

Assurance soins dentaires liée à l'activité professionnelle

Document d'information sur le produit d'assurance

AG

Entreprise d'assurance belge agréée sous le numéro 0079



Ce document d'information a pour but de vous donner un aperçu des principales couvertures et exclusions relatives à cette assurance. Ce document n'est pas personnalisé en fonction de vos besoins spécifiques et les informations qui y sont reprises ne sont pas exhaustives. L'étendue exacte des garanties et les limites d'intervention sont précisées dans les conditions générales et particulières du contrat. Pour toutes informations complémentaires concernant l'assurance choisie et vos obligations, veuillez consulter les informations précontractuelles et contractuelles relatives à cette assurance.

De quel type d'assurance s'agit-il?

L'assurance soins dentaires liée à l'activité professionnelle est une assurance complémentaire à l'intervention légale de la mutuelle qui prévoit le remboursement des soins dentaires médicalement nécessaires indépendamment d'une hospitalisation. Elle peut être souscrite par un employeur installé en Belgique (siège social ou succursale) au bénéfice des travailleurs/dirigeants d'entreprise actifs dans ce site. Par ailleurs, sous certaines conditions, les membres de la famille de ces travailleurs/dirigeants d'entreprise peuvent aussi être affiliés à cette assurance.



Qu'est-ce qui est assuré?

L'assurance soins dentaires garantit un remboursement (partiel) des frais médicaux indépendamment d'une hospitalisation. Ceci implique le remboursement des frais suivants :

- ✓ Les frais pour les traitements dentaires (consultation chez le dentiste, radios dentaires, traitements préventifs, entretien et extraction de dents).
- ✓ Les frais pour les traitements et appareils orthodontiques.
- ✓ Les frais pour les prothèses dentaires (bridges, couronnes et implants inclus).

✓ Options :

- ✓ **My Mind Premium** : Via l'app MyAG Employee Benefits, un certain nombre d'options sont proposées à l'affilié en matière de bien-être mental.
- ✓ **My Care Premium** : Via l'app MyAG Employee Benefits, un certain nombre d'options sont proposées à l'affilié en matière de santé.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré?

- ✗ Les soins et traitements esthétiques ou à visée esthétique, avec ou sans troubles fonctionnels, sauf accord préalable du médecin-conseil d'AG.
- ✗ Les frais médicaux qui découlent d'une 'faute grave' (par ex. comportement téméraire ou consommation d'alcool ou de stupéfiants) ne sont pas couverts, tout comme les frais médicaux causés par des faits de guerre ou une participation active à une émeute.



Y a-t-il des restrictions à la couverture?

- ! La limitation des montures de lunettes est limitée par année d'assurance.
- ! Le remboursement des traitements paramédicaux est limité à 50 %.
- ! Une franchise annuelle peut être reprise dans le contrat.
- ! Un plafond d'indemnisation est appliqué en fonction du contrat.

* pour autant qu'ils aient été prescrits par un médecin ou un dentiste.

Où suis-je couvert(e)?

La garantie est applicable dans le monde entier. Le droit à la prestation est acquis si les trois conditions suivantes sont remplies simultanément :

- ✓ L'assuré ne peut pas avoir séjourné plus de 3 mois consécutifs à l'étranger au cours des 12 mois précédant le sinistre.
- ✓ Il doit y avoir une intervention légale. Cette condition ne s'applique pas aux médicaments.
- ✓ Pour les frais engagés dans un pays qui ne fait pas partie de l'Union européenne, la garantie est acquise s'il est prouvé que le séjour dans ce pays ne visait pas uniquement à subir un traitement ou à acheter des médicaments.

Quelles sont mes obligations?

- L'employeur doit transmettre les informations indispensables des personnes à affilier dès que ces dernières répondent aux critères d'affiliation stipulés dans la convention d'assurance.
- L'employeur doit transmettre à AG toutes les informations nécessaires relatives aux assurés dont l'affiliation a été arrêtée. Dans ce cas, il informe l'assuré de la possibilité de prolonger l'assurance soins de santé sur une base individuelle.
- Les assurés doivent avertir AG au plus vite de tout sinistre, par voie digitale ou au moyen d'un document papier.

Quand et comment effectuer les paiements?

- Lors de chaque échéance, l'employeur verse à AG les primes pour l'ensemble des assurés, majorées des frais et des impôts. Ce versement est effectué sur la base d'un bordereau établi par AG.
- Les primes sont dues, pour chaque assuré, dès le premier jour du mois de l'affiliation jusqu'au dernier jour du mois durant lequel il est mis un terme à l'affiliation.
- Si le collaborateur paye la prime, l'avis d'échéance lui est directement envoyé.

Quand commence la couverture et quand prend-elle fin?

Sauf disposition contraire dans le contrat, l'assurance est conclue pour une durée d'un an à compter de la date de début. Elle est prolongée tacitement pour une durée d'un an à la fin de chaque année d'assurance.

Pour le collaborateur, l'affiliation prend fin le jour où il n'est plus effectivement au travail auprès de l'employeur à la suite de la cessation ou de la suspension de son contrat de travail [entre autres : licenciement, interruption de carrière ou, le cas échéant, crédit-temps], de l'accès au régime de chômage avec complément d'entreprise, de la prise de pension et au plus tard à l'âge terme prévu par le contrat.

Comment puis-je résilier le contrat?

L'employeur et AG peuvent résilier le contrat d'assurance au plus tard trois mois avant la date d'échéance annuelle.

La résiliation du contrat doit se faire par lettre recommandée, exploit d'huissier ou remise d'une lettre de résiliation avec accusé de réception.