Résumé police d'assurance

SUPPORTER DE VOTRE SANTÉ

L'assurance liée à l'activité professionnelle soins de santé hospitalisation – des services publics fédéraux

(CMSFOR-AV-100)

Table des matières

1. Qui est le pouvoir adjudicateur et quand le contrat entre-t-il en vigueur ? 3
2. Sous quelle forme le plan soins de santé et hospitalisation pour les services publics fédéraux est-il conclu ? 3
3. Qui gère le plan soins de santé et hospitalisation pour les services publics fédéraux ? 3
4. Qui peut s'affilier ? 4
5. Adhésion au contrat, affiliation, délai d'attente et affections existantes 5
6. Quand l'affiliation se termine-t-elle ? 7
   - 6.1. Arrêt (sortie de service, décès,...) 7
   - 6.2. Mobilité 7
   - 6.3. Changement de statut du membre du personnel 7
7. Définitions 8
8. Quelles garanties le plan soins de santé prévoit-il ? 10
   - 8.1. Formule de base 10
   - 8.2. Formule étendue 12
   - 8.3. Choix de la formule 12
9. Comment le remboursement d'AG Insurance est-il calculé ? 13
10. Quelles sont les exclusions ? 14
11. Quel est le montant des primes, quand et qui doit les payer ? 15
12. Territorialité & terrorisme 16
13. Règlement du sinistre 17
14. Assistance administrative 18
15. Que faire en cas de litige ? 20
16. Que se passe-t-il lorsque l'assuré pricipal et/ou les coassurés perdent le bénéfice de l'assurance liée à l'activité professionnelle (fin de l'affiliation ou résiliation du plan soins de santé) ? 21

01/12/2019

Ce document est un résumé du cahier de charge du plan Soins de Santé et hospitalisation pour les services publics fédéraux (CMSFOR-AV-100). Ce document est informatif et sans valeur juridique.

1. Qui est le pouvoir adjudicateur et quand le contrat entre-t-il en vigueur ?

Le plan soins de santé est conclu par le « **pouvoir adjudicateur** », c'est-à-dire : le Service public fédéral BOSA-FOR, représenté par le Ministre en charge de la Fonction publique.

La mise en oeuvre du contrat, notamment les paiements, est assurée par le « **souscripteur** », en l'espèce, le Service fédéral qui conclut l'assurance **liée à l'activité professionnelle** pour le compte des membres de son personnel (et des membres de leur famille) et qui est tenu de payer une partie de la prime.

Le contract précédent (FORCMS-AV-046) d'assurance hospitalisation lié à l'activité professionnelle entre le gouvernement fédéral et AG Insurance prend fin le 31/12/2017. Le nouveau contrat, avec le même prestataire de service, entre en vigueur le 01/01/2018 et est conclu pour une période de six ans. Il pourra être résilié tous les ans par lettre recommandée moyennant le respect d'un délai de préavis de six mois avant l'échéance de chaque année du contrat. Seuls le pouvoir adjudicateur et AG Insurance pourront résilier le contrat.

2. Sous quelle forme le plan soins de santé et hospitalisation pour les services publics fédéraux est-il conclu ?

Le plan soins de santé est conclu sous la forme d'une assurance **liée à l'activité professionnelle**.

3. Qui gère le plan soins de santé et hospitalisation pour les services publics fédéraux ?

Le plan soins de santé est géré par **AG Insurance S.A.** (entreprise agrée sous le code n° 0079), Boulevard Emile Jacqmain, 53 - 1000 Bruxelles, R.P.R. 0404.494.894.

4. Qui peut s'affilier ?

Les conditions mentionnées-ci-dessous ne sont valables que pour les membres de personnel des souscripteurs repris dans le cahier de charge sous point 4.2. Les souscripteurs repris au tableau 3 de la rubrique 4.2 du présent cahier spécial des charges, peuvent profiter de cette clause pour autant qu'ils soient affiliés au plus tard le 31 décembre 2018.

A. Les assurés principaux :

- les membres du personnel statutaires et contractuels des services souscripteurs (y compris les stagiaires) qui souscrivent à la police d'assurance avant l'âge de 67 ans (jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle ils atteignent cette limite d'âge) ;
- les membres du personnel détachés auprès d'un des souscripteurs affiliés ;
- les membres du personnel statutaires (stagiaires inclus), contractuels et détachés dont question ci-avant qui travaillent et séjournent à l'étranger ;
- Tous les membres retraités du personnel des souscripteurs affiliés qui s'affilient dès le début au contrat-cadre, pour autant qu'ils profitent d'une assurance hospitalisation **liée à l'activité professionnelle** conclue à l'initiative d'un souscripteur.

Un contrat de travail comme travailleur étudiant n'ouvre pas le droit à une affiliation à ce contrat.

B. Les assurés secondaires :

- l'époux/épouse ou partenaire assimilé des assurés principaux domicilié(e) chez l'assuré principal, affilié(e) à l'assurance avant l'âge de 67 ans (jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle il (elle) atteint cette limite d'âge) ;
- l'époux/épouse ou partenaire assimilé des membres du personnel retraités des services souscripteurs affiliés domicilié(e) chez l'assuré principal, pour autant qu'il (elle) était déjà affilié(e) au contrat avant l'âge de 67 ans (jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle il (elle) atteint cette limite d'âge).
- l'époux/épouse ou partenaire assimilé de membres retraités du personnel des souscripteurs affiliés domicilié(e) chez l'assuré principal, qui s'affilie au contrat-cadre dès son début, quel que soit son âge, pour autant qu'il (elle) bénéficie d'une assurance liée à l'activité professionnelle hospitalisation conclue à l'initiative d'un service souscripteur affilié ;
- les enfants non mariés des personnes mentionnées ci-avant 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 ;
- en cas de décès de l'assuré donnant droit à l'affiliation, les assurés secondaires tels que le époux/épouse ou partenaire assimilé et ses enfants et petits-enfants à charge pourront continuer à bénéficier des garanties du contrat aussi longtemps que l'assuré secondaire époux/épouse ou partenaire assimilé survivant ne remarie pas ou ne conclut pas un engagement similaire.

5. Adhésion au contrat, affiliation, délai d'attente et affections existantes

a. AG Insurance s'engage à assurer immédiatement, sans stage ni examen médical ni questionnaire de santé et sans aucune connaissance d'état préexistant, tous les membres du personnel actifs ou retraités, ainsi que les membres de leur famille, tels que visés au point 4 ci-dessus, assurés jusqu'à la date précédant celle de l'entrée en vigueur du contrat via le contrat d'assurance hospitalisation liée à l'activité professionnelle pour les agents fédéraux. AG Insurance s'engage, de même, pour les membres de la famille au sens du point 4 ci-dessus, qui, jusqu'au jour qui précède la date d'entrée en vigueur du contrat, sont assurés via le contrat d'assurance hospitalisation liée à l'activité professionnelle pour les agents fédéraux, mais dont la personne qui donnait droit à l'affiliation est décédée avant l'entrée en vigueur de ce marché.

b. Outre le cas énoncé au point a) ci-dessus, AG Insurance s'engage à assurer immédiatement, sans stage ni examen médical ni questionnaire de santé et sans aucune connaissance d'état préexistant, tous les membres du personnel actifs ou retraités, ainsi que les membres de leur famille, tels que visés au point 4 ci-dessus, qui bénéficiaient jusqu'à la date précédant celle de l'entrée en vigueur du contrat d'une assurance hospitalisation conclue à l'initiative de leur service concerné et en vertu duquel ce service s'engage pour la première fois en qualité de souscripteur au contrat liée à l'activité professionnelle fédéral, et ce, pour autant qu'ils s'affilient immédiatement au nouveau contrat à dater du jour où le contrat entre en vigueur dans le service concerné.

   AG Insurance s'engage, de même, pour les membres de la famille au sens du point 4 ci-dessus, qui, jusqu'au jour qui précède la date d'entrée en vigueur du contrat, bénéficient d'une assurance hospitalisation conclue à l'initiative de leur service concerné et en vertu duquel ce service s'engage pour la première fois en qualité de souscripteur au contrat liée à l'activité professionnelle fédéral, et ce, pour autant qu'ils, à partir du jour de l'entrée en vigueur du contrat, s'affilient immédiatement au nouveau contrat, mais dont la personne qui donnait droit à l'affiliation est décédée avant l'entrée en vigueur de ce marché. En ce qui concerne les souscripteurs mentionnés au tableau 3 de la rubrique 4.2 de ce cahier spécial des charges, cet engagement doit être pris avant le 31 décembre 2018 et le soumissionnaire s'engage ,mutatis mutandis, de même, comme mentionné sous a) et b).

c. Outre les cas visés aux lettres a) et b) ci-dessous, les membres du personnel des services souscripteurs en activité ne sont soumis ni à un examen médical, ni à un questionnaire sur leur état de santé et aucune notion d'état préexistant ne leur sera réclamée, s'ils décident d'adhérer **dans un délai de trois** mois à compter de la date de début du contrat dans leur service ou de la date de leur recrutement statutaire ou contractuel dans un service affilié.

d. Chaque assuré principal peut, quand il demande son adhésion, solliciter également dans les mêmes conditions que celles visées à la lettre c) ci-avant, celle d'un ou de plusieurs membres de sa famille dont question au point 4 ci-dessus.

e. En cas de modification dans la composition de la famille (mariage, naissance, nouveau cohabitant), l'assuré principal peut solliciter l'adhésion du nouveau membre de sa famille dans un délai de trois mois, et ce, aux mêmes conditions d'adhésion que celles énoncées ci-avant.

Un bébé est assuré dès la naissance à la condition qu'une demande d'affiliation ait été envoyée dans **un délai de trois mois** à compter de sa naissance.

Les assurés principaux ainsi que les assurés secondaires auxquels ils ouvrent le droit à l'assurance s'affilient à la police d'assurance au moyen d'un formulaire d'affiliation ou via une liste communiquée par le service dirigeant au prestataire de services.

Pour les nouvelles affiliations, la couverture court à partir du premier jour du mois qui suit la réception du formulaire par le prestataire de services. La date d'envoi augmentée de trois jours calendaires est considérée comme date de réception.

Lors du décès d'un assuré principal, la couverture d'assurance peut être poursuivie pour les membres de la famille déjà affiliés. A cette fin, une demande écrite doit être adressée au prestataire de services dans un délai de trois mois qui suit l'échéance annuelle de la police. Si la demande est introduite dans les délais, l'assureur ne peut refuser le maintien de l'affiliation.

Pour toute affiliation qui ne répond pas aux critères énoncés ci-dessus a) à e) inclus, les dispositions suivantes s'appliqueront :

- **Délai d'attente**

  L'affiliation ne produit ses effets qu'à compter du premier jour du mois suivant ou coïncidant avec l'échéance d'une période de 10 mois à partir de la date à laquelle la demande a été introduite et pour autant que l'état médical de la personne ait été accepté. Aucune prime n'est due durant la période entre la demande et l'affiliation effective.

- **Maladies ou affections existantes**

  Les prestations ne sont pas accordées aux assurés si l'existence de l'affection, de la maladie 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 au contrat, 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 la victime était déjà couverte 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, pour autant que l'assuré soit affilié à la police depuis plus d'un an et n'ait fait l'objet durant cette période d'aucun acte médical résultant de ladite affection, de ladite maladie ou de ladite invalidité.

A l'exception des cas énumérés ci-dessus dans lesquels l'affiliation n'a pas été réalisée quand les conditions d'affiliation étaient satisfaites (affiliation tardive), aucune formalité médicale n'est appliquée (questionnaire sur la santé ou examen médical).

6. Quand l'affiliation se termine-t-elle ?

6.1. Arrêt (sortie de service, décès,...)

L'assureur n'a pas le droit d'exclure, sur base individuelle, les assurés principaux et secondaires sauf dans les cas mentionnés ci-dessous.

Les assurés principaux :

Il est mis fin à la couverture individuelle des assurés principaux par :

- la résiliation volontaire du contrat à la demande de l'assuré principal, par lettre recommandée adressée au prestataire de services, au moins 3 mois avant la date d'échéance de la police ;
- la fin ou la rupture du contrat ou des conditions de travail (statutaire) entre l'assuré principal et le service souscripteur ;
- le décès de l'assuré principal ;
- la fraude ou tentative de fraude par l'assuré principal ;
- la résiliation par l'assureur lors du non-paiement de la prime.

Les assurés secondaires :

- la résiliation volontaire du contrat à la demande de l'assuré secondaire, par lettre recommandée adressée au prestataire de services, au moins 3 mois avant la date d'échéance de la police ;
- décès de l'assuré secondaire ;
- lors de fraude ou tentative de fraude par l'assuré secondaire ;
- résiliation par l'assureur lors de non-paiement de la prime.

De plus, l'affiliation des membres de la famille est résiliée dès qu'ils ne satisfont plus aux critères des assurés secondaires, tels que visés au point 4 ci-dessus.

En cas de résiliation ou de rupture, telle que susmentionnée, du contrat ou des conditions de travail (statutaire) et si les membres de la famille ne satisfont plus aux critères de co-assurés tels que visés au point 4 ci-dessus, l'assurance continue de produire ses effets, quelle que soit la date de notification de la résiliation, et la prime continue d'être due, jusqu'au 31 décembre de l'année d'assurance en cours, si l'assuré le souhaite.

Si l'assuré souhaite résilier son affiliation anticipativement, il doit alors adresser un courrier au prestataire de services dans un délai d'un mois à compter de cet évènement.

Une année d'assurance court du 1er janvier au 31 décembre.

6.2. Mobilité

Si un membre du personnel statutaire et également assuré principal passe d'un service souscripteur à un autre en vertu de la mobilité interne, la règle est que le contrat d'assurance continue de produire ses effets sans interruption, à la condition que le membre du personnel bénéfice à la date de sa mobilité interne de l'assurance hospitalisation auprès du prestataire de service en vertu du présent cahier spécial des charges.

Si un membre du personnel statutaire passe d'un service souscripteur à un autre via la mobilité interne et si, à la date de sa mobilité interne, il n'était pas affilié à l'assurance hospitalisation contractée en vertu du plan, il peut alors s'affilier **dans un délai de trois mois** à compter de la date de sa mobilité interne à l'assurance hospitalisation conclue en vertu du plan, sans répondre à un questionnaire médical ni se soumettre à un examen médical. Le membre du personnel concerné pourra donc bénéficier des modalités visées au point 5,c ci-dessus, du plan.

6.3. Changement de statut du membre du personnel

Si un membre du personnel qui est également assuré principal change de souscripteur et/ou de statut, la règle est que le contrat d'assurance continue de produire ses effets sans interruption, à condition qu'à la date de cette modification le membre du personnel bénéfice de l'assurance hospitalisation auprès du prestataire de service en vertu du présent cahier spécial des charges.

Si le membre du personnel n'était pas affilié à l'assurance hospitalisation, il peut alors, dans un délai de trois mois à compter de la date de cette modification, s'affilier à l'assurance hospitalisation conclue en vertu du présent cahier spécial des charges, sans répondre à un questionnaire médical ni se soumettre à un examen médical. Le membre du personnel concerné pourra donc bénéficier des modalités visées au point 5,c ci-dessus.

7. Définitions

« Assureur » : AG Insurance.

« Souscripteur » : le service fédéral appartenant à la personne morale « État belge », qui adhère à l'assurance liée à l'activité professionnelle au profit des membres de son personnel (et des membres de leur famille) et qui assure le paiement d'une partie des primes. L'intervention dans la prime des souscripteurs n'appartenant pas à la personne morale « État belge » dépend des conventions conclues au sein de leur administration.

Quant à l'exécution pratique et au suivi du contrat, le souscripteur peut donner une délégation au service social du service concerné.

« Assurés principaux » : Définition voir point 4, A;

« Assurés secondaires » : Définition voir point 4, B;

« Maladie » : une altération de l'état de santé ayant une cause autre qu'un accident, reconnue par un médecin légalement autorisé à pratiquer son art, soit en Belgique, soit dans le pays où se trouve l'assuré au moment de la constatation de la maladie ;

« Accident » : un événement soudain qui produit une lésion corporelle et dont la cause ou l'une des causes est extérieure à l'organisme de l'assuré. L'accident doit être constaté par un médecin légalement autorisé à pratiquer son art, soit en Belgique, soit dans le pays où se trouve l'assuré au moment où il se produit ;

« Franchise » : partie des frais qui, en tout état de cause, reste à charge de l'assuré (au cas où l'assuré choisit la formule étendue – chambre particulière) ;

« Hôpital » : Un établissement public ou privé reconnu légalement comme hôpital ou comme établissement psychiatrique, à l'exclusion des services ou établissements médico-pédagogiques, 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 ;

« 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 « hospitalisation de jour » (one day clinic), c'est-à-dire qu'il est dérogé au critère de l'hospitalisation durant une nuit au moins, 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 de prestations dans le cadre de maxi-forfait, de forfait d'hôpital de jour (groupes 1 à 7 inclus), des forfaits douleur chronique repris dans la Convention nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs ainsi que pour les situations suivantes d'hospitalisation de jour :
  - tout état nécessitant des soins urgents justifiant une prise en charge dans un lit hospitalier ;
  - toute situation dans laquelle, sur prescription du médecin qui a pris le patient en charge, une surveillance médicale effective est exercée pour l'administration d'un médicament ou de sang/produits sanguins labiles par une perfusion intraveineuse. L'administration de solutions de sels ou de sucres comme pratiqué pour la perfusion de garde thérapeutique et le rinçage d'un port-cathéter ne tombe pas sous cette définition.

En ce qui concerne les cures, une intervention n'est octroyée que pour autant que le traitement revêt un caractère curatif, où il est pratiqué dans un établissement satisfaisant aux conditions dont il est question ci-avant et où AG Insurance a 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.

« Etablissement de soins palliatifs » : tout établissement de séjour agréé destiné à l'hébergement de personnes dont l'état de santé nécessite un séjour dans l'établissement, ainsi qu'un traitement palliatif qui suppose une observation, une surveillance et un suivi qui ne peuvent se réaliser que dans cet établissement ;

« Intervention légale »:

- **Pour les frais exposés en Belgique :**
  Tout remboursement prévu dans le cadre des législations belges relatives à l'assurance obligatoire maladie invalidité (régime des salariés), aux accidents du travail et aux maladies professionnelles ;
- **Pour les frais exposés à l'étranger :**
  Tout remboursement prévu par une convention conclue avec ce pays et relative à la sécurité sociale des travailleurs salariés ou, à défaut, un montant fictif égal au remboursement prévu par les législations belges applicables aux travailleurs salariés.

« Coûts ambulatoires » : les soins médicaux indépendamment d'une hospitalisation lorsque l'assuré se déplace pour examen chez le prestataire de soins ou que le prestataire de soins de santé se rende chez l'assuré. Une assurance coûts ambulatoires intervient dans les frais médicaux non couverts par la mutualité.

« Catégorie D » : les médicaments qui ne sont repris dans aucune des 7 catégories de remboursement sont parfois appelés les médicaments de la catégorie D. Il s'agit des médicaments pour lesquels aucun remboursement n'est prévu. Par exemple, les tranquillisants ou les somnifères.

8. Quelles garanties le plan soins de santé prévoit-il ?

8.1. Formule de base

L'assurance doit garantir le remboursement des frais de soins de santé mentionnés ci-dessous après déduction éventuelle des interventions légales et extralégales, mais sans qu'une franchise à charge de l'assuré ou du souscripteur ne soit appliquée.

8.1.1. Hospitalisation

En cas d'hospitalisation pour cause de maladie, d'accident, de grossesse ou d'accouchement, AG Insurance rembourse, dans les limites fixées au point 9 de ce résumé "Comment le remboursement par AG Insurance est-il calculé?", les frais d'assurance, pour autant qu'ils aient été occasionnés au cours d'un séjour dans un hôpital agréé ou un établissement agréé de soins palliatifs.

Sont garantis :

1. **A condition qu'ils donnent lieu à une intervention légale :**
   a. les frais de séjour, incluant les suppléments facturés pour une chambre à deux lits (il est explicitement stipulé que les suppléments de séjour en chambre particulière (= chambre à un lit) pour des raisons personnelles ne sont pas pris en compte dans la formule de base) ;
   b. les coûts des prestations médicales, les honoraires et les suppléments d'honoraires pour une chambre à deux lits et des chambres communes (il est explicitement stipulé que les honoraires et les suppléments d'honoraires en cas de séjour en chambre particulière pour des raisons personnelles ne sont pas pris en compte dans la formule de base) ;
   c. les frais des prestations paramédicales ;
   d. les frais des produits pharmaceutiques, de bandages et de matériel médical ;
   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 et de prothèses thérapeutiques, ainsi que les appareils orthopédiques, à condition qu'ils soient placés durant l'hospitalisation de l'assuré et aient un lien direct avec l'intervention chirurgicale (Il est explicitement stipulé qu'il n'y aura pas de remboursement si les prothèses sont purement esthétiques) ;
   h. les frais des soins palliatifs, y compris des médicaments ;
   i. les frais médicaux du nouveau-né durant l'hospitalisation de la mère, à la suite d'un accouchement garanti, à l'inclusion des frais médicaux relatifs au prélèvement de cellules mères ;
   j. le test de la mort subite ;
   k. chirurgie plastique de recouvrement suite à une maladie ou un accident assuré.

2. **Indépendamment de l'octroi ou non d'une intervention légale, sont également garantis :**
   a. le matériel non réutilisable utilisé au cours d'une intervention chirurgicale ;
   b. les frais de médicaments non remboursables ou repris sous la catégorie « D » dans la nomenclature de l'INAMI ;
   c. les traitements homéopathiques, la chiropraxie, l'ostéopathie et l'acuponcture exécutée par un spécialiste agréé ;
   d. les frais de bandage et de matériel médical, à l'exclusion de tout type de produits généralement disponible dans le commerce non médical ;
   e. le coût de l'hospitalisation du donneur en cas de transplantation en faveur d'un assuré hospitalisé ;
   f. les frais :
      - de transport approprié urgent vers l'hôpital ;
      - de transport approprié en cas de l'hospitalisation, justifié pour raisons médicales ;
      - relatifs au service mobile d'urgence (SMUR) ;
   g. les frais de séjour d'un parent dans la chambre d'un enfant mineur avec inclusion de la minorité prolongée (rooming-in) ;
   h. les frais mortuaires imputés sur la facture de l'hôpital ;
   i. les frais non remboursables de viscérosynthèse- et matériel d'endoprothèse.

8.1.2. Pré- et post- Hospitalisation

Il s'agit des soins médicaux exposés dans un délai de 60 jours avant et 180 jours après l'hospitalisation, et qui ont un lien direct avec la raison de l'admission à l'hôpital.

Sont garantis au cours de cette période :

1. **A condition qu'ils donnent lieu à une intervention légale :**
   a. les frais des prestations médicales réalisées à la suite d'une visite ou d'une consultation d'un médecin ;
   b. les frais des prestations paramédicales prescrites par un médecin ;
   c. Les frais des soins médicaux du donneur qui sont liés directement à la transplantation en faveur d'un assuré hospitalisé ;
   d. les frais des remèdes médicaux prescrits par un médecin ;
   e. les frais des prothèses médicales qui ont un lien direct avec l'hospitalisation ;
   f. les frais des membres artificiels ;
   g. les frais médicaux et les frais de soins dans un centre de revalidation ;
   h. les médicaments.
2. **Indépendamment de l'octroi ou non d'une intervention légale :**
   a. les médicaments non remboursables ou repris dans la catégorie « D » de la nomenclature de l'INAMI ;
   b. les traitements homéopathiques, la chiropraxie, l'ostéopathie et l'acuponcture exécutée par un spécialiste agréé ;
   c. les frais de bandage et du matériel médical, à l'exclusion de tout type de produit également généralement disponible dans le commerce non médical.

8.1.3. Maladies graves

En cas de survenance des maladies suivantes : cancer, leucémie, tuberculose, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, maladie de Parkinson, diphtérie, poliomyélite, méningite cérébro-spinale, variole, brucellose, typhus exanthématique, typhus, paratyphus, encéphalite, charbon, tétanos, choléra, maladie de Hodgkin, sida, hépatite infectieuse, scarlatine, diabète, affections rénales nécessitant une dialyse, maladie de Crohn, mucoviscidose, Alzheimer, malaria, maladie de Pompe, maladie de Creutzfeldt-Jacob, dystrophie musculaire progressive, colite ulcéreuse et la maladie d'Hachimoto, l'assurance est étendue aux frais de soins de santé dispensés en dehors du milieu hospitalier et affichant un lien direct avec la maladie.

Sont garantis :

1. **A condition qu'ils donnent lieu à une intervention légale :**
   a. les frais relatifs aux traitements, aux analyses et aux examens spéciaux nécessités par la maladie ;
   b. les frais des prestations médicales, des honoraires et des suppléments d'honoraires ;
   c. les frais des prestations paramédicales ;
   d. les frais de location de matériel divers ;
   e. les médicaments.
2. **Indépendamment ou non de l'octroi d'une intervention légale :**
   a. les médicaments non remboursables ou repris dans la catégorie « D » de la nomenclature de l'INAMI ;
   b. les traitements homéopathiques, la chiropraxie, l'ostéopathie et l'acuponcture exécutée par un spécialiste agréé ;
   c. les frais de transport ;
   d. les frais de bandage et de matériel médical, à l'exclusion de tout type de produits également généralement disponibles dans le commerce non médical ;
   e. tous les autres frais accordés préalablement par AG Insurance.

8.1.4. Accouchement à domicile, accouchement en polyclinique et soins obstétriques

Cette assurance doit s'appliquer aux frais médicaux d'un accouchement à domicile pratiqué par un médecin agréé ou par un praticien obstétrique agréé par l'INAMI et d'un accouchement en polyclinique. Dès lors, en cas d'accouchement à domicile ou accouchement en polyclinique, les garanties du chapitre « préhospitalisation et posthospitalisation » sont également d'application, en ce compris les frais médicaux pour le nouveau-né.

Par soins obstétriques, il faut entendre les frais postérieurs à un accouchement facturés par un établissement de soins post-natals reconnu. Il s'agit des frais facturés par cet établissement pour les soins dispensés à domicile par une

aide obstétricienne qualifiée, à la mère, au nouveau-né et à la famille. L'intervention pour les soins obstétriques est limitée à **douze jours calendaires**.

8.2. Formule étendue

Les garanties sont les mêmes que celles de la formule de base, sous réserve des dispositions suivantes :

- les suppléments relatifs tant aux frais de séjour qu'aux honoraires liés à l'occupation d'une chambre à un lit pour convenance personnelle **jusqu'à concurrence de trois fois le montant de l'intervention légale sont couverts** ;
- la franchise par assuré et par année civile s'élève à **250 €** uniquement pour les prestations prises en compte dans **la formule d'une chambre à un lit** (formule étendue) et qui ne le sont dès lors pas dans la formule d'une chambre à deux lits ou commune (formule de base). Lorsqu'une même hospitalisation se déroule sur deux années civiles, la franchise n'est perçue qu'une seule fois.

8.3. Choix de la formule

L'assuré principal (qui ouvre le droit à la présente assurance) a le choix entre la formule de base et la formule étendue. Ce choix doit être identique pour lui/elle et les membres de sa famille.

Ce choix est définitif. Toutefois :

- l'assuré qui a choisi la formule d'une chambre particulière (formule étendue) peut opter pour la formule d'une chambre à deux lits ou commune (formule de base) à l'échéance annuelle moyennant une demande explicite trois mois au moins avant ladite échéance annuelle ; ce transfert doit se faire pour tous les membres de la famille assurés sans exception ;
- l'assuré qui a opté pour la formule d'une chambre à deux lits ou commune (formule de base) et qui souhaite passer à la formule d'une chambre particulière (formule étendue) ne peut le faire qu'avec l'accord d'AG Insurance. Si AG Insurance accepte cette modification de la formule (qui vaut pour tous les membres assurés de sa famille), les dispositions suivantes s'appliqueront :

  - **Prise en cours**

    L'affiliation prendra cours au premier du mois suivant ou coïncidant avec l'expiration des 10 mois, à compter de la date à laquelle la demande d'affiliation a été introduite et pour autant que la personne ait été acceptée médicalement. Pendant la période entre la demande et la prise en cours effective de l'affiliation, la prime n'est pas due.

  - **Maladies ou affections existantes**

    Les prestations ne sont pas accordées aux assurés si l'existence de l'affection, de la maladie 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 au contrat, 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 la victime était déjà couverte 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, pour autant que l'assuré soit affilié à la police depuis plus d'un an et n'ait fait l'objet durant cette période d'aucun acte médical résultant de ladite affection, de ladite maladie ou de ladite invalidité.

A l'exception des cas énumérés ci-dessus dans lesquels l'affiliation n'a pas été réalisée quand les conditions d'affiliation étaient satisfaites (affiliation tardive), aucune formalité médicale n'est appliquée (questionnaire sur la santé ou examen médical).

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

Pour chaque prestation susmentionnée visée au point 8 ci-dessus donnant lieu à une intervention légale, la garantie du prestataire de services doit être accordée jusqu'à concurrence du triple du montant de l'intervention légale.

Pour les frais ne donnant lieu à aucune intervention légale (cf. point 8 ci-dessus, points 8.1. 1/2 ; 8.1. 2/2 et 8.1. 3./2), la garantie doit être accordée à concurrence de 3.000,00 € par assuré et par année civile sous réserve de ce qui suit :

- le remboursement des frais de séjour d'un parent dans la chambre d'un enfant hospitalisé est limité à 50,00 € par nuit ;
- les frais de transport liés aux maladies graves (cf. point 8 ci-dessus 8.1.3.) sont limités à un plafond global de 125,00 € par personne et par année civile ;
- une contribution de 50 % du coût de 1.250,00 EUR par personne et par année civile pour les traitements homéopathiques, l'acupuncture, l'ostéopathie ou chiropratique si il n'y pas indemnité légale pour ces caractéristiques de performance (applicable uniquement au point 8.1.3) ;
- l'intervention pour les soins obstétriques est octroyée pendant tout au plus douze jours suivant la sortie de l'hôpital ou l'accouchement à domicile et jusqu'à maximum 820,00 EUR ;
- l'intervention pour les soins obstétriques à domicile s'éleve à un montant forfaitaire de 620 € par accouchement.

Pour les hospitalisations consécutives à une affection psychique, psychiatrique ou mentale, l'intervention du prestataire de services n'est octroyée que pour des périodes de séjour successives ou non successives ne dépassant pas deux ans, à compter du premier jour qui donne droit à un remboursement.

10. Quelles sont les exclusions ?

Sont exclues de l'assurance, les prestations provenant :

a. d'un accident ou d'une maladie non contrôlable par examen médical ;
b. 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 ;
c. 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 ne prouve qu'il n'existe aucune relation causale entre la maladie ou l'accident et ces circonstances ou que 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 ;
d. de la stérilisation, la contraception sauf raison médicale urgente ;
e. l'insémination artificielle, la conception in vitro et les cures thermales ;
f. 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 ;
g. de la pratique professionnelle d'un sport quel qu'il soit ;
h. 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 ;
i. de l'effet direct ou indirect de substances radioactives ou des procédés d'accélération artificielle des particules atomiques, à l'exception de l'usage de substances radioactives à des fins médicales ;
j. de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide ;
k. d'accidents lorsque l'assuré fait partie de l'équipage d'un transport aérien ou exerce pendant le vol une activité professionnelle ou autre en relation avec l'appareil ou le vol.

11. Quel est le montant des primes, quand et qui doit les payer ?

Les garanties de cette assurance sont octroyées contre le paiement d'une prime annuelle par individu.

Les primes applicable à compter du 1er janvier 2020 :

Assurés	Formule de base	Formule étendue
Assurés principaux actif sans distinction d'âge	49,04 €	181,42 €
Enfants avec allocations familiales	17,16 €	63,49 €
Enfants sans allocations familiales jusq'à 24 ans et domiciliés chez l'assuré principal	17,16 €	63,49 €
Assurés principaux non actifs et assurés secondaires jusqu'à 66 ans inclus	49,04 €	181,42 €
Assurés principaux non actifs et assurés secondaires de 67 à 71 ans inclus	196,16 €	634,97 €
Assurés principaux non actif et assurés secondaires à partir de 72 ans	294,23 €	861,75 €

Les taxes et les frais prévus dans la loi sont inclus dans les primes mentionnées ci-dessus.

L'ajustement annuel de la prime se fera selon les dispositions de l'art. 18 « Révision des prix », repris dans le devis n° FORCMS/AV/100, établi par « l'autorité adjudicataire », adjudication publique, assurance collective soins d'hospitalisation et de santé pour les membres du personnel des Services Publics Fédéraux et les membres de leurs familles.

En ce qui concerne les montants dus par les assurés principaux et les coassurés, les factures sont adressées aux familles ou aux individus concernés.

La possibilité de payer la prime par trimestre est prévue si l'assuré le demande.

Une facture globale annuelle est adressée à chaque souscripteur concerné en fonction de l'intervention communiquée à l'assureur. Des factures intermédiaires peuvent être introduites pour les nouvelles inscriptions, proportionnellement à la période de l'année qui reste à assurer.

En cas de non-paiement de la prime individuelle par l'assuré, elle ne peut être répercutée auprès du service fédéral concerné ou de son service social.

Les souscripteurs sont directement et exclusivement responsables du paiement de ce qui leur est facturé.

L'autorité adjudicataire n'est donc pas responsable ni pour le montant principal, ni pour les éventuels intérêts.

Le paiement s'effectue dans les 30 jours calendriers à compter de la date de réception de la facture qui a été établie correctement et adressée au client payeur.

En cas de non-paiement fautif de la prime par les souscripteurs dans les délais prévus, la couverture peut, seulement, être suspendue, sous réserve de l'application de la procédure visée dans les règles générales d'exécution (RGE). Une suspension éventuelle touchera, seulement, les assurés principaux et secondaires dont l'affiliation à ce contrat peut être mise en relation avec le souscripteur non payeur.

La suspension de la prestation de services est interrompue dès paiement de la prime due.

12. Territorialité & terrorisme

Territorialité: la présente assurance est valable dans le monde entier (point 7 de ce résumé).

Terrorisme : cette police couvre également les dégâts causés par un fait de terrorisme, tel que définit et réglementé par la Loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme (MB 15 mai 2007).

13. Règlement du sinistre

L'assuré prend toute mesure utile pour prévenir ou limiter les conséquences des sinistres.

L'assureur doit pour sa part mettre en œuvre les moyens utiles pour que l'assuré puisse régulariser la situation, au besoin.

Si l'assuré ne respecte pas une des obligations lui imposées dans cet article et qu'il en résulte des désavantages pour le prestataire de services, ce dernier peut obtenir une réduction de ses prestations en proportion des désavantages subis.

L'assureur n'a pas le droit d'exclure des assurés, sauf s'il n'a pas respecté ses obligations dans une intention frauduleuse, comme le stipule cet article.

Outre la procédure classique, décrite ci-dessous, l'assureur propose un système de tiers payant avec carte électronique. Une brochure claire et complète sur le fonctionnement de ce système, de même qu'une liste des hôpitaux appliquant ce système, est remise à tous les souscripteurs et assurés.

Lorsque le système du tiers payant n'est pas applicable, l'assuré doit prévenir la société dans les meilleurs délais à l'aide des formulaires destinés à cette fin. Il joint à sa déclaration tout document, déclaration ou rapport utile à titre de preuve de l'existence et de la gravité de l'incident.

L'assuré envoie tous les justificatifs originaux à la société (factures d'hôpital, attestations de remboursement de la mutuelle, accusés de réception du pharmacien, etc.).

Sur présentation de ces documents, l'assureur paie le montant des frais après déduction :

- du montant de l'intervention légale ou d'un montant fictif équivalent, lorsque l'assuré, pour quelque raison que ce soit, ne peut revendiquer une telle intervention;
- du montant de remboursements déjà perçus;
- du montant de la franchise contractuelle.

Le remboursement est exécuté dans un délai de 15 jours ouvrables à compter de la date de réception du dossier complet.

14. Assistance administrative

Durant la phase de démarrage du nouveau contrat :

Le prestataire de services :

- signe avec le souscripteur un « plan d'exécution » décrivant la collaboration concrète et les processus y afférents (répartition des tâches du service du personnel, du service social, du prestataire de services) ;
- désigne une personne de contact spécifique pour les responsables du contrat des souscripteurs et à laquelle il convient de s'adresser pour des questions autres que celles destinées au helpdesk ou si d'autres questions ou problèmes doivent être résolus durant l'exécution du contrat ;
- élabore, pour chaque administration (service souscripteur), avec le responsable du contrat au sein du service concerné un plan d'information et de communication détaillé. Les coûts afférents à l'élaboration concrète de ce plan (établissement des brochures et documents d'information, organisation de sessions d'information, ...) et au support ultérieur d'une campagne d'information sont à la charge du prestataire de services ;
- s'engage à fournir une documentation comportant les tarifs et les conditions du contrat à tout client potentiel pouvant conclure un contrat d'assurance en vertu du présent cahier spécial des charges ;
- crée un helpdesk auquel les assurés et les assurés potentiels peuvent s'adresser en permanence (durant les heures de bureau) et dans leur propre langue (néerlandais, français, allemand) pour obtenir des informations diverses relatives aux conditions contractuelles, aux possibilités d'affiliation, à la cessibilité des contrats et polices, aux paiements des factures et aux sinistres ;
- communique à chaque souscripteur une liste des personnes de contact du helpdesk pour ce contrat ainsi que leurs coordonnées (nom, n° de téléphone, adresses électroniques, ...);
- remet à tous les assurés les cartes individuelles permettant l'application du système du « tiers-payant ». Une description précise et complète du système ainsi qu'une liste des hôpitaux où ce système est appliqué devra être distribué à tous les souscripteurs et assurés ;
- s'engage à prendre à sa charge les dossiers de dommages en cours.

Durant la période du contrat :

Le prestataire de services :

- informe les assurés et les assurés potentiels sur les conditions contractuelles ainsi que sur les possibilités de payer la prime par trimestre ;
- met le helpdesk à la disposition des assurés pendant la durée entière du contrat ;
- gère les relations avec les assurés considérés individuellement ;
- ne peut refuser de couvrir les assurés sauf si ces derniers ont frauduleusement manqué à leurs obligations ;
- toutes les prestations de service (verbalement ou par écrit) doivent pouvoir être offertes tant en néerlandais qu'en français et allemand ;
- signale immédiatement tous les problèmes éventuels d'affiliation ou d'exécution aux intéressés et au souscripteur ;
- facture annuellement aux assurés principaux et secondaires leur part de la prime ;
- envoie annuellement à chaque souscripteur une facture globale de leur part de la prime, les factures partielles complémentaires pour les nouveaux affiliés, accompagnées d'une note descriptive à des fins de contrôle, ainsi que les statistiques utiles afférentes au contrat ;
- rembourse les frais d'hospitalisation aux hôpitaux ou aux assurés individuels le plus rapidement possible et en tout cas dans un délai de 15 jours ;
- transmet un rapport statistique trimestriel aux souscripteurs, fournissant un aperçu des assurés par catégorie, un aperçu des interventions financières ainsi qu'un aperçu de la facturation relative au personnel dudit souscripteur ; Ces informations doivent être transmises sur un support de données électronique (feuille de calcul compatible avec Windows ou d'autres systèmes d'exploitations, au besoin) ;
- demande ponctuellement une révision annuelle des prix au service dirigeant ;
- transmet annuellement et au plus tard fin juin de chaque année, un rapport comprenant les statistiques, les tendances et les informations permettant de suivre et d'évaluer le contrat. Ces informations doivent être transmises sur un support de données électronique (feuille de calcul compatible

avec Windows ou d'autres systèmes d'exploitations, au besoin). Ce rapport mentionne par service entre autres le nombre d'assurés par catégorie, un aperçu des primes reçues et un aperçu détaillé des dommages payés ;

- transmet avant le 15 février de chaque année, une statistique globale des dommages et des primes de l'année précédente (première fois en 2019) ;
- transmet mensuellement un aperçu des paiements des souscripteurs ;
- transmet sur demande un examen détaillé avec la mention du nombre de personnes assurées par catégorie et par souscripteur, comme l'exemple à l'article 12.1.4.3 du cahier des charges ;
- soumet au service dirigeant les problèmes importants relatifs à l'interprétation ou aux litiges.

A la fin du marché :

Le prestataire de services :

- s'engage à transmettre au pouvoir adjudicateur et au nouveau prestataire de services toutes les informations se rapportant au contrat d'assurance liée à l'activité professionnelle afin que le transfert de l'assurance au futur prestataire de services se déroule sans heurts et, ceci sur support électronique (feuille de calcul compatible avec Windows ou d'autres systèmes d'exploitation selon le besoin). Cette information contient, entre autres, tous les noms et adresses des assurés principaux et des assurés secondaires y affiliés, ... ;
- s'engage à transmettre au pouvoir adjudicateur un rapport d'évaluation quant au déroulement du contrat, ses caractéristiques et ses particularités. Ce rapport contient, entre autres, un aperçu, par année contractuelle, de la population par service et par catégorie et un aperçu de la charge du dommage.

15. Que faire en cas de litige ?

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
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

Toutes les contestations relatives à l'exécution du marché seront réglées exclusivement par les tribunaux compétents de l'arrondissement judiciaire de Bruxelles.

La langue utilisée est le néerlandais ou le français.

Le pouvoir adjudicateur, les services souscripteurs et les clients individuels ne sont en aucun cas responsables des dommages aux personnes ou aux biens qui résultent directement ou indirectement des activités nécessaires pour l'exécution du marché. L'adjudicataire décharge le pouvoir adjudicateur, le service souscripteur et les clients individuels des poursuites en dédommagement initiées par des tiers.

16. Que se passe-t-il lorsque l'assuré pricipal et/ou les coassurés perdent le bénéfice de l'assurance liée à l'activité professionnelle (fin de l'affiliation ou résiliation du plan soins de santé) ?

Chaque assuré peut, en cas de perte de la couverture **liée à l'activité professionnelle**, contracter une assurance individuelle de soins de santé. Dans ce cadre, il bénéfice des avantages suivants :

- le contrat individuel n'est soumis à aucune formalité médicale ni délai d'attente ;
- aucune exclusion complémentaire des affections existantes ni restriction médicale complémentaire n'est appliquée lors de la conclusion du contrat individuel ;
- la prime à payer équivaut au tarif individuel conformément à son âge à la date de l'affiliation à une assurance individuelle.

Les conditions générales applicables à la prolongation sont celles appliquées aux contrats individuels mais sont adaptées en tenant compte des avantages susvisés.

Informations devant être fournies par le souscripteur

Dans un délai maximal de 30 jours à compter de la date de la perte de la couverture **liée à l'activité professionnelle**, le souscripteur informe l'assuré principal par écrit ou par voie électronique :

- de la **date précise** de la perte de l'assurance liée à l'activité professionnelle ;
- de la **possibilité de prolonger** l'assurance individuelle ;
- des **coordonnées** du prestataire de services ;
- du **délai de 30 jours** dans lequel l'assuré principal et, le cas échéant, les assurés secondaires, peuvent exercer le droit à une prolongation individuelle : ce délai commence à courir dès la date de réception de cette lettre envoyée par le souscripteur.

Conditions d'octroi

Ces avantages sont fournis tant à l'assuré principal qu'aux éventuels co-assurés si les conditions suivantes sont remplies :

a. Durant les deux années précédant la perte de la garantie liée à l'activité professionnelle, l'assuré principal doit avoir été affilié de manière ininterrompue à un ou plusieurs contrats successifs de soins de santé contractés auprès d'un assureur agréé.

b. La condition susvisée ne s'applique pas à l'assuré principal et aux éventuels co-assurés en cas de départ à la retraite, de prépension conventionnelle ou de décès, pour autant que l'affiliation ait été actée à la date à laquelle il était satisfait aux conditions d'affiliation.

   Cette condition ne s'applique pas davantage aux éventuels co-assurés en cas de divorce ni à l'enfant qui ne satisfait plus aux conditions d'affiliation, pour autant que l'affiliation ait été actée à la date à laquelle il était satisfait aux conditions d'affiliation.

   Dans les cas visés à la lettre b., la demande doit concerner tous les assurés d'une même famille perdant l'avantage de l'assurance liée à l'activité professionnelle à la même date.

c. La demande d'assurance individuelle doit être introduite par écrit ou par voie électronique dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception des informations transmises par le souscripteur ou, en cas de faillite ou de liquidation, par le curateur ou le liquidateur, et relatives à la possibilité de contracter une prolongation individuelle. A cette fin, le prestataire de services fournira des documents spécifiques.

Le contrat individuel doit entrer en vigueur à la date à laquelle l'affiliation au contrat de soins de santé liée à l'activité professionnelle est résiliée.

Un co-assuré qui perd l'avantage de l'assuranceliée à l'activité professionnellepour un motif autre que la perte de l'avantage de l'assurance par l'assuré principal, dispose d'un délai de **105 jours** afin de demander la prolongation individuelle. Ce délai commence à courir à compter de la date à laquelle le membre de la famille perd l'avantage de l'assurance liée à l'activité professionnelle.

Le droit à la prolongation individuelle cesse en tout cas de produire ses effets, tant pour l'assuré principal que pour le co-assuré, si la prolongation n'est pas demandée au prestataire de services concerné dans un délai de **105 jours** à compter de la date à laquelle l'assuré principal ou le co-assuré a perdu l'avantage de la couverture liée à l'activité professionnelle.

AG Insurance de services dispose d'un délai de 15 jours afin de formuler une offre d'assurance par écrit ou par voie électronique à l'assuré principal et, le cas échéant, au co-assuré. Dans ce cadre, le fait que le risque est déjà réalisé ne peut être invoqué. Simultanément à son offre, AG Insurance informe l'assuré principal et, le cas échéant, le co-assuré, des conditions de couverture, et plus particulièrement des prestations couvertes, des exclusions et du délai de déclaration. De plus, le prestataire de services informe l'assuré principal et, le cas échéant, le co-assuré du délai de 30 jours dont ils disposent afin d'accepter l'offre par écrit ou par voie électronique.

Simultanément à son offre, le prestataire de services informe l'assuré principal et, le cas échéant, l'assuré secondaire, des conditions de couverture, et plus particulièrement des prestations couvertes, des exclusions et du délai de déclaration. De plus, le prestataire de services informe l'assuré principal et, le cas échéant, l'assuré secondaire du délai de 30 jours dont ils disposent afin d'accepter l'offre par écrit ou par voie électronique.

L'assuré principal et, le cas échéant, le co-assuré disposent d'un délai de 30 jours afin d'accepter l'offre d'assurance par écrit ou par voie électronique. Ce délai commence à courir dès la date de réception de l'offre d'AG Insurance. Le droit à la prolongation individuelle cesse de produire ses effets à l'échéance de ce délai.

La garantie assurée de l'assurance individuelle est équivalente à celle du contrat liée à l'activité professionnelle.

0079-8285431F-21112019

AG Insurance SA – Bd E. Jacqmain 53, 1000 Bruxelles – TVA BE 0404.494.849 – RPM Bruxelles – www.aginsurance.be – info@aginsurance.be
IBAN: BE13 2100 0007 6339 - BIC: GEBABEBB – Entreprise d'assurance belge agréée sous code 0079,
sous le contrôle de la Banque nationale de Belgique, Bd de Berlaimont 14, 1000 Bruxelles