

**Plan hospitalisation
non actifs : vivez serein !**

Table des matières

1. L'essentiel des plans hospitalisation Proximus pour ses collaborateurs non actifs	3
2. Aperçu des prestations couvertes	4
3. Schéma général d'éligibilité	5
4. Comment informer Vanbreda de votre hospitalisation ?	6
5. L'application de Vanbreda pour smartphone	6
6. Doccle : tous vos courriers Vanbreda dans une seule boîte aux lettres digitale	7
7. Les points de contact utiles	7
8. Déclaration relative au respect de la vie privée	8
9. Informations relatives à la continuation individuelle et au préfinancement de la continuation individuelle	8
10. Le règlement du plan hospitalisation "Sécurité"	9
11 Le règlement du plan hospitalisation "Prévoyance+"	37



1. L'essentiel des plans hospitalisation Proximus pour ses collaborateurs non actifs

Que prévoient les assurances hospitalisation ?	<p>Proximus propose à ses collaborateurs non actifs deux plans hospitalisation exclusifs qui couvrent l'hospitalisation, les frais médicaux ambulatoires pré- et post-hospitalisation ainsi que ceux liés à une maladie grave couverte.</p> <p>Il y a la formule "Sécurité" qui, moyennant une contribution modeste, offre des garanties essentielles en matière de soins et la formule "Prévoyance+" garantissant complémentirement une prise en charge optimale pour les dépassements d'honoraires appliqués en chambre particulière.</p>
Pour qui ?	<p>Le collaborateur non actif de Proximus S.A. ainsi que, sous conditions, ses enfants, son conjoint/partenaire cohabitant (ordinaire ou légal) ; ses enfants orphelins et conjoint survivant affiliés par le passé chez Ethias sont également visés par ces nouveaux plans hospitalisation.</p> <p>Par collaborateur "non actif", on entend le collaborateur de Proximus S.A. titulaire d'un régime conventionnel de départ avant la retraite ou retraité.</p>
Qui finance ?	<p>Proximus prend elle-même en charge une quote-part très importante dans le coût de la prime liée au plan hospitalisation "Sécurité" de son ancien collaborateur, quel que soit son âge.</p> <p>Le supplément lié à l'affiliation au plan hospitalisation "Prévoyance+" s'effectue sans cofinancement de l'entreprise.</p> <p>Proximus offre la gratuité de l'affiliation au plan hospitalisation "Sécurité" et au plan complémentaire "Prévoyance+" aux enfants des collaborateurs non actifs.</p> <p>Elle n'intervient pas dans le paiement de la prime due pour le conjoint co-résidant ou partenaire cohabitant (ordinaire ou légal) d'un collaborateur non actif assuré, lequel s'assure à ses frais au tarif collectif préférentiel au plan hospitalisation "Sécurité" ou "Prévoyance+".</p> <p>En outre, diverses mesures de correction sociale ont été arrêtées en faveur d'affiliés moins favorisés (voir détails au Chapitre 6 "Mesures de correction sociale" du règlement relatif au plan hospitalisation "Sécurité").</p>
Quel est l'assureur-prestataire ?	<p>Le règlement des sinistres est confié à Vanbreda Risk & Benefits S.A. – dénommé ci-après "Vanbreda", "le prestataire" ou "l'assureur-prestataire" – lequel agit en collaboration avec la compagnie porteur de risque AXA Belgium S.A.</p>
Quels sont les objectifs des assurances hospitalisation ?	<p>En prévoyant de couvrir les frais d'hospitalisation de ses collaborateurs non actifs, l'entreprise cherche à assurer la tranquillité d'esprit de ses anciens collaborateurs en leur garantissant les meilleurs soins et en leur permettant d'être dégagés de soucis financiers majeurs lorsqu'un accident ou une maladie nécessitant une hospitalisation les touche en Belgique ou en villégiature à l'étranger.</p> <p>A cet effet, Proximus donne indistinctement et uniformément à tous ses collaborateurs non actifs la faculté de choisir le niveau de protection santé auquel ils souhaitent souscrire pour l'avenir.</p> <p>De plus, les affiliés ont accès au système de tiers-payant qui les dispense de faire l'avance de leurs frais d'hospitalisation, lesquels sont directement pris en charge par Vanbreda en cas d'admission pour une hospitalisation garantie dans un hôpital belge affilié.</p> <p>Enfin, Vanbreda met à votre disposition un service d'aide téléphonique via un numéro d'appel gratuit, le 0800 90 565. Grâce à ce service, vous obtiendrez réponse à toutes vos questions relatives à une hospitalisation en cours, aux démarches à effectuer en cas d'hospitalisation ou encore à propos des garanties inhérentes au plan hospitalisation de votre choix.</p>

2. Aperçu des prestations couvertes – Tarifs

En cas d'hospitalisation, je choisis d'occuper pour convenances personnelles:		Plan "Sécurité": une couverture renforcée des dépenses importantes en soins.		Plan "Prévoyance+": une couverture optimale pour les dépassements d'honoraires.	
		Une chambre commune ou à 2 lits	Une chambre particulière	Une chambre commune ou à 2 lits	Une chambre particulière
SEJOUR	Forfaits légaux et quote-part personnelle dans le prix de la journée.	Oui	Oui	Oui	Oui
	Suppléments pour frais de séjour	Non, légalement interdit	Non	Non, légalement interdit	Oui
	Suppléments d'honoraires des médecins	Non, légalement interdit	Oui, limité à 100% du tarif INAMI	Oui	Oui
	Suppléments pour les médicaments, frais parapharmaceutiques, implants, prothèses, accessoires orthopédiques et le matériel médical non implantable non couverts par l'AMI	Oui	Oui	Oui	Oui
	Autres fournitures (sang, plasma sanguin, dérivés sanguins...)	Oui	Oui	Oui	Oui
	Frais de transport	Oui	Oui	Oui	Oui
	Frais à l'étranger (en villégiature)	Oui	Oui	Oui	Oui
	Soins ambulatoires réputés être des frais d'hospitalisation y inclus l'hôpital de jour	Oui	Oui	Oui	Oui
	LES MALADIES GRAVES ET LES SOINS PALLIATIFS	Oui	Oui	Oui	Oui
	LE PRE/POSTHOSPITALISATION (90/180 jours)	Oui	Oui	Oui	Oui
Franchise (par année civile)	75,00 €	75,00 €	75,00 €	250,00 € ⁽¹⁾	
Franchise one-day-clinic (par année civile)	0,00 €	0,00 €	0,00 €	100,00 €	
Plafonds annuels pour les frais d'hospitalisation et les frais pré- et post-hospitalisation	Non, illimité		Non, illimité		
Plafonds annuels pour les frais médicamenteux liés aux maladies graves	5.000,00 €		5.000,00 €		

⁽¹⁾ Le cumul des franchises prévues dans le plan "Prévoyance+" en cas d'occupation d'une chambre particulière est plafonné à € 250,00 par année civile et par affilié.

Prime mensuelle 2021-2022-2023		Plan "Sécurité"	Complémentaire plan "Prévoyance+"				
Quote-part personnelle mensuelle (paiement via domiciliation)	Catégorie d'affiliés	Classes d'âge	Prime Sécurité	Prime Sécurité	Supplément Prévoyance	Prime mensuelle totale "Prévoyance+"	
	Collaborateur non actif	00 - 24	0,00 €	0,00 €	+	0,92 €	= 0,92 €
		25 - 64	1,45 €	1,45 €	+	5,39 €	= 6,84 €
		65 - 74	2,27 €	2,27 €	+	12,97 €	= 15,25 €
		75 - **	4,14 €	4,14 €	+	16,17 €	= 20,31 €
	Enfant		0,00 €	0,00 €	+	0,00 €	= 0,00 €
	Bénéficiaire d'un accès gratuit au plan Sécurité (correction sociale)	00 - 24	0,00 €	0,00 €	+	0,92 €	= 0,92 €
		25 - 64	0,00 €	0,00 €	+	5,39 €	= 5,39 €
		65 - 74	0,00 €	0,00 €	+	12,97 €	= 12,97 €
		75 - **	0,00 €	0,00 €	+	16,17 €	= 16,17 €
Conjoint et conjoint survivant éligible	00 - 24	2,25 €	2,25 €	+	1,00 €	= 3,252 €	
	25 - 64	15,73 €	15,73 €	+	5,84 €	= 21,57 €	
	65 - 74	24,70 €	24,70 €	+	14,07 €	= 38,77 €	
	75 - **	44,91 €	44,91 €	+	17,53 €	= 62,44 €	

3. Schéma général d'éligibilité

(voir détail au chapitre 4 "Assurés" du règlement relatif au plan hospitalisation Sécurité)

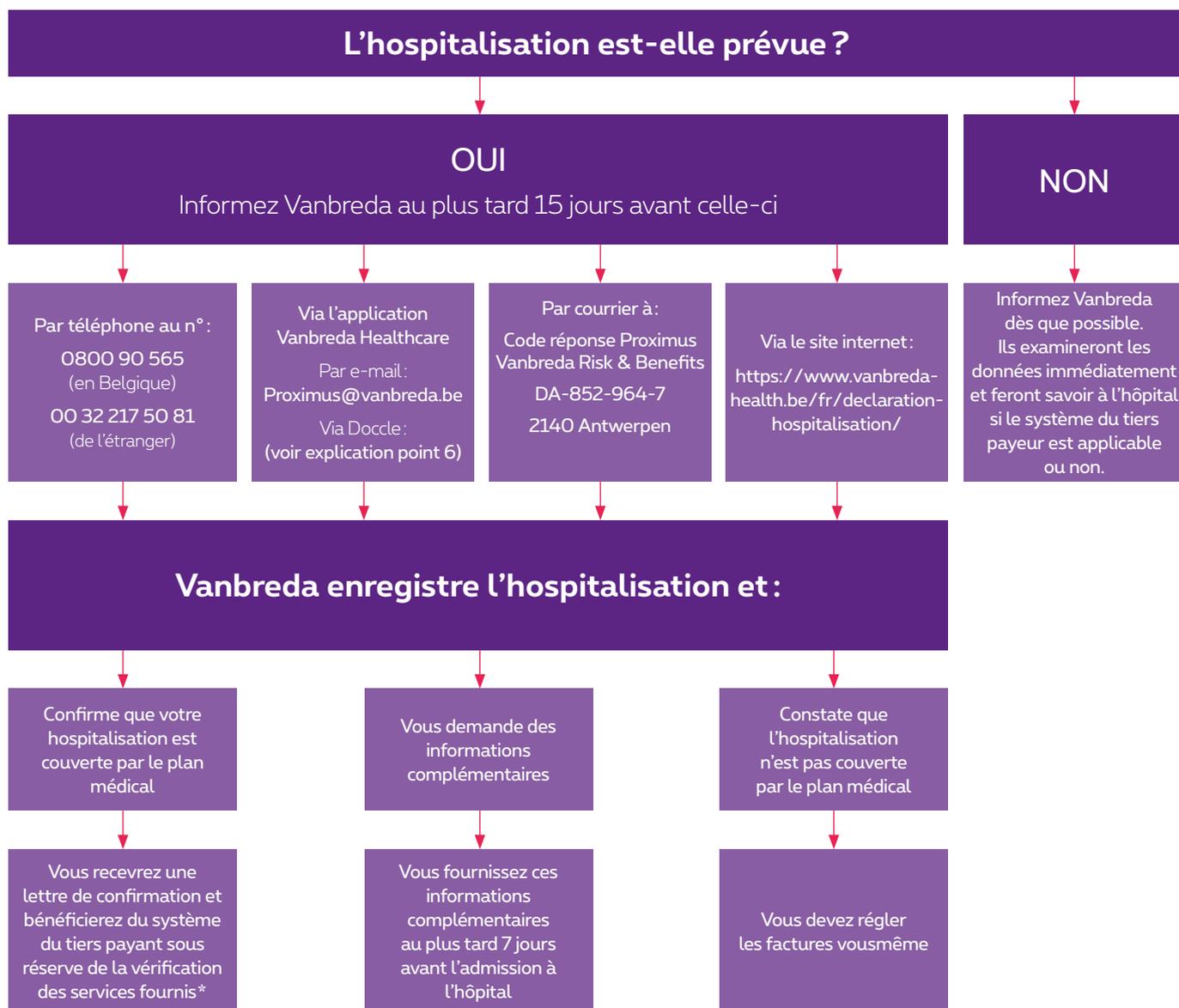
Types d'ayant-droit *		Personne(s) susceptible(s) d'être couverte(s) dans le respect des règles d'affiliation fixées au Chapitre 4 "Assurés" du règlement relatif au plan hospitalisation "Sécurité", hors application des mesures de correction sociale fixées au Chapitre 6 de ce même règlement.				
		Collaborateur non actif. Affiliation facultative et contributive.	Enfant(s). Affiliation gratuite.	Enfant(s) moins valide(s). Affiliation gratuite sans limite d'âge.	Conjoint et partenaire cohabitant. Affiliation facultative et contributive.	
Statutaire	En mise à disposition	X	X	X	X	
	En mise à disposition pour raisons médicales	X	X	X	X	
	En congé préalable à la pension (CPP) "plan de départ anticipé 58-60"	X	X	X	X	
	Pensionné	X	X	X	X	
Contractuel	Prépensionné	En prépension conventionnelle (cfr. décision de la Commission Paritaire du 19 novembre 1998)	X	X	X	X
		Retraité, en service à Proximus au moment de son admission à la retraite	X	X	X	X
	Pensionné	Mis à la retraite après leur prépension conventionnelle	X	X	X	X
		** Mis à la retraite après leur congé préalable à la pension (CPP) "plan de départ anticipé 58-60"	X	X	X	X

* Collaborateur dont la situation administrative est clairement établie, c'est-à-dire, par exemples, lorsqu'une procédure de recours est clôturée ou dès lors que les limites de revenus provenant d'un cumul d'activités sont respectées.

** Le collaborateur contractuel, effectivement pensionné directement après son congé préalable à la pension (CPP) dans le cadre du "plan de départ anticipé 58-60", peut s'affilier au même tarif que les conjoints/partenaires, et à condition de fournir à Vanbreda le document d'attribution de la pension (document fourni par le Service Fédéral des pensions). S'il diffère le moment de sa mise à la pension, il perd définitivement le droit de s'affilier au plan hospitalisation pour les non actifs.

Les plans hospitalisation non actifs visent également les enfants orphelins ainsi que les conjoints survivants éligibles (voir chapitre 4 "Assurés" du règlement plan "Sécurité").

4. Comment informer Vanbreda d'une hospitalisation ?



* Vous recevrez un e-mail de confirmation avec le code d'identification Medi-Link (code O10) et vous bénéficierez du système de tiers-payant sous réserve de vérification des services facturés.

5. L'application de Vanbreda pour smartphone

Surfez sur <https://www.vanbreda-health.be/fr/faq/comment-installer-lapp-vanbreda/>

Vous y trouverez l'info pour installer l'app sur votre smartphone.

Téléchargez l'app Vanbreda sur l'App Store ou Google Play.

Simple et très facile à utiliser :

- Vous avez toujours vos cartes médicales électroniques et celles de votre famille à portée de main. Vanbreda ne fournit plus de carte en plastique.
- Vous déclarez une hospitalisation en 2 minutes. Très pratique en cas d'hospitalisation en urgence!
- Vous transmettez facilement vos frais médicaux via vos profils personnalisés. Vous n'avez pas de scanner sous la main ? Prenez une photo de la facture et envoyez-la via l'app.
- Avec l'app Vanbreda, vous avez automatiquement accès au service supplémentaire **AssurPharma** pour tous vos frais de pharmacie liés à une hospitalisation. Il vous suffit de faire scanner votre code-barres à la pharmacie et les frais sont automatiquement transmis à Vanbreda.



6. Doccle : tous vos courriers Vanbreda dans une seule boîte aux lettres digitale

Vanbreda a conclu un partenariat avec Doccle, la plateforme en ligne très sécurisée. Grâce à Doccle, vous pouvez recevoir et gérer en ligne tous vos documents concernant votre dossier médical, au lieu de les recevoir par courrier postal.

Demandez vos tokens dès aujourd'hui !

Voulez-vous désormais aussi recevoir et gérer vos documents Vanbreda et ceux de votre famille dans une seule boîte aux lettres centrale ?

Dans ce cas, vous avez besoin de deux tokens pour vous connecter à Vanbreda via Doccle. Il suffit d'en faire la demande à Vanbreda via proximus@vanbreda.be et en reprenant le template de mail ci-dessous :

Madame, Monsieur,
J'aimerais recevoir mes tokens pour mon compte Doccle :
(biffer la mention inutile)
- pour moi personnellement
- pour moi personnellement et les membres de ma famille affiliés.
Cordialement,
< NOM >, < PRÉNOM >, <N° PER>, < DATE DE NAISSANCE >

Le 1^{er} token vous sera envoyé par e-mail, et vous recevrez le second quelques jours plus tard par courrier. Dès que vous êtes en possession des 2 tokens, vous pouvez activer votre boîte aux lettres digitale Vanbreda sur Doccle.

Vous avez encore des questions ?

N'hésitez pas à contacter Vanbreda au 0800 90 565 ou par e-mail à l'adresse proximus@vanbreda.be ou à consulter le site web www.vanbreda.be/doccle.

Des questions à propos du site Internet Doccle ou de l'application ?

Utilisez la fonction de chat sur Doccle ou consultez le FAQ sur <https://doccle.be/fr/support>.

7. Les points de contact utiles

Prestataire : Vanbreda Risk & Benefits S.A.

Adresse postale : Code réponse Proximus
Vanbreda Risk & Benefits
DA-852-964-7
2140 Antwerpen

Helpdesk 0800 90 565 (en Belgique)
00 32 3 217 50 81 (de l'étranger)
(pour toute question relative à votre couverture, à une hospitalisation prévue ou en cours ou au traitement de votre dossier)

Adresse e-mail : proximus@vanbreda.be

Site Web : www.vanbreda-health.be

Affiliation Chez Proximus : 0800 91 003
Chez Vanbreda : 0800 90 565 (en Belgique)
(pour toute question relative à votre affiliation et à celle des membres de votre famille)

8. Déclaration relative au respect de la vie privée

Proximus veille à ce que les conventions qu'elle conclut avec le gestionnaire et la compagnie d'assurances rencontrent tous les principes requis pour assurer la protection de vos données personnelles.

Tant le gestionnaire Vanbreda Risk & Benefits que la compagnie d'assu-

rances AXA Belgium accordent une très grande importance à la protection des données personnelles. Ils traitent les données à caractère personnel de chaque assuré en pleine conformité avec la réglementation en vigueur.

Plus d'informations en particulier sur les finalités des traitements de vos données personnelles, les destinataires des données ainsi que vos différents droits peuvent être consultés sur leur site internet :

- Pour Vanbreda Risk & Benefits sur son site web <https://www.vanbreda-health.be/fr/privacy/>
- Pour AXA Belgium, sur l'espace "Contactez-nous / La protection de vos données" de son site web <https://www.axa.be/ab/FR/legal/Pages/clause-vie-privée.asp>

Si vous souhaitez recevoir cette information sur papier, il vous suffit d'adresser cette demande à Vanbreda.

9. Informations relatives à la continuation individuelle et au préfinancement de la continuation individuelle

Principes

Conformément à la loi "Verwilghen", l'employeur a l'obligation d'informer ses collaborateurs assurés à sa couverture collective hospitalisation des nouvelles dispositions leur garantissant davantage de droits en cas de continuation individuelle.

Ainsi, s'il advenait que le bénéfice du plan hospitalisation non actifs auquel vous êtes assuré ne vous était plus accordé, vous avez la possibilité de passer de la couverture collective l'employeur à une assurance individuelle similaire, ceci sans formalités médicales ni délais d'attente, les affections préexistantes couvertes restant assurées.

Vos proches affiliés peuvent aussi exercer ce droit à la poursuite individuelle s'ils perdent le bénéfice de l'assurance collective, par exemples, en cas de décès du collaborateur non actif, en cas de divorce ou de séparation ou encore lorsqu'un enfant est âgé de 25 ans, n'a plus d'allocations familiales ou quitte le foyer.

Définition

Sauf en cas de non paiement de la prime et en cas de fraude, toute personne affiliée à une assurance collective a le droit de poursuivre cette assurance individuellement lorsqu'elle perd le bénéfice de l'assurance collective, sans devoir, à ce moment, subir un examen médical supplémentaire ni devoir remplir un questionnaire médical.

Aucun nouveau délai d'attente ne peut être imposé. Ce droit existe aussi bien au profit de l'assuré principal, à savoir le collaborateur, que des membres de sa famille co-assurés.

Conditions

Le droit à la continuation individuelle est subordonné à la condition que l'assuré ait été affilié de manière ininterrompue à un contrat d'assurance hospitalisation durant les deux années qui ont précédé la perte du bénéfice de l'assurance collective.

Cette opportunité est, en outre, liée au respect d'une procédure rigoureuse et de stricts délais imposés par la loi; vous en trouverez le détail au Chapitre 15 "Prolongation à titre individuel" du règlement relatif au plan hospitalisation "Sécurité".

Paiement d'une prime complémentaire dite de "préfinancement"

La prime relative à l'assurance individuelle, qui est conclue dans le

cadre de la continuation de l'assurance collective, tiendra compte de l'âge atteint par l'assuré au moment où celui-ci poursuit le contrat à titre individuel.

Toutefois, l'assuré peut verser, au ours de l'assurance collective, un complément de prime et préfinancer ainsi son éventuelle continuation individuelle (option facultative laissée au choix de l'assuré s'il envisage à un moment ou à un autre sa désaffiliation à la présente couverture collective). Dans ce cas, l'âge dont il sera tenu compte pour déterminer la prime de l'assurance conclue à titre individuel sera l'âge qu'avait l'assuré au moment où il a commencé à payer la prime complémentaire.

Pour obtenir une offre personnalisée et faire le choix qui correspond au mieux à vos attentes, n'hésitez pas surfer sur www.plandattente.be ou à vous renseigner auprès des mutuelles.

Un conseil : comparez les garanties et les tarifs avant de conclure tout engagement.



10. Règlement plan hospitalisation “Sécurité”



Table des matières

Chapitre 1

Généralités	11
-------------	----

Chapitre 2

Définitions	11
-------------	----

Acceptation médicale	11
----------------------	----

Accident	11
----------	----

Affection préexistante	11
------------------------	----

Appareil orthopédique	11
-----------------------	----

Assuré	11
--------	----

Assureur/Compagnie d'assurances/ Porteur de risque	11
---	----

Bénéficiaire	11
--------------	----

Collaborateur non actif	11
-------------------------	----

Conjoint	11
----------	----

Couverture hospitalisation au moins similaire	12
---	----

Délai d'attente	12
-----------------	----

Établissement hospitalier en Belgique	12
---------------------------------------	----

Forfait pour soins palliatifs	13
-------------------------------	----

Frais de morgue	13
-----------------	----

Frais de transport	13
--------------------	----

Frais pour soins corporels	13
----------------------------	----

Franchise	13
-----------	----

Hospitalisation	13
-----------------	----

Indemnité	13
-----------	----

Limite d'âge	13
--------------	----

Maladie	13
---------	----

Médicaments	13
-------------	----

Partenaire cohabitant	14
-----------------------	----

Période de couverture/Année d'assurance	14
---	----

Pré- et post-hospitalisation	14
------------------------------	----

Preneur d'assurance	14
---------------------	----

Prestataire/Assureur-prestataire	14
----------------------------------	----

Prothèse	14
----------	----

Soins ambulatoires	14
--------------------	----

Soins obstétricaux	14
--------------------	----

Soins palliatifs	14
------------------	----

Ticket modérateur	14
-------------------	----

Traitements et soins médicaux	14
-------------------------------	----

Chapitre 3

Garanties	15
-----------	----

Chapitre 4

Assurés	19
---------	----

Chapitre 5

Affiliation, désaffiliation	22
-----------------------------	----

Chapitre 6

Mesures de correction sociale	24
-------------------------------	----

Chapitre 7

Primes	25
--------	----

Chapitre 8

Exclusions - Limitations	27
--------------------------	----

Chapitre 9

Montants d'intervention	28
-------------------------	----

Chapitre 10

Mode de calcul de l'intervention	30
----------------------------------	----

Chapitre 11

Franchise	30
-----------	----

Chapitre 12

Déclaration d'un sinistre – obligations de l'assuré et de Vanbreda	31
---	----

Chapitre 13

Suivi médical	33
---------------	----

Chapitre 14

Âge final et fin de la couverture	34
-----------------------------------	----

Chapitre 15

Continuation à titre individuel	34
---------------------------------	----

Chapitre 16

Préfinancement de la continuation individuelle	35
--	----

Chapitre 17

Litiges d'ordre médical	35
-------------------------	----

Chapitre 18

Déchéance	35
-----------	----

Chapitre 19

Recours	35
---------	----

Chapitre 20

Domicile et correspondance	36
----------------------------	----

Chapitre 21

Modifications des conditions	36
------------------------------	----

Chapitre 22

Phase de transition	36
---------------------	----

Chapitre 23

Clause de sauvegarde	36
----------------------	----

Chapitre 1

Généralités

Vous trouverez ci-après le dispositif de base mis en place par Proximus en matière d'assurance hospitalisation pour sa population non active.

Il s'agit du renouvellement du contrat d'assurance souscrit auprès de Vanbreda et qui a débuté le 01/01/2012.

Le présent règlement, intitulé "plan hospitalisation Sécurité", en abrégé "plan Sécurité", est d'application pour les assurés de Proximus S.A. et vise les dépenses couvertes exposées à partir du 01/01/2021.

Les remboursements des dépenses de santé exposées avant cette date sont régis sur base du règlement précédent.

L'affiliation au plan Sécurité est facultative et contributive pour le collaborateur non actif, son conjoint-partenaire co-résidant (ordinaire ou légal) et conjoint survivant éligibles. Elle est automatique et gratuite pour ses enfants bénéficiaires.

Proximus S.A. cofinance l'affiliation de ses collaborateurs non actifs au plan Sécurité; leur conjoint-partenaire co-résidant (ordinaire ou légal) et conjoint survivant bénéficient du tarif collectif préférentiel et assument intégralement le coût de leur prime d'assurance.

Le règlement des sinistres est confié à Vanbreda Risk & Benefits S.A. - dénommé ci-après "Vanbreda", "le prestataire" ou "l'assureur-prestataire" - lequel agit en collaboration avec la compagnie porteur de risque AXA Belgium S.A.

La société Vanbreda est votre unique point de contact; Vanbreda a pour missions principales de vous renseigner sur les couvertures hospitalisation non actifs de Proximus, d'enregistrer votre hospitalisation éventuelle et d'indemniser les coûts des soins auxquels celle-ci donne lieu.

Chapitre 2

Définitions

Pour l'application du présent règlement, on entend par :

ACCEPTATION MÉDICALE

L'affiliation s'effectue sans questionnaire médical.

ACCIDENT

Tout événement soudain et anormal causé par une force extérieure et ayant comme conséquence directe une lésion corporelle objective; 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.

AFFECTION PRÉEXISTANTE

Invalité, maladie ou affection que l'assuré ou son représentant légal ne peut ignorer au moment de l'affiliation, même si les premiers symptômes n'ont pas permis de poser un diagnostic précis.

APPAREIL ORTHOPÉDIQUE

Appareil ou accessoire destiné à corriger les difformités du corps.

Les frais prouvés sont couverts à condition qu'ils soient en rapport direct avec l'hospitalisation et aient été délivrés soit en cours d'hospitalisation, soit lors des périodes de pré- ou post-hospitalisation.

Ils ne sont remboursés, sous la garantie "maladies graves", que s'ils sont en rapport direct avec la maladie grave en question.

Ne sont pas pris en compte pour le remboursement: les frais de remplacement, d'entretien et de réparation ainsi que les pièces de rechange.

ASSURÉ

La personne sur la tête de laquelle repose le risque de survenance de l'événement couvert.

Il s'agit des personnes définies au chapitre 4 du présent règlement pour lesquelles Vanbreda reçoit une demande d'adhésion, qui rencontrent les conditions d'affiliation et qui, à ce titre, bénéficient des garanties mentionnées dans le règlement.

ASSUREUR/COMPAGNIE D'ASSURANCES/ PORTEUR DE RISQUE

AXA Belgium, S.A. d'assurances agréée sous le n° 0039, siège social: Place du Trône 1 – B-1000 Bruxelles.

BÉNÉFICIAIRE

La personne qui demande le remboursement des frais.

COLLABORATEUR NON ACTIF

Le membre du personnel de Proximus S.A. tel que défini au chapitre 4.

CONJOINT

La personne visée au chapitre 4 avec laquelle le collaborateur précité est marié au moment de la prise d'effet de l'assurance hospitalisation ou avec laquelle il se marie pendant la durée où le présent règlement court; les conjoints ne peuvent être ni séparés de corps ni séparés de fait ni être en instance de divorce.

COUVERTURE HOSPITALISATION SIMILAIRE

On entend par couverture hospitalisation similaire toute police d'assurance hospitalisation comprenant au moins les trois garanties suivantes : couverture en cas "d'hospitalisation", couverture des frais ambulatoires pendant la période "pré- et post- hospitalisation" et couverture "médecine ambulatoire de maladies graves", avec :

- une prise en charge des frais donnant lieu à une intervention légale à concurrence au moins du même multiplicateur de l'intervention légale que celui prévalant dans la formule de garantie à laquelle s'affilie la personne ;
- et une prise en charge identique ou plus élevée des frais de séjour et honoraires de médecin en cas d'hospitalisation en chambre particulière ;

Pour faire valoir sa demande de mutation, le demandeur se doit de :

- présenter l'attestation d'assurance antérieure fournie par le précédent assureur à Vanbreda ;
- introduire sa demande d'affiliation auprès de l'assureur prestataire en bonne et due forme dans les 60 jours qui suivent sa désaffiliation de son assurance hospitalisation antérieure ;
- payer par domiciliation auprès de l'assureur prestataire l'intégralité du coût de la prime afférente à sa classe d'âge et au plan choisi.

DÉLAI D'ATTENTE

Le délai d'attente est la période prenant cours à l'affiliation et pendant laquelle la présente couverture n'est pas d'application.

Il n'y a pas de délai d'attente pour :

- les personnes affiliées au 31/12/2020 à la police d'assurance collective hospitalisation Proximus (leur affiliation à la présente couverture se produit sans limite d'âge, sans questionnaire médical ni exclusion concernant les affections préexistantes ; aucun délai d'attente n'est d'application y compris pour les affections préexistantes) ; sont visés :
 - le membre du personnel non actif, bénéficiaire des avantages Work-Life.
 - ses enfants, bénéficiaires des avantages Work-Life et enregistrés dans la banque de données du personnel Proximus ;
 - les enfants co-résidant de son conjoint ou partenaire cohabitant, bénéficiaires et enregistrés dans la banque de données du personnel Proximus ;
 - le conjoint ou partenaire cohabitant (ordinaire ou légal) ainsi que le conjoint survivant affiliés au 31/12/2020 à la police d'assurance collective hospitalisation Proximus ;
- le collaborateur, bénéficiaire des avantages Work-Life, au moment de son passage dans le plan hospitalisation non actifs ; la demande d'affiliation est à introduire dans les 60 jours qui suivent la date d'ouverture du droit à l'affiliation ; il s'agit d'une opération unique d'affiliation ;

- le conjoint ou partenaire cohabitant (ordinaire ou légal), au moment du passage du collaborateur, bénéficiaire des avantages Work-Life, dans le plan hospitalisation non-actifs ; la demande d'affiliation est à introduire dans les 60 jours qui suivent la date d'ouverture du droit à l'affiliation ; il s'agit d'une opération unique d'affiliation ;

Situation où le conjoint ou partenaire cohabitant peut s'affilier ultérieurement :

- si le conjoint ou partenaire cohabitant bénéficie d'une assurance collective antérieure au moins similaire et sans interruption entre ce précédent contrat et l'affiliation à la présente couverture : dans ce cas, l'affiliation s'effectue dans les 60 jours qui suivent la perte du droit à cette assurance collective. Aucun délai d'attente n'est d'application, y compris pour les affections préexistantes.
- si le conjoint ou partenaire cohabitant bénéficie d'une assurance privée facultative antérieure au moins similaire et sans interruption entre ce précédent contrat et l'affiliation à la présente couverture : dans ce cas, l'affiliation s'effectue au plus tard dans les 60 jours qui suivent la première échéance du contrat privé après l'ouverture du droit à l'affiliation à la présente couverture.

Toutefois, si l'assurance antérieure n'est pas au moins similaire, en application de la présente assurance, les frais de soins de santé relatifs aux affections préexistantes ne donneront lieu à une intervention qu'après une période ininterrompue d'un an d'affiliation à la présente couverture.

- l'enfant nouveau-né du collaborateur, l'enfant adopté par le collaborateur et l'enfant co-résidant de son conjoint ou partenaire cohabitant enregistré dans la banque de données de Proximus ;
- le nouveau conjoint co-résidant ou partenaire cohabitant dont la demande d'affiliation est introduite en bonne et due forme dans les 60 jours qui suivent la date d'ouverture du droit à l'affiliation ; il s'agit d'une opération unique d'affiliation.

ETABLISSEMENT HOSPITALIER EN BELGIQUE

Tout établissement public ou privé, légalement reconnu et établi en Belgique (voir cependant le chapitre 3, point 3.7. relatif aux sinistres survenus à l'étranger), organisé pour dispenser des soins de santé et où, à tout moment, des examens médicaux spécialisés ou des traitements médicaux, chirurgicaux et obstétricaux peuvent être pratiqués dans un contexte pluridisciplinaire.

Sont considérés comme tels les établissements dont le n° d'I.N.A.M.I. débute par les chiffres 710 (hôpital général), 719 (hôpital militaire) ou 720 (hôpital psychiatrique).

Les sanatoriums agréés par le Ministère ayant la Santé Publique dans ses attributions (e.a. pour le traitement de la tuberculose), les institutions psychiatriques ouvertes reconnues par la loi et l'Hôpital Militaire Reine Astrid de Neder-Over-Heembeek sont également considérés comme établissements hospitaliers.

Ne sont pas considérés comme établissements hospitaliers :

- les établissements ou départements hospitaliers spécialisés ayant été agréés comme maisons de repos ou comme maison de repos et de soins ;
- les établissements psychiatriques fermés, les habitations protégées et les maisons de passage ;
- les établissements médico-pédagogiques ;
- les établissements exclusivement destinés à l'hébergement de personnes âgées ou convalescentes (ex.: l'hébergement en gériatrie) ou d'enfants ;
- les établissements essentiellement destinés à des cures.

FORFAIT POUR SOINS PALLIATIFS

L'indemnisation forfaitaire de l'assurance maladie pour les patients palliatifs à domicile, telle que prévue par l'A.R. du 2 décembre 1999.

FRAIS DE MORGUE

Frais pour la conservation d'une personne décédée dans le centre mortuaire de l'hôpital.

FRAIS DE TRANSPORT

Les frais de transports, sans limitation de distance en Belgique, par une ambulance légalement agréée ou un taxi (avec attestation médicale), pour le transfert vers l'hôpital et le retour, le transfert d'un hôpital à l'autre pendant la période d'hospitalisation, y compris les frais de transport par hélicoptère en Belgique.

FRAIS POUR SOINS CORPORELS

Les soins corporels, exécutés par une personne agréée pour cette fonction et pour lesquels un numéro de prestation figure dans la nomenclature de l'I.N.A.M.I.

FRANCHISE

Partie des frais remboursables (compte tenu de ce qui est repris à ce sujet au chapitre 11) restant à charge de l'assuré par année civile.

La franchise ne s'applique qu'une seule fois si l'hospitalisation s'étend sans interruption sur deux années civiles.

HOSPITALISATION

Séjour médicalement nécessaire d'au moins une nuit dans un établissement hospitalier.

Sont également considérées comme "hospitalisation", les hospitalisations d'un jour, dans le cas de:

- fracture, d'utilisation de la salle de plâtrage, d'insémination artificielle admise, de chirurgie laser, de kératotomy et d'implant intraoculaire ;
- prestations médicales dispensées en "clinique d'un jour" (one-day-clinic) pour autant que celles-ci donnent droit à une intervention dans le cadre d'un des forfaits

prévus dans l'Accord National conclu entre les Hôpitaux et l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité.

INDEMNITÉ

a. Indemnité légale

1) Travailleurs salariés

Il convient d'entendre par indemnité légale, toute intervention légale dans les frais médicaux ou autres prévue par la législation sociale belge qui s'applique aux travailleurs salariés.

Il convient d'entendre par législation sociale belge pour les travailleurs salariés en cas de maladie ou d'accident la législation relative à l'Assurance obligatoire contre les Maladies et l'Invalidité.

2) Indépendants

Pour déterminer le montant de l'indemnité légale, l'assuré est présumé être affilié à une mutualité.

3) Dispositions et modalités applicables aux deux catégories.

Il convient d'entendre par intervention légale :

- en ce qui concerne les frais exposés en Belgique : tout remboursement par la législation sociale belge applicable aux travailleurs salariés ;
- pour les frais exposés à l'étranger : tout remboursement prévu par un contrat conclu avec le pays concerné en matière de sécurité sociale pour les employés ou, à défaut, un montant égal au remboursement prévu par la législation sociale belge pour employés.

Pour la détermination de l'indemnité légale, l'assuré est présumé avoir effectué des paiements de cotisations dans l'un des deux régimes ; il est également entendu que le délai d'attente applicable auprès de la mutualité a expiré.

b. Autre indemnité

Toute indemnité relative aux frais médicaux ou autres versée par toute autre assurance.

LIMITE D'ÂGE

L'affiliation se produit sans limite d'âge.

MALADIE

Toute atteinte à la santé, autre que celle provenant d'un accident, constatée par un médecin légalement autorisé à exercer sa profession soit en Belgique, soit dans le pays où se trouve l'assuré au moment de la constatation de la maladie.

MÉDICAMENTS

Tout produit vendu exclusivement en pharmacie, prescrit par un médecin ou un dentiste et enregistré comme tel par le Ministère qui a la Santé Publique dans ses attributions. Quant aux produits homéopathiques, ils doivent avoir été prescrits par un médecin reconnu et être délivrés par un pharmacien reconnu et établi en Belgique.

Les produits pharmaceutiques provenant de l'étranger ne sont remboursés que s'ils sont prescrits par un médecin ou un dentiste et que s'ils sont repris sur la facture d'hospitalisation (ne concerne donc pas la médecine ambulatoire).

PARTENAIRE COHABITANT

La personne (à l'exclusion des parents en ligne directe) visée au chapitre 4 avec laquelle le membre du personnel précité est ou se met en ménage à partir de la prise d'effet de l'assurance hospitalisation; en cas de cohabitation, celle-ci est à démontrer à Proximus au moyen d'une attestation officielle de composition de ménage (cohabitation légale ou ordinaire) délivrée par l'administration communale du lieu où il/elle a sa résidence principale.

PÉRIODE DE COUVERTURE/ANNÉE D'ASSURANCE

La période de douze mois à compter de l'échéance annuelle est fixée au 1^{er} janvier. Si la date de prise de cours ne correspond pas au 1^{er} janvier, la première année d'assurance est déterminée sur base du nombre de mois restant à courir jusqu'à l'échéance annuelle. Si le contrat se termine entre deux échéances principales, la dernière année couvre la période entre la dernière échéance principale et la date finale du contrat.

PRÉ- ET POST-HOSPITALISATION

La période de 90 jours avant et de 180 jours après une hospitalisation garantie.

PRENEUR D'ASSURANCE

Proximus S.A., dont le siège social est établi boulevard du Roi Albert II, 27, B-1030 Bruxelles.

PRESTATAIRE/ASSUREUR-PRESTATAIRE

Vanbreda Risk & Benefits S.A. dont le siège social est établi Plantin en Moretuslei, 297, B-2140 Antwerpen.

PROTHÈSE

Dispositif implanté dans l'organisme ou appliqué à une région du corps afin de remplacer/suppléer entièrement ou partiellement un organe/un membre manquant ou de restaurer une fonction compromise.

Les frais prouvés sont couverts à condition qu'ils soient en rapport direct avec l'hospitalisation et aient été délivrés soit en cours d'hospitalisation, soit lors des périodes de pré- ou post-hospitalisation.

Sous la garantie "maladies graves", ils ne sont remboursés que s'ils présentent un lien direct avec la maladie grave en question.

Ne sont pas pris en compte pour le remboursement: les frais de remplacement, d'entretien et de réparation ainsi que les pièces de rechange des prothèses externes.

SOINS AMBULATOIRES

Soins de santé prodigués en dehors de toute hospitalisation.

SOINS OBSTÉTRIQUES

Les soins obstétriques visent les soins médicaux prodigués à la mère ou au nourrisson par un prestataire de soins agréé par l'INAMI ou par un établissement de soins postnataux reconnu, lors d'un accouchement à domicile ou à la suite de celui-ci.

SOINS PALLIATIFS

L'aide et l'assistance pluridisciplinaires destinées à répondre aux besoins physiques, psychiques et spirituels de patients terminaux et malades en fin de vie.

TICKET MODÉRATEUR

Partie des honoraires à charge du patient.

TRAITEMENTS ET SOINS MÉDICAUX

L'ensemble des moyens médicaux, médico-techniques, thérapeutiques, infirmiers et paramédicaux, à condition que ces traitements aient été prescrits par un médecin et soient utilisés dans le but d'améliorer, de stabiliser ou de diagnostiquer l'état de santé de l'assuré.

Sont visées les hospitalisations qui résultent :

- d'une maladie;
- d'un accident;
- d'un accouchement;
- d'un accident de sport si sa pratique n'est pas rémunérée;
- d'une intervention de chirurgie plastique réparatrice, médicalement nécessaire et résultant soit d'une mutilation suite à un accident ou une maladie, soit d'une anomalie congénitale présente à la naissance;
- d'un traitement dentaire en rapport direct avec la cause d'une hospitalisation nécessitée par une maladie ou un accident, y compris une maladie de la mâchoire ou des dents, ou en cas d'extraction dentaire sous anesthésie générale si cette dernière est médicalement nécessaire (en d'autres mots, que l'extraction dentaire ne puisse s'effectuer en ambulatoire dans le cabinet du dentiste pour des raisons médicales);
- les frais pour la procréation médicalement assistée (techniques reproductives artificielles) sont couverts à condition que les conditions pour obtenir l'intervention légale, imposées par l'INAMI, soient remplies. Lorsque ces conditions ne sont pas remplies et que l'assuré ne reçoit pas d'intervention légale effective, ces frais ne sont pas couverts. La cryoconservation d'ovules ou de spermatozoïdes n'est pas couverte;
- d'un avortement médicalement justifié;
- de médecine préventive, en rapport direct avec la cause de l'hospitalisation;
- des traitements contraceptifs au sens de stérilisation réversible, si l'état de santé de l'assuré l'exige médicalement;

- des traitements contraceptifs médicaux et chirurgicaux exposés à l'hôpital dans le but de mettre fin définitivement à la fertilité (stérilisation irréversible);
- des traitements en institution psychiatrique ; le remboursement est limité aux frais exposés, avec un maximum absolu de 730 jours, durant une période ininterrompue ou non de deux ans, à dater du début du premier séjour ;
- des traitements psychothérapeutiques et psychosomatiques pour lesquels le médecin-conseil du prestataire a donné son accord préalable ;
- des soins corporels.

Sont notamment exclus de la couverture :

- la médecine préventive sauf si celle-ci est en rapport direct avec la cause de l'hospitalisation ;
- les traitements esthétiques ;
- l'accident ou la maladie non contrôlable par un examen médical sauf si leur réalité est manifeste et reconnue à la fois par le médecin traitant du patient et le médecin de Vanbreda ;
- les traitements dentaires sauf si ceux-ci rencontrent les conditions fixées ci-avant ;
- les traitements contraceptifs et moyens utilisés dans le but d'une contraception temporaire ou réversible ;
- l'interruption volontaire de la grossesse non médicalement justifiée ;
- les traitements dans un établissement de cure, de thermalisme ou de santé ;
- les traitements en institution psychiatrique dont la durée excède les limites fixées ;
- les traitements psychothérapeutiques et psychosomatiques ;
- l'assistance, la garde et l'entretien ;
- les soins non-médicaux tels que boissons, téléphone, télévision, etc.

Chapitre 3

Garanties

Vanbreda remboursera - conformément aux dispositions du présent règlement - pour tous cas d'assurance garanti relatif à un assuré, les frais de séjour et de traitements dans un établissement hospitalier ainsi que les frais médicaux ambulatoires qui :

- ont un caractère diagnostique, curatif ou palliatif ;
- concernent des soins médicalement nécessaires ;
- sont dispensés par un prestataire de soins agréé ;
- ont une efficacité thérapeutique suffisamment prouvée ;
- sont effectués pendant la durée du cas d'assurance ;
- ont un lien direct avec les causes de l'hospitalisation ou de la maladie grave.

La garantie s'applique aux cas d'assurance résultant d'une maladie, d'un accident, d'une grossesse ou d'un accouchement survenu à un assuré.

Les limitations et plafonds d'intervention liés aux suppléments réclamés en "one-day-clinic" sont alignés sur ceux applicables en cas d'hospitalisation avec séjour d'au moins une nuit.

3.1. Sont visés sous la garantie "hospitalisation" :

- les frais de séjour ;
- les frais de séjour en "one-day-clinic" ou "hôpital de jour" sont couverts sous réserve :
 - > que la raison de l'hospitalisation soit garantie par la couverture hospitalisation ;
 - > qu'un forfait "frais de séjour" soit appliqué par l'I.N.A.M.I. ; l'utilisation de la salle de plâtre est couverte en cas de "one-day-clinic" ; les consultations médicales à l'hôpital sont considérées comme des prestations ambulatoires et ne sont pas couvertes en "one-day-clinic".

Remarque : afin de savoir à l'avance si un tel forfait sera appliqué, demandez à la clinique ou au chirurgien concerné si cela sera bien le cas.

En principe, ce forfait "frais de séjour" est généralement facturé pour des interventions "one-day-clinic" sous anesthésie locale ou totale.

Attention, lorsque le montant total de la facture ne dépasse pas une certaine somme, certains hôpitaux n'envoient pas de facture. Dans ce cas, il convient de réclamer un extrait de votre facture au "service facturation" de la clinique qui confirmera ainsi qu'un forfait "one-day-clinic" a été facturé à la Mutuelle.

Certaines prestations ne donnent pas lieu à l'application d'un forfait "one-day-clinic".

Exemples :

- > pour une infiltration, la facturation d'un forfait dépend de l'utilisation de certains médicaments ;
- > une simple consultation ambulatoire chez un spécialiste dans un établissement hospitalier n'est pas considérée comme une intervention en "frais de séjour" ;
- > un forfait "urgence" n'est pas considéré comme un forfait "frais de séjour".
- les coûts des honoraires médicaux ;
- les frais de nuitée à l'hôpital du père ou de la mère ou du tuteur légal, en cas d'hospitalisation d'un assuré ayant moins de 16 ans ou bénéficiant d'allocations de handicapé, à condition que leur présence au chevet de l'enfant soit considérée comme nécessaire par le médecin traitant ;
- les frais de séjour et de soins administrés au donneur d'organe (non assuré) et/ou de tissus à transplanter chez l'assuré ; la parenté entre le donneur et l'assuré n'est pas exigée ;
- les frais d'implants dentaires en rapport direct avec l'hospitalisation suite à une maladie ou à un accident ;
- les frais relatifs au matériel implanté ;
- les frais relatifs à un avortement médicalement justifié ;
- les coûts des prestations médicales (examens, soins, frais de radiographie, de laboratoire, de consultations

- médicales, de fournitures médicales diverses telles que plasma, transfusion sanguine, médicaments, ...);
- les coûts des prestations paramédicales (telles que la kinésithérapie, la physiothérapie, la logopédie, les soins par bandagistes s'ils sont prescrits par un médecin);
- les coûts des produits pharmaceutiques, bandages et matériel médical;
- les coûts des accessoires médicaux;
- les frais de chirurgie et de robot de chirurgie;
- les frais d'anesthésie;
- les coûts d'utilisation de la salle d'opération, d'accouchement ou de plâtre;
- les coûts des prothèses médicales, accessoires ou d'appareils orthopédiques;
- les coûts de transport en ambulance en Belgique, sans limitation de distance en Belgique, par une ambulance légalement agréée ou taxi (le transport en taxi est à justifier par une attestation médicale), pour le transfert vers l'hôpital et le retour, le transfert d'un hôpital à l'autre pendant la période d'hospitalisation;
- des traitements contraceptifs médicaux et chirurgicaux exposés à l'hôpital dans le but de mettre fin définitivement à la fertilité (stérilisation irréversible);
- les traitements en institution psychiatrique, le remboursement est limité aux frais exposés avec un maximum absolu de 730 jours, durant une période ininterrompue ou non de deux ans, à dater du début du premier séjour;
- les frais de morgue pour autant qu'ils figurent sur la facture de l'hôpital;
- les coûts de transport en hélicoptère en Belgique vers l'hôpital ou entre hôpitaux;
- les frais pour la procréation médicalement assistée (techniques reproductives artificielles) sont couverts à condition que les conditions pour obtenir l'intervention légale, imposées par l'INAMI, soient remplies. Lorsque ces conditions ne sont pas remplies et que l'assuré ne reçoit pas d'intervention légale effective, ces frais ne sont pas couverts. La cryoconservation d'ovules ou de spermatozoïdes n'est pas couverte;
- les frais relatifs à la chirurgie, ayant pour but de corriger la puissance du dioptre cornéen, à concurrence de maximum € 500,00 par affilié et par année civile; la chirurgie laser, la kératotomie et l'implant intraoculaire peuvent être prodigués tant en établissement hospitalier qu'en cabinet médical;
- les frais relatifs au traitement de la cataracte; ce traitement peut être prodigués tant en établissement hospitalier que dans une clinique ophtalmologique, pour autant que la clinique ophtalmologique soit reprise dans une liste limitative de centres médicaux; pour une information la plus actuelle sur votre clinique ophtalmologique, contactez Vanbreda; dans le cas du traitement de la cataracte en ambulatoire, le remboursement des frais est limité à une fois l'intervention légale et la franchise de 75,00 € sera d'application;

- l'accouchement à domicile et les soins obstétriques (la date de l'accouchement détermine la durée de la couverture pré- et posthospitalisation).

3.2. Sont remboursés sous la garantie "Hospitalisation - frais de séjours":

- l'intégralité des différents forfaits légaux, à charge du patient, facturés lors de l'hospitalisation à savoir, par exemples, les forfaits "imageries médicales", "service de garde médicale", "prestations techniques médicales", "biologie clinique";
- l'intégralité de la quote-part personnelle du patient dans le prix de la journée d'hospitalisation [hors hospitalisation chirurgicale de jour (+/- 250 interventions) pour laquelle il n'y a pas de quote-part à payer par le patient];
- l'intégralité des frais de séjour réclamés au patient hospitalisé en "one-day-clinic" ou "hôpital de jour" à condition:
 - > que la raison de l'hospitalisation soit garantie par la couverture hospitalisation;
 - > qu'un forfait "frais de séjour" soit facturé par l'hôpital; l'intervention est acquise dès qu'un forfait I.N.A.M.I. est appliqué ou en cas d'utilisation de la salle de plâtre;
- l'intégralité des frais de nuitée à l'hôpital du père ou de la mère ou du tuteur légal, en cas d'hospitalisation d'un assuré ayant moins de 16 ans ou bénéficiant d'allocations de handicapé, à condition que leur présence au chevet de l'enfant soit considérée comme nécessaire par le médecin traitant.

Ne donnent lieu à aucune intervention sous la garantie "Hospitalisation - frais de séjours":

les suppléments pour frais de séjour appliqués en cas d'occupation d'une chambre particulière pour convenances personnelles tant lors d'un séjour comportant au moins une nuit à l'hôpital qu'en "one-day-clinic".

3.3. Sont remboursés sous la garantie "Hospitalisation - honoraires et coûts des prestations":

- l'intégralité des tickets modérateurs réclamés au patient concernant les coûts des honoraires pour les prestations de soins effectuées pendant le séjour à l'hôpital;
- en cas d'occupation d'une chambre double ou commune: l'intégralité des suppléments d'honoraires réclamés au patient pour les prestations de soins effectuées pendant le séjour à l'hôpital;
- en cas d'occupation d'une chambre particulière tant lors d'un séjour comportant au moins une nuit à l'hôpital qu'en "one-day-clinic": maximum 100 % du tarif I.N.A.M.I. pour les suppléments d'honoraires réclamés au patient pour les prestations effectuées pendant le séjour hospitalier;
- les frais de chirurgie (y compris l'usage d'un robot de chirurgie);
- les frais d'anesthésie;
- les coûts d'utilisation de la salle d'opération, d'accouchement ou de plâtre;

- les traitements contraceptifs médicaux et chirurgicaux exposés à l'hôpital dans le but de mettre fin définitivement à la fertilité (stérilisation irréversible);
- les coûts des prestations médicales telles que, par exemples, les examens, soins, frais de radiographie, de laboratoire, de consultations médicales, de kinésithérapie, de fournitures médicales diverses telles que plasma, transfusion sanguine, ...);
- les frais de séjour et de soins administrés au donneur d'organe (non assuré) et/ou de tissus à transplanter chez l'assuré; la parenté entre le donneur et l'assuré n'est pas exigée;
- les frais relatifs à un avortement médicalement justifié;
- les coûts des prestations paramédicales;
- les traitements en institution psychiatrique, le remboursement est limité aux frais exposés avec un maximum absolu de 730 jours, durant une période ininterrompue ou non de deux ans, à dater du début du premier séjour;
- les soins corporels exécutés par une personne agréée pour cette fonction et pour lesquels un numéro de prestation figure dans la nomenclature de l'I.N.A.M.I.;
- les frais de morgue pour autant qu'ils figurent sur la facture de l'hôpital.

3.4. Sont remboursés sous la garantie "Hospitalisation – médicaments, matériel médical, implant, prothèse et accessoire orthopédiques":

- l'intégralité des tickets modérateurs réclamés au patient concernant les coûts des médicaments qui lui sont dispensés pendant le séjour à l'hôpital; (chaque patient paie un montant forfaitaire par jour pour les médicaments remboursables, qu'il en consomme un peu, beaucoup ou pas du tout; pour les médicaments non remboursables comme les calmants ou somnifères le patient paie ce qu'il consomme);
- l'intégralité des tickets modérateurs réclamés au patient en matière d'implant, de prothèse médicale, d'appareil ou d'accessoire orthopédique, d'accessoire médical, de matériel endoscopique et de viscéro-synthèse, de marge de délivrance, en relation directe avec l'hospitalisation;
- l'intégralité des coûts non couverts par l'I.N.A.M.I. ou des suppléments de coûts réclamés au patient en matière de produits pharmaceutiques et parapharmaceutiques, de bandages, de matériel médical et paramédical (= produits non réutilisables pour des raisons hygiéniques (pommade, shampoings spéciaux, bas anti-phlébite,...)) dispensés pendant le séjour à l'hôpital; l'intégralité des suppléments de coûts réclamés au patient en matière d'implant, de prothèse médicale, d'appareil ou d'accessoire orthopédique, d'accessoire médical, de matériel endoscopique et de viscéro-synthèse, de marge de délivrance, en relation directe avec l'hospitalisation.

3.5. Sont remboursés sous la garantie "soins ambulatoires réputés être des frais d'hospitalisation":

- les frais pour la procréation médicalement assistée (techniques reproductives artificielles) sont couverts à condition que les conditions pour obtenir l'intervention légale, imposées par l'INAMI, soient remplies. Lorsque ces conditions ne sont pas remplies et que l'assuré ne reçoit pas d'intervention légale effective, ces frais ne sont pas couverts. La cryoconservation d'ovules ou de spermatozoïdes n'est pas couverte;
- l'accouchement à domicile et les soins obstétriques, à savoir, les soins médicaux prodigués à la mère ou au nourrisson par un prestataire de soins agréé par l'I.N.A.M.I. ou par un établissement de soins postnataux reconnu, lors d'un accouchement à domicile ou à la suite de celui-ci; (la date de l'accouchement détermine la durée de la couverture pré- et posthospitalisation);
- les frais relatifs à la chirurgie, ayant pour but de corriger la puissance du dioptre cornéen, à concurrence de maximum € 500,00 par assuré et par année civile; la chirurgie laser, la kératotomie et l'implant intraoculaire peuvent être prodigués tant en établissement hospitalier qu'en cabinet médical. Les frais relatifs au traitement de la cataracte; ce traitement peut être prodigués tant en établissement hospitalier que dans une clinique ophtalmologique, pour autant que la clinique ophtalmologique soit reprise dans une liste limitative de centres médicaux; pour une information la plus actuelle sur votre clinique ophtalmologique, contactez Vanbreda; dans le cas du traitement de la cataracte en ambulatoire, le remboursement des frais est limité à une fois l'intervention légale et la franchise de 75,00 € sera d'application;

3.6. Sont remboursés sous la garantie "frais de transport":

- l'intégralité des frais de transports, sans limitation de distance en Belgique, par une ambulance légalement agréée ou un taxi (le transport en taxi est à justifier par une attestation médicale), pour le transfert vers l'hôpital et le retour, le transfert d'un hôpital à l'autre pendant la période d'hospitalisation;
- l'intégralité des coûts de transport en hélicoptère en Belgique vers l'hôpital ou entre hôpitaux.

3.7. Sont remboursés sous la garantie "Frais à l'étranger":

Les garanties de la présente assurance s'étendent aux hospitalisations et aux frais médicaux encourus à l'étranger (dans le monde entier), par un assuré ayant son domicile et sa résidence principale en Belgique, dans les termes ci-après.

Pour les hospitalisations et traitements, en ce compris la pré- et post-hospitalisation, le règlement prévoit en supplément des éventuelles indemnités de la mutuelle:

- le remboursement des frais d'hospitalisation jusqu'à 200 % du plafond de remboursement de la mutuelle;
- le remboursement des prestations pré- et post-hospitalisation (90 jours avant et 180 jours après

la fin de l'hospitalisation) jusqu'à 200 % de l'intervention de la mutuelle ;

- en cas de maladie grave, le remboursement (maximum € 5.000,00 par assuré et par année civile) des prestations de soins ambulatoires couvertes ; le remboursement sera au maximum équivalent à ce qui aurait dû être payé en cas de traitement médical en Belgique.

Pour les frais d'hospitalisation, les frais de maladies graves et les frais médicaux couverts pour lesquels aucune indemnité légale n'est prévue, l'intervention est limitée au montant qui devrait proportionnellement être payé en cas de traitement médical en Belgique.

Les frais de rapatriement sont exclus.

Les présentes garanties sont d'application à l'étranger si l'assuré se trouve dans l'un des cas suivants :

- a. pendant un séjour à l'étranger, pour des raisons de villégiature, l'état de santé de l'assuré nécessite des prestations médicales immédiates ou des soins médicaux urgents ;
- b. lorsque l'assuré, après avoir obtenu l'accord préalable du médecin-conseil du prestataire, doit subir un traitement approprié à son état de santé et pour autant que ces prestations médicales soient aussi indemnisées dans le cadre de la législation relative à l'assurance-maladie.
- c. les présentes garanties sont également d'application à l'étranger lorsque l'état de santé d'un enfant assuré - en séjour dans un des pays de la Communauté Européenne ou dans un des pays avec lequel l'I.N.A.M.I. a conclu une convention bilatérale, pour y poursuivre des études -, nécessite des prestations médicales immédiates ou des soins de santé urgents.

Si l'enfant assuré poursuit ses études dans un autre pays étranger ou réside dans un autre pays étranger, les présentes garanties sont uniquement d'application si les prestations de soins dont il fait l'objet - en ce compris les soins ambulatoires en relation directe avec l'hospitalisation ou la maladie grave - lui sont prodigués en Belgique.

À l'étranger, la garantie n'est acquise que si le prestataire estime pouvoir y exercer les contrôles nécessaires. Les notes d'honoraires libellées en devises étrangères sont réglées au cours moyen de la devise étrangère, le jour du versement. Les frais de rapatriement sont exclus.

3.8. Sont remboursés sous la garantie "soins ambulatoires pré-et post-hospitalisation" :

Les soins couverts dispensés 90 jours avant et 180 jours après une hospitalisation garantie, à savoir ,

- les coûts des honoraires médicaux ;
- les coûts des médicaments allopathiques et homéopathiques ;
- les coûts des prestations médicales (prestations techniques) dispensées à la suite d'une visite ou consultation ;
- les coûts des prothèses médicales, orthèses et autres

accessoires médicaux, achetés ou loués, pour autant qu'ils aient été prescrits par un médecin ;

- les traitements dentaires qui ont un lien direct avec une hospitalisation garantie ;
- les traitements psychothérapeutiques dans le cadre d'affections psychiques et psychosomatiques, à condition que le plan de traitement ait été préalablement approuvé par le médecin-conseil de Vanbreda ;
- les coûts des traitements homéopathiques, d'acupuncture, de chiropraxie et d'ostéopathie ;
- les traitements paramédicaux tels que la kinésithérapie, la physiothérapie, la logopédie, les soins par bandagistes s'ils sont prescrits par un médecin.

Les soins ambulatoires visés sous la garantie "pré-et post-hospitalisation" ne couvrent pas les frais de transport exposés pendant la période de pré- et post-hospitalisation.

3.9. Sont remboursés sous la garantie "maladie grave et soins palliatifs" :

Les frais médicaux en rapport direct avec le traitement des maladies graves suivantes :

cancer, leucémie, maladie de Hodgkin, sclérose en plaques, maladie de Parkinson, méningite cérébro-spinale, poliomyélite, méningite, tétanos, typhus exanthématique, fièvre typhoïde et paratyphoïde, choléra, tuberculose, diphtérie, maladie de Crohn, maladie de Creutzfeldt- Jacob, hépatite virale, diabète, dialyse rénale comme traitement, maladie de Rendu-Ossler, mucoviscidose, sclérose latérale amyotrophique, dystrophie musculaire progressive, maladie d'Alzheimer, Sida, maladie de Pompe, charbon, scarlatine, variole, phénylcétonurie, épilepsie, encéphalite, malaria, myopathie.

Sont également couvertes sous la garantie "maladies graves", les affections cardiaques sévères suivantes :

- > insuffisance cardiaque (classification NYHA stade III – stade IV) ;
- > cardiomyopathie hypertrophique ;
- > cor pulmonale ;
- > coronaropathie traitée par chirurgie pontage coronarien ;
- > infarctus avec une fraction d'éjection du ventricule gauche de moins de 40 %.

La garantie maladies graves intervient en dehors de la période de pré- et post-hospitalisation et couvre :

- le remboursement des soins médicaux ambulatoires, des médicaments et soins corporels ;
- les frais de transport de et vers un établissement hospitalier, sans limitation de distance en Belgique, par une ambulance légalement agréée ; le transport en taxi est à justifier par une attestation médicale ;
- le remboursement des frais de prothèse et d'appareil orthopédique ;
- les soins palliatifs dispensés dans un service hospitalier palliatif agréé ;
- les soins palliatifs à domicile ou en hébergement collectif

agréé du titulaire d'un forfait pour soins palliatifs; le montant garanti peut être utilisé pour les médicaments, le matériel de soins et les accessoires d'aide;

- les soins relatifs au traitement du diabète, à concurrence de 100 % en cas d'hospitalisation et de 50 % hors hospitalisation pour les fournitures médicales non prescrites par un médecin, à condition que le patient prouve qu'il n'est pas couvert par un programme de rééducation à l'autogestion du diabète sucré, mieux connu sous l'appellation "convention diabète".

Le plafond d'intervention sous la garantie "maladies graves et soins palliatifs" est fixé à 5.000,00€ par assuré et par année civile.

Aucune franchise n'est applicable dans le cadre de la couverture "maladies graves" pour autant que les dépenses aient été exposées en dehors d'une hospitalisation ou en dehors de la période pré- ou post-hospitalisation.

L'intervention est acquise :

- si la maladie grave est confirmée par un médecin spécialiste;
- si les frais sont en rapport direct avec la maladie grave couverte;
- si le traitement est ordonné par un médecin et prodigué par un prestataire de soins agréé, que les prestations de santé couvertes figurent ou non dans la nomenclature en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité.

Le diagnostic de la maladie grave devra être confirmé par un médecin via un examen clinique détaillé.

Ne donnent lieu à aucune intervention sous la garantie "maladies graves" :

- les frais sans lien direct avec la maladie grave;
- les frais de transport de et vers une institution qui n'est pas reconnue comme établissement hospitalier au sens du présent règlement;
- les frais de séjour dans une telle institution;
- les traitements qui ne sont pas prodigués par un prestataire de soins agréé ou pas ordonné par un médecin.

Chapitre 4

Assurés

Sont considérés comme tels, les personnes réunissant les conditions d'affiliation énumérées ci-après :

I. LES COLLABORATEURS NON ACTIFS, À SAVOIR,

1. Les membres du personnel statutaire en :

- mise à disposition, conformément à la Convention Collective ayant trait aux conséquences de la reconversion (adoptée en Commission Paritaire le 22/03/2007 et le 28/11/2008);
- mise à disposition pour raisons médicales, conformément à la Convention Collective ayant trait aux conséquences de la reconversion suite à l'inaptitude

médicale définitive (adoptée en Commission Paritaire le 28/11/2008);

- en congé préalable à la pension (CPP) dans le cadre de la "Convention collective relative au plan de départ anticipé 60" ou de la "Convention collective établissant des dispositions spécifiques pour les membres du personnel en reconversion âgés d'au moins 58 ans", adoptées en Commission Paritaire du 27/04/2016;
2. Les ex-membres du personnel statutaire bénéficiaires d'une pension de retraite, qui, au moment de leur admission à la retraite étaient en service à la Régie des T.T., à Belgacom S.A. ou à Proximus S.A., ou bénéficiaient d'une mise en disponibilité active volontaire (plan Best), d'une mise en disponibilité d'aménagement de fin de carrière (Tutorat), d'une mise à disposition, d'une mise à disposition pour raisons médicales ou d'un congé préalable à la pension (CPP);
 3. Les ex-membres du personnel contractuel bénéficiaires d'une pension de retraite qui étaient en service au moment de leur admission à la retraite :
 - de la Régie des T.T., de Belgacom S.A. ou de Proximus S.A.;
 - du groupe Proximus s'il s'agit d'ex-membres du personnel contractuel des filiales intégrées dans Proximus S.A. au 01.10.2008 et au 01.01.2011;
 4. Les ex-membres du personnel contractuels prépensionnés (à condition qu'ils bénéficient d'une allocation de chômage) ou devenant pensionnés à l'issue de leur prépension, qui ont été admis à la prépension en application de la Convention Collective relative à un régime de prépension conventionnelle pour les membres du personnel contractuel de Proximus et en vue de l'application de l'arrêté royal du 7 décembre 1992 relatif à l'octroi d'allocations de chômage en cas de prépension conventionnelle, adoptée en Commission Paritaire le 19 novembre 1998;
 5. Les ex-membres du personnel contractuels ayant bénéficié d'un congé préalable à la pension dans le cadre de la "Convention collective relative au plan de départ anticipé 60" ou de la "Convention collective établissant des dispositions spécifiques pour les membres du personnel en reconversion âgés d'au moins 58 ans", adoptées en Commission Paritaire du 27/04/2016, à la première date possible de leur mise à la pension; toutefois, ceux-ci pourront s'affilier au même tarif que les conjoints/partenaires et à condition de fournir à Vanbreda le document d'attribution de la pension (document fourni par le Service Fédéral des pensions). S'ils diffèrent le moment de leur mise à la pension, ils perdent définitivement le droit de s'affilier au plan hospitalisation pour les non actifs;
 6. Le collaborateur non actif de Proximus S.A., assuré précédemment à une assurance hospitalisation collective au moins similaire via son conjoint ou partenaire cohabitant, a la faculté d'intégrer ou de réintégrer l'assurance hospitalisation collective Proximus par "mutation" pour autant qu'il :

- perde le droit à cette assurance hospitalisation collective au moins similaire ;
- fournisse à Vanbreda une attestation d'assurance délivrée par le précédent assureur ;
- introduise sa demande d'affiliation auprès de Vanbreda en bonne et due forme dans les 60 jours qui suivent la désaffiliation de son assurance hospitalisation antérieure ;
- paie par domiciliation auprès de Vanbreda l'intégralité du coût de la prime afférente à sa classe d'âge et au plan choisi.

II. LES ENFANTS DES COLLABORATEURS NON ACTIFS, C'EST-À-DIRE,

1. L'enfant du collaborateur visé ci-dessus au point I., enregistré dans la banque de données du personnel de Proximus. On entend par "enfant" :
 - l'enfant de moins de 25 ans, bénéficiaire d'allocations familiales, dont la filiation avec le membre du personnel ou l'adoption par ce dernier est établie ;
 - l'enfant de moins de 25 ans, bénéficiaire d'allocations familiales, placé chez le membre du personnel à l'intervention d'une autorité publique ;
 - l'enfant de moins de 25 ans du conjoint ou du partenaire cohabitant du membre du personnel qui bénéficie d'allocations familiales et qui occupe la même résidence principale que ce dernier (**valable également en cas de garde partagée – voir Arrêté Royal du 26 décembre 2015**) ;

Pour les enfants de plus de 18 ans, l'ex-collaborateur doit fournir annuellement, d'initiative, une attestation d'allocations familiales ; celle-ci est à introduire impérativement avant le 15 octobre de chaque année à Proximus ; à défaut, l'enfant est désaffilié.

2. L'enfant moins valide du collaborateur visé ci-dessus au point I. enregistré dans la banque de données du personnel de Proximus ;
On entend par "enfant moins valide" :
 - l'enfant cohabitant du collaborateur visé sub I., reconnu handicapé à 66 % ou plus en application de l'A.R. du 3 mai 1991, sans limite d'âge ;
 - l'enfant cohabitant du collaborateur visé sub I. qui comptabilise au moins 6 points dans les 3 piliers ou au moins 4 points dans le 1^{er} pilier sur l'échelle médico-sociale, conformément à l'A.R. du 28 mars 2003 (modifié par l'A.R. du 12 Février 2009), sans limite d'âge.
3. L'enfant orphelin identifié comme tel dans la banque de données du personnel de Proximus et assuré au 31/12/2020 à la police hospitalisation n° 08352973 gérée par Vanbreda.
On entend par "orphelin" :
 - l'enfant, bénéficiaire d'allocations familiales majorées, ayant perdu son père et sa mère ou l'un de ses parents, membre du personnel visé ci-avant au point I.

III. LE CONJOINT OU PARTENAIRE COHABITANT D'UN COLLABORATEUR NON ACTIF VISÉ AU POINT I., LUI-MÊME AFFILIÉ À LA PRÉSENTE POLICE (LE COLLABORATEUR NON ACTIF ET SON CONJOINT DOIVENT SOUSCRIRE À UN PLAN IDENTIQUE). LA PRIME CORRESPONDANT À SA CLASSE D'ÂGE, AU TARIF COLLECTIF, EST PAYÉE PAR L'ASSURÉ VIA DOMICILIATION À VANBRED A.

On entend par "conjoint ou partenaire cohabitant" :

1. Le conjoint co-résidant ou le partenaire cohabitant reconnu assuré au 31/12/2020 à la police collective d'assurance hospitalisation Proximus- Vanbreda (N°08352920 et 08352921) sur base d'une adhésion libre, volontaire et contributive ;
2. Le conjoint co-résidant ou le partenaire cohabitant reconnu assuré au 31/12/2020 à la police collective d'assurance hospitalisation Proximus-Vanbreda (N°08352950 et 08352951) sur base d'une adhésion libre, volontaire et gratuite ; dans ce cas, le paiement par domiciliation à Vanbreda de l'intégralité du coût de la prime afférente à sa classe d'âge, au tarif collectif, s'applique uniquement s'il adhère au plan "Prévoyance+" (la gratuité du plan "Sécurité" lui étant acquise, voir chapitre 6) ;
3. Le conjoint co-résidant ou le partenaire cohabitant d'un membre du personnel de Proximus S.A. visé sub I. 1., 2., 3., 4., 5. et 6. devenu "non actif" à partir du 01/01/2021 sur base d'une adhésion libre, volontaire et contributive, pour autant que sa demande d'affiliation soit introduite dans les soixante jours qui suivent l'ouverture du droit à l'affiliation.
4. Le nouveau conjoint co-résidant ou le nouveau partenaire cohabitant d'un membre du personnel de Proximus S.A. visé sub I. 1., 2., 3., 4., 5 et 6. à partir du 01/01/2021 sur base d'une adhésion libre, volontaire et contributive, pour autant que sa demande d'affiliation soit introduite dans les soixante jours qui suivent l'ouverture du droit à l'affiliation ;

Remarque : dans le cadre de mariage à l'étranger avec une personne en attente de visa d'entrée en Belgique, l'affiliation est effective à la date réelle de la co-résidence, sur base d'une composition de ménage fournie par l'administration communale belge.

5. Le conjoint co-résidant ou le partenaire cohabitant d'un membre du personnel de Proximus S.A. visé sub I. 1., 2., 3., 4., 5. et 6. affilié précédemment à une autre assurance hospitalisation (voir chapitre 2 – Définitions - Délai d'attente), sur base d'une adhésion libre, volontaire et contributive.

IV. LE CONJOINT SURVIVANT D'UN COLLABORATEUR NON ACTIF VISÉ AU POINT I., C'EST-À-DIRE :

1. Le conjoint survivant reconnu assuré au 31/12/2020 à la police collective d'assurance hospitalisation Proximus-Vanbreda (N°08352920 et 08352921) sur base d'une adhésion libre, volontaire et contributive ;
2. Le conjoint survivant reconnu assuré au 31/12/2020 à la police collective d'assurance hospitalisation Proximus-Vanbreda (N°08352960 et 08352961) sur base d'une adhésion libre, volontaire et gratuite ; celui-ci transmet annuellement, avant le 31 mars, à Vanbreda une preuve de vie à demander à l'administration communale de son lieu de résidence s'il adhère au plan "Sécurité".
3. Le conjoint affilié qui n'est ni séparé ni divorcé du collaborateur non actif au moment du décès de ce dernier peut, lorsqu'il devient conjoint survivant, continuer à être affilié à la présente couverture collective, moyennant prise en charge intégrale de la prime.

Le conjoint affilié qui devient conjoint survivant :

- est identifié spécifiquement dans la population assurée par la présente couverture collective ;
- continue à être assuré par la présente couverture. S'il ne souhaite plus être affilié, sa demande de désaffiliation doit parvenir par écrit à Vanbreda.



Chapitre 5

Affiliation, désaffiliation

5.1. Affiliation.

Affiliation lorsque l'intéressé devient "non actif", à l'occasion de son mariage, de sa mise en ménage, d'une naissance ou adoption.

Lorsqu'il devient non actif, le collaborateur répondant aux conditions fixées au chapitre 4 "Assurés" et enregistré comme tel dans la banque de données du personnel de Proximus, reçoit un courrier lui donnant la possibilité de s'affilier à la présente couverture ainsi que son conjoint ou partenaire cohabitant. Le formulaire d'affiliation doit parvenir à Vanbreda dans les 60 jours qui suivent la fin de son affiliation au plan hospitalisation pour les collaborateurs actifs. Il s'agit d'une opération unique d'affiliation.

Situation où le conjoint ou partenaire cohabitant peut s'affilier ultérieurement :

- si le conjoint ou partenaire cohabitant bénéficie d'une assurance collective antérieure au moins similaire et sans interruption entre ce précédent contrat et l'affiliation à la présente couverture : dans ce cas, l'affiliation s'effectue dans les 60 jours qui suivent la perte du droit à cette assurance collective. Aucun délai d'attente n'est d'application, y compris pour les affections préexistantes.
- si le conjoint ou partenaire cohabitant bénéficie d'une assurance privée facultative antérieure au moins similaire et sans interruption entre ce précédent contrat et l'affiliation à la présente couverture : dans ce cas, l'affiliation s'effectue au plus tard dans les 60 jours qui suivent la première échéance du contrat privé après l'ouverture du droit à l'affiliation à la présente couverture.

Toutefois, si l'assurance antérieure n'est pas au moins similaire, en application de la présente assurance, les frais de soins de santé relatifs aux affections préexistantes ne donneront lieu à une intervention qu'après une période ininterrompue d'un an d'affiliation à la présente couverture.

Remarques importantes :

Si vous optez pour le plan "Sécurité", ce choix est définitif, vous ne pourrez plus passer à l'avenir au plan "Prévoyance+".

Il n'y a pas de procédure de rappel. L'absence de réponse, confirmée par Vanbreda, sera considérée comme un refus définitif. Dans ce dernier cas, le courrier classique informant l'intéressé de ses droits à la continuation individuelle lui sera transmis.

Le collaborateur répondant aux conditions fixées ci-avant au chapitre 4.I. et enregistré comme tel dans la banque de données du personnel de Proximus, dont la composition de ménage se modifie, et qui souhaite affilier ou renoncer à l'affiliation de son conjoint-partenaire cohabitant, doit contacter d'initiative Vanbreda et

lui demander expressément la modification souhaitée. Le nouveau conjoint ou partenaire peut être affilié à la date du mariage ou de la cohabitation si cette demande est notifiée à Vanbreda dans les 60 jours qui suivent le mariage ou le début de la cohabitation. Il s'agit d'une opération unique d'affiliation.

La prime d'assurance est due à partir du premier du mois en cas d'affiliation avant le 16 du mois ou à partir du premier du mois qui suit, en cas d'affiliation à partir du 16 du mois.

Les enfants, ayants-droit, de moins de 18 ans, enregistrés dans la banque de données du personnel de Proximus sont immédiatement affiliés.

5.2. Désaffiliation.

Le bénéfice de la présente couverture hospitalisation s'éteint définitivement :

- consécutivement au décès de l'assuré principal, c'est-à-dire le collaborateur non actif ; le décès entraîne la désaffiliation de ses co-assurés, à savoir, les membres de la famille de l'assuré principal affiliés au contrat d'assurance collectif Proximus ; le conjoint ou partenaire cohabitant affilié qui n'est ni séparé ni divorcé du collaborateur non actif au moment du décès de ce dernier peut, lorsqu'il devient conjoint survivant, continuer à être affilié à la présente couverture collective, moyennant prise en charge intégrale de la prime.

Le conjoint affilié qui devient ainsi "conjoint survivant" :

- est identifié spécifiquement dans la population assurée par la présente couverture collective;
- continue à être assuré par la présente couverture. S'il ne souhaite plus être affilié, sa demande de désaffiliation doit parvenir par écrit à Vanbreda.
- en l'absence de paiement de la prime dont l'assuré doit s'acquitter (voir chapitre 7 "Primes") ; dans ce cas, Vanbreda envoie d'abord un rappel de paiement ; en l'absence de réponse de l'assuré, sa radiation du plan hospitalisation est définitive ;
- à la demande expresse de l'affilié (la désaffiliation du collaborateur non actif entraîne la désaffiliation du conjoint/partenaire assuré) ;
- pour l'enfant assuré dont le droit aux allocations familiales est supprimé (sauf dans le cas de l'enfant moins valide cohabitant avec le collaborateur) ;
- pour le conjoint ou partenaire séparé ; en cas de séparation, le partenaire ou conjoint assuré n'est plus couvert à partir de la date de séparation.

La prime d'assurance est due pour l'ensemble du mois en cas de désaffiliation après le 15 du mois. La prime n'est pas due en cas de désaffiliation avant le 16 du mois.

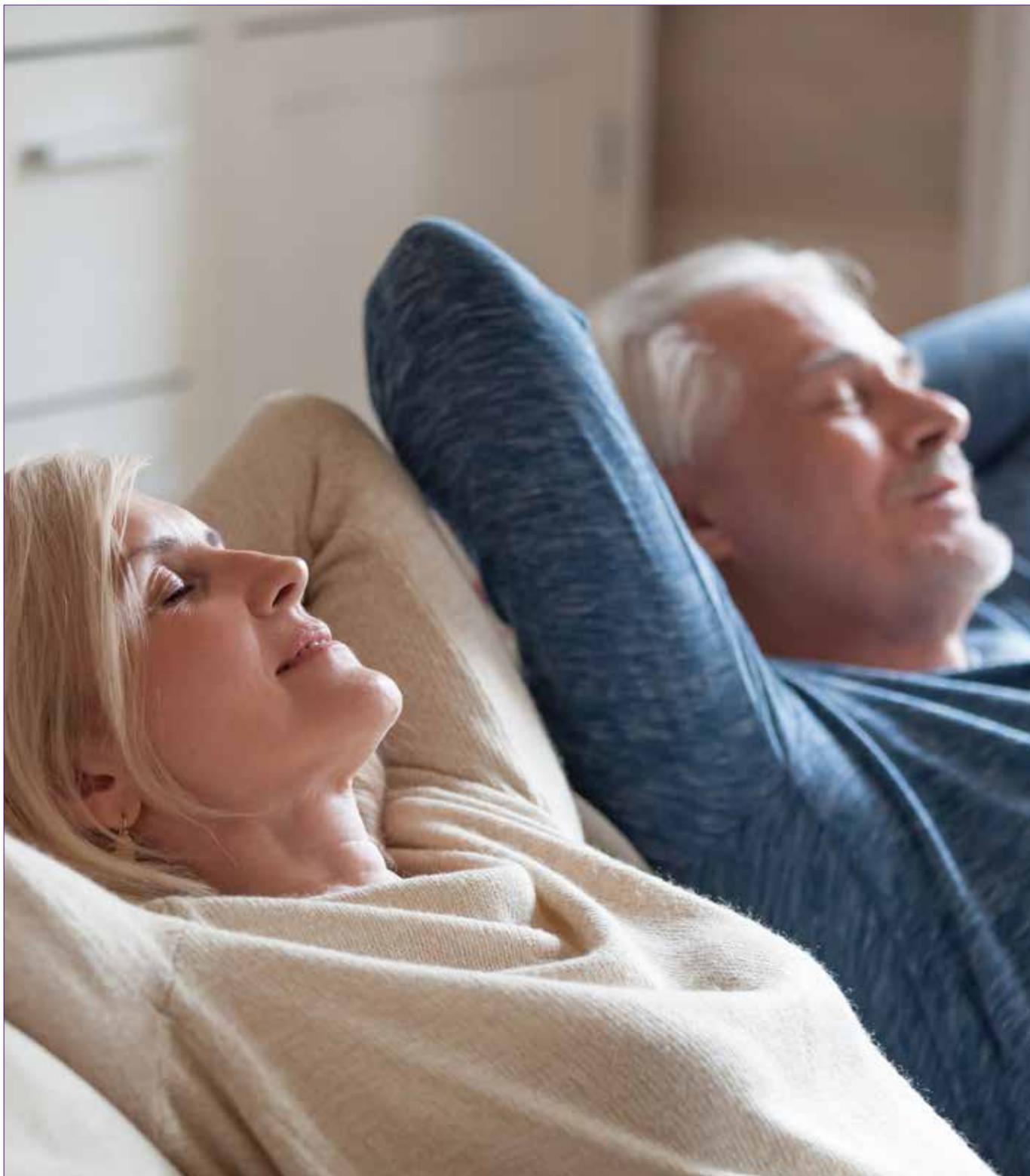
En cas d'extinction définitive de l'affiliation, tant l'assuré principal (c'est-à-dire le collaborateur) que ses co-assurés éventuels (c'est-à-dire son conjoint et ses enfants) peuvent souscrire une assurance hospitalisation confor-

mément aux dispositions du chapitre 15 visant la "prolongation à titre individuel". Si l'assuré n'utilise pas de cette possibilité dans les délais prescrits, il perd de plein droit cette faculté.

5.3. Remarques.

L'assuré est tenu d'informer Proximus de tout changement d'adresse et de toutes modifications dans la composition de son ménage (dans les 60 jours qui suivent le changement) par exemples: en cas de mariage ou divorce, quand un enfant perd le bénéfice des allocations familiales, lors du décès d'un des assurés,...

En cas de transmission tardive ou erronée de données par Proximus, le délai d'attente ne sera pas appliqué ni pour les collaborateurs et leurs enfants ni pour le conjoint co-résidant/partenaire cohabitant s'il est établi que l'erreur en incombe à Proximus.



Chapitre 6

Mesures de correction sociale

Pour certaines catégories d'affiliés, Proximus prend intégralement en charge le coût de la prime et/ou le montant de la franchise fixée dans le plan "Sécurité".

Si vous optez pour le plan « Prévoyance+ », les mesures 6.1., 6.2., 6.3. et 6.4. concernant la franchise ne sont pas d'application, autrement dit, la franchise sera d'application aussi bien en chambre seule qu'en chambre commune.

Plan Sécurité		
Groupe visé	Mesure de correction sociale	
	Prime prise intégralement en charge par Proximus	Franchise prise intégralement en charge par Proximus
Collaborateur non actif dont le revenu globalement imposable du ménage (exercice d'imposition 2022 - revenus 2021) n'excède pas le plafond de 32.845,03 € (détails voir ci-dessous sous le point 6.1.)	Oui	Oui
Collaborateur non actif dont le revenu globalement imposable du ménage (exercice d'imposition 2022 - revenus 2021) n'excède pas le plafond de 44.802,93 € (détails voir ci-dessous sous le point 6.2.)	Non	Oui
Conjoint reconnu assuré gratuitement à la police collective d'assurance hospitalisation Proximus (N°3446850 ou 03446851) au 31/12/2022 (détails voir ci-dessous sous le point 6.3.).	Oui	Non
Conjoint survivant reconnu assuré gratuitement à la police collective d'assurance hospitalisation Proximus (N°03446860 ou 03446861) au 31/12/2022 (détails voir ci-dessous sous le point 6.4.).	Oui	Non
Enfant moins valide, sans limite d'âge, visé au chapitre 4.II.2 (détails voir ci-dessous sous le point 6.5.), assuré gratuitement à la police collective d'assurance hospitalisation Proximus (N° 03446880 ou n° 03446881).	Oui	Oui
Enfant orphelin gratuitement assuré à la police collective d'assurance hospitalisation Proximus (N°3446870 et 03446871) au 31/12/2022 (détails voir ci-dessous sous le point 6.6.).	Oui	Oui

Les mesures de correction sociale portent sur la prise en charge intégrale par Proximus de :

- 6.1. La prime et de la franchise prévue dans le plan “Sécurité” pour le collaborateur non actif, quel que soit son état civil (marié, cohabitant ou isolé), dont le revenu globalement imposable du ménage équivaut au montant d’une pension de retraite secteur public au taux minimum légal (taux retraité marié) majoré de 30 % ; en 2023, ce montant est arrêté à 32.845,03 € (exercice d’imposition 2022 - revenus 2021) ; cette mesure est liée à l’introduction par l’assuré, auprès de Vanbreda, de son dernier avertissement - extrait de rôle (opération unique à réaliser au moment de l’introduction de la demande d’affiliation ou ultérieurement si les revenus devaient diminuer) ;
- 6.2. La franchise prévue dans le plan “Sécurité” pour le collaborateur non actif assuré dont le revenu globalement imposable du ménage n’excède pas en 2023 le plafond de 44.802,93 € (exercice d’imposition 2022 - revenus 2021) ; cette mesure est liée à l’introduction par l’assuré, auprès de Vanbreda, de son dernier avertissement-extrait de rôle (opération unique à réaliser au moment de l’introduction de la demande d’affiliation ou ultérieurement si les revenus devaient diminuer) ;
- 6.3. La prime prévue dans le plan “Sécurité” pour le conjoint corésidant ou le partenaire cohabitant affilié à la police d’assurance hospitalisation Proximus (n° 03446850 ou 03446851) au 31/12/2022 dans le cadre d’une affiliation gratuite reconnue, en application des mesures de correction sociale approuvées en Commission Paritaire du 24 mars 2004 ;
- 6.4. La prime prévue dans le plan “Sécurité” pour le conjoint survivant affilié à la police d’assurance hospitalisation Proximus (N°03446860 ou 03446861) au 31/12/2022 dans le cadre d’une affiliation gratuite reconnue, en application des mesures de correction sociale approuvées en Commission Paritaire du 24 mars 2004 ; cette mesure est liée à l’introduction annuelle par l’assuré d’une preuve de vie à demander l’administration communale ;
- 6.5. La prime et de la franchise prévue dans le plan “Sécurité” et le plan “Prévoyance+” pour les enfants handicapés sans limite d’âge ;
- 6.6. La prime et de la franchise prévue dans le plan “Sécurité” et le plan “Prévoyance+” pour les enfants orphelins.

Le bénéfice des mesures de correction sociale visées sub 6.1., 6.2., 6.3. et 6.4. est accordé à partir du moment où le demandeur introduit sa demande auprès de Vanbreda (c’est-à-dire sans rétroactivité) et court durant toute la durée du contrat conclu auprès de Vanbreda (à savoir, 2021, 2022 et 2023), sans que le demandeur n’ait à réintroduire annuellement son dernier avertissement - extrait de rôle.

Les coûts inhérents à l’application des différentes mesures de correction sociale sont pris en charge par Proximus.

Chapitre 7

Primes

7.1. Généralités.

La quote-part personnelle de la prime est le coût de l’assurance pour l’affilié. L’assureur en demandera le paiement via domiciliation. Les primes sont dues par mois entier.

Les primes sont établies sur base de quatre classes d’âge :

- 00 - 24 ans, c’est-à-dire jusqu’au terme du mois au cours duquel l’assuré atteint l’âge de 25 ans ;
- 25 - 64 ans, c’est-à-dire jusqu’au terme du mois au cours duquel l’assuré atteint l’âge de 65 ans ;
- 65 - 74 ans, c’est-à-dire jusqu’au terme du mois au cours duquel l’assuré atteint l’âge de 75 ans ;
- plus de 75 ans.

Les primes payées par l’assuré ne sont pas déductibles parce que les indemnisations dont ils bénéficient en application du présent règlement ne sont pas fiscalisables.

7.2. Enfants.

Il n’y a pas de prime à payer par les enfants bénéficiaires du plan “Sécurité” dès lors qu’ils répondent aux conditions d’admissibilité requises.

Leur affiliation est entièrement prise en charge par Proximus.

7.3. Membre du personnel non actif.

Hormis s’il bénéficie de la mesure de correction sociale visée au chapitre 6.1., celui-ci adhère au plan hospitalisation “Sécurité” sur une base libre, volontaire et contributive. Son affiliation est liée à l’introduction d’une demande et au paiement de sa quote-part de prime. L’intéressé s’acquitte directement par domiciliation auprès de Vanbreda du montant mensuel de la prime dont il est redevable.

7.4. Epoux(se) co-résidant(e), partenaire cohabitant(e) ou conjoint survivant.

Hormis s’il bénéficie de la mesure de correction sociale visée au chapitre 6.3 ou 6.4., celui-ci adhère au plan hospitalisation “Sécurité” sur une base libre, volontaire et contributive. Son affiliation est liée à l’introduction d’une demande et au paiement de l’intégralité de la prime d’assurance. L’intéressé(e) s’acquitte directement par domiciliation auprès de Vanbreda du montant mensuel de la prime dont il (elle) est redevable.

Les éventuelles évolutions tarifaires ultérieures émanant du prestataire seront intégralement à charge du conjoint, du partenaire cohabitant ou du conjoint survivant bénéficiaire assuré.

7.5. Prise en charge du coût de la prime.

Les primes ainsi que tous impôts, taxes et cotisations établis ou à établir du chef des primes perçues ou des sommes assurées sont :

- intégralement à charge de Proximus pour les affiliés visés au chapitre 6. au point 6.1., 6.3., 6.4., 6.5. et 6.6.;
- intégralement à charge de Proximus pour les enfants affiliés visés au chapitre 4, II;
- partiellement à charge de Proximus et du collaborateur non actif contributif visé au chapitre 7.3. (co-financement);
- intégralement à charge du conjoint co-résidant, du partenaire cohabitant ou du conjoint survivant visé au chapitre 7.4. qui adhère au plan collectif à tarif préférentiel et en paie 100 % du prix;
- intégralement à charge de l'assuré en cas de continuation individuelle.

7.6. Contrôle de paiement.

L'assuré est invité à contrôler l'exécution du paiement de sa quote-part de prime ou de sa prime dont il est mensuellement redevable.

7.7 Absence de paiement de la prime.

En cas de non paiement de la prime, la garantie est suspendue par lettre recommandée comprenant sommation à payer dans un délai de quinze jours à compter du lendemain de son dépôt à la poste. En l'absence de paiement, la résiliation est effective à l'expiration du dit délai.

7.8. Plan "Sécurité". Tableau de la quote-part personnelle mensuelle en 2021-2022-2023.

	Catégorie d'affiliés	Classes d'âge	Prime mensuelle 2021-2022-2023
Quote-part personnelle mensuelle (paiement via domiciliation)	Collaborateur non actif éligible	00 - 24	0,00 €
		25 - 64	1,45 €
		65 - 74	2,27 €
		75 - **	4,14 €
	Enfant éligible		0,00 €
	Bénéficiaire d'un accès gratuit au plan Sécurité (correction sociale)	00 - 24	0,00 €
		25 - 64	0,00 €
		65 - 74	0,00 €
		75 - **	0,00 €
	Conjoint/partenaire cohabitant et conjoint survivant	00 - 24	2,25 €
		25 - 64	15,73 €
		65 - 74	24,70 €
		75 - **	44,91 €

Chapitre 8

Exclusions – Limitations

Ne sont pas comprises dans la garantie, les hospitalisations, pré- et post-hospitalisations ainsi que les maladies graves provoquées, aggravées ou prolongées par le fait intentionnel ou par une faute grave de l'assuré, du bénéficiaire ou de toute autre personne ayant un intérêt à toucher les remboursements inhérents à l'application du présent règlement.

Par fait intentionnel, il faut entendre l'acte qui est posé avec l'intention de causer des dommages corporels à un assuré. Par faute grave, il faut entendre :

- a. Toute participation à des méfaits, duels, paris ou défis, rixes, disputes, crimes ou délits sauf en cas de légitime défense ou d'obligation légale d'assistance à personne en danger ;
- b. Tout acte notoirement téméraire, dont on est censé savoir qu'il constitue une menace à l'intégrité physique, sauf dans le cas d'une tentative pour sauver des personnes ou des biens ;
- c. Tout acte notoirement téméraire, posé par un tiers avec l'approbation de l'assuré ou de toute personne ayant un intérêt à toucher les remboursements inhérents à l'application du présent règlement, par lequel un assuré subit des dommages corporels ;
- d. Toute forme d'intoxication alcoolique, ainsi que tout abus d'alcool, de stupéfiants ou de médicaments, ou tout fait quelconque survenant à l'assuré pendant qu'il se trouve manifestement et visiblement sous l'influence de ces produits, sauf si l'assuré peut prouver

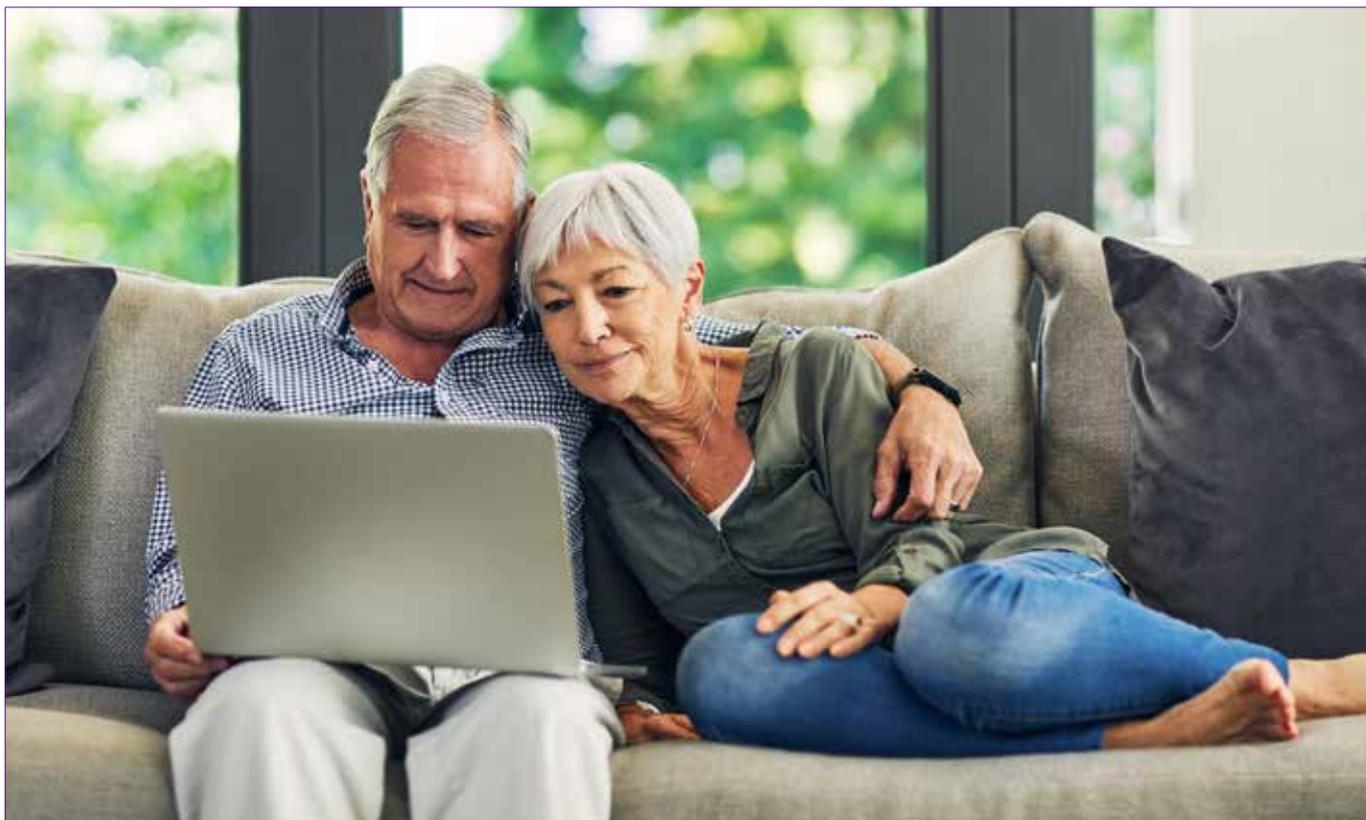
qu'il ou elle a été obligé(e) d'abuser d'alcool, de stupéfiants ou de médicaments ou que cet abus s'est produit par ignorance et s'il existe un rapport de cause à effet entre cet état et le sinistre ;

- e. L'alcoolisme, l'utilisation de stupéfiants, l'assuétude ou quelque forme que ce soit de toxicomanie s'il existe un rapport de cause à effet entre cet état et le sinistre ;

- f. Toute mutilation volontaire ou tentative de suicide.

Sont également exclues de la garantie, les hospitalisations, pré- et post-hospitalisations ainsi que les maladies graves causées ou prolongées par :

- a. L'effet de la modification de la structure atomique de la matière, l'accélération artificielle des particules atomiques et l'émission de radio-isotopes, sauf dans le cadre d'un traitement ou examen médical ;
- b. La guerre ou un état qui s'y assimile de fait, troubles civils ou révolte auxquels l'assuré participe activement ;
- c. Des accidents survenus à l'assuré lors de sa participation à des exercices ou des opérations militaires, à des manœuvres, aux cérémonies et tâches militaires ainsi que durant l'usage ou la manipulation d'armes pendant le service militaire ;
- d. Les entraînements préparatoires et la participation à des manifestations sportives en tant que sportif rémunéré ;
- e. L'usage d'un moyen de transport aérien autrement que comme passager dans un avion ou hélicoptère aménagé pour transporter des personnes ;
- f. La pratique d'un sport aérien ou d'un sport entraînant l'usage d'un véhicule à moteur.



Chapitre 9

Montants d'intervention

En cas d'occupation d'une chambre commune ou à deux lits

Prise en charge d'une dépense couverte par le plan "Sécurité" sur base :

- des prestations médicales garanties qui comportent un numéro de nomenclature I.N.A.M.I. et donnent lieu à intervention de la part de l'I.N.A.M.I.; celles-ci sont indemnisées à 100 % de la différence entre le montant payé et le montant de l'intervention légale obtenue pour les garanties "Hospitalisation", "Pré-et post-hospitalisation" et "Maladies graves" en ce compris les suppléments éventuels;

- des prestations médicales garanties qui comportent un numéro de nomenclature I.N.A.M.I. et les médicaments enregistrés couverts, et qui ne donnent pas lieu à intervention de la part de l'I.N.A.M.I. (cas de la personne qui n'est pas en ordre de mutualité, a dépassé la limite d'âge fixée par la loi pour certains types de soins ou ne satisfait pas aux conditions légales d'octroi, ...); celles-ci sont indemnisées à 100 % de la différence entre le montant payé et le montant de l'intervention légale fictivement obtenue pour les garanties "Hospitalisation", "Pré-et post-hospitalisation" et "Maladies graves" en ce compris les suppléments éventuels;
- des prestations médicales garanties qui ne comportent pas de numéro de nomenclature I.N.A.M.I.; celles-ci sont indemnisées à 100 % sous la garantie "Hospitalisation" et à 50 % sous les garanties "Pré-et post-hospitalisation" et "Maladies graves".

Plan Sécurité. Montants d'indemnisation. Occupation d'une chambre commune ou double.

Types de prestations	Séjours et soins en milieu hospitalier ⁽¹⁾	Soins ambulatoires ⁽²⁾	
		Pré- et post-hospitalisation	Maladies graves
Suppléments pour frais de séjour.	Légalement interdit	Hors propos	
Prestations médicales couvertes qui portent un n° I.N.A.M.I. et qui sont remboursées par l'I.N.A.M.I.	100% de la différence entre le montant payé et le montant de l'intervention légale réellement obtenue.		
Prestations médicales couvertes qui portent un n° I.N.A.M.I. et qui ne sont pas remboursées par l'I.N.A.M.I. ⁽³⁾	100% de la différence entre le montant payé et le montant de l'intervention légale fictivement obtenue.		
Prestations médicales couvertes qui ne portent pas de n° I.N.A.M.I. et qui ne sont pas remboursées par l'I.N.A.M.I.	100% des frais restant à charge	50%	
Franchise	En hospitalisation d'au moins une nuit	75,00 €	Hors propos ⁽⁴⁾
	En "hospitalisation de jour"	0,00 €	Hors propos

(1) Sous réserve des dispositions spécifiques relatives à la franchise ainsi qu'à la chirurgie laser et à la kératotomie, et pour autant que les prestations figurent sur la facture originale d'hospitalisation.

(2) À condition d'être prescrits par un prestataire de soins agréé et d'être en rapport avec la raison de l'hospitalisation ou avec une maladie grave couverte.

(3) Si l'assuré n'a pas reçu d'indemnité légale pour quel que motif que ce soit, il sera déduit une indemnité fictive identique à l'indemnité légale prévue par la législation sociale belge en matière d'assurance maladie et invalidité des travailleurs salariés.

(4) La franchise s'applique sur les frais hospitalisation couverts et, au besoin, sur les frais pré- et posthospitalisation à indemniser.

En cas d'occupation d'une chambre particulière

Prise en charge d'une dépense couverte par le plan "Sécurité" sur base :

- des prestations médicales garanties qui comportent un numéro de nomenclature I.N.A.M.I. et donnent lieu à intervention de la part de l'I.N.A.M.I.; celles-ci sont indemnisées à 100 % de la différence entre le montant payé et le montant de l'intervention légale obtenue pour les garanties "Hospitalisation", "Pré- et post-hospitalisation" et "Maladies graves" en ce compris les suppléments éventuels; les suppléments d'honoraires éventuels sont plafonnés à 100 % de l'intervention I.N.A.M.I.;
- des prestations médicales garanties qui comportent un numéro de nomenclature I.N.A.M.I. et les médicaments

enregistrés couverts, et qui ne donnent pas lieu à intervention de la part de l'I.N.A.M.I. (cas de la personne qui n'est pas en ordre de mutualité, a dépassé la limite d'âge fixée par la loi pour certains types de soins ou ne satisfait pas aux conditions légales d'octroi, ...); celles-ci sont indemnisées à 100 % de la différence entre le montant payé et le montant de l'intervention légale fictivement

obtenue pour les garanties "Hospitalisation", "Pré- et post-hospitalisation" et "Maladies graves" en ce compris les suppléments éventuels;

- des prestations médicales garanties qui ne comportent pas de numéro de nomenclature I.N.A.M.I.; celles-ci sont indemnisées à 100 % sous la garantie "Hospitalisation" et à 50 % sous les garanties "Pré- et post-hospitalisation" et "Maladies graves".

Plan Sécurité. Montants d'indemnisation. Occupation d'une chambre particulière.			
Types de prestations	Séjours et soins en milieu hospitalier ⁽¹⁾	Soins ambulatoires ⁽²⁾	
		Pré- et post-hospitalisation	Maladies graves
Suppléments pour frais de séjour.	Pas couvert	Hors propos	
Prestations médicales couvertes qui portent un n° I.N.A.M.I. et qui sont remboursées par l'I.N.A.M.I.	100% de la différence entre le montant payé et le montant de l'intervention légale réellement obtenue, plafonné à 100% de l'intervention I.N.A.M.I. pour ce qui concerne les suppléments d'honoraires.	100% de la différence entre le montant payé et le montant de l'intervention légale réellement obtenue.	
Prestations médicales couvertes qui portent un n° I.N.A.M.I. et qui ne sont pas remboursées par l'I.N.A.M.I. ⁽³⁾	100% de la différence entre le montant payé et le montant de l'intervention légale fictivement obtenue, plafonné à 100% de l'intervention I.N.A.M.I. pour ce qui concerne les suppléments d'honoraires.	100% de la différence entre le montant payé et le montant de l'intervention légale fictivement obtenue.	
Prestations médicales couvertes qui ne portent pas de n° I.N.A.M.I. et qui ne sont pas remboursées par l'I.N.A.M.I.	100% des frais restant à charge	50%	
Franchise	En hospitalisation d'au moins une nuit	75,00 €	Hors propos ⁽⁴⁾
	En "hospitalisation de jour"	0,00 €	Hors propos

(1) Sous réserve des dispositions spécifiques relatives à la franchise ainsi qu'à la chirurgie laser et à la kératotomie, et pour autant que les prestations figurent sur la facture originale d'hospitalisation.

(2) À condition d'être prescrits par un prestataire de soins agréé et d'être en rapport avec la raison de l'hospitalisation ou avec une maladie grave couverte.

(3) Si l'assuré n'a pas reçu d'indemnité légale pour quel que motif que ce soit, il sera déduit une indemnité fictive identique à l'indemnité légale prévue par la législation sociale belge en matière d'assurance maladie et invalidité des travailleurs salariés.

(4) La franchise s'applique sur les frais hospitalisation couverts et, au besoin, sur les frais pré- et posthospitalisation à indemniser.

Chapitre 10

Mode de calcul de l'intervention

Si l'assuré est soigné dans un hôpital qui a conclu un accord de remboursement direct avec le prestataire, les frais réellement encourus sont réglés directement avec l'hôpital (voir ci-dessous "Paiement direct via le système "Medi-Link").

Les soins médicaux dispensés en dehors de l'hôpital sont remboursés à condition que l'assuré fournisse les documents au prestataire, au plus tard trois ans après la date de la prestation. Par ces documents on entend : tous les justificatifs légaux des frais et les reçus de la mutuelle ainsi que les preuves des indemnités qu'il a perçues via une assurance obligatoire ou une autre assurance à laquelle il a souscrit.

Le prestataire peut, s'il le juge nécessaire, exiger des pièces justificatives complémentaires.

Montant du remboursement sur base des factures et notes de débours transmises par l'assuré.

Le prestataire paie à l'assuré après réception des factures originales et à concurrence du pourcentage d'intervention indiqué au chapitre 9, la différence entre, d'une part :

le montant des frais réellement encourus et repris sur la facture, couverts par le présent règlement ; et d'autre part :

l'indemnité légale et les autres indemnités ou interventions perçues, de quelle que nature qu'elles soient.

Le solde ainsi obtenu est remboursé, compte tenu du montant de la franchise éventuellement appliquée, par assuré et par année civile.

Paiement direct via le système "Medi-Link".

Pour l'admission dans un hôpital en Belgique qui a conclu un accord de paiement direct avec le prestataire, Vanbreda paiera les frais des soins et des services dispensés directement à l'hôpital, sous réserve de conformité avec les règles dudit contrat.

De ce fait, Vanbreda devient subrogé de droit pour les frais payés.

Tout paiement se fera toujours sous réserve d'un contrôle par le porteur de risque ou son prestataire, des garanties relatives au sinistre.

Si l'assuré fait usage de ce système de paiement direct, il accepte que le prestataire paie pour le compte de celui qui devrait normalement assumer les frais.

En outre, l'assuré s'engage à rembourser les dépenses non couvertes par le règlement si le porteur de risque ou son prestataire les a réglées directement avec l'hôpital. Les frais à honorer par ce dernier sont justifiés par l'envoi par le porteur de risque ou son prestataire d'un relevé qui détaille les postes non couverts (franchise éventuelle, boissons, frais de téléphone, etc).

Le porteur de risque ou son prestataire obtient toujours le droit de propriété des factures originales, belges et étrangères. Le prestataire rembourse les frais encourus pendant la période d'affiliation.

Chapitre 11

Franchise

Une franchise (la part des frais remboursés qui reste à charge de l'assuré) par année civile et par assuré, est applicable pour tout type d'hospitalisation.

Ce montant est déduit des frais garantis une seule fois par année civile et par assuré.

La franchise n'est applicable qu'aux seules garanties "hospitalisation" et "pré- et post-hospitalisation". Elle n'est pas d'application sur les remboursements des soins ambulatoires en relation avec une maladie grave couverte.

En outre, la franchise ne sera déduite qu'une seule fois :

- dans le cas où plusieurs assurés du même ménage sont impliqués dans le même accident ;
- en matière de frais d'accouchement, pour la mère et pour l'enfant ;
- pour une hospitalisation qui prend effet dans les 30 jours qui précèdent la fin de l'année civile et qui se termine dans les 30 jours suivant le début de la nouvelle année civile.

Plan "Sécurité" - Franchise

Franchise selon le type de chambre choisi pour convenances personnelles.	En cas d'occupation d'une chambre commune ou à 2 lits	En cas d'occupation d'une chambre particulière
Franchise. (par année civile)	75,00 €	75,00 €
Franchise one-day-clinic. (par année civile)	0,00 €	0,00 €

Chapitre 12

Déclaration du sinistre Obligations de l'assuré et de Vanbreda

Déclaration de l'hospitalisation.

Toute hospitalisation et tout événement pouvant faire intervenir les garanties du présent règlement doivent être déclarés à Vanbreda soit :

- via l'application Vanbreda sur votre smartphone ;
- via le formulaire de déclaration en ligne via le lien rapide **"Déclaration hospitalisation"** sur <https://www.vanbreda-health.be/fr/declaration-hospitalisation/> ;
- par téléphone au n° **0800 90 565** (en Belgique) ou **00 32 3 217 50 81** (si vous appelez de l'étranger) spécifiquement dédié à Proximus ;
- au moyen d'un formulaire de déclaration d'hospitalisation (à obtenir auprès de Vanbreda).

À cette occasion, vous communiquez à Vanbreda la date et le motif de l'admission (intervention et/ou examen) et le nom de l'hôpital que vous avez choisi.

Système "Medi-Link" - Régime du tiers-payant.

Généralités

Les affiliés disposent du système Medi-Link. Téléchargez l'app de Vanbreda pour avoir votre carte électronique et celles des membres de votre famille toujours à portée de main. Vanbreda ne fournit plus de carte plastique.

Lorsque l'assuré est admis dans un hôpital en Belgique, affilié au système "Medi-Link", il ne devra payer aucune facture ni déboursier aucun acompte en cas d'hospitalisation couverte. Les frais des soins et des services dispensés sont automatiquement réglés par Vanbreda avec l'hôpital.

Il s'agit du système du tiers-payant.

Les frais non couverts (ex.: franchise, frais de téléphone, location de télévision,...) restent à charge de l'assuré et lui seront réclamés ultérieurement par Vanbreda si ce dernier les a réglés directement avec l'hôpital. En pareil cas, l'assuré s'engage à rembourser les frais non couverts à Vanbreda.

Le système du tiers-payant est appliqué sous réserve du caractère rigoureusement exact et complet des informations fournies lors de la notification de l'hospitalisation. En cas de fraude ou de tout autre agissement ou omission volontaire, la somme totale qui a été versée à l'établissement hospitalier sera réclamée à l'assuré.

Le système de tiers payant n'est pas appliqué pour :

- certaines causes d'hospitalisation qui ne sont pas couvertes par le présent règlement ;
- un nombre limité d'affections pour lesquelles plus d'informations sont nécessaires au médecin-conseil de Vanbreda ; dans ce cas, l'assuré fournira des informations complémentaires afin de permettre au médecin-conseil de Vanbreda de statuer sur la prise en charge de son hospitalisation.

Conditions générales d'utilisation

a) Seule l'hospitalisation qui est signalée à temps à Vanbreda, qui est couverte par le Plan "Sécurité" de Proximus et qui est effectuée dans un établissement hospitalier affilié à Medi-Link est susceptible d'acceptation.

L'assuré vérifie si l'hôpital choisi y est affilié en se renseignant auprès de l'hôpital ou en consultant la liste des hôpitaux affiliés sur le site de Vanbreda :

<https://www.vanbreda-health.be/fr/medi-link/>

b) La notification de l'hospitalisation prévue doit être faite au plus tard 15 jours avant l'admission dans l'établissement hospitalier. Si les informations obtenues lors de la notification sont insuffisantes ou imprécises, un complément d'information sera demandé.

Ces informations devront être en possession de Vanbreda au plus tard 7 jours avant l'admission dans l'établissement hospitalier, de manière à permettre une acceptation éventuelle en temps voulu.

Les admissions d'urgence doivent être communiquées à Vanbreda aussi rapidement que possible et sont traitées prioritairement. Lorsque l'admission résulte d'un accident, il y a lieu de l'indiquer explicitement lors de la notification de l'hospitalisation.

En cas d'hospitalisation à la suite d'un accident impliquant des tiers, l'assuré se doit de faire parvenir à Vanbreda un formulaire de déclaration d'hospitalisation dûment complété et signé.

Lorsque le planning de l'hospitalisation est modifié ou si l'hospitalisation concernée diffère de celle qui était prévue, il y a lieu de le notifier expressément et sans délai à Vanbreda.

c) La décision concernant l'acceptation de l'hospitalisation est unique et ne vaut que pour la date d'admission communiquée.

La décision est exclusivement confirmée par écrit à l'assuré. Il est fait exception à cette acceptation unique dans les cas :

- d'accouchement : la date d'accouchement prévue doit être communiquée à temps ; la lettre d'acceptation concernant l'accouchement signalé doit être présentée à l'établissement hospitalier lors de l'admission ;
- d'admission psychiatrique ou d'hospitalisation de longue durée : l'acceptation vaut pour une durée maximale de 90 jours ; passé ce délai, une nouvelle notification doit être faite, même s'il s'agit de la même hospitalisation.

d) Lorsqu'une hospitalisation est acceptée, tous les frais facturés sont directement payés par Vanbreda à l'établissement hospitalier.

Le paiement direct ne vaut que pour les hospitalisations donnant lieu à des frais de séjour, y compris les frais de one-day-clinic tel que défini au chapitre 2. S'il apparaît, à la réception de la facture de l'hôpital, qu'aucun frais de séjour n'a été porté en compte,

Vanbreda renverra la dite facture non payée à l'établissement hospitalier en le priant d'en réclamer le paiement directement auprès de l'assuré.

Vanbreda fournit à l'assuré le décompte détaillé.

L'hôpital envoie la facture à l'assuré pour information.

La franchise éventuelle et les frais non couverts par la garantie doivent être versés à Vanbreda dans les 30 jours calendrier suivant la réception du décompte, dans le respect de la communication structurée reprise sur le décompte.

Si le montant dû n'est pas réglé dans ce délai de 30 jours, les paiements dans le cadre du remboursement des frais antérieurs et postérieurs éventuellement introduits en rapport avec la même hospitalisation et/ou dans le cadre des frais introduits en rapport avec une autre hospitalisation seront bloqués. Dès que le solde dû sera en possession de Vanbreda, les paiements bloqués seront libérés. Vanbreda se réserve toutefois le droit d'opérer une compensation avec d'éventuels soldes dus impayés. Le taux d'intérêt légal en vigueur pourra être appliqué à ce niveau.

Si aucun paiement n'est intervenu dans les 45 jours calendrier suivant la réception du décompte, Proximus en sera informé. Après 75 jours de non-paiement, le système Medi-Link sera bloquée pour toute la famille. Ce blocage deviendra irrévocable après un délai de 3 mois.

Utilisation du système Medi-Link en cas d'hospitalisation en Belgique dans un hôpital affilié.

Votre hospitalisation est planifiée.

ETAPE 1 : VOUS PRÉVENEZ VANBRED A

En cas d'hospitalisation prévue à l'avance, déclarez l'hospitalisation à Vanbreda au plus tard 15 jours avant l'admission à l'hôpital via l'application sur votre smartphone, via le lien rapide "**Déclaration hospitalisation**" sur <https://www.vanbreda-health.be/fr/declaration-hospitalisation/> ou par téléphone (tél: **0800 90 565** – spécifiquement dédié à Proximus).

Trois situations peuvent se présenter :

1. Vanbreda accepte l'admission :
 - > Vous recevez une lettre confirmant l'acceptation du paiement direct ainsi qu'un code d'identification pour le système du tiers-payant. Ce code commence par O10. Ce code est clairement indiqué dans la lettre d'acceptation reçue par l'assuré ;
 - > Lors d'une déclaration par téléphone, ce code est également donné oralement ;
 - > 2 jours avant l'admission, vous recevez un mail vous confirmant encore le code d'identification ;
 - > L'hôpital envoie la facture d'hospitalisation à l'assuré, avec la mention claire que l'assuré ne doit pas payer. La facture d'hospitalisation ne sera donc plus en annexe du décompte que l'assuré reçoit de Vanbreda.

Pour que l'enregistrement à l'hôpital s'effectue rapidement, il est important que l'assuré présente le code d'identification à l'accueil. Ainsi, l'hôpital établit immédiatement le lien vers le bon dossier et l'inscription à l'accueil se fait sans accroc.

Bon à savoir : La liste des hôpitaux qui travaillent avec Medi-Link est plus étendue que celle des hôpitaux qui travaillent avec AssurCard. Pour les hôpitaux qui ne travaillent pas avec AssurCard, mais bien avec Medi-Link, l'ancienne procédure reste applicable. Dans ce cas, l'assuré ne recevra pas de code O10 et nous confirmerons les déclarations à l'hôpital par e-mail.

Vanbreda informera clairement l'assuré pour chaque hospitalisation avec quelle procédure l'hôpital travaille.

2. Vanbreda ne peut pas accepter l'admission : l'hôpital et vous-même recevez un message indiquant que le régime du tiers-payant n'est pas applicable. Dans ce cas, vous devez régler vous-même la(les) facture(s) et transmettre les factures originales ultérieurement à Vanbreda pour examen et indemnisation éventuelle.
3. Vanbreda n'a pas reçu assez d'informations pour déterminer si l'hospitalisation peut être acceptée et vous demande des renseignements supplémentaires : sur base de ces informations - qui doivent être en possession de Vanbreda au plus tard 7 jours avant l'admission - Vanbreda vous fait connaître la décision définitive.

ETAPE 2 : AVANT LE DÉPART

N'oubliez pas de vous munir des documents nécessaires : la carte d'identité, la lettre ou le mail de Vanbreda concernant le système de tiers-payant, le code d'identification (O10-code), le carnet de vaccination, la carte de groupe sanguin, les radios éventuelles d'examens préparatoires,...

ETAPE 3 : À L'HÔPITAL

Au moment de l'admission, vous montrez à la réception le courrier de confirmation de Vanbreda attestant que vous bénéficiez du régime du tiers-payant et **le code d'identification Medi-Link**. Le collaborateur de l'hôpital règle la procédure et lance le système du tiers payant. À partir de ce moment, vous ne déboursez aucun acompte et les factures sont automatiquement réglées entre l'hôpital et Vanbreda.

ETAPE 4 : VOUS RECEVEZ UN DÉCOMPT E

Après le paiement à l'hôpital, Vanbreda vous envoie un décompte détaillé. Le décompte vous donne un aperçu des frais payés par Vanbreda et des frais qui ne sont pas pris en charge dans le cadre du présent règlement (franchise éventuelle, boissons, frais de téléphone,...) et dont vous devez vous acquitter personnellement.

Vous remboursez à Vanbreda les frais non couverts au moyen de formulaire de virement joint au décompte.

L'hôpital vous envoie pour info la facture d'hospitalisation.

Votre hospitalisation n'est pas planifiée.

En cas d'hospitalisation d'urgence, le nécessaire peut être fait pendant toute la durée de l'hospitalisation, par vous-même ou un de vos proches soit :

- via l'application sur votre smartphone ;
- déclaration en ligne via le lien rapide **“Déclaration hospitalisation”** sur <https://www.vanbreda-health.be/fr/declaration-hospitalisation/> ;
- par téléphone au n° **00800 90 565** spécifiquement dédié à Proximus ;
- au moyen d'un formulaire de déclaration d'hospitalisation (à obtenir auprès de Vanbreda).

Vanbreda examine immédiatement les données.

Vanbreda vous envoie le code d'identification Medi-Link que vous devez communiquer à l'hôpital pour démarrer la procédure de tiers-payant.

Situations où le système “Medi-Link” n'est pas d'application.

La procédure ci-après est à suivre :

- si l'hôpital n'est pas affilié au système “Medi-Link” ;
- si l'hospitalisation a lieu à l'étranger ;
- si l'assuré a omis de déclarer son hospitalisation avant ou pendant son séjour à l'hôpital.

Dans ces cas, l'assuré **ne peut pas recourir au système du tiers payant**. La déclaration et la facturation suivent la voie classique (papier) :

- 1) si c'est la procédure habituelle à l'hôpital, l'assuré paye un acompte à l'admission ;
- 2) l'assuré remplit le formulaire de déclaration d'hospitalisation prévu à cet effet et le renvoie à Vanbreda dans les meilleurs délais (15 jours calendrier) par courrier (avec l'enveloppe “inutile d'affranchir”), via l'application ou par mail ; il joint tout document, attestation ou rapport justifiant le sinistre et sa gravité ; si l'assuré ne dispose pas d'un tel formulaire, il peut en demander un exemplaire directement à Vanbreda. La déclaration peut également se faire en ligne via le lien rapide “Déclaration hospitalisation” sur <https://www.vanbreda-health.be/fr/formulaire-de-frais/> ou via l'application ;
- 3) S'il le juge nécessaire, Vanbreda peut demander des justificatifs complémentaires pertinents ;
- 4) Vanbreda confirme cette déclaration immédiatement (dans un délai de 5 jours ouvrables) par écrit à l'assuré ; dans cette notification, il indique le numéro de sinistre unique à utiliser dans toute correspondance ultérieure et à mentionner spécifiquement sur chaque pièce ; avec cet envoi, l'assuré reçoit un nouveau formulaire de déclaration d'hospitalisation accompagné de l'enveloppe “inutile d'affranchir” (uniquement si déclaration par la poste) et d'un formulaire de coûts qu'il peut utiliser par rentrer les frais.

- 5) En cas d'admission couverte, Vanbreda rembourse immédiatement 50 % de l'acompte payé à l'hôpital, sur présentation d'une pièce justificative probante.
- 6) Après l'hospitalisation, l'assuré reçoit la facture de l'hôpital. L'assuré envoie à Vanbreda les factures et/ou les notes de frais de préférence via l'application ou sur <https://www.vanbreda-health.be/fr/formulaire-de-frais/> (facture d'hospitalisation, reçus de la pharmacie, etc., - les factures originales ne sont plus exigées, sauf en cas de contrôle par Vanbreda), ainsi que le décompte du remboursement de la mutualité et toute preuve d'une indemnité éventuelle en exécution de quelque contrat d'assurance que ce soit, et ce au plus tard trois ans après la prestation ; afin d'éviter tout risque d'erreur, l'assuré est tenu de mentionner sur toutes ces pièces le numéro de sinistre qui lui a été attribué. De préférence, l'assuré renvoie aussi le formulaire de coûts qu'il a reçu de Vanbreda.

Attention, pour les traitements en “one-day-clinic”, lorsque le montant total de la facture ne dépasse pas une certaine somme, certains hôpitaux n'envoient pas de facture. Dans ce cas, réclamez un extrait de votre facture au “service facturation” de la clinique qui confirmera ainsi qu'un forfait “one-day-clinic” a été facturé à la Mutuelle.

- 7) Le remboursement sera effectué sur le compte bancaire du bénéficiaire endéans les 15 jours calendrier suivant la réception par Vanbreda des factures et des justificatifs de remboursement de la Mutuelle, dûment complétés. Vanbreda s'engage à verser l'indemnité due dans ce délai pour 95 % au moins des dossiers de sinistres pour lesquels les justificatifs nécessaires et pertinents sont en sa possession.
- 8) Vanbreda fournit les informations détaillées sur les frais remboursés et sur les frais qui restent à charge de l'assuré. Lors de cet envoi, un nouveau formulaire de déclaration d'hospitalisation, un formulaire de coûts et une enveloppe “inutile d'affranchir” (uniquement si les coûts sont envoyés par la poste) seront également renvoyés à l'assuré. Ceux-ci pourront être utilisés lors d'une éventuelle hospitalisation ultérieure.

Chapitre 13

Suivi médical

L'assuré est tenu de fournir sans délai au prestataire toutes les informations utiles et de répondre aux questions qui lui sont posées, en vue de l'évaluation des circonstances et de l'étendue des dommages, conformément à l'article 74 § 2 de la loi du 4 avril 2014 sur le contrat d'assurance terrestre. À cette fin, l'assuré invitera le médecin traitant, chaque fois que cela s'avère nécessaire, à fournir les déclarations médicales nécessaires à l'exécution de la présente couverture.

Les frais d'un éventuel examen de contrôle auprès d'un médecin de contrôle sont à la charge du prestataire Vanbreda.

La désignation d'un médecin de contrôle est de la com-

pétence de Vanbreda le quel peut faire appel à cet effet, à un service d'expertise indépendant.

Chapitre 14

Âge final et fin de la couverture

Pour les membres du personnel non actifs, il n'y a pas d'âge final dès lors qu'ils répondent aux conditions d'admissibilité fixées dans le présent règlement.

Pour le collaborateur non actif, la garantie cesse de produire ses effets :

- lorsque ce dernier ne verse pas sa part contributive dans les délais requis ;
- au moment de son décès.

Pour l'enfant couvert, la garantie cesse de produire ses effets :

- au moment du décès de l'assuré principal (à savoir le collaborateur non actif) ;
- à la date à laquelle il perd le droit aux allocations familiales ou au plus tard lorsqu'il atteint ses 25 ans, (sauf s'il s'agit d'un enfant moins valide), lors de la fin de la cohabitation s'il s'agit des enfants du partenaire ;
- à partir de 18 ans, les enfants continuent à être affiliés, gratuitement, s'ils ont droit aux allocations familiales (cette condition n'est pas exigée pour les enfants moins valides, voir chapitre 4 II 2.) ; il appartient au collaborateur de fournir annuellement, et de sa propre initiative, à Proximus, une attestation d'allocations familiales ; si cette attestation n'est pas introduite pour le 15 octobre au plus tard, l'affiliation est automatiquement résiliée au 31 octobre.

Pour le conjoint, le partenaire cohabitant ou le conjoint survivant bénéficiaire assuré, la couverture cesse de produire ses effets :

- au moment de son décès ;
- au moment du décès de l'assuré principal (à savoir le collaborateur non actif) ; voir aussi les dispositions spéciales négociées pour les conjoints/partenaires devenant conjoints survivants (Chapitre 5., 5.2.)
- lorsqu'il ne paie pas les primes dans les délais requis ;
- au moment de la séparation des époux ou partenaires cohabitants ;
- lorsqu'il ne produit pas à l'échéance fixée la preuve de vie annuelle requise pour lui permettre de bénéficier de la gratuité du plan "Sécurité" (mesure de correction sociale).

Chapitre 15

Continuation a titre individuel

L'assuré (membre du personnel ou membre de sa famille) qui perd le bénéfice de la couverture collective, peut souscrire, à ses frais, sans délai d'attente, sans formalités médicales et sans interruption de couverture une assurance similaire à la couverture collective en continuation à titre individuel.

En cas de résiliation par l'assuré principal (c.à.d. le

collaborateur non actif) ou de perte par un assuré secondaire (le membre de la famille du collaborateur non actif) de son affiliation, Vanbreda informe l'assuré, au nom de Proximus, de la possibilité de continuation individuelle dans le respect de la procédure et des délais suivants :

ETAPE 1 :

Vanbreda informe l'assuré au nom de Proximus - par écrit ou, à la demande expresse de l'intéressé, par voie électronique - au plus tard dans les 30 jours suivant la perte du bénéfice de la couverture collective, de la possibilité de continuer le contrat, individuellement, en stipulant :

- 1) le moment précis de la perte de la couverture collective ;
- 2) le droit à la continuation individuelle ;
- 3) le délai endéans lequel ce droit peut être exercé ;
- 4) les coordonnées de l'entreprise d'assurances concernée.

Au-delà de cette étape, le décompte de la prime et l'administration du contrat individuel se font directement entre le demandeur - anciennement affilié au Plan "Sécurité" de Proximus - et l'entreprise d'assurances.

ETAPE 2 :

L'assuré principal et/ou les éventuels membres de sa famille assurés disposent d'un délai de 30 jours pour informer l'entreprise d'assurances de son (leur) intention de solliciter une continuation individuelle ; ce droit peut être prolongé de 30 jours à condition que l'assureur en soit formellement informé par écrit ou par voie électronique ; le non-respect de ce(s) délai(s) a pour conséquence la perte du droit à la continuation individuelle.

ETAPE 3 :

L'entreprise d'assurances dispose d'un délai de 15 jours pour soumettre à l'assuré une offre d'assurance comportant des garanties similaires à celle du Plan "Sécurité" de Proximus ; le calcul de la prime en cas de continuation individuelle s'effectue, entre autres, sur base de l'âge du demandeur au moment du transfert de la couverture collective vers le contrat individuel, à moins que l'assuré n'ait fait usage d'un préfinancement de la continuation individuelle (Art. 138bis -9 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre ajouté par la loi du 20 juillet 2007 - voir ci-après Chapitre 16).

ETAPE 4 :

L'assuré dispose d'un délai de 30 jours pour accepter ou non la proposition. À défaut de réponse dans ce délai, le droit à la continuation individuelle s'éteint.

Le conjoint ou partenaire cohabitant affilié qui n'est ni séparé ni divorcé du collaborateur non actif au moment du décès de ce dernier peut, lorsqu'il devient conjoint survivant, continuer à être affilié à la présente couver-

ture collective, moyennant prise en charge intégrale de la prime.

Chapitre 16

Préfinancement de la continuation individuelle

Conformément à la loi du 20 juillet 2007 (M.B. 10 août 2007) relative aux contrats privés d'assurance maladie, les assurés qui le souhaitent ont la faculté de préfinancer leur continuation individuelle en payant personnellement une prime complémentaire pour continuation individuelle.

Le paiement de ces primes complémentaires a pour effet que l'assuré bénéficie d'une prime plus avantageuse en cas de continuation individuelle.

S'il a fait usage du préfinancement, sa prime d'assurance individuelle sera en effet fixée en tenant compte :

- de son âge au moment où il a commencé à payer ses primes complémentaires et
- du nombre de mois de paiement (l'âge retenu pour le calcul de la prime est relevé en fonction d'une éventuelle interruption temporaire du paiement des primes complémentaires).

Pour obtenir une offre personnalisée et faire le choix qui correspond au mieux à vos attentes, n'hésitez pas à surfer sur www.plandattente.be ou à vous renseigner auprès des mutuelles.

Un conseil : comparez les garanties et les tarifs avant de conclure tout engagement.

Chapitre 17

Litiges d'ordre médical

Les litiges portant sur les aspects médicaux doivent être communiqués par l'assuré à Vanbreda par envoi recommandé dans les 30 jours calendrier qui suivent la décision du prestataire. Vanbreda informe Proximus Work-Life de l'introduction d'un recours et des suites qui y ont été apportées en garantissant l'anonymat de l'assuré.

Passé ce délai, la décision du prestataire est considérée comme acceptée.

Les litiges portant sur les aspects médicaux sont tranchés par une expertise médicale à l'amiable où les deux parties en présence, à savoir l'assuré et l'assureur, sur conseil éventuel du prestataire, nomment leur propre médecin. Ces deux médecins en désigneront un troisième qui n'interviendra que si les deux premiers ne parviennent pas à un accord.

Faute d'entente sur cette désignation, le choix sera fait par le Président du Tribunal de Première instance du domicile de l'assuré.

Chaque partie supporte les honoraires et les débours du médecin désigné par elle.

Les honoraires et les débours du troisième médecin

ainsi que les frais résultant d'exams spécialisés seront supportés pour moitié par chaque partie.

Sous peine de nullité de leur décision, les médecins ne peuvent s'écarter des dispositions du présent règlement et de ses avenants éventuels ; leur décision est définitive et sans appel pour les deux parties.

Chapitre 18

Déchéance

Il y a déchéance de droits et possibilité pour Vanbreda d'exiger le remboursement des indemnités et frais indûment payés :

- lorsque les suites d'une maladie ou d'un accident se trouvent alourdies du fait intentionnel ou avec l'accord de l'assuré ou de toute autre personne ayant un intérêt quelconque au versement, ou encore si le traitement médical prescrit n'est pas suivi ;
- lorsque l'assuré ou le bénéficiaire prend part à un crime ou un délit ;
- lorsque l'assuré ne respecte pas l'une de ses obligations - telles que fixée dans le présent règlement - et que suite à cela le porteur de risque a subi un préjudice ; dans ce cas, le porteur de risque, le cas échéant par l'intermédiaire du prestataire, a le droit de prétendre à une diminution de ses prestations jusqu'à concurrence du préjudice subi.

Le porteur de risque est en droit de refuser entièrement sa garantie lorsque l'assuré n'a pas respecté ses obligations dans une intention frauduleuse. Le porteur de risque pourra temporairement ou définitivement exclure l'assuré.

Chapitre 19

Recours

Le porteur de risque est subrogé dans les droits que l'assuré ou la personne qui les exerce pourrait faire valoir contre un tiers responsable à concurrence de l'indemnité octroyée du chef du présent règlement.

À la demande de Vanbreda, l'assuré réitérera cette subrogation par acte séparé.

En conséquence, l'assuré ou la personne qui exerce ses droits ne peut renoncer à quelque recours que ce soit sans l'autorisation écrite du porteur de risque ou de son prestataire.

Le porteur de risques ou son prestataire paye dans les limites de la présente police, les frais qui lui sont déclarés. Lorsqu'une tierce partie est tenue à une intervention (assureur accidents du travail, assureur automobile, assureur RC,...) il est compétent pour récupérer les sommes avancées auprès de ces tiers.

Chapitre 20

Domicile et correspondance

Les communications entre l'assuré et Vanbreda s'effectuent par courrier ou, à la demande expresse de l'assuré, par e-mail, via l'application sur votre smartphone ou via Doccle. En cas de litige, l'emploi d'une lettre recommandée constitue une mise en demeure suffisante.

L'envoi de cette lettre sera dûment justifié par le récépissé de la poste ; son contenu, par les copies de lettres dans les dossiers du prestataire.

L'assuré s'oblige à la réception de toute correspondance (lettre recommandée ou autre) que lui adresserait le prestataire.

L'assuré est tenu d'informer le prestataire de tout changement d'adresse au cours d'un sinistre. À défaut, toute lettre et tout exploit est valablement adressé à l'adresse notifiée.

Le domicile des parties est élu de droit, celui du porteur de risque à son siège social, celui du prestataire et de l'assuré à l'adresse notifiée.

Chapitre 21

Modifications des conditions

Proximus peut à tout moment modifier les présentes conditions. Les droits des assurés et les procédures à suivre sont déterminées par les dites conditions, en vigueur au moment du sinistre.

Chapitre 22

Phase de transition

Dans le cadre d'une mutation (entrée dans le plan hospitalisation collectif Proximus 2021, venant d'une assurance hospitalisation collective ou privée), il y a application du régime classique en vigueur entre assureurs. Ces derniers se basent pour indemniser les frais (pré et post hospitaliers, les frais exposés lors de l'hospitalisation elle-même et les frais de médecine ambulatoire liés à une maladie grave couverte) sur la date d'exposition des frais ; ceux exposés jusqu'à la date de mutation sont envoyés à l'ancien assureur, ceux exposés après la mutation sont à transmettre à Vanbreda.

Chapitre 23

Clause de sauvegarde

Tout fait ou toute contestation qui ne serait pas réglé par les clauses et les dispositions du présent règlement sera dans la mesure du possible réglé à l'aide du cahier des charges officiel de Proximus du 17 mai 2011. Si ce cahier des charges ne donne pas non plus de réponse définitive, Proximus et le prestataire chercheront en concertation et en bonne collaboration la solution la plus satisfaisante pour toutes les parties.

Toutes les parties peuvent se prévaloir des conditions des contrat et règlement dans la langue de leur choix.

Toutefois, lorsqu'une contestation naît d'une divergence entre les versions en français et en néerlandais, ce sera la version en français qui sera prise en considération pour trancher le litige éventuel.

11. Règlement plan hospitalisation “Prévoyance+”



Table des matières

Chapitre 1	
Généralités	39
Chapitre 2	
Garanties	39
Chapitre 3	
Affiliation, désaffiliation	39
Chapitre 4	
Primes	40
Chapitre 5	
Montants d'intervention	40
Chapitre 6	
Franchise	41
Chapitre 7	
Clause finale	41

Chapitre 1

Généralités

Le plan hospitalisation “Prévoyance+” étend et complète le plan hospitalisation “Sécurité”, principalement pour les assurés qui privilégient l’occupation d’une chambre particulière pour convenances personnelles et qui souhaitent, à cet égard, un renforcement de leur couverture pour indemniser leurs suppléments pour frais de séjour et leurs suppléments d’honoraires.

Il est accessible à toutes les personnes réunissant les conditions d’affiliation énumérées au chapitre 4 du règlement relatif au plan hospitalisation “Sécurité” **mais uniquement au moment de leur adhésion initiale à la couverture hospitalisation non actif.**

Autrement dit, le plan hospitalisation “Prévoyance+” n’est plus accessible à l’assuré qui a opté, au départ, pour le plan hospitalisation “Sécurité”. Ceci, en raison des principes d’assurances qui excluent la souscription d’une police ou d’une extension de garanties, en prévision d’un risque connu, avéré ou accru.

À l’inverse, il est toujours possible, à tous moments, de passer du plan hospitalisation “Prévoyance+” vers le plan hospitalisation “Sécurité”. Ce choix est alors définitif.

Le surcoût dû aux extensions de garanties prévues par le plan hospitalisation “Prévoyance+” est intégralement à charge de l’assuré.

Le règlement présenté ci-après reprend exclusivement les modifications apportées au plan hospitalisation “Sécurité”, dont les autres dispositions sont également applicables pour le plan hospitalisation “Prévoyance+”.

Chapitre 2

Garanties

Complétement aux garanties couvertes au Chapitre 3 du règlement relatif au plan hospitalisation “Sécurité”, le plan hospitalisation “Prévoyance+” prévoit les extensions de garanties suivantes :

2.1. les garanties “Hospitalisation - frais de séjours” fixées au Chapitre 3, point 3.2. du règlement relatif au plan hospitalisation “Sécurité” sont complétées comme suit dans le plan hospitalisation “Prévoyance+” :

- 5) l’intégralité des frais de séjour et suppléments pour frais de séjour en chambre particulière pour convenance personnelle quel que soit le type d’hospitalisation (hospitalisation de jour dite “one-day-clinic” et hospitalisation d’au moins une nuit) ;

2.2. les garanties “Hospitalisation - honoraires et coûts des prestations” fixées au Chapitre 3, point 3.3.2. second alinéa, du règlement relatif au plan hospitalisation “Sécurité” sont modifiées comme suit dans le plan hospitalisation “Prévoyance+” :

en cas d’occupation d’une chambre particulière tant lors d’un séjour comportant au moins une nuit à l’hôpital qu’en “one-day-clinic” : l’intégralité des suppléments d’honoraires réclamés au patient pour les prestations de soins effectuées pendant le séjour à l’hôpital.

Chapitre 3

Affiliation - Désaffiliation

Toutes les personnes visées au Chapitre 4 “Assurés” du règlement relatif au plan hospitalisation “Sécurité”, ont la possibilité de s’affilier à cette assurance complémentaire. Il s’agit d’une opération unique d’affiliation ouverte au moment de l’affiliation initiale au plan “Sécurité”.

L’affiliation du conjoint ou du partenaire cohabitant au plan “Prévoyance+” est uniquement possible si le collaborateur non actif s’affilie à ce même plan.

L’enfant, répondant aux conditions d’éligibilité fixée au Chapitre 4 “Assurés” du règlement relatif au plan hospitalisation “Sécurité”, est automatiquement et gratuitement affilié au plan “Prévoyance+”.

Le conjoint survivant, répondant aux conditions d’éligibilité fixées au chapitre 4 “Assurés” du règlement relatif au plan hospitalisation “Sécurité”, a la faculté de souscrire au plan hospitalisation “Prévoyance+”, qu’il bénéficie ou non de la gratuité au plan hospitalisation “Sécurité”.

Le collaborateur non actif ainsi que le conjoint corésidant et le partenaire cohabitant assurés au plan complémentaire hospitalisation “Prévoyance+” peuvent y renoncer conjointement à tous moments.

Cette décision est irrévocable.

Chapitre 4

Primes

Le montant mensuel de la prime individuelle à payer pour être assuré au plan complémentaire "Prévoyance+" est déterminé selon la catégorie d'âge à laquelle ap-

partient l'assuré; ce montant s'ajoute au montant de la prime individuelle à payer pour être assuré au plan "Sécurité" et se chiffre :

Prime mensuelle 2021-2022-2023		Plan "Sécurité"	Complémentaire plan "Prévoyance+"				
Quote-part personnelle mensuelle (paiement via domiciliation)	Catégorie d'affiliés	Classes d'âge	Prime Sécurité	Prime Sécurité	Supplément Prévoyance	Prime mensuelle totale "Prévoyance+"	
	Collaborateur non actif	00 - 24	0,00€	0,00€	+	0,92€	= 0,92€
		25 - 64	1,45€	1,45€	+	5,39€	= 6,84€
		65 - 74	2,27€	2,27€	+	12,97€	= 15,25€
		75 - **	4,14€	4,14€	+	16,17€	= 20,31€
	Enfant		0,00€	0,00€	+	0,00€	= 0,00€
	Bénéficiaire d'un accès gratuit au plan Sécurité (correction sociale)	00 - 24	0,00€	0,00€	+	0,92€	= 0,92€
		25 - 64	0,00€	0,00€	+	5,39€	= 5,39€
		65 - 74	0,00€	0,00€	+	12,97€	= 12,97€
		75 - **	0,00€	0,00€	+	16,17€	= 16,17€
Conjoint et conjoint survivant éligible	00 - 24	2,25€	2,25€	+	1,00€	= 3,252€	
	25 - 64	15,73€	15,73€	+	5,84€	= 21,57€	
	65 - 74	24,70€	24,70€	+	14,07€	= 38,77€	
	75 - **	44,91€	44,91€	+	17,53€	= 62,44€	

Cette prime est payable dans les mêmes conditions que celles fixées au Chapitre 7 "Primes" du règlement relatif au plan hospitalisation "Sécurité".

Proximus prend en charge le paiement de la prime à payer par les enfants bénéficiaires assurés au plan "Prévoyance+".

Chapitre 5

Montants d'intervention

L'intervention est illimitée pour les garanties "hospitalisation" et "pré- et post-hospitalisation", en ce qui concerne les frais exposés en Belgique, sous réserve des dispositions spécifiques mentionnées ci-après.

En cas d'occupation d'une chambre commune ou à deux lits.

Prise en charge d'une dépense couverte sur base :

- des prestations médicales garanties qui comportent un numéro de nomenclature I.N.A.M.I. et donnent lieu à intervention de la part de l'I.N.A.M.I.; celles-ci sont indemnisées à 100 % de la différence entre le montant payé et le montant de l'intervention légale obtenue pour les garanties "Hospitalisation", "Pré-et post-hospitalisation" et "Maladies graves" en ce compris les suppléments éventuels;
- des prestations médicales garanties qui comportent un numéro de nomenclature I.N.A.M.I. et les médicaments enregistrés couverts, et qui ne donnent pas lieu à intervention de la part de l'I.N.A.M.I. (cas de la personne qui n'est pas en ordre de mutualité, a dépassé la limite d'âge

fixée par la loi pour certains types de soins ou ne satisfait pas aux conditions légales d'octroi, ...); celles-ci sont indemnisées à 100 % de la différence entre le montant payé et le montant de l'intervention légale fictivement obtenue pour les garanties "Hospitalisation", "Pré-et post-hospitalisation" et "Maladies graves" en ce compris les suppléments éventuels;

- des prestations médicales garanties qui ne comportent pas de numéro de nomenclature I.N.A.M.I.; celles-ci sont indemnisées à 100 % sous la garantie "Hospitalisation" et à 50 % sous les garanties "Pré-et post-hospitalisation" et "Maladies graves".

En cas d'occupation chambre particulière.

Prise en charge d'une dépense couverte sur base :

- des prestations médicales garanties qui comportent un numéro de nomenclature I.N.A.M.I. et donnent lieu à intervention de la part de l'I.N.A.M.I.; celles-ci sont indemnisées à 100 % de la différence entre le montant payé et le montant de l'intervention légale obtenue pour les garanties "Hospitalisation", "Pré-et post-hospitalisation" et "Maladies graves" en ce compris les suppléments éventuels;

- des prestations médicales garanties qui comportent un numéro de nomenclature I.N.A.M.I. et qui ne donnent pas lieu à intervention de la part de I.N.A.M.I. (cas de la personne qui n'est pas en ordre de mutualité, a dépassé la limite d'âge fixée par la loi pour certains types de soins ou ne satisfait pas aux conditions légales d'octroi, ...); celles-ci sont indemnisées à 100 % de la différence entre le montant payé et le montant de l'intervention légale fictivement obtenue pour les garanties "Hospitalisation",

"Pré-et post-hospitalisation" et "Maladies graves" en ce compris les suppléments éventuels;

- des prestations médicales garanties qui ne comportent pas de numéro de nomenclature I.N.A.M.I.; celles-ci sont indemnisées à 100 % sous la garantie "Hospitalisation" et à 50 % sous les garanties "Pré-et post-hospitalisation" et "Maladies graves".



Plan Prévoyance+. Montants d'indemnisation. Occupation d'une chambre commune ou double.

Types de prestations	Séjours et soins en milieu hospitalier ⁽¹⁾	Soins ambulatoires ⁽²⁾	
		Pré- et post-hospitalisation	Maladies graves
Suppléments pour frais de séjour.	Pas couvert	Hors propos	
Prestations médicales couvertes qui portent un n° I.N.A.M.I. et qui sont remboursées par l'I.N.A.M.I.	100 % de la différence entre le montant payé et le montant de l'intervention légale réellement obtenue.		
Prestations médicales couvertes qui portent un n° I.N.A.M.I. et qui ne sont pas remboursées par l'I.N.A.M.I. ⁽³⁾	100 % de la différence entre le montant payé et le montant de l'intervention légale fictivement obtenue.		
Prestations médicales couvertes qui ne portent pas de n° I.N.A.M.I. et qui ne sont pas remboursées par l'I.N.A.M.I.	100 % des frais restant à charge	50%	
Franchise	En hospitalisation d'au moins une nuit	75,00 €	Hors propos ⁽⁴⁾
	En "hospitalisation de jour"	0,00 €	Hors propos

⁽¹⁾ Sous réserve des dispositions spécifiques relatives à la franchise ainsi qu'à la chirurgie laser et à la kératotomie, et pour autant que les prestations figurent sur la facture originale d'hospitalisation.

⁽²⁾ À condition d'être prescrits par un prestataire de soins agréé et d'être en rapport avec la raison de l'hospitalisation ou avec une maladie grave couverte.

⁽³⁾ Si l'assuré n'a pas reçu d'indemnité légale pour quel que motif que ce soit, il sera déduit une indemnité fictive identique à l'indemnité légale prévue par la législation sociale belge en matière d'assurance maladie et invalidité des travailleurs salariés.

⁽⁴⁾ La franchise s'applique sur les frais hospitalisation couverts et, au besoin, sur les frais pré-et posthospitalisation à indemniser.

Plan Prévoyance+. Montants d'indemnisation. Occupation d'une chambre particulière.

Types de prestations	Séjours et soins en milieu hospitalier ⁽¹⁾	Soins ambulatoires ⁽²⁾	
		Pré- et post-hospitalisation	Maladies graves
Suppléments pour frais de séjour.	100 %	Hors propos	
Prestations médicales couvertes qui portent un n° I.N.A.M.I. et qui sont remboursées par l'I.N.A.M.I.	100 % de la différence entre le montant payé et le montant de l'intervention légale réellement obtenue.		
Prestations médicales couvertes qui portent un n° I.N.A.M.I. et qui ne sont pas remboursées par l'I.N.A.M.I. ⁽³⁾	100 % de la différence entre le montant payé et le montant de l'intervention légale fictivement obtenue.		
Prestations médicales couvertes qui ne portent pas de n° I.N.A.M.I. et qui ne sont pas remboursées par l'I.N.A.M.I.	100 % des frais restant à charge	50%	
Franchise	En hospitalisation d'au moins une nuit	250,00 €	Hors propos ⁽⁴⁾
	En "hospitalisation de jour"	100,00 €	Hors propos

⁽¹⁾ Sous réserve des dispositions spécifiques relatives à la franchise ainsi qu'à la chirurgie laser et à la kératotomie, et pour autant que les prestations figurent sur la facture originale d'hospitalisation.

⁽²⁾ À condition d'être prescrits par un prestataire de soins agréé et d'être en rapport avec la raison de l'hospitalisation ou avec une maladie grave couverte.

⁽³⁾ Si l'assuré n'a pas reçu d'indemnité légale pour quel que motif que ce soit, il sera déduit une indemnité fictive identique à l'indemnité légale prévue par la législation sociale belge en matière d'assurance maladie et invalidité des travailleurs salariés.

⁽⁴⁾ La franchise s'applique sur les frais hospitalisation couverts et, au besoin, sur les frais pré-et posthospitalisation à indemniser.

Chapitre 6

Franchise

La franchise individuelle applicable dans le cadre du plan hospitalisation "Prévoyance+" se chiffre, selon le cas à :

Plan "Prévoyance+" - Franchise		
Franchise selon le type de chambre choisi pour convenances personnelles	En cas d'occupation d'une chambre commune ou à 2 lits	En cas d'occupation d'un chambre particulière
<i>Franchise (par année civile)</i>	75,00€	250,00€
<i>Franchise one-day-clinic (par année civile)</i>	0,00€	100,00€

Le cumul des franchises prévues dans le plan "Prévoyance+" en cas d'occupation d'une chambre particulière est plafonné à € 250,00 par année civile et par affilié.

Chapitre 7

Clause finale

Aucune autre dérogation n'est apportée aux dispositions du règlement du plan hospitalisation "Sécurité".

