

Assurance liée à l'activité professionnelle (Health Care)

Conditions générales
de l'assurance soins de santé

SUPPORTER DE VOTRE

SANTÉ



Table des matières

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

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 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 Berlaumont 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.

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'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 en pharmacie ou officine, prescrit par un médecin dans un but curatif, reconnu comme tel et autorisé 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 doit être avisé à l'aide des moyens de communication en ligne ou 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 se réserve le droit de refuser ou de limiter son intervention lorsque la déclaration est faite en dehors de ce délai. AG n'utilisera pas de ce droit si la déclaration est faite dans un délai raisonnable compte tenu des circonstances. A tout moment, AG 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 est-il effectué ?

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

AG peut réclamer toute pièce complémentaire jugée nécessaire.

Les pièces justificatives doivent être en possession de AG dans un délai d'un an à dater de la prestation médicale. AG 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.

Par le fait même que le remboursement est dû ou déjà effectué par AG, 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 peut-il invoquer la nullité de l'affiliation ?

AG 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 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.

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

Si les primes ne sont pas payées, AG 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 des primes impayées.

Pendant la période de suspension prévue ci-dessus, AG 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 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. 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 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. Conformément à sa politique d'acceptation médicale, AG 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.

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 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, variole ;
- 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 :

- 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.

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 à la suite d'émeutes, de troubles civils ou de tous actes de violence collectifs d'inspiration politique, idéologique ou sociale, auxquels l'affilié a participé activement, sont exclus des garanties.

Toutefois, les garanties sont acquises :

- si l'affilié se trouvait en état de légitime défense ;
- si l'affilié 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 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 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 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 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 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. Le convention expire à cette date.

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

Article 22 : Communication avec AG

Pour être valables, les communications et notifications destinées à AG doivent être faites à son siège en Belgique, à l'adresse indiquée dans le contrat ou celle que AG 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 d'AG à l'employeur sont faites valablement à l'adresse indiquée dans le contrat ou toute autre adresse, éventuellement électronique, qui aurait été ultérieurement notifiée.

Les communications ou notifications d'AG à l'affilié sont faites valablement à l'adresse, éventuellement électronique, communiquée par l'employeur ou, le cas échéant, par l'affilié lui-même.

Toutes les communications entre l'employeur ou l'affilié et AG 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 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 [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 et a transmis des données à caractère personnel à AG en vue de l'exécution de ce contrat. Tant l'employeur qu'AG sont responsables de traitement.

AG 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, l'optimisation des processus (par exemple processus d'évaluation et d'acceptation du risque), et ce, sur base de l'intérêt légitime d'AG ;
- 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, à moins que la personne concernée ne s'y oppose ;
- la prospection, et ce, sur base de l'intérêt légitime d'AG, à moins que la personne concernée ne s'y oppose.

Pour la poursuite de ces finalités, AG 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 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 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 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 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 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, 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 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, et d'en demander la communication à des tiers ;
- 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 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, accompagnée d'un document d'identification ou d'un autre moyen d'identification, ou s'adresser à son employeur via les canaux usuels de l'employeur.

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

Par courrier : AG – 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 protège les données à caractère personnel et à l'exercice des droits des personnes concernées se trouvent dans la Notice Vie Privée d'AG, 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 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 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.