

Contrat d'assurance maladie professionnelle « Soins ambulatoires »

Ambuflex Plus

Conclu avec : *nom du preneur d'assurance

Numéro*s de police : 0000*784

Le présent contrat d'assurance maladie professionnelle se compose des conditions ci-jointes et des annexes éventuelles et est conclu entre :

**nom du preneur d'assurance*

**adresse du preneur d'assurance (rue/numéro)*

**adresse du preneur d'assurance (commune)*

numéro d'entreprise : *

ci-après dénommé « le preneur d'assurance »

*agissant en son nom propre ainsi qu'au nom et pour le compte des sociétés liées reprises dans la liste ci-dessous, pour tout ce qui concerne l'exécution du présent contrat d'assurance lié à l'activité professionnelle – “Soins de Santé”, y compris, la signature au nom des sociétés liées, des avenants qui modifient les dispositions de cette convention :

*

et

Justitia SA

Plantin en Moretuslei 301

2140 ANVERS

numéro d'entreprise : BE0404 479 211

entreprise agréée (A.R. du 04/07/1979 – M.B. du 14/07/1979) pour exercer la branche « Maladie-Invalidité » sous le numéro de code 878,

ci-après dénommée « l'assureur ».

La gestion du présent contrat est mise en œuvre par :

Vanbreda Risk & Benefits SA

Plantin en Moretuslei 297

2140 ANVERS

numéro d'entreprise : BE0404 055 676

ci-après dénommée « le gestionnaire ».

Contrat d'assurance maladie professionnelle « Soins ambulatoires » - Ambuflex Plus

Numéro*s de police : *

1

1. Assuré

L'assuré est la personne qui répond aux conditions d'affiliation, est affiliée au présent contrat, et sur qui repose le risque.

En outre, dans ce cadre :

- l'assuré principal est l'assuré qui, au moment de l'affiliation, est lié au preneur d'assurance par le biais de son activité professionnelle ;
- le coassuré est un membre de la famille de l'assuré principal.

2. Durée du contrat d'assurance maladie professionnelle

Le présent contrat est conclu pour la durée * d'un an et débute le */*/. A l'échéance annuelle, il se renouvelle tacitement pour une période d'un an, sauf résiliation recommandée par l'une des parties à l'autre et, plus précisément, au moins 3 mois avant la fin de l'année d'assurance.

En cas de changement fondamental de la législation en matière de sécurité sociale, de la loi sur les hôpitaux ou de toute autre législation qui peut avoir un impact sur le présent contrat, l'assureur peut modifier les conditions d'assurance. Cela fera l'objet d'une discussion préalable avec le preneur d'assurance. S'il le souhaite, le preneur d'assurance peut résilier le contrat dans les trois mois après la notification du changement.

3. Définitions

3.1. Accident

Toute détérioration de l'état de santé causée par un événement soudain et extérieur à l'organisme, qui survient indépendamment de la volonté de l'assuré et dont la cause et les symptômes sont objectivables médicalement, et qui, en tant que telle, permettent un diagnostic et nécessitent une thérapie.

3.2. Année d'assurance

La période de 12 mois à compter de la date de début du présent plan jusqu'à la date du premier jour d'échéance annuelle qui suit et, par la suite, chaque nouvelle période d'un an qui s'ensuit.

3.3. Délai d'attente

Période unique qui commence à la date d'affiliation de l'assuré et au cours de laquelle l'assureur n'est pas tenu d'effectuer un remboursement.

3.4. Hospitalisation

Séjour médicalement nécessaire dans une institution légalement reconnue comme hôpital et dont les frais de séjour sont facturés dans le cadre d'une « Hospitalisation » ou d'un(e) « Hôpital de jour/ One-Day-Clinic » (chirurgicale ou non).

3.5. Intervention légale

Toute indemnisation fixée par la législation belge applicable aux salariés. Par droit belge applicable aux salariés en cas de maladie ou d'accident s'entend la législation concernant :

- l'assurance maladie et invalidité obligatoire ;
- les accidents de travail ;
- les maladies professionnelles.

Contrat d'assurance maladie professionnelle « Soins ambulatoires » - Ambuflex Plus
Numéro*s de police : *

2

3.6. Maladie

Toute détérioration de l'état de santé, qui n'est pas causée par un accident et dont la cause et les symptômes sont objectivables médicalement, et qui, en tant que telle, permettent un diagnostic et nécessitent une thérapie.

3.7. Médicament

Tout produit exclusivement vendu en pharmacie, et :

- soit enregistré en tant que médicament en Belgique ;
- soit pour lequel l'Agence européenne des médicaments (EMA) a émis une autorisation de commercialisation.

3.8. Soins ambulatoires

Soins médicaux dispensés en dehors d'une hospitalisation.

Les frais imputés sur la facture d'hospitalisation (de jour) qui ne sont pas remboursés par une assurance hospitalisation peuvent être pris en charge selon les conditions de remboursement de cette convention, Ambuflex Plus.

4. Affiliation et fin de l'affiliation

4.1. Affiliation des assurés principaux et des coassurés

Tous les membres du personnel au service du preneur d'assurance qui appartiennent à **citer catégorie du personnel* peuvent s'affilier à ce plan de manière facultative à condition qu'ils qu'ils soient affiliés à et bénéficient de la sécurité sociale belge. Ils sont dénommés les **assurés principaux**.

Les membres de la famille de l'assuré principal peuvent également s'affilier de façon facultative, à condition que tous les membres de la famille le fassent. Ils sont dénommés les **coassurés**. Les coassurés doivent également s'affilier à et bénéficier de la sécurité sociale belge

On entend par « membres de la famille » :

- *;
- *;
- *.

L'affiliation des assurés principaux comme des coassurés a lieu sans formalités médicales ou délai d'attente. Le choix de l'affiliation peut être effectué chaque année. L'assuré principal est responsable de communiquer les données d'affiliation correctes des assurés.

4.2. Choix des garanties

Ambuflex Plus offre deux garanties :

- garantie de base « Soins ambulatoires » ;
- extension « Optical & Dental ».

L'assuré principal peut choisir un des deux scénarios d'affiliation suivants :

- **l'assuré principal choisit de n'affilier que lui-même :**
 - o soit *uniquement* pour la garantie de base « Soins ambulatoires » ;
 - o soit pour la garantie de base « Soins ambulatoires » *comme pour* l'extension « Optical & Dental ».

Contrat d'assurance maladie professionnelle « Soins ambulatoires » - Ambuflex Plus
Numéro*s de police : *

3

- **l'assuré principal décide de s'affilier lui-même et tous les membres de sa famille qui remplissent les conditions d'affiliation :**
 - o soit *uniquement* à la garantie de base « Soins ambulatoires » ;
 - o soit à la garantie de base « Soins ambulatoires » *comme* à l'extension « Optical & Dental ».

Il n'est pas possible de s'affilier uniquement à l'extension « Optical & Dental ».

4.3. Fin de l'affiliation

L'affiliation de l'assuré principal et des coassurés prend fin à la première date d'échéance annuelle suivant le jour où :

- le contrat de travail entre l'assuré principal et le preneur d'assurance cesse ou est interrompu, y compris en cas de RCC ;
- l'assuré principal atteint l'âge de 67 ans ou en cas de retraite légale (anticipée) de l'assuré principal ;
- l'assuré principal n'appartient plus à **citer catégorie du personnel* ;
- le coassuré perd la qualité d'assuré ;
- l'assuré principal met volontairement un terme à l'affiliation.

5. Garanties

5.1 Garantie de base « Soins ambulatoires »

Ambuflex Plus prévoit un remboursement dans la liste limitative de frais médicaux ci-dessous. Les frais pour les soins ambulatoires suivants sont assurés :

- les frais des **honoraires de médecin** pour les prestations incluses dans la nomenclature des prestations de santé au titre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, à condition que l'assuré bénéficie effectivement de l'intervention légale pour la prestation concernée. Tous les frais liés aux traitements et soins dentaires sont exclus. Les frais en matière de stomatologie, parodontologie, médecine dentaire endodontique et orthodontie relèvent également de cette exclusion.
- les frais des **prestations médicales et paramédicales** incluses dans la nomenclature des prestations de santé au titre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, à condition que l'assuré bénéficie effectivement de l'intervention légale pour la prestation concernée. Il s'agit de la liste limitative suivante :
 - o imagerie médicale ;
 - o examens médicaux en laboratoire ;
 - o soins infirmiers ;
 - o kinésithérapie ;
 - o physiothérapie ;
 - o ergothérapie ;
 - o logopédie.
- les frais des **médicaments enregistrés**.

Tous les frais énumérés sont remboursés à 100%. Pour les **honoraires de médecin et les prestations médicales et paramédicales**, ce remboursement a lieu après déduction de l'intervention légale effective.

Les **médicaments enregistrés sont remboursés en tenant compte** des plafonds annuels mentionnés ci-dessous. Le **plafond annuel dépend du nombre de membres de la famille**, comme décrit ci-dessous.

Un membre de la famille peut être le (la) conjoint(e) ou un enfant.

- max. 155,00 EUR : uniquement l'assuré principal (travailleur) ;
- max. 310,00 EUR : l'assuré principal et un coassuré (membre de la famille) ;
- max. 465,00 EUR : l'assuré principal et maximum 3 coassurés (membres de la famille) ;
- max. 620,00 EUR : l'assuré principal et au moins 4 coassurés (membres de la famille).

De plus, un **plafond annuel global s'applique au total des frais assurés sous cette garantie**. Il s'agit du remboursement maximal total par an et par famille, comme décrit ci-dessous. Le plafond annuel équivaut à :

- max. 310,00 EUR : uniquement l'assuré principal (travailleur) ;
- max. 620,00 EUR : l'assuré principal et un coassuré (membre de la famille) ;
- max. 930,00 EUR : l'assuré principal et maximum 3 coassurés (membres de la famille) ;
- max. 1.240,00 EUR : l'assuré principal et au moins 4 coassurés (membres de la famille).

Pour déterminer le plafond annuel par famille, nous examinons la situation familiale au **compléter date d'échéance*. À ce moment, le plafond annuel est déterminé pour l'année d'assurance qui débute. Le plafond annuel peut ensuite être adapté à chaque date d'échéance annuelle selon la situation familiale à ce moment et selon les accords susmentionnés.

5.2 Extension « Optical & Dental »

5.2.1 Optical

a) Verres de lunettes et lentilles

Les frais pour des verres de lunettes correctrices et des lentilles correctrices sont couverts.

Ces frais sont remboursés à concurrence de 60 % du montant qui reste à charge de l'assuré après déduction de l'éventuelle intervention légale. Cela signifie que si l'assuré reçoit une intervention légale, elle sera déduite du montant payé. Le pourcentage de remboursement de 60 % est appliqué sur ce solde. Si l'assuré ne bénéficie pas d'une intervention légale (*), le remboursement de ce plan correspond à 60 % du montant payé par l'assuré. En outre, un plafond annuel par assuré s'applique, comme le décrit l'article 5.2.3.

b) Montures

Ambuflex Plus prévoit une intervention dans les frais pour une monture.

Ces frais sont remboursés à concurrence de 60 % du montant qui reste à charge de l'assuré après déduction de l'éventuelle intervention légale. Cela signifie que si l'assuré reçoit une intervention légale, elle sera déduite du montant payé. Le pourcentage de remboursement de 60 % est appliqué sur ce solde. Si l'assuré ne bénéficie pas d'une intervention légale (*), le remboursement de ce plan correspond à 60 % du montant payé par l'assuré. En outre, l'intervention s'élève à maximum 100,00 EUR par année d'assurance et un plafond annuel par assuré s'applique, comme le décrit l'article 5.2.3.

() Si, pour un motif dont il est lui-même responsable, l'assuré ne perçoit pas d'intervention légale, par exemple s'il n'a pas payé la cotisation légale d'affiliation à l'assurance-maladie (mutualité), l'intervention légale fictive sera retenue. Cette intervention légale fictive est égale au montant auquel un travailleur a droit en vertu de la législation belge d'assurance-maladie pour cette prestation ou ce coût spécifique s'il remplit les conditions de remboursement ou d'indemnisation de l'assurance-maladie légale.*

5.2.2 Dental

Pour la totalité de la garantie « Dental » s'applique que les frais pour des soins et traitements dentaires esthétiques ne sont jamais couverts. Sont néanmoins couverts, les frais suivants :

a) Soins dentaires

Sont couverts : les frais pour les **consultations, soins dentaires et traitements dentaires chez un dentiste** pour les prestations incluses dans la nomenclature des prestations de santé au titre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Ces frais sont remboursés à concurrence de 80 % du montant qui reste à charge de l'assuré après déduction de l'éventuelle intervention légale. Cela signifie que si l'assuré reçoit une intervention légale, elle sera déduite du montant payé. Le pourcentage de remboursement de 80 % est appliqué sur ce solde. Si l'assuré ne bénéficie pas d'une intervention légale (*), le remboursement de ce plan correspond à 80 % du montant payé par l'assuré. En outre, un plafond annuel par assuré s'applique, comme le décrit l'article 5.2.3.

b) Orthodontie

Les frais **d'orthodontie** pour les assurés jusqu'à 25 ans pour les prestations incluses dans la nomenclature des prestations de santé au titre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités sont assurés.

Ces frais sont remboursés à concurrence de 80% du montant qui reste à charge de l'assuré après déduction de l'éventuelle intervention légale. Cela signifie que si l'assuré reçoit une intervention légale, elle sera déduite du montant payé. Le pourcentage de remboursement de 80% est appliqué sur ce solde. Si l'assuré ne bénéficie pas d'une intervention légale (*), le remboursement de ce plan correspond à 80% du montant payé par l'assuré. En outre, un plafond annuel par assuré s'applique, comme le décrit l'article 5.2.3.

c) Prothèses dentaires

Ce plan prévoit un remboursement des frais pour les **prothèses dentaires fixes et amovibles** comme les implants, les dents à pivot, les couronnes et les bridges. Ces frais sont remboursés à concurrence de 60% du montant qui reste à charge de l'assuré et dans les limites du plafond annuel prévu pour ces frais (voir article 5.3). De plus, un maximum d'un remboursement tous les trois ans pour la même dent s'applique.

Pour les **prothèses dentaires amovibles**, ces frais doivent en outre être inclus dans la nomenclature des prestations de santé au titre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Si l'assuré reçoit une intervention légale, elle sera déduite du montant payé. Le pourcentage de remboursement de 60% est appliqué sur ce solde. Si l'assuré ne bénéficie pas de cette intervention légale (*), le remboursement de ce plan correspond à 60 % du montant payé par l'assuré. En outre, un plafond annuel par assuré s'applique, comme le décrit l'article 5.2.3.

Les frais de réparation des prothèses dentaires amovibles et fixes n'entrent pas en considération.

() Si, pour un motif dont il est lui-même responsable, l'assuré ne perçoit pas d'intervention légale, par exemple s'il n'a pas payé la cotisation légale d'affiliation à l'assurance-maladie (mutualité), l'intervention légale fictive sera retenue. Cette intervention légale fictive est égale au montant auquel un travailleur a droit en vertu de la législation belge d'assurance-maladie pour cette prestation ou ce coût spécifique s'il remplit les conditions de remboursement ou d'indemnisation de l'assurance-maladie légale.*

5.2.3 Plafond annuel extension “Optical & Dental”

Le **plafond annuel par assuré** pour l’extension « Optical & Dental », c’est-à-dire verres de lunettes, montures, lentilles, soins dentaires, orthodontie et prothèses dentaires, confondus, s’élève à :

- la première année d'affiliation : 500,00 EUR
- la deuxième année d'affiliation : 1.000,00 EUR
- à partir de la troisième année d'affiliation : 1.500,00 EUR

Les plafonds précités s'appliquent uniquement si l'affiliation est ininterrompue et que les années d'affiliation se succèdent donc sans interruption. À chaque réaffiliation après une interruption, le plafond annuel de la première année d'affiliation s'applique la première année de réaffiliation. À partir de ce moment-là, le plafond annuel pour une poursuite ininterrompue de l'affiliation est augmenté selon le schéma décrit ci-dessus.

6. Territorialité

Les garanties décrites ne s’appliquent qu’aux frais effectués en Belgique.

7. Exclusions

Ce plan ne prévoit aucun remboursement pour les frais suivants :

- les frais relatifs aux traitements et soins esthétiques ;
- les frais qui ne sont pas inclus dans la nomenclature des soins de santé au titre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, sauf en cas de mention contraire ;
- les frais encourus avant la date d'affiliation de l'assuré.

8. Prime

8.1. Garantie de base “Soins ambulatoires”

La **prime annuelle nette par famille**, la taxe d’assurance exclue, est égale à :

- plafond annuel global de 310,00 EUR : 319,67 EUR
- plafond annuel global de 620,00 EUR : 639,34 EUR
- plafond annuel global de 930,00 EUR : 959,04 EUR
- plafond annuel global de 1.240,00 EUR : 1.280,12 EUR

Cette prime nette est majorée de la taxe légale sur les assurances, qui est égale à 9,25 % au moment de la conclusion du présent contrat. En cas d'éventuelle modification future des charges et taxes, les primes y seront automatiquement adaptées.

La **prime brute annuelle par famille**, y compris la taxe d’assurance de 9,25 %, est égale à :

- plafond annuel global de 310,00 EUR : 349,24 EUR
- plafond annuel global de 620,00 EUR : 698,48 EUR
- plafond annuel global de 930,00 EUR : 1.047,75 EUR
- plafond annuel global de 1.240,00 EUR : 1.398,53 EUR

8.2. Extension « Optical & Dental »

La **prime annuelle nette par assuré**, la taxe d'assurance exclue, est égale à 239,83 EUR.

Cette prime nette est majorée de la taxe légale sur les assurances, qui est égale à 9,25 % au moment de la conclusion du présent contrat. En cas d'éventuelle modification future des charges et taxes, les primes y seront automatiquement adaptées.

La **prime brute annuelle par assuré**, y compris la taxe d'assurance de 9,25 %, est égale à 262,01 EUR.

8.3. Frais d'acquisition et d'administration garantie de base « Soins ambulatoires » et extension « Optical & Dental »

L'estimation des frais d'acquisition (voir 1) dans la prime nette ou la prime commerciale est au moment de la conclusion du présent contrat égale à 5,52%. L'estimation des frais d'administration (voir 1) est au moment de la conclusion du présent contrat égale à 2,75%.

	estimation des frais d'acquisition dans la prime commerciale (1)	Estimation des frais d'administration dans la prime commerciale (1)
Garantie de base « Soins ambulatoires »		
plafond annuel globale de 310,00 EUR	17,65 EUR	8,79 EUR
plafond annuel globale de 620,00 EUR	35,29 EUR	17,58 EUR
plafond annuel globale de 930,00 EUR	52,94 EUR	26,37 EUR
plafond annuel globale de 1.240,00 EUR	70,66 EUR	36,20 EUR
Extension « Optical & Dental »		
par assuré	13,24 EUR	6,60 EUR

(1) Information sur les coûts et les frais en exécution de l'A.R. du 2 mai 2017, M.B. du 11 mai 2017

Avertissement

« Votre attention est attirée sur le fait qu'une comparaison entre plusieurs contrats d'assurance ne doit pas se limiter à comparer l'estimation des coûts et frais de chaque contrat mais doit également prendre en considération d'autres éléments, tel que l'étendue des garanties, le montant des franchises éventuelles ou les clauses d'exclusion.

Les estimations communiquées ci-dessus permettent de mieux apprécier la partie de la prime qui sert à couvrir le risque assuré par le contrat d'assurance. Le solde de la prime, après déduction des taxes et contributions ainsi que des frais d'acquisition et d'administration, représente en effet la part de la prime affectée à l'exécution des prestations contractuelles ainsi que les frais non mentionnés ci-dessus (y inclus le coût combiné et mutuellement partagé des sinistres et de leur gestion).

Ces estimations sont calculées sur la base des données comptables du dernier exercice comptable de l'entreprise d'assurances telles qu'approuvées par son assemblée générale ».

Ces estimations seront recalculées annuellement sur la base du dernier exercice comptable. Les informations à ce sujet seront à chaque fois reprises dans le bordereau de prime de l'année en cours. Dans le calcul des primes avec taxes et les estimations des frais sur les bordereaux une différence minimale peut apparaître à la suite de l'application des règles d'arrondissement.

8.4. Paiement de la prime

Cette prime brute est à payer pour les assurés principaux comme pour les coassurés **déterminer la fréquence en concertation avec le preneur d'assurance*. L'assuré principal paie la prime brute pour lui-même et pour les membres de sa famille (coassurés). Ces primes brutes sont perçues par le preneur d'assurance auprès de l'assuré principal.

Le preneur d'assurance est tenu de payer, outre les primes, tous impôts existants ou futurs, ainsi que tous frais parafiscaux. Le preneur d'assurance est avisé du montant de la prime à payer par un décompte de prime émanant de l'assureur ou de son mandataire.

En cas de non-paiement de la prime dans les 15 jours à compter de la date de la remise à la poste d'une lettre recommandée rappelant au preneur d'assurance la date d'échéance de la prime, ainsi que les conséquences de non-paiement de la prime dans les délais fixés, la garantie est suspendue de plein droit à l'expiration du délai susmentionné pour ce qui concerne tous frais exposés à partir de la date de suspension. La garantie n'est remise en vigueur qu'après paiement total de toutes les primes impayées. L'assureur se réserve le droit de résilier le contrat pendant la période de suspension précitée. Dans ce cas la résiliation devient effective après expiration du délai de 15 jours à compter du premier jour de la suspension ou de la mise-en-demeure dans laquelle la suspension est annoncée.

8.5 Indexation de la prime et des plafonds

8.5.1 Garantie de base « Soins ambulatoires »

L'indexation du plafond annuel global pour l'affiliation de l'assuré principal uniquement, ci-après dénommé plafond de base, sert de base pour l'indexation de tous les plafonds annuels et de toutes les primes annuelles. Au début de ce plan, l'année de référence pour l'indexation est *2025.

Le plafond de base est indexé à la hausse chaque année le 01/01 (N) sur la base de l'indice santé du mois de mai. L'augmentation est déterminée en divisant l'indice santé du mois de mai de l'année N-1 par l'indice santé du mois de mai de l'année de référence. Le pourcentage d'indexation obtenu de cette manière est appliqué au plafond de base. Si le résultat de ce calcul est supérieur ou égal à une nouvelle dizaine qui suit le plafond de base, le plafond de base indexé est arrondi vers le bas et assimilé à la dizaine la plus haute atteinte. Le rapport entre le plafond de base indexé ainsi obtenu et le plafond de base donne le pourcentage d'indexation effectif pour tous les plafonds annuels (plafonds globaux et plafonds pour médicaments) et pour les primes nettes. Les montants indexés sont appliqués à partir de l'échéance, */* et l'année de référence pour l'indexation est adaptée en N pour l'indexation annuelle suivante. Si le résultat du calcul susmentionné est inférieur à une nouvelle dizaine suivant le plafond de base, l'indexation n'est pas appliquée et l'année de référence est maintenue pour la prochaine indexation annuelle.

8.5.2 Extension « Optical & Dental »

Les **primes nettes** sont indexées à la hausse chaque année le 01/01 (N) sur la base de l'indice santé du mois de mai. L'augmentation est déterminée en divisant l'indice santé du mois de mai de l'année N-1 par l'indice santé du mois de mai de l'année N-2. Les primes indexées sont appliquées à partir de l'échéance, */*.

Le **plafond annuel et le plafond pour la monture de lunettes** ne sont pas indexés.

9. Gestionnaire

Pour la gestion du présent contrat d'assurance maladie professionnelle, l'assureur confie certaines tâches au gestionnaire.

Une convention-cadre régit les tâches que le gestionnaire exécute pour le compte de l'assureur.

En cas de résiliation de la convention-cadre, il demeurera en vigueur jusqu'au terme de la période assurée en cours du présent contrat d'assurance maladie professionnelle. Tous les sinistres survenus dans cette période resteront administrés par le gestionnaire.

En cas de résiliation du contrat d'assurance maladie professionnelle, la convention-cadre demeurera en vigueur jusqu'au terme de la période assurée prévue dans le contrat d'assurance maladie professionnelle. Tous les sinistres survenus dans cette période resteront administrés par le gestionnaire.

10. Litiges

Les parties s'efforceront de régler d'abord à l'amiable tout litige concernant le présent contrat.

Si cela n'est pas possible, le litige sera de la compétence exclusive des tribunaux de l'arrondissement d'Anvers, division d'Anvers.

11. Dispositions finales

11.1 Continuation à titre individuel et préfinancement

Le présent contrat est un contrat professionnel sur lequel s'applique la loi relative aux contrats d'assurance maladie.

11.2 Modalités de paiement

L'assuré perçoit le remboursement calculé sur la base du présent contrat dans les 10 jours ouvrables qui suivent la remise des pièces justificatives nécessaires au gestionnaire. Des intérêts moratoires ne sont en aucun cas dus par l'assureur.

11.3 Calcul du remboursement

Est déduite du montant des frais assurés : toute indemnisation en exécution de quelque autre assurance que ce soit présentant le même but ou de n'importe quelle caisse, fonds, organisme ou institution, y compris l'assurance complémentaire de la mutualité. Par ailleurs, le remboursement des frais assurés est calculé sur la base des conditions mentionnées à l'article 5.

11.4 Introduction des frais

Pour l'introduction des frais médicaux, l'assuré et le preneur d'assurance utilisent les différentes applications numériques proposées par le gestionnaire.

Pour les achats en pharmacie, l'assuré utilise de préférence AssurPharma. Si ce n'est pas possible, ces frais doivent être introduits à l'aide d'une attestation BVAC.

11.5 Transfert des données

Tout échange de données entre le preneur d'assurance et le gestionnaire a lieu au moyen d'une interface annuelle. S'entend par échange de données :

- nom, prénom, sexe, date de naissance et adresse des personnes à assurer ;
- adresse mail de l'assuré principal ;
- date d'affiliation ;
- pour les coassurés : la relation avec l'assuré principal ;
- date de fin de l'affiliation.

11.6 Déchéance des garanties

Les garanties prennent fin si le preneur d'assurance ou l'assuré présentent de faux certificats ou font de fausses déclarations ou s'ils ont délibérément dissimulé des faits qui auraient pu influencer la décision de l'assureur.

11.7. Traitement des données à caractère personnel

Dans le cadre de la collaboration entre les parties, le preneur d'assurance fournira à l'assureur des données à caractère personnel que l'assureur traitera en tant que Responsable du traitement, dans le respect de la législation applicable en matière de protection de la vie privée.

1. L'assureur a désigné un Data Protection Officer. Il peut être contacté à l'adresse dpo@justitiantv.be ou Justitia SA, attn Data Protection Officer, Plantin en Moretuslei 301, 2140 Anvers.
2. L'assureur traitera ces données personnelles pour répondre à ses obligations légales (ci-après dénommées « OL ») (notamment dans le cadre de la législation AssurMiFID, antiblanchiment et antiterrorisme), dans le cadre de l'exécution du Contrat (ci-après dénommé « CT »), lorsque le traitement s'avérera nécessaire dans le cadre d'actions judiciaires (ci-après dénommées « AJ ») et pour défendre ses intérêts légitimes (ci-après dénommés « IL »). Dans certains cas, la personne concernée devra donner son autorisation au traitement.
3. L'assureur traitera ces données personnelles aux fins suivantes :
 - o gestion de clients (OL et/ou CT et/ou IL) ;
 - o traitement des demandes et sinistres (CT) ;
 - o gestion d'assurances maladies (CT) ;
 - o gestion des litiges (CT et/ou AJ) ;
 - o renseignements technico-commerciaux (CT et/ ou IL) ;
 - o relations publiques (IL) ;
 - o lutte contre la fraude et les infractions de la clientèle (IL) ;
 - o sécurité (IL) ;
 - o protection de la société, du propre secteur ou organisation (OL et/ou IL).
4. L'assureur se réserve le droit de confier la gestion de ce contrat et/ou des sinistres à Vanbreda Risk & Benefits. Il conclura à cette fin un contrat de cadre avec cette compagnie.
5. Dans le cadre de la collaboration, l'assureur peut transmettre ces données personnelles au gestionnaire Vanbreda Risk & Benefits, à des experts, des médecins-contrôleurs, des mutualités. Ces données personnelles peuvent aussi être traitées par les fournisseurs ou sous-entrepreneurs de l'assureur qui agissent comme Sous-traitants. Si l'assureur y est légalement contraint, les données personnelles peuvent être transmises à des instances publiques.
6. Sauf si nécessaire pour l'exécution du contrat, les données personnelles ne seront pas traitées ou transmises en dehors de l'Union européenne.

7. Ces données personnelles seront détruites au plus tard après le délai de responsabilité pour les plaintes potentielles.
8. Chaque personne concernée a le droit de demander à l'assureur de consulter, rectifier, effacer ou limiter les données personnelles issues du traitement qui la concernent. Elle peut s'opposer au traitement et possède un droit à la portabilité des données.
9. Si le traitement nécessite une autorisation, la personne concernée a le droit de révoquer cette autorisation. Cette révocation ne porte pas préjudice à la légalité du traitement sur la base de l'autorisation avant sa révocation.
10. Chaque personne concernée a le droit d'introduire une plainte auprès de l'Autorité de la protection des données.
11. Les données personnelles demandées par l'assureur sont nécessaires pour la bonne mise en œuvre de la collaboration. Si ces données personnelles ne sont pas fournies, l'assureur peut refuser de poursuivre la collaboration, ou il est possible que cette dernière ne puisse pas être exécutée (entièrement) dans les règles de l'art.
12. Les données personnelles peuvent être utilisées dans le cadre de décisions automatisées. Si tel est le cas, l'assureur informera la personne concernée à ce sujet.

Vous trouverez de plus amples informations concernant la politique de confidentialité de Justitia sur www.justitia.be/fr/privacy.

11.8. Subrogation

L'assureur qui est tenu de payer ou qui a effectué un paiement, est subrogé dans les droits de l'assuré vis-à-vis des tiers responsables. Il est dès lors interdit à l'assuré de faire quelque abandon de recours que ce soit contre des tiers.

Les justificatifs transmis deviennent la propriété de l'assureur.

11.9. Election de domicile

Les domiciles du preneur d'assurance et de l'assureur sont élus de droit à leur siège social respectif et celui de l'assuré à la dernière adresse connue par le preneur d'assurance.

11.10. TRIP

Justitia SA participe au « Terrorism Reinsurance and Insurance Pool » (TRIP). Par conséquent, le présent contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle « Soins de santé » couvre des dommages causés par un acte de terrorisme comme défini et réglementé par la loi du 3 mai 2024, dans le cadre, les termes et les limites de cette loi.

11.11. Droit applicable

Le présent contrat est régi par la législation belge et plus particulièrement par la Loi relative aux assurances du 4 avril 2014 et par les divers arrêts d'exécution.

Les dispositions impératives de cette loi entraînent l'abrogation, le remplacement ou le complément des conditions du présent contrat dans la mesure où celles-ci seraient contraires à la loi.

Fait à Anvers, le **/**/20** en * exemplaires dont chaque partie reconnaît avoir reçu un exemplaire.

le preneur d'assurance

l'assureur

* naam klant
nom et qualité du signataire

Justitia NV
Kris Heyman
Administrateur