



■ Conditions Générales de l'assurance soins de santé

Assurance liée à l'activité professionnelle (Health Care)

■ Conditions Générales du plan soins de santé

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

■ Conditions Générales du plan soins de santé

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 0404.494.849

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, 20/12/88, 13/2/91, 7/5/93, 12/5/05 et 14/6/05) sous le contrôle de la Banque nationale de Belgique, Bd. de Berlaimont 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.

■ Conditions Générales du plan soins de santé

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'affilié 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'affilié 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.).

■ Conditions Générales du plan soins de santé

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'utilisera 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.

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 de 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.

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.

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.

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.

Les primes sont payables pour chaque affilié à partir du premier jour du mois d'affiliation jusqu'au dernier jour du mois au cours duquel l'affiliation prend fin.

Les autres modalités sont définies aux conditions particulières.

■ Conditions Générales du plan soins de santé

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.

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.

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.

■ Conditions Générales du plan soins de santé

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.

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, variole;

c) les maladies d'un nouveau-né pour autant que tous les membres de la famille soient affiliés depuis au moins 3 mois.

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.

13. Quelle est l'étendue géographique des garanties ?

Les garanties sont effectives dans le monde entier.

14. Quels sont les risques non couverts ?

Les risques non couverts sont liés à des fautes lourdes.

Ces risques sont ceux :

- résultant 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.

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.

■ Conditions Générales du plan soins de santé

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 collectifs 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.

Assurance liée à l'activité professionnelle (Health Care)

■ Conditions Générales du plan soins de santé

<i>17. Quand le plan soins de santé entre-t-il en vigueur ?</i>	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.
<i>18. Quelles sont les juridictions compétentes ?</i>	Seules les juridictions belges sont compétentes.	
<i>19. Quelle est la loi applicable ?</i>	La loi belge s'applique au présent contrat qui est notamment régi par la loi du 4 avril 2014 sur les assurances.	
<i>20. Dans quels cas des frais supplémentaires sont-ils réclamés ?</i>	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.
<i>21. AG Insurance peut-il modifier les conditions d'assurance du plan soins de santé ?</i>	<p>En cas de modifications substantielles de la législation sur la sécurité sociale ou de la loi sur les hôpitaux, AG Insurance peut modifier les conditions d'assurance à la fin de chaque année d'assurance.</p> <p>En cas d'augmentation du coût réel des prestations garanties, AG Insurance peut également adapter les montants des primes</p>	<p>prévus aux conditions particulières.</p> <p>Ces modifications et ces adaptations sont notifiées à l'employeur par lettre expédiée au moins 4 mois avant la fin de l'année d'assurance. L'employeur a le droit de résilier le plan 3 mois au moins avant l'échéance annuelle. De ce fait le contrat prend fin à cette échéance.</p>
<i>22. Communication avec AG Insurance</i>	<p>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.</p> <p>Pour les demandes électroniques, il peut être fait usage de l'adresse électronique spécifique qui a été communiquée.</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>
<i>23. Protection de la vie privée</i>	<p>La collecte et l'usage des données à caractère personnel s'effectuent moyennant le respect de la loi belge sur la protection de la vie privée.</p> <p>AG Insurance responsable du traitement, peut traiter ces données à caractère personnel en vue de et dans le cadre de la fourniture et de la gestion de services d'assurance en général, y compris la promotion commerciale, la gestion du fichier clientèle et l'éta-</p>	<p>blissement de statistiques. AG Insurance ne communiquera pas ces données à des tiers, sauf pour autant qu'il y ait dans son chef une obligation légale ou contractuelle ou un intérêt légitime. Le cas échéant ces données peuvent être communiquées à et traitées par des conseillers et intermédiaires professionnels auxquels vous faites appel. Dans le cadre de la description du risque ou la déclaration d'un sinistre, l'affilié confie</p>

■ Conditions Générales du plan soins de santé

à la compagnie des données relatives à sa santé. Ces données sont uniquement traitées sous la responsabilité d'un professionnel de la santé et l'accès à ces données est limité aux personnes qui en ont besoin pour l'exercice de leurs tâches. Chaque affilié a un droit de regard sur ses données et peut, le cas échéant, les faire corriger. L'information donnée par AG Insurance au preneur d'assurance relative au sinistre se limitera à un aperçu des paiements et ne

peut en aucun cas avoir trait à des données médicales.

AG Insurance fera le nécessaire auprès de son personnel afin qu'il respecte les règles applicables dans le cadre des engagements sur le respect de la vie privée et s'engage à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées afin de protéger les données contre la destruction, la perte, la contrefaçon ainsi que contre l'accès ou la divulgation non autorisée.

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
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

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 concer-

nant le conflit d'intérêt peut être consultée sur le site www.aginsurance.be.

