

# Plan hospitalisation non actifs

Vivez serein !



proximus



vanbreda  
more to discover



# Table des **matières**

<b>1.</b>	L'essentiel des plans hospitalisation Proximus pour ses collaborateurs non actifs .....	<b>5</b>
<b>2.</b>	Aperçu des prestations couvertes .....	<b>6</b>
<b>3.</b>	Schéma général d'éligibilité .....	<b>7</b>
<b>4.</b>	Comment informer Vanbreda de votre hospitalisation ? .....	<b>8</b>
<b>5.</b>	L'application de Vanbreda pour smartphone .....	<b>8</b>
<b>6.</b>	Doccle : tous vos courriers Vanbreda dans une seule boîte aux lettres digitale .....	<b>10</b>
<b>7.</b>	Les points de contact utiles .....	<b>11</b>
<b>8.</b>	Déclaration relative au respect de la vie privée .....	<b>12</b>
<b>9.</b>	Informations relatives à la continuation individuelle et au préfinancement de la continuation individuelle .....	<b>13</b>
<b>10.</b>	Le règlement du plan hospitalisation "Sécurité" .....	<b>14</b>
<b>11.</b>	Le règlement du plan hospitalisation "Prévoyance+" .....	<b>43</b>



# 1 L'essentiel du plan médical Proximus

<b>Que prévoient les assurances hospitalisation ?</b>	<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>Le plan « <b>Sécurité</b> » : prime mensuelle minimale, franchise de 75 €/an, <b>pas de couverture des suppléments d'honoraires et de frais de séjour en chambre seule</b>.</p> <p>Le plan « <b>Prévoyance+</b> » : prime mensuelle un peu plus élevée, franchise jusqu'à 250 €/an et <b>couverture des suppléments d'honoraires et de frais de séjour en chambre seule</b>.</p>
<b>Pour qui ?</b>	<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>
<b>Qui finance ?</b>	<p><b>Collaborateur non actif engagé avant le 01/01/2020</b> : Proximus prend en charge une quote-part très importante dans le coût de la prime du plan hospitalisation "Sécurité". Proximus n'intervient pas dans le supplément de prime du plan hospitalisation "Prévoyance+".</p> <p><b>Collaborateur non actif engagé à partir du 01/01/2020</b> : Proximus n'intervient pas dans le paiement des primes « Sécurité » et « Prévoyance+ ». Un tarif préférentiel collectif est appliqué.</p> <p><b>Enfant</b> : Proximus offre la gratuité de l'affiliation au plan hospitalisation "Sécurité" et au plan complémentaire "Prévoyance+"</p> <p><b>Conjoint/partenaire cohabitant (ordinaire ou légal)</b> : Proximus n'intervient pas dans le paiement de la prime. Un tarif préférentiel collectif est appliqué. Le conjoint/partenaire ne peut s'affilier si le collaborateur non actif ne s'affilie pas lui-même.</p> <p>Mesures de correction sociale : la prime du plan « Sécurité » et/ou la franchise sont prises en charge par Proximus sous certaines conditions de revenus du collaborateur non actif engagé avant le 01/01/2020. (voir détails au Chapitre 6 "Mesures de correction sociale" du règlement relatif au plan hospitalisation "Sécurité").</p>
<b>Quel est l'assureur-prestataire ?</b>	<p>Le règlement des sinistres est confié à Vanbreda Risk &amp; 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>
<b>Quels sont les objectifs des assurances hospitalisation ?</b>	<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 <b>03 217 50 81</b>. 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"		Plan "Prévoyance+"	
		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 € <sup>(1)</sup>
Franchise one-day-clinic (par année civile)		0,00 €	0,00 €	0,00 €	100,00 € <sup>(2)</sup>
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 €	

<sup>(1)</sup> 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.

<sup>(2)</sup> Pour les collaborateurs contractuels partis dans le cadre d'un plan de départ ou engagés à partir du 01/01/2020, la franchise en cas d'hospitalisation en one-day-clinic est de 250,00 € dans le cas d'occupation d'une chambre particulière.

Prime mensuelle 2025		Plan "Sécurité"	Complémentaire plan "Prévoyance+"			
Catégorie d'affiliés	Classes d'âge	Prime Sécurité	Prime Sécurité	Supplément Prévoyance	Prime mensuelle totale "Prévoyance+"	
					+	=
Collaborateur non actif engagé avant le 01/01/2020	00 - 24	0,00 €	0,00 €	1,42 €	+	1,42 €
	25 - 64	1,79 €	1,79 €	8,36 €	+	10,15 €
	65 - 74	2,80 €	2,80 €	19,20 €	+	22,00 €
	75 - **	5,10 €	5,10 €	24,94 €	+	30,04 €
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 €	1,42 €	+	1,42 €
	25 - 64	0,00 €	0,00 €	8,36 €	+	8,36 €
	65 - 74	0,00 €	0,00 €	19,20 €	+	19,20 €
	75 - **	0,00 €	0,00 €	24,94 €	+	24,94 €
Collaborateur non actif engagé à partir du 01/01/2020, conjoint et conjoint survivant éligible	00 - 24	2,77 €	2,77 €	1,53 €	+	4,30 €
	25 - 64	19,53 €	19,53 €	9,06 €	+	28,59 €
	65 - 74	30,68 €	30,68 €	20,82 €	+	51,50 €
	75 - **	55,82 €	55,82 €	27,03 €	+	82,85 €

# 3 Schéma général d'éligibilité

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
	Pensionné	Retraité, en service à Proximus au moment de son admission à la retraite	X	X	X	X
		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

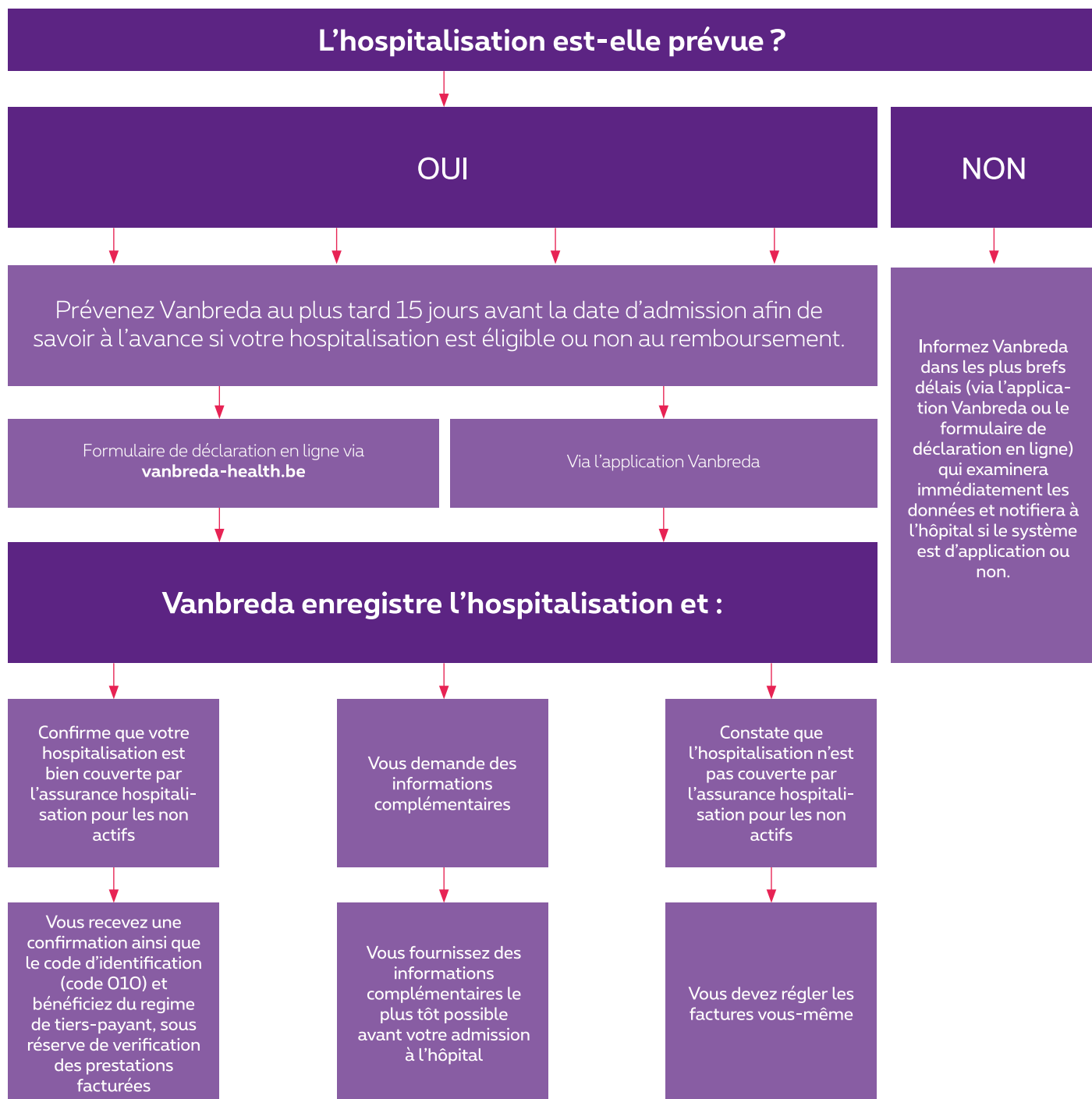
\*\* Collaborateur dont la situation administrative est clairement établie, c'est-à-dire, par exemples, lorsqu'une procédure de recours est clôturée ou dès lors que les limites de revenus provenant d'un cumul d'activités sont respectées.

\*\* 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 de votre hospitalisation ?





# 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](mailto: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 1er 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 **03 217 50 81** ou par e-mail à l'adresse [proximus@vanbreda.be](mailto:proximus@vanbreda.be) ou à consulter notre site [web www.vanbreda.be/doccle](http://web www.vanbreda.be/doccle) .

# 7 Les points de contacts utiles

**Prestataire :** Vanbreda Risk & Benefits S.A.

**Adresse postale :** Code réponse Proximus  
Vanbreda Risk & Benefits  
DA- 852-410-5  
2140 Antwerpen

**Helpdesk :** (pour toute question concernant le plan médical, une hospitalisation prévue ou en cours ou le traitement de votre dossier)

**00 32 3 217 50 81** (en Belgique ou de l'étranger)

**Adresse e-mail :** [proximus@vanbreda.be](mailto:proximus@vanbreda.be)

**Site Web :** [www.vanbreda-health.be](http://www.vanbreda-health.be)

**Affiliation :** (pour toute question concernant votre affiliation et celle des membres de votre famille) :

Chez Proximus : **0800 91 003**

Côté Vanbreda : **03 217 50 81** (en Belgique)



# 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.**

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

Tant le gestionnaire Vanbreda Risk & Benefits que la compagnie d'assurances 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-privee.aspx>



# 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 de 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 continuation 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 cours 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 à surfer sur [www.plandattente.be](http://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 .....	15
-------------------	----

## Chapitre 2

Définitions .....	15
-------------------	----

Acceptation médicale .....	15
----------------------------	----

Accident .....	15
----------------	----

Affection préexistante .....	15
------------------------------	----

Appareil orthopédique .....	15
-----------------------------	----

Assuré .....	15
--------------	----

Assureur/Compagnie d'assurances/ Porteur de risque .....	15
-------------------------------------------------------------	----

Bénéficiaire .....	15
--------------------	----

Collaborateur non actif .....	15
-------------------------------	----

Conjoint .....	15
----------------	----

Couverture hospitalisation au moins similaire .....	15
-----------------------------------------------------	----

Délai d'attente .....	16
-----------------------	----

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

Forfait pour soins palliatifs .....	16
-------------------------------------	----

Frais de morgue .....	16
-----------------------	----

Frais de transport .....	17
--------------------------	----

Frais pour soins corporels .....	17
----------------------------------	----

Franchise .....	17
-----------------	----

Hospitalisation .....	17
-----------------------	----

Indemnité .....	17
-----------------	----

Limite d'âge .....	17
--------------------	----

Maladie .....	17
---------------	----

Médicaments .....	17
-------------------	----

Partenaire cohabitant .....	17
-----------------------------	----

Période de couverture/Année d'assurance .....	17
-----------------------------------------------	----

Pré- et post-hospitalisation .....	18
------------------------------------	----

Preneur d'assurance .....	18
---------------------------	----

Prestataire/Assureur-prestataire .....	18
----------------------------------------	----

Prothèse .....	18
----------------	----

Soins ambulatoires .....	18
--------------------------	----

Soins obstétricaux .....	18
--------------------------	----

Soins palliatifs .....	18
------------------------	----

Ticket modérateur .....	18
-------------------------	----

Traitements et soins médicaux .....	18
-------------------------------------	----

## Chapitre 3

Garanties .....	19
-----------------	----

## Chapitre 4

Assurés .....	23
---------------	----

## Chapitre 5

Affiliation, désaffiliation .....	25
-----------------------------------	----

## Chapitre 6

Mesures de correction sociale .....	28
-------------------------------------	----

## Chapitre 7

Primes .....	29
--------------	----

## Chapitre 8

Exclusions - Limitations .....	31
--------------------------------	----

## Chapitre 9

Montants d'intervention .....	32
-------------------------------	----

## Chapitre 10

Mode de calcul de l'intervention .....	34
----------------------------------------	----

## Chapitre 11

Franchise .....	34
-----------------	----

## Chapitre 12

Déclaration d'un sinistre – obligations de l'assuré et de Vanbreda .....	36
-----------------------------------------------------------------------------	----

## Chapitre 13

Suivi médical .....	38
---------------------	----

## Chapitre 14

Âge final et fin de la couverture .....	38
-----------------------------------------	----

## Chapitre 15

Continuation à titre individuel .....	38
---------------------------------------	----

## Chapitre 16

Préfinancement de la continuation individuelle .....	40
------------------------------------------------------	----

## Chapitre 17

Litiges d'ordre médical .....	40
-------------------------------	----

## Chapitre 18

Déchéance .....	40
-----------------	----

## Chapitre 19

Recours .....	40
---------------	----

## Chapitre 20

Domicile et correspondance .....	41
----------------------------------	----

## Chapitre 21

Modifications des conditions .....	41
------------------------------------	----

## Chapitre 22

Phase de transition .....	41
---------------------------	----

## Chapitre 23

Clause de sauvegarde .....	41
----------------------------	----

# 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 01/01/2025.

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 engagés avant le 01/01/2020 au plan Sécurité ; ses collaborateurs non actifs, engagés à partir du 01/01/2020, bénéficient du tarif collectif préférentiel et assument intégralement le coût de leur prime d'assurance ; 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 ou 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.

### Affectation existante

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 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 reçoit le remboursement des frais.

### Collaborateur non actif

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

### 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 posthospitalisation” 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 :
  - a. présenter l’attestation d’assurance antérieure fournie par le précédent assureur à Vanbreda ;
  - b. 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.

### 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.

### Délais 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 :

- a. les personnes affiliées au 31/12/2023 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 collaborateur 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

31/12/2023 à la police d’assurance collective hospitalisation Proximus ;

- b. le collaborateur non actif, 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 ;
- c. le conjoint ou partenaire cohabitant (ordinaire ou légal), au moment du passage du collaborateur non actif, 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.
- d. 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 ;
  - e. 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 maisons 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 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 à l'hôpital 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 kératotomie 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

#### 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 en cas de maladie ou d'accident.

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'affilié 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 en cas de maladie ou d'accident ;
- 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'affilié 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 Service Public Fédéral qui a la Santé Publique dans ses attributions. Les produits homéopathiques 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 1er janvier. Si la date de prise de cours ne correspond pas au 1er 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 présentent un lien direct avec l'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 obstétricaux

Les soins obstétricaux 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'affilié 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 couverts exposés, avec un maximum de 730 jours d'hospitalisation facturés, durant une période ininterrompue ou non, 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 garantie :

- 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 ;
- la recherche des causes de la stérilité, éventuellement suivie d'une insémination artificielle, de techniques de fécondation in vitro ou d'autres traitements de la fécondité si le ménage a déjà un

enfant commun ;

- 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 de couverture ou 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 de couverture ou d'assurance ;
- ont un lien direct avec les causes de l'hospitalisation ou de la maladie grave.

La garantie s'applique aux cas de couverture ou 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 à condition :
  - a. que la raison de l'hospitalisation soit garantie par la couverture hospitalisation ;
  - b. 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, 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.

Certaines prestations ne donnent pas lieu à l’application d’un forfait “one-day-clinic”.

#### Exemples :

- a. pour une infiltration, la facturation d’un forfait dépend de l’utilisation de certains médicaments ;
  - b. une simple consultation ambulatoire chez un spécialiste dans un établissement hospitalier n’est pas considérée comme une intervention en “frais de séjour” ;
  - c. 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 plâtrage ;
  - 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 couverts exposés avec un maximum de 730 jours d’hospitalisation facturés, durant une période ininterrompue ou non, 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 ;
  - l’accouchement à domicile et les soins obstétriques (la date de l’accouchement détermine la durée de la garantie pré- et post-hospitalisation).

### 3.2 Sont 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 :
  - a. que la raison de l'hospitalisation soit garantie par la couverture hospitalisation ;
  - b. 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 viscérosynthèse, 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 coûts de recherche des causes de la stérilité, éventuellement suivie d'une insémination artificielle et fécondation in vitro si le ménage est sans enfant commun ; dans ce cas, sont admis cumulativement, un traitement en matière d'insémination artificielle pendant maximum trois cycles et un traitement en matière de fécondation in vitro pendant maximum trois cycles ; ces frais sont remboursés à 100 % même si ces traitements ne disposent pas d'un numéro de nomenclature ; la date de l'acte d'insémination artificielle détermine la durée de la couverture pré- et post-hospitalisation ;
- l'accouchement à domicile et les soins obstétricaux, 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 dioptré 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 posthospitalisation (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 cérébrospinale, 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 posthospitalisation.

### 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'invalidité 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 statutaires 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

### 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 1er pilier sur l'échelle medico-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 31/12/2023 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 vanbreda.**

### On entend par “conjoint ou partenaire cohabitant” :

1. Le conjoint co-résidant ou le partenaire cohabitant reconnu assuré au 31/12/2023 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 31/12/2023 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 01/01/2025 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 01/01/2025 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 31/12/2023 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 31/12/2023 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 bénéficiaire 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 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 conformément 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.

Si vous êtes un collaborateur non actif engagé à partir du 01.01.2020, les mesures de correction sociale ne sont pas d'application.

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 2023 - revenus 2022) n'excède pas le plafond de 32.943,56 € (détails voir ci-dessous sous le point 6.1.)	Oui	Oui
Collaborateur non actif dont le revenu globalement imposable du ménage (exercice d'imposition 2023 - revenus 2022) n'excède pas le plafond de 44.937,33 € (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 31/12/2023 (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 31/12/2023 (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 31/12/2023 (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 2024, ce montant est arrêté à € 32.943,56 (exercice d’imposition 2023 - revenus 2022) ; 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 2024 le plafond de € 44.937,33 (exercice d’imposition 2023 - revenus 2022) ; 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° 08352950 ou 08352951) au 31/12/2023 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°08352960 ou 08352961) au 31/12/2023 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, 2024, 2025 et 2026), 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 indemnités 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 engagé avant le 01/01/2020.

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. Membre du personnel non actif engagé à partir du 01.01.2020.

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'entièreté de la prime « conjoint/partenaire ». L'intéressé s'acquitte directement par domiciliation auprès de Vanbreda du montant mensuel de la prime dont il est redevable.

### 7.5. 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.

### 7.6. 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, engagé avant le 01/01/2020, visé au chapitre 7.3. (co-financement) ;
- intégralement à charge du collaborateur non actif, engagé à partir du 01.01.2020, visé au chapitre 7.4. qui adhère au plan collectif à tarif préférentiel et en paie 100 % du prix ;
- intégralement à charge du conjoint co-résidant, du partenaire cohabitant ou du conjoint survivant visé au chapitre 7.5. 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.

### 7.7. 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.

### 7.8. 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.

### 7.9. Plan "Sécurité". Tableau de la quote-part personnelle mensuelle en 2025.

Quote-part personnelle mensuelle (paiement via domiciliation)	Catégorie d'affiliés	Classes d'âge	Prime mensuelle 2025
	Collaborateur non actif éligible	00 - 24	0,00 €
		25 - 64	1,79 €
		65 - 74	2,80€
		75 - **	5,10€
	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	2,77 €	
	25 - 64	19,53€	
	65 - 74	30,68 €	
	75 - **	55,82 €	

# 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 manoeuvres, 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 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 <sup>(1)</sup>	Soins ambulatoires <sup>(2)</sup>	
			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. <sup>(3)</sup>		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 <sup>(4)</sup>	
	En "hospitalisation de jour"	0,00 €	Hors propos	

<sup>(1)</sup> 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.

<sup>(2)</sup> 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.

<sup>(3)</sup> 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.

<sup>(4)</sup> 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 posthospitalisation" 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 <sup>(1)</sup>	Soins ambulatoires <sup>(2)</sup>	
		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. <sup>(3)</sup>	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 €	
	En "hospitalisation de jour"	0,00 €	
		Hors propos <sup>(4)</sup>	
		Hors propos	

<sup>(1)</sup> 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.

<sup>(2)</sup> 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.

<sup>(3)</sup> 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.

<sup>(4)</sup> 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° **00 32 3 217 50 81** (en Belgique ou de l'étranger)
- 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.

#### Qu'est-ce que le système du tiers payant ?

Vanbreda peut souvent effectuer le paiement de la facture d'hospitalisation directement avec l'hôpital. L'hôpital ne peut alors pas demander d'acompte avant l'admission.

Ensuite, vous remboursez à Vanbreda les frais non couverts, comme la franchise, les frais de téléphone, la location d'un téléviseur, etc.

C'est ce qu'on appelle le système de tiers payant Medi-Link.

Les conditions générales peuvent être consultées sur le site <https://www.vanbreda-health.be/>.

#### Quand peut-on/ne peut-on pas utiliser Medi-Link ?

L'utilisation de Medi-Link est soumise à un certain nombre de conditions :

- Il y a une hospitalisation (de jour). (voir chapitre 2).
- Vanbreda ne peut jamais payer directement à l'hôpital ou au prestataire de soins les factures pour des soins ambulatoires couverts.
- Si, à la réception de la facture, il apparaît qu'il n'y a pas d'hospitalisation (de jour), Vanbreda demande à l'hôpital de remettre la facture au patient.
- L'hôpital travaille avec le système du tiers payant.
- Vous pouvez vous informer auprès de l'hôpital. Vous pouvez également trouver la liste des hôpitaux sur le site <https://www.vanbreda-health.be/fr/hospitalisation/>.
- Vous déclarez votre admission en temps utile.

- De préférence 15 jours avant une admission prévue ou le plus tôt possible en cas d'urgence.
- La raison de l'admission est couverte par la police et Vanbreda accepte votre dossier.
- Déclarez donc toujours votre admission à temps ou le plus tôt possible en cas d'urgence afin que Vanbreda puisse enregistrer et traiter rapidement votre admission.
- Pour une admission à l'étranger, Medi-Link n'est jamais possible.
- Medi-Link est d'application uniquement dans (la plupart) les hôpitaux belges.
- Vous ou votre famille avez encore le droit d'utiliser le système du tiers payant.

#### Quand et comment déclarer votre hospitalisation ?

Soumettez votre déclaration à temps via les canaux numériques. C'est le moyen le plus rapide.

Soit via l'application vanbreda, soit via le lien sur le site web <https://www.vanbreda-health.be/nl/aangifte-hospitalisatie/>.

- Le plus tôt possible en cas d'hospitalisation d'urgence.
- Ou de préférence 15 jours avant le début de l'hospitalisation prévue.

Vous n'êtes vraiment pas en mesure de le faire? Dans ce cas, vous pouvez contacter Vanbreda tous les jours ouvrables entre 9 et 16 heures au **03 217 50 81**.

#### Conseils

- Veillez à ce que votre déclaration soit complète et correcte.
- Pour un accouchement, il suffit de transmettre la date présumée de l'accouchement.
- Pour une chute ou un accident, indiquez dans l'App ou sur le formulaire en ligne qu'il s'agit d'un accident. Vous verrez alors des champs supplémentaires que vous remplirez le plus complètement possible avec les détails concernant l'accident (date, heure, lieu, circonstances, PV, type d'accident...). S'il y a une partie adverse, communiquez également à Vanbreda les coordonnées de la partie adverse dans votre déclaration en ligne (nom, adresse, compagnie d'assurance, numéro de police...).

#### Quelles sont les étapes suivantes ?

Votre déclaration est en ordre et Vanbreda peut immédiatement approuver votre admission. Toutes les conditions pour Medi-Link sont remplies.

- Vanbreda confirme l'acceptation de votre admission et vous fournit également un numéro d'identification O10. Vous trouverez toujours le numéro O10 dans

vosre App Vanbreda lorsque vous cliquez sur la carte Medi-Link.

- Ce numéro doit être associé à votre hospitalisation au moment de l'admission à l'hôpital (accueil ou service d'inscription). Ce n'est qu'après cette association que le système du tiers payant via Medi-Link est actif.
- Vous recevez le numéro après le début de l'hospitalisation ou alors que vous êtes déjà rentré chez vous ? Prenez rapidement contact avec le service d'accueil ou d'inscription de l'hôpital pour régler la situation.
- Vanbreda reçoit la facture d'admission de l'hôpital et la paie directement à l'hôpital.
- Vous recevrez ensuite le décompte. Celle-ci vous donne un aperçu des frais payés par Vanbreda et des frais non couverts.
- Y a-t-il des frais qui ne sont pas pris en charge ? Dans ce cas, Vanbreda vous demandera de les rembourser.
- L'hôpital vous enverra également la facture d'admission à votre domicile. Cette facture indique clairement que Vanbreda/votre assurance se charge du paiement. Vanbreda elle-même ne vous fournit pas de copie de la facture d'admission.

### **Vanbreda peut approuver immédiatement votre admission, mais Medi-Link n'est pas (plus) possible. Par exemple, votre déclaration est trop tardive pour Medi-Link**

- Vous recevez la confirmation de l'acceptation de votre admission mais vous ne recevez pas de numéro O10 et vous ne pouvez pas activer Medi-Link. L'hôpital peut vous demander un acompte.
- Vous recevez les factures à votre domicile.
- Vous remettez les factures complètes à Vanbreda pour le remboursement.
- Vanbreda calcule l'intervention et la verse sur votre numéro de compte.
- Vous recevez le décompte. Celui-ci vous donne un aperçu des frais pris en charge par Vanbreda et des frais non pris en charge.
- Vous payez l'hôpital.

### **Vanbreda demande des informations complémentaires.**

- Pour certains motifs d'hospitalisation, Vanbreda peut demander des informations complémentaires afin de mieux évaluer le cas.
- Dans ce cas, vous devez fournir ces informations le plus rapidement possible. Pour une admission planifiée, il est préférable de le faire dans les 7 jours.
- Vanbreda essaiera d'analyser votre demande à temps pour pouvoir activer le système de tiers payant avant le début de l'admission.
- Si vous ne parvenez pas à fournir les informations à temps mais que Vanbreda peut approuver votre

admission par la suite, Vanbreda remboursera ultérieurement l'intervention sur la facture.

- Il se peut que les informations demandées ne soient disponibles qu'après l'opération. Dans ce cas, le traitement ne pourra avoir lieu qu'après l'opération.

### **Vanbreda refuse votre admission.**

- Certaines admissions ne sont pas couvertes par la police. (voir exclusions)
- Vous ne pouvez pas utiliser le système de tiers payant.
- L'hôpital vous envoie la facture et vous la payez vous-même.
- Vous ne pouvez pas demander de remboursement.

### **Y a-t-il un report de la date d'admission ou la raison de votre admission est-elle finalement différente ?**

Signalez-le alors à Vanbreda dans les plus brefs délais.

### **Important**

Certains hôpitaux pratiquent le tiers payant mais ne travaillent pas par voie électronique via AssurCard. Dans ce cas, vous ne recevrez pas de numéro O10 avec votre confirmation, mais Vanbreda confirmera elle-même la déclaration à l'hôpital par e-mail.

L'acceptation est unique et n'est valable que pour la date d'admission notifiée (sauf pour une date d'accouchement présumée).

En cas de fraude, de toute autre infraction ou d'omission volontaire d'informations, Vanbreda récupérera toujours le montant total de la facture auprès de l'assuré.

### **Recupération des frais non couverts via Medi-Link et annulation de Medi-Link**

Remboursez les frais non couverts (tels que la franchise ou les frais non couverts) à Vanbreda dans les 30 jours suivant la réception du décompte.

Veillez à utiliser la communication structurée mentionnée sur le décompte.

Si, après 30 jours, vous n'avez pas remboursé les frais non couverts, Vanbreda cessera tout remboursement de frais antérieurs ou ultérieurs. Ceci vaut tant pour l'hospitalisation elle-même que pour les autres hospitalisations pour lesquelles vous demandez un remboursement.

Dès réception du remboursement des frais non couverts, Vanbreda reprendra les remboursements.

Vanbreda a toujours le droit d'appliquer une compensation sur le solde impayé.

Le taux d'intérêt légal peut être appliqué à cette compensation.

Après 75 jours, le système de tiers payant Medi-Link est irrévocablement annulé pour toute la famille.

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.

## Chapitre 13

### Déclaration du sinistre

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 compétence de Vanbreda lequel 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

#### 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 à titre individuel

L'assuré (membre du personnel ou membre de la 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’intéressé une offre d’assurance comportant des garanties similaires à celle du plan médical Proximus. Le calcul de la prime en cas de poursuite 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’affilié 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 19).

#### **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 couverture 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 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](http://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 médecin-conseil de Vanbreda. Ce dernier informe Proximus de l'introduction d'un recours et des suites administratives qui y ont été apportées.

Passé ce délai, la décision de Vanbreda 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 de Vanbreda, nomment leur propre médecin.

Ces deux médecins en nommeront 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 alourdis 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 - telle 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 de l'assuré, via l'application de Vanbreda, par e-mail 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 de Vanbreda. L'assuré s'oblige à la réception de toute correspondance que lui adresserait Vanbreda.

L'assuré est tenu d'informer Vanbreda de tout changement d'adresse au cours d'un sinistre. A 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 déterminés par lesdites 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 2024, 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

<b>Chapitre 1</b>	
Généralités .....	44
<b>Chapitre 2</b>	
Garanties .....	44
<b>Chapitre 3</b>	
Affiliation, désaffiliation .....	44
<b>Chapitre 4</b>	
Primes .....	45
<b>Chapitre 5</b>	
Montants d'intervention .....	45
<b>Chapitre 6</b>	
Franchise .....	47
<b>Chapitre 7</b>	
Clause finale .....	47

# 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

Complémentaire 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 appartient

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 2025		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 engagé avant le 01/01/2020	00 - 24	0,00 €	0,00 €	+	1,42 €	= 1,42 €
		25 - 64	1,79 €	1,79 €	+	8,36 €	= 10,15 €
		65 - 74	2,80 €	2,80 €	+	19,20 €	= 22,00 €
		75 - **	5,10 €	5,10 €	+	24,94 €	= 30,04 €
	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 €	+	1,42 €	= 1,42 €
		25 - 64	0,00 €	0,00 €	+	8,36 €	= 8,36 €
		65 - 74	0,00 €	0,00 €	+	19,20 €	= 19,20 €
		75 - **	0,00 €	0,00 €	+	24,94 €	= 24,94 €
	Collaborateur non actif engagé à partir du 01/01/2020, conjoint et conjoint survivant éligible	00 - 24	2,77 €	2,77 €	+	1,53 €	= 4,30 €
		25 - 64	19,53 €	19,53 €	+	9,06 €	= 28,59 €
		65 - 74	30,68 €	30,68 €	+	20,82 €	= 51,50 €
75 - **		55,82 €	55,82 €	+	27,03 €	= 82,85 €	

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- près.

### 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 posthospitalisation" 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 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 Prévoyance+. Montants d'indemnisation. Occupation d'une chambre commune ou double.

Types de prestations	Séjours et soins en milieu hospitalier <sup>(1)</sup>	Soins ambulatoires <sup>(2)</sup>	
		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. <sup>(3)</sup>	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 <sup>(4)</sup>
	En "hospitalisation de jour"	0,00 €	Hors propos

<sup>(1)</sup> 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.

<sup>(2)</sup> 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.

<sup>(3)</sup> 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.

<sup>(4)</sup> 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 <sup>(1)</sup>	Soins ambulatoires <sup>(2)</sup>	
		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. <sup>(3)</sup>	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 <sup>(4)</sup>
	En "hospitalisation de jour"	100,00 € <sup>(5)</sup>	Hors propos

<sup>(1)</sup> 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.

<sup>(2)</sup> 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.

<sup>(3)</sup> 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.

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

<sup>(5)</sup> Pour les collaborateurs contractuels partis dans le cadre d'un plan de départ ou engagés à partir du 01/01/2020, la franchise en cas d'hospitalisation en one-day-clinic est de € 250,00 dans le cas d'occupation d'une chambre particulière.

01/01/2025

47

## 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
Franchise (par année civile)	75,00 €	250,00 €
Franchise one-day-clinic (par année civile)	0,00 €	100,00 € <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Pour les collaborateurs contractuels partis dans le cadre d'un plan de départ ou engagés à partir du 01/01/2020, la franchise en cas d'hospitalisation en one-day-clinic est de € 250,00 dans le cas d'occupation d'une chambre particulière.

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".

Proximus confidential

