Les garanties sont effectives dans le monde entier.

Article 14 : Quels sont les risques non couverts ?

Les risques non couverts sont liés à des fautes lourdes.

Ces risques sont ceux :

- résultent d'un fait intentionnel ou d'une tentative de suicide de l'affilié, ou d'un acte notoirement téméraire par l'affilié sauf en cas de sauvetage de personnes ou de biens;
- résultant de la participation volontaire de l'affilié à un crime ou un délit;
- résultant directement ou indirectement de l'alcoolisme, de la toxicomanie ou de l'usage abusif de médicaments ;
- survenant lorsque l'affilié est en état d'ivresse, d'intoxication alcoolique ou sous l'influence de stupéfiants, hallucinogènes ou autres drogues, sauf s'il apporte la preuve qu'il n'existe aucun lien de causalité entre ces états et la maladie ou l'accident.

Article 15 : Les événements de guerre sont-ils couverts ?

La maladie ou l'accident, causés par un événement de guerre ou par la guerre civile, sont exclus des garanties.

Article 16 : Les cas d'émeutes sont-ils couverts ?

La maladie ou l'accident, survenant par suite d'émeutes, de troubles civils ou de tous actes de violence collective d'inspiration politique, idéologique ou sociale, sont exclus des garanties.

Toutefois, les garanties sont acquises si l'affilié démontre :

- soit qu'il n'y a pris aucune part active;
- soit qu'il se trouvait en état de légitime défense;
- soit qu'il est intervenu en vue du sauvetage de personnes ou de biens.

La garantie est acquise si la maladie ou l'accident résulte du terrorisme selon les dispositions de la loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme. A cet effet, AG Insurance a adhéré à l'ASBL TRIP (Terrorism Reinsurance and Insurance Pool) créée en vertu de la loi précitée.

Partie III : Dispositions diverses

Article 17 : Quand le plan soins de santé entre-t-il en vigueur ?

Le plan soins de santé entre en vigueur dès que AG Insurance dispose des renseignements indispensables à l'affiliation et au plus tôt à la date fixée dans les conditions particulières.

Article 18 : Quelles sont les juridictions compétentes ?

Seules les juridictions belges sont compétentes.

Article 19 : Quelle est la loi applicable ?

La loi belge s'applique au présent contrat qui est notamment régi par la loi du 4 avril 2014 sur les assurances.

Article 20 : Dans quels cas des frais supplémentaires sont-ils réclamés ?

Si des dépenses administratives particulières sont occasionnées du fait de l'employeur ou de l'affilié, AG Insurance se réserve le droit de réclamer des frais supplémentaires.

Article 21 : Modification du tarif et/ou des conditions d'assurance

Les présentes conditions générales peuvent être modifiées par AG Insurance pour autant que la modification ne porte pas sur un élément essentiel de ses obligations. Un nouvel exemplaire des conditions générales sera remis au preneur d'assurance, accompagné d'une communication précisant le champ d'application des nouvelles dispositions.

En cas de modifications substantielles de la législation sur la sécurité sociale, du droit social ou de toute autre législation ayant un impact sur l'étendue des prestations assurées, ou en cas d'augmentation du coût réel des prestations, AG Insurance peut modifier les conditions d'assurance et le montant des primes.

Dans ce cas, la convention et/ou les primes seront adaptées à la fin de l'année d'assurance en cours.

Ces modifications sont notifiées à l'employeur par lettre d'information expédiée au moins 4 mois avant la fin de l'année d'assurance. Le preneur a le droit de résilier la convention dans un délai d'au moins 3 mois avant l'échéance annuelle. La convention expire à cette date.

À la fin de chaque année d'assurance, l'employeur peut modifier les conditions de l'assurance, moyennant notification des adaptations demandées à AG Insurance au moins 4 mois avant la fin de l'année d'assurance. À chaque modification, AG Insurance établit un avenant numéroté aux conditions particulières. L'employeur en remet une copie à chaque affilié.

Article 22 : Communication avec AG Insurance

Pour être valables, les communications et notifications destinées à AG Insurance doivent être faites à son siège en Belgique, à l'adresse indiquée dans le contrat ou celle que AG Insurance aurait ultérieurement notifiée.

Pour les demandes électroniques, il peut être fait usage de l'adresse électronique spécifique qui a été communiquée.

Les communications ou notifications de AG Insurance à l'employeur sont faites valablement à l'adresse indiquée dans le contrat ou à celle que l'employeur aurait ultérieurement notifiée.

Toutes les communications entre l'employeur ou l'affilié et AG Insurance peuvent avoir lieu dans l'une des langues nationales, indépendamment de la langue dans laquelle est conclu le contrat d'assurance.

Article 23 : Protection de la vie privée

AG Insurance et l'employeur attachent une importance particulière à la protection des données à caractère personnel et les traitent avec le plus grand soin conformément aux dispositions de la législation applicable sur la protection de la vie privée, de la Notice Vie Privée d'AG Insurance (disponible sur www.aginsurance.be) et/ou de la politique en matière de protection de la vie privée de l'employeur.

23.1 Finalités du traitement

L'employeur a octroyé à ses collaborateurs une assurance maladie liée à l'activité professionnelle. Pour ce faire, l'employeur a souscrit une assurance auprès d'AG Insurance et a transmis des données à caractère personnel à AG Insurance en vue de l'exécution de ce contrat. Tant l'employeur qu'AG Insurance sont responsables de traitement.

AG Insurance et/ou l'employeur peuvent traiter les données à caractère personnel obtenues pour les finalités suivantes :

- la gestion de l'assurance maladie liée à l'activité professionnelle sur base de l'exécution du contrat ;
- le respect des obligations légales et réglementaires, telles que les obligations fiscales ou la prévention du blanchiment de capitaux, et ce, en vertu d'une disposition légale ;
- la gestion du fichier des personnes dans le cadre de l'exécution du contrat d'assurance ;
- l'établissement de statistiques, la détection et la prévention d'abus et de fraude, la constitution de preuves, la sécurité des biens, des personnes, des réseaux et des systèmes informatiques d'AG Insurance, l'optimisation des processus (par exemple processus d'évaluation et d'acceptation du risque), et ce, sur base de l'intérêt légitime d'AG Insurance ;
- la fourniture de conseils, par exemple quant aux options à la mise à la retraite, et ce, sur base de l'intérêt légitime d'AG Insurance, à moins que la personne concernée ne s'y oppose ;
- la prospection sur base des données obtenues dans le cadre de l'assurance maladie liée à l'activité professionnelle, et ce, sur base de l'intérêt légitime d'AG Insurance, à moins que la personne concernée ne s'y oppose.

Pour la poursuite de ces finalités, AG Insurance peut recevoir des données à caractère personnel de la personne concernée elle-même ou de tiers.

Le cas échéant, ces finalités de traitement peuvent être basées sur le consentement de la personne concernée

23.2 Catégories de données à caractère personnel traitées et destinataires possibles

AG Insurance peut traiter les catégories de données à caractère personnel suivantes : données d'identification et de contact, données financières, caractéristiques personnelles, données relatives à la santé, à la profession et à l'emploi, aux habitudes de vie, à la composition du ménage, aux situations à risque et aux comportements à risque, données judiciaires.

Si les finalités précitées le requièrent et en conformité avec la législation sur la protection de la vie privée, AG Insurance peut communiquer ces données à caractère personnel à d'autres entreprises d'assurance intervenantes, à leurs représentants en Belgique, à leurs correspondants à l'étranger, aux entreprises de réassurance concernées, à un expert, à un avocat, à un conseiller technique, à un intermédiaire d'assurances ou à un sous-traitant. AG Insurance peut également transmettre ces données à toute autre personne ou instance en vertu d'une obligation légale ou d'une décision administrative ou judiciaire, ou si un intérêt légitime le justifie.

AG Insurance est susceptible de transmettre les données à caractère personnel en dehors de l'Espace économique européen (EEE) dans un pays qui peut, le cas échéant, ne pas assurer un niveau de protection adéquat des données à caractère personnel. Dans ce cas, AG Insurance protège toutefois les données en renforçant davantage la sécurité informatique et en exigeant contractuellement un niveau de sécurité renforcé de la part de ses contreparties internationales.

23.3 Données relatives à la santé

Lorsque, dans le cadre de la description du risque ou du traitement du sinistre, la personne concernée confie des données relatives à sa santé à AG Insurance, cette dernière veille à ce que ces données soient traitées moyennant le consentement explicite de la personne concernée, dans la poursuite de la finalité consentie. La personne concernée peut à tout moment retirer son consentement relatif au traitement des données à caractère personnel concernant sa santé. Dans ce cas, elle reconnaît qu'AG Insurance ne peut pas donner suite à sa demande d'intervention et/ou ne peut pas exécuter la relation contractuelle.

23.4 Droits de la personne concernée

Dans les limites fixées par la législation:

- la personne concernée a le droit de prendre connaissance de ses données, le cas échéant, de les faire rectifier ;
- la personne concernée a le droit de s'opposer au traitement de ses données, de demander la limitation du traitement de ses données et de demander leur effacement. Dans ces cas, AG Insurance pourrait se trouver dans l'impossibilité d'exécuter la relation contractuelle.

À cette fin, la personne concernée peut adresser une demande datée et signée au Data Protection Officer (« DPO ») d'AG Insurance, accompagnée d'une photocopie recto verso de sa carte d'identité, ou s'adresser à son employeur via les canaux usuels de l'employeur.

La personne concernée peut contacter le Data Protection Officer d'AG Insurance aux adresses suivantes:

Par courrier :

AG Insurance – Data Protection Officer
Boulevard Emile Jacqmain 53, 1000 Bruxelles

Ou par e-mail : AG_DPO@aginsurance.be

Une réclamation peut le cas échéant être introduite auprès de l'Autorité de protection des données.

Plus d'informations relatives à la manière dont AG Insurance protège les données à caractère personnel et à l'exercice des droits des personnes concernées se trouvent dans la Notice Vie Privée d'AG Insurance, disponible sur www.aginsurance.be.

Article 24 : Quelles autorités contrôlent les compagnies d'assurance et traitent les plaintes ?

Il y a deux autorités de contrôle, chacune ayant ses propres compétences : la FSMA (Autorité des Services et Marchés Financiers) et la BNB (Banque nationale de Belgique).

Sans préjudice de votre droit d'exercer un recours en justice, vous pouvez adresser toute plainte par écrit à :

AG Insurance sa
Service de Gestion des plaintes
Boulevard Emile Jacqmain 53
1000 Bruxelles
Tél: +32(0)2 664 02 00
E-mail : customercomplaints@aginsurance.be

Si la solution proposée par la compagnie ne vous donne pas satisfaction, vous pouvez soumettre le litige à :

Ombudsman des Assurances
Square de Meeûs 35
1000 Bruxelles
E-mail : info@ombudsman.as

Article 25 : Politique de conflit d'intérêt

AG Insurance s'efforce d'éviter les conflits d'intérêt dans toutes ses activités d'assurance et de distribution. La politique concernant le conflit d'intérêt peut être consultée sur le site www.aginsurance.be.

