Conditions de police
Assurances avantages via SD Worx

« Hospi via Payroll »

Conclue avec : *nom du preneur d'assurance
Numéro de police : 778

Le présent contrat d'assurance maladie professionnelle se compose des conditions ci-dessous 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 (domicile)
numéro d'entreprise : BE *

ci-après dénommé « le preneur d'assurance »

et

Justitia SA
Plantin en Moretuslei 301
2140 ANVERS
numéro d'entreprise : BE 0404.479.211

entreprise agréée (AR du 04/07/1979 – MB du 14/07/1979) pour exercer la branche « Maladie-Invalidité » sous le numéro de code 878.

ci-après dénommée « l'assureur ».

L'administration du présent contrat est mise en œuvre par :

Vanbreda Risk & Benefits SA
Plantin en Moretuslei 297
2140 ANVERS
numéro d'entreprise : BE 0404.055.676

ci-après dénommée « le gestionnaire ».

1. Preneur d'assurance

En ce qui concerne l'administration salariale, le preneur d'assurance déclare de faire appel au secrétariat social SD Worx. En outre il déclare :

- ou bien, d'employer au minimum 10 et au maximum 100 collaborateurs ;
- ou bien, d'être une entreprise en démarrage employant au moins un collaborateur dans les 24 mois suivant le démarrage de l'entreprise.

2. Assuré

L'assuré est la personne qui satisfait 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 le membre de la famille de l'assuré principal.

3. Durée du contrat

Le présent contrat prend cours le */*/20* et a le 1er janvier pour jour d'échéance annuelle. Le jour de l'échéance annuelle, le présent contrat est renouvelé pour une durée d'un an par accord tacite, sauf en cas de résiliation moyennant lettre recommandée d'une des parties. Cette résiliation doit être introduite au moins 3 mois avant le jour de l'échéance annuelle. Ce délai de 3 mois prend cours le jour qui suit le jour de l'enregistrement de la lettre recommandée à la poste. L'assurance commence et se termine toujours à 0 heure.

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 présentes 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.

En tous cas, le présent contrat peut uniquement produire ses effets à partir du moment où le preneur d'assurance fait appel au secrétariat social SD Worx pour l'administration salariale. En outre, le présent contrat prendra immédiatement fin dès lors que l'administration salariale ne sera plus prise en charge par SD Worx.

4. Définitions

4.1. Accident

Toute atteinte à l'état de santé causée par un événement soudain, extérieur à l'organisme, indépendant de la volonté de la personne assurée, dont la cause et les symptômes sont objectivables d'un point de vue médical, et qui permet ainsi le diagnostic et exige une thérapie.

4.2. Accident du travail

Un accident tel que défini par la législation belge en matière d'accidents du travail et obligatoirement assuré par l'application de cette législation.

4.3. Accident vie privée

Tout accident qui n'est pas considéré comme un accident du travail.

4.4. Affection

Par affection, il y a lieu d'entendre :
- une atteinte à la santé en raison d'une maladie ou d'un accident ;
- une grossesse ou un accouchement.

4.5. Affection préexistantes

Les maladies, accidents, grossesses et accouchements qui se sont produits avant la date de l'affiliation de l'assuré ou dont la cause est connue avant cette date.

4.6. Année d'assurance

La période qui s'étend entre la date de début de la présente assurance et la date du premier jour d'échéance annuelle qui suit, et par la suite, chaque nouvelle période d'un an qui s'ensuit.

4.7. Appareil orthopédique

Un appareil ou un dispositif destiné à corriger ou à prévenir une déficience corporelle.

4.8. Délai d'attente

Une période unique qui commence à la date d'affiliation de l'assuré, durant laquelle un sinistre éventuel n'est pas assuré, et aucune prime n'est due au futur assuré.

4.9. Frais de séjour

Le ticket modérateur légal, le supplément imputé pour le séjour dans une chambre individuelle et le forfait journalier pour les médicaments.

4.10. Franchise

La partie des coûts remboursables qui demeure à charge de l'assuré.

La franchise ne sera retenue qu'une seule fois dans les situations suivantes :
- pour différents assurés d'une même famille impliqués dans un même accident ;
- pour les frais de l'accouchement pour la mère et l'enfant, à condition que tous les membres de la famille soient assurés ;
- pour une hospitalisation ininterrompue chevauchant deux années d'assurance.

4.11. Hôpital

Toute institution légalement reconnue comme hôpital où sont utilisés des moyens diagnostiques et thérapeutiques scientifiquement prouvés, y compris les institutions de soins palliatifs ou les centres de revalidation reconnus comme des hôpitaux par l'INAMI.

Ne sont *pas* considérés comme un hôpital :

- les maisons de repos, les centres pour personnes âgées ou autres institutions dont l'unique objet est l'hébergement des personnes âgées, des convalescents ou des enfants, même s'ils font partie d'un hôpital ;
- les centres de soins psychiatriques ;
- les instituts médico-pédagogiques ;
- les centres psychiatriques médico-légaux ;
- les initiatives d'habitation protégée ;
- les instituts de cure comme les cures thermales et diététiques, la thalassothérapie et les cures de désintoxication.

4.12. Hospitalisation

Tout séjour dans un hôpital nécessaire d'un point de vue médical pour lequel au moins une nuitée est facturée, ou dans le cas d'une intervention légale pour le traitement médical suivi ou effectué dans le cadre d'un forfait salle de plâtrage, de soins urgents dans un lit d'hôpital et/ou l'administration d'un médicament ou d'un produit sanguin/sanguin labile par perfusion intraveineuse (auparavant mini forfait), d'un maxi forfait, d'un forfait hôpital de jour, d'un forfait douleurs chroniques, ou de tout autre forfait hôpital de jour assimilé.

4.13. Intervention légale

- <u>pour les frais encourus en Belgique :</u>
  tout remboursement prévu par l'assurance obligatoire pour les soins de santé et les indemnités applicables pour les travailleurs belges ;

- <u>pour les frais encourus à l'étranger :</u>
  tout remboursement prévu par une convention conclue avec le pays concerné en matière de sécurité sociale des travailleurs.

Par législations sociales belges applicables aux travailleurs en cas de maladie ou d'accident, il est entendu :

- la législation relative à l'assurance maladie et invalidité obligatoire ;
- la législation relative aux accidents du travail ;
- la législation relative aux maladies professionnelles.

4.14. Maladie

Toute atteinte à la santé physique ou mentale, avec des symptômes objectifs, qui n'est pas causée par un accident.

4.15. 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.

4.16. Prothèse

Un appareil ou un dispositif qui remplit totalement ou partiellement la fonction d'un organe ou d'un membre. Les prothèses et implants dentaires ne relèvent pas de cette définition.

4.17. Sinistre

Tout événement pour lequel il peut être fait appel aux garanties de la présente assurance.

4.18. Traitement ambulatoire

Les frais de soins médicaux fournis à un moment où l'assuré n'est pas hospitalisé, et donc les soins qui ne sont pas fournis lors d'une hospitalisation.

Les frais imputés sur la facture d'hospitalisation (de jour) qui ne sont pas remboursés dans une garantie Hospitalisation peuvent être pris en charge selon les conditions de remboursement des garanties Pré- et posthospitalisation ou Soins ambulatoires maladies graves.

5. Affiliation

5.1. Assurés principaux

Tous les **travailleurs actifs** au service du preneur d'assurance, qu'ils disposent d'un contrat de travail de durée déterminée ou indéterminée, sont considérés comme des assurés principaux. Par « travailleurs actifs », il y a également lieu d'entendre les travailleurs suivants : les travailleurs en interruption de carrière, crédit-temps ou congé thématique (congé parental, congé pour assistance médicale à un membre de la famille ou congé pour soins palliatifs pour un membre de la famille).

Les travailleurs malades de longue durée relèvent également de la catégorie des travailleurs actifs. Les jobistes n'en relèvent ***pas***.

Les travailleurs qui continuent à travailler après leur 65e anniversaire restent affiliés tant qu'ils sont au travail.

Pour les assurés principaux, **l'affiliation est obligatoire** et s'effectue sans formalités médicales. Il n'y a pas de délais d'attente et les coûts en lien avec des affections préexistantes sont assurés. L'affiliation a lieu le jour de l'entrée en service, mais au plus tôt à la date de prise d'effet de la présente assurance.

L'affiliation de l'assuré principal prend fin :

- à la cessation ou à la résiliation du contrat de travail entre l'assuré principal et le preneur d'assurance ;
- au RCC ou à la retraite légale ;
- en cas de décès ;
- à la fin de la présente assurance.

5.2. Coassurés (membres de la famille)

Les **membres de la famille de l'assuré principal** s'affilient **à titre facultatif** sans formalités médicales. Ils sont dénommés les coassurés.

Les membres de la famille (coassurés) suivants peuvent s'affilier :

- le partenaire de l'assuré principal. Il s'agit du partenaire matrimonial ou cohabitant sans lien familial avec l'assuré principal ;
- les enfants, enfants placés ou enfants adoptés de l'assuré principal ou de son partenaire qui :
    - sont âgés de moins de 25 ans ;
    - sont fiscalement à charge de l'assuré principal, du partenaire matrimonial ou du partenaire cohabitant ;
    - résident chez l'assuré principal.
- les enfants, enfants placés ou enfants adoptés de l'assuré principal dans un régime de coparentalité qui :
    - sont âgés de moins de 25 ans ;
    - sont fiscalement à charge de l'assuré principal ou de l'ex-partenaire de l'assuré principal ;
    - résident chez l'ex-partenaire de l'assuré principal.

La limite d'âge de 25 ans ne s'applique pas aux enfants atteints d'un handicap.

Le jour du droit à l'affiliation est :

- pour le partenaire : le jour du mariage ou de la cohabitation ;
- pour un enfant de l'assuré principal : le jour de la naissance ;
- pour un enfant adopté ou placé de l'assuré principal : le jour officiel de l'adoption ou de l'attribution comme enfant placé ;
- pour un enfant, enfant adopté ou enfant placé du partenaire : le jour du mariage ou de la cohabitation.

En cas d'affiliation de la famille, tous les membres de la famille doivent s'affilier. Si un membre de la famille dispose d'une assurance similaire, le membre de la famille en question ne doit pas s'affilier, à condition qu'une attestation d'affiliation puisse être présentée.

Si une demande d'affiliation intervient dans les 3 mois suivant le jour du droit à l'affiliation, l'affiliation est réputée être effectuée **à temps**. Il n'y a pas de délais d'attente et les coûts en lien avec des affections préexistantes sont assurés.

Si une demande d'affiliation intervient plus de 3 mois suivant le jour du droit à l'affiliation, l'affiliation est réputée **tardive**. Dans ce cas, un délai d'attente de 12 mois est applicable. Les coûts en lien avec des affections préexistantes sont assurés au terme du délai d'attente.

L'affiliation des coassurés prend fin :

- à la perte du statut de coassuré ;
- au RCC ou à la pension légale de l'assuré principal ;
- en cas de décès du coassuré ou de l'assuré principal ;
- à la fin de la présente assurance.

Applicable tant à l'assuré principal qu'aux coassurés :

Les garanties et les prestations prennent fin le jour où l'affiliation de l'assuré prend fin, conformément aux dispositions mentionnées en 5.1 et 5.2, sauf dans les circonstances suivantes : pour un assuré hospitalisé au moment de la résiliation ou de la cessation du contrat de travail de l'assuré principal, les frais d'hospitalisation et de posthospitalisation encourus pendant la durée de ce contrat sont remboursés pendant maximum 180 jours.

6. Garanties de base

6.1. Garantie hospitalisation

Cette garantie se rapporte au remboursement des frais médicaux encourus lors d'une hospitalisation pour un traitement nécessaire au point de vue médical à la suite d'une maladie, d'un accident, d'une grossesse ou d'un accouchement.

Dans ce cas, les frais médicaux suivants sont assurés :

- les **frais de séjour** ;
- les **honoraires** d'un médecin ;
- les **examens et traitements** ;
- les **prestations paramédicales** ;
- les **médicaments** ;
- les frais de **prothèses (y compris des membres artificiels, lunettes et appareils auditifs) et appareils orthopédiques** ;
- les frais pour des **techniques et matériaux (implantables) médicaux** (à l'exception de matériaux dentaires) ;
- les **traitements, prothèses et matériaux dentaires**, indépendamment de leur nature, à condition qu'il s'agisse d'un traitement nécessaire au point de vue médical à la suite d'une maladie non stomatologique assurée ou d'un accident assuré. Ces deux conditions doivent être remplies simultanément ;
- les **traitements et médicaments homéopathiques, la chiropraxie, l'acupuncture et l'ostéopathie** ;
- les frais de **rooming-in**. Il s'agit des frais de séjour d'un des parents dans la même chambre que celle de l'enfant hospitalisé assuré ;
- les frais de séjour du **donneur**, en cas de transplantation d'organe ou de tissu en faveur de l'assuré ;
- les **frais mortuaires** comptabilisés sur la facture de l'hôpital ;
- les frais pour les **soins palliatifs** à l'hôpital ;
- les frais de **transport urgent et médicalement justifié** jusqu'à l'hôpital en ambulance ou par héli-secours.

Les frais médicaux énumérés sont intégralement remboursés, à condition que la facture de séjour hospitalier compte au moins une prestation médicale assurée avec intervention légale. Si ce n'est pas le cas, le remboursement pour les frais médicaux comptés sur la facture de séjour hospitalier s'élève à 50%.

Dans le cadre de la présente garantie, un **accouchement à domicile** est assimilé à une hospitalisation. Cela signifie que pour ces coûts, outre la garantie hospitalisation, la garantie pré- et posthospitalisation (voir 6.2) est également applicable.

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 coûts relatifs au traitement d'**affections nerveuses ou mentales** sont seulement remboursés pour une hospitalisation de 2 ans maximum par assuré et par année d'assurance. Ces 2 années peuvent être consécutives ou non, et sont comptées à partir du début de la première hospitalisation.

6.2. Garantie pré- et posthospitalisation

La présente garantie prévoit un remboursement des coûts de soins médicaux ambulatoires nécessaires fournis pendant la période de 2 mois précédant l'hospitalisation et de 6 mois suivant immédiatement la sortie de l'hôpital. Le remboursement s'applique uniquement aux soins ambulatoires en lien direct avec une hospitalisation assurée.

Les frais médicaux suivants sont remboursés :

- les **honoraires** d'un médecin ;
- les **examens et traitements** ;
- les **prestations paramédicales** ;
- les coûts des **médicaments**.

Si l'assuré perçoit un remboursement de l'assurance maladie légale pour ces frais médicaux, la présente assurance rembourse intégralement le solde encore à charge de l'assuré. Si l'assuré ne perçoit pas d'intervention légale ou s'il n'y a pas droit, le remboursement s'élève à 50%.

La présente assurance prévoit également un remboursement pour les frais médicaux suivants :

- les frais de **prothèses (y compris des membres artificiels, lunettes et appareils auditifs) et appareils orthopédiques**. Les frais d'entretien et de réparation ne sont pas assurés ;
- les frais pour des **techniques et matériaux médicaux** (achetés dans la pharmacie ou auprès une institution reconnue et à l'exception des matériaux dentaires) ;
- les **traitements, prothèses et matériaux dentaires**, indépendamment de leur nature, à condition qu'il s'agisse d'un traitement nécessaire au point de vue médical à la suite d'une maladie non stomatologique assurée ou d'un accident assuré. Ces deux conditions doivent être remplies simultanément.

Si l'assuré perçoit un remboursement de l'assurance maladie légale pour ces frais médicaux, la présente assurance rembourse intégralement le solde encore à charge de l'assuré. Si l'assuré ne perçoit pas d'intervention légale ou s'il n'y a pas droit, le remboursement s'élève à 50%. En outre, le remboursement s'élève dans ce cas à maximum 5 000,00 EUR par assuré et par année d'assurance.

Les **traitements et médicaments homéopathiques, la chiropraxie, l'acupuncture et l'ostéopathie** sont remboursés à 50 %.

Les coûts de **transport** ne sont pas assurés.

6.3. Garantie soins ambulatoires maladies graves

La présente garantie prévoit un remboursement des coûts des soins ambulatoires nécessaires au point de vue médical qui sont en lien direct avec l'une des maladies graves reprises dans la liste limitative suivante :

le SIDA, la sclérose latérale amyotrophique, la brucellose, Ebola, la méningite cérébro-spinale, le choléra, le diabète, la diphtérie, l'encéphalite, le cancer, la leucémie, la malaria, la maladie du charbon, la mucoviscidose, la sclérose en plaques, une affection rénale nécessitant une dialyse, la variole, la poliomyélite, la dystrophie musculaire progressive, la scarlatine, le tétanos, la tuberculose, le typhus, l'hépatite virale, la fièvre typhoïde, la fièvre paratyphoïde, la maladie d'Alzheimer, la maladie de Crohn, la maladie de Creutzfeldt-Jacob, la maladie de Hodgkin, la maladie de Parkinson, la maladie de Pompe.

Les frais médicaux suivants sont remboursés :

- les **honoraires** d'un médecin ;
- les **examens et traitements** ;
- les **prestations paramédicales** ;
- les coûts des **médicaments**.

Si l'assuré perçoit un remboursement de l'assurance maladie légale pour ces frais médicaux, la présente assurance rembourse intégralement le solde encore à charge de l'assuré. Si l'assuré ne perçoit pas d'intervention légale ou s'il n'y a pas droit, le remboursement s'élève à 50 %.

La présente assurance prévoit également un remboursement pour les frais médicaux suivants :

- les frais de **prothèses (y compris des membres artificiels, lunettes et appareils auditifs) et appareils orthopédiques**. Les frais d'entretien et de réparation ne sont pas assurés ;
- les frais pour des **techniques et matériaux médicaux** (achetés dans la pharmacie ou auprès une institution reconnue et à l'exception des matériaux dentaires) ;
- les **traitements, prothèses et matériaux dentaires**, indépendamment de leur nature, à condition qu'il s'agisse d'un traitement nécessaire au point de vue médical à la suite d'une maladie non stomatologique assurée ou d'un accident assuré. Ces deux conditions doivent être remplies simultanément.

Si l'assuré perçoit un remboursement de l'assurance maladie légale pour ces frais médicaux, la présente assurance rembourse intégralement le solde encore à charge de l'assuré. Si l'assuré ne perçoit pas d'intervention légale ou s'il n'y a pas droit, le remboursement s'élève à 50 %. En outre, le remboursement pour ces frais s'élève à maximum 5 000,00 EUR par assuré et par année d'assurance.

Les coûts pour des **thérapies** suffisamment éprouvées sur le plan scientifique mais que l'assurance maladie légale ne rembourse pas encore sont remboursés à hauteur de 50 % dans le plafond de max. 5.000,00 EUR par assuré et par année d'assurance. Il s'agit du même plafond qu'indiqué dans le paragraphe ci-dessus.

Les **traitements et médicaments homéopathiques, la chiropraxie, l'acupuncture et l'ostéopathie** sont remboursés à 50 %.

Les coûts de **transport** ne sont pas assurés.

6.4. Garantie à l'étranger

Les garanties indiquées sous 6.1 jusqu'à 6.3 compris sont valables dans le monde entier, à condition que les soins médicaux revêtent un caractère urgent et imprévu.

Garantie hospitalisation
Si l'assuré perçoit une intervention légale pour les frais médicaux indiqués sur la facture de séjour hospitalier, le solde encore à charge de l'assuré sera intégralement remboursé. S'il n'y a pas d'intervention légale ou si l'assuré n'y a pas droit, le remboursement est égal à 50% des coûts qui sont à charge de l'assuré.

Garantie pré- et posthospitalisation et garantie soins ambulatoires maladies graves
Les mêmes règles de remboursement s'appliquent à ces coûts que pour les coûts encourus en Belgique. Voir à ce sujet les points 6.2 et 6.3 ci-dessus.

Outre ces conditions, les conditions d'Assi-Link+, l'assurance assistance médicale, s'appliquent également. Ces conditions et la prime y afférente sont fixées dans un contrat séparé entre le preneur d'assurance et l'assureur assistance.

6.5. Garantie ophtalmologie non hospitalière

La présente garantie prévoit un remboursement des frais médicaux pour une opération de la cataracte dans un centre ophtalmique non hospitalier agréé. Le remboursement s'élève à maximum 600,00 EUR par assuré et par opération (par œil). Les coûts en lien avec la garantie pré- et posthospitalisation (voir 6.2) sont compris dans ce montant maximal.

6.6. Garantie assistance en Belgique et à l'étranger

Les garanties assistance en Belgique et à l'étranger sont décrites dans les conditions générales et particulières d'Assi-Link+. Ces conditions et la prime y afférente sont fixées dans un contrat séparé entre le preneur d'assurance et l'assureur assistance.

7. Calcul du remboursement

7.1. Intervention légale et autres indemnisations

Sont déduits du montant des coûts assurés :

- le remboursement de l'assurance maladie légale ;
- toute indemnisation en exécution de quelque autre assurance que ce soit présentant le même but ou de n'importe quels caisse, fonds, organisme ou institution.

7.2. Plafond de remboursement global

Les frais médicaux assurés sont remboursés selon les conditions décrites dans l'article 6. Il n'y a pas de plafond de remboursement global.

7.3. Franchise

La franchise pour les garanties: « Hospitalisation », « Pré- et posthospitalisation » et « Étranger » s'élève à 175,00 EUR par assuré et par année d'assurance. Cette franchise s'applique uniquement dans le cas d'une hospitalisation avec nuitée dans une chambre individuelle, ou dans le cas d'une hospitalisation de jour dans une chambre individuelle. En cas d'hospitalisation (de jour) en chambre de deux ou plusieurs personnes, aucune franchise n'est appliquée.

Il n'y a pas de franchise pour les garanties « Soins ambulatoires maladies graves » et « Garantie ophtalmologie non hospitalière ».

8. Exclusions

La présente assurance ne prévoit pas de remboursement des frais médicaux résultant :

- d'une tentative de suicide ;
- d'actes intentionnels ou téméraires de l'assuré, sauf en cas de légitime défense ou en cas de sauvetage de personnes ou de biens ;
- de faits de guerre, de guerre ou de guerre civile ;
- de troubles civils, d'émeutes, d'actes de violence ou de terrorisme collectifs (politiques, idéologiques ou sociaux), à moins que l'assuré n'y ait pas activement pris part ou en cas de légitime défense ou de sauvetage de personnes ou de biens ;
- de la participation volontaire de l'assuré à un crime ou à un délit, sauf en cas de légitime défense ;

- d'alcoolisme, par quoi il est entendu la consommation excessive d'alcool donnant lieu à des maladies physiques sans qu'il soit nécessairement question de dépendance ;
- de l'usage non thérapeutique de stupéfiants ou de médicaments et de la toxicomanie ;
- d'un accident ou d'une maladie survenant alors que l'accusé se trouvait dans un état d'ébriété, d'intoxication alcoolique, sous l'influence de stupéfiants, de substances hallucinogènes ou d'autres drogues ;
- d'accidents qui résultent d'une activité sportive rémunérée, y compris des entraînements au sens de la loi du 24 février 1978 relative au contrat de travail du sportif rémunéré ;
- de traitements expérimentaux ou non éprouvés sur le plan scientifique ;
- de traitements contraceptifs, par exemple la stérilisation ;
- de traitements de nature esthétique ou de soins esthétiques, sauf en cas de chirurgie réparatrice à la suite d'un accident ou d'une maladie couverte ;
- de cures telles que les cures thermales et diététiques, la thalassothérapie et les cures de désintoxication ;
- d'une hospitalisation déjà en cours au moment de l'affiliation de l'assuré ;
- des frais avec date de prestation avant la date d'affiliation de l'assuré ou après la fin de l'affiliation de celui-ci sauf dans les circonstances décrits à l'article 5.2.

9. Prime

La **prime mensuelle** en EUR par assuré pour les garanties des points 6.1. jusqu'à 6.5 s'élève à :

	adulte	**enfant**
prime nette	18,50	6,48
taxes et charges	3,56	1,25
prime brute	**22,06**	**7,73**

La prime brute, toutes taxes et charges comprises, est payable trois mois à l'avance.

Les primes pour les assurés principaux sont prises en charge par l'employeur et perçues par le gestionnaire.

Les primes pour les coassurés sont prises en charge par l'assuré principal et perçues par le gestionnaire par virement ou domiciliation.

La prime nette est indexée chaque année sur la hausse le jour d'échéance (N) sur la base de l'indice médical spécifique pour les frais d'hospitalisation, à savoir l'indice « Garantie chambre individuelle » de la classe d'âge « Global ». L'ajustement s'effectue selon la proportion entre le dernier indice spécifique applicable le jour de l'échéance annuelle de la prime et l'indice spécifique de l'année précédente. Si cet indice médical spécifique entraîne une augmentation inférieure à la hausse de l'indice des prix à la consommation (indice des prix à la consommation du mois de juin de l'année N-1 divisé par l'indice des prix à la consommation du mois de juin de l'année N-2), l'indexation s'effectue sur la base de l'indice des prix à la consommation.

L'estimation des coûts d'acquisition (voir 1) de la prime nette ou de la prime commerciale est égale à 5,37% au moment de la conclusion du présent contrat d'assurance. L'estimation des frais administratifs (voir 1) de la prime nette ou de la prime commerciale est égale à 3,21% au moment de la conclusion du présent contrat d'assurance.

(1) Informations sur la charge et le coût 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, tels 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 mutualisé 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 chaque année sur la base du dernier exercice. Les informations pertinentes seront à chaque fois mentionnées dans le bordereau de prime de l'année en cours. Une infime différence peut apparaître dans le calcul des primes avec taxes et dans les estimations des coûts en raison des règles d'arrondi qui s'appliquent.

L'assuré est tenu de payer, outre les primes, toutes les taxes et charges parafiscales actuelles ou futures. L'assuré est informé du montant de la prime à payer par le biais d'un décompte de primes de l'assureur ou du gestionnaire.

En cas de non-paiement au plus tard quinze jours à compter du jour suivant le dépôt d'un courrier recommandé à la poste, par lequel le jour de l'échéance de la prime et les conséquences d'un défaut de paiement dans le délai fixé sont rappelés au preneur d'assurance, la garantie est suspendue de plein droit à l'expiration du délai susmentionné pour tous les frais encourus à compter de la date de la suspension. La garantie entre à nouveau en vigueur seulement après le paiement intégral de toutes les primes dues. L'assureur se réserve le droit de résilier le contrat pendant la période de suspension susmentionnée. Dans ce cas, la résiliation prend effet après l'expiration d'un délai de 15 jours à compter du premier jour de la suspension ou de la mise en demeure dans laquelle la suspension est annoncée.

Pour les personnes qui s'affilient dans la première moitié du mois (du 1er au 15e jour), une prime est imputée pour le mois complet. Pour les personnes qui s'affilient dans la deuxième moitié du mois (du 16e au dernier jour du mois), aucune prime n'est imputée pour ce mois.

Pour les personnes qui se désaffilient dans la première moitié du mois (du 1er au 15e jour), aucune prime n'est imputée pour ce mois. Pour les personnes qui se désaffilient dans la deuxième moitié du mois (du 16e au dernier jour du mois), une prime est imputée pour le mois complet.

10. Medi-Link

Pour le règlement des sinistres, le gestionnaire du présent contrat d'assurance maladie professionnelle aura recours au système du tiers payant Medi-Link, qu'il a lui-même développé et qu'il administre.

Les conditions générales de Medi-Link sont jointes au présent contrat et en font partie intégrante. Le preneur d'assurance a pris connaissance de ces conditions générales et consent à l'application de Medi-Link et aux conditions générales.

11. Gestionnaire

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

Un accord-cadre règle les tâches que le gestionnaire effectue pour le compte de l'assureur.

En cas de résiliation de l'accord-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, l'accord-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.

12. Litiges

Les prestations visées dans le présent contrat sont uniquement octroyées sous réserve du droit de l'assureur de faire contrôler à tout moment l'état de santé de l'assuré par un médecin agréé par lui.

Tout litige d'ordre médical qui n'est pas résolu entre le médecin de l'assuré et le médecin de l'assureur peut être tranché par un troisième médecin par accord mutuel entre l'assuré et l'assureur. Ce troisième médecin est désigné par accord mutuel par les deux premiers médecins.

Si le médecin de l'assuré et le médecin de l'assureur ne parviennent pas à un accord sur la désignation du troisième médecin, celui-ci sera désigné par le président du Conseil de l'Ordre des médecins compétent pour le domicile de l'assuré.

Les honoraires du troisième médecin et des examens spécialisés éventuels que le troisième médecin estime nécessaires sont pour moitié à charge de l'assuré et pour moitié à charge de l'assureur.

13. Dispositions finales

13.1. Continuation à titre individuel et préfinancement

Continuation à titre individuel

Lorsque l'assuré perd le droit à l'affiliation au présent contrat d'assurance maladie professionnelle, il peut continuer l'assurance à titre individuel sans formalités médicales ni délais d'attente auprès de la compagnie d'assurance Allianz Benelux SA.

À cet effet, il est nécessaire que l'assuré principal ait été affilié sans interruption à une ou plusieurs polices d'hospitalisation consécutives auprès d'une compagnie d'assurance au moins pendant les deux ans qui précèdent la date de la perte de l'affiliation au présent contrat d'assurance maladie professionnelle.

Dispositions relatives à la perte de l'avantage du contrat d'assurance maladie professionnelle pour l'assuré principal.

Au plus tard dans les trente jours après la perte de l'avantage du présent contrat d'assurance maladie professionnelle, le preneur d'assurance informe l'assuré principal par écrit ou par voie électronique :

- de la date de la perte de l'avantage du présent contrat d'assurance maladie professionnelle ;
- de la possibilité de continuer l'assurance à titre individuel ;
- du délai dans lequel l'assuré principal, et, le cas échéant, les membres de sa famille, peu(ven)t exercer son (leur) droit de continuation individuelle ;
- des coordonnées d'Allianz Benelux SA.

L'assuré principal et, le cas échéant, les membres de sa famille dispose(nt) d'un délai de trente jours pour informer Allianz Benelux SA par écrit ou par voie électronique de son (leur) intention de continuer l'assurance en tout ou en partie à titre individuel. Ce délai peut être prolongé de trente jours à condition qu'Allianz Benelux SA en soit informé par écrit ou par voie électronique.

Ce délai prend cours à partir du jour de la réception du courrier par lequel le preneur d'assurance informe l'assuré principal par écrit ou par voie électronique de la possibilité de continuation individuelle. Ce délai expire en tous cas cent cinq jours après le jour de la perte de l'avantage du contrat d'assurance maladie professionnelle.

Allianz Benelux SA dispose d'un délai de quinze jours pour soumettre une offre d'assurance à l'assuré principal et, le cas échéant, aux membres de sa famille, par écrit ou par voie électronique.

L'assuré principal et, le cas échéant, les membres de sa famille, dispose(nt) enfin d'un délai de trente jours pour accepter l'offre d'assurance par écrit ou par voie électronique. Ce délai prend cours à partir du jour de la réception de l'offre d'Allianz Benelux SA. Le droit de continuation individuelle échoit à l'expiration de ce délai.

Dispositions relatives à la perte de l'avantage du contrat d'assurance maladie professionnelle pour un membre de la famille de l'assuré principal.

Lorsqu'un membre de la famille perd l'avantage du contrat d'assurance maladie professionnelle pour une autre raison que la perte de l'avantage de ce contrat d'assurance maladie professionnelle par l'assuré principal, ce membre de la famille dispose d'un délai de cent cinq jours à compter du moment où il perd l'avantage susmentionné pour informer Allianz Benelux SA par écrit ou par voie électronique de son intention d'exercer son droit de continuation individuelle.

Allianz Benelux SA dispose ensuite d'un délai de quinze jours pour lui soumettre une offre d'assurance par écrit ou par voie électronique.

Le membre de la famille dispose d'un délai de trente jours pour accepter l'offre d'assurance par écrit ou par voie électronique. Ce délai prend cours à partir du jour de la réception de l'offre d'assurance d'Allianz Benelux SA. Le droit de continuation individuelle échoit à l'expiration de ce délai.

Dispositions relatives au contrat individuel

Les conditions du contrat individuel correspondent à celles des contrats individuels en vigueur chez Allianz Benelux SA au moment de la continuation, des garanties au moins similaires à celles du contrat d'assurance maladie professionnelle continué étant proposées.

Les conditions tarifaires correspondent à celles qui sont en vigueur au moment de la perte de l'avantage du contrat d'assurance maladie professionnelle.

Le contrat individuel accepté par l'assuré commence au moment où il perd l'avantage du contrat d'assurance maladie professionnelle.

Préfinancement

La loi du 20 juillet 2007 oblige la compagnie d'assurance à informer le preneur d'assurance de la possibilité pour l'assuré de payer une prime supplémentaire à titre individuel.

Le preneur d'assurance transmet immédiatement cette information à l'assuré principal.

Le paiement de ces primes supplémentaires a pour conséquence qu'en cas de continuation individuelle, la prime à payer individuellement par l'assuré est déterminée en tenant compte des paiements supplémentaires effectués.

La loi dispose qu'il incombe au preneur d'assurance de prouver qu'il a transmis les informations visées, et prévoit des sanctions.

Si le preneur d'assurance a omis de transmettre les informations susmentionnées à l'assuré principal, le preneur d'assurance est redevable de la différence entre la prime calculée d'après l'âge atteint au moment de l'exercice du droit de continuation individuelle du contrat d'assurance maladie professionnelle et la prime calculée d'après l'âge de l'assuré principal au moment de son affiliation au contrat d'assurance maladie professionnelle.

13.2. Choix du médecin et de l'hôpital

L'assuré a le libre choix :
- des médecins légalement autorisés à exercer ;
- de l'hôpital ;
- de la chambre dans un hôpital.

13.3. 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. Si l'article 12 est applicable : dans les 10 jours ouvrables après la décision prise. Des intérêts moratoires ne sont en aucun cas dus par l'assureur.

13.4. Obligations du preneur d'assurance et de l'assuré en cas de sinistre

- Le preneur d'assurance et les assurés sont tenus de communiquer sous forme digitale à la fois avec l'assureur et le gestionnaire.
- Dans les plus brefs délais et au plus tard dans les 14 jours après l'hospitalisation, une hospitalisation ou une hospitalisation de jour doit être signalée à l'assureur conformément aux procédures convenues via le site web du gestionnaire ou à l'aide de l'appli Vanbreda Health Care. Il n'y a pas de déchéance si la déclaration est faite dans un délai de 3 mois, s'il est prouvé qu'il était impossible de la faire auparavant.
- L'assuré doit tout mettre en œuvre pour fournir de façon digitale toutes les informations concernant les maladies, accidents, grossesses ou accouchements qui se sont produits et leurs conséquences. L'assureur a le droit d'examiner ces déclarations et les réponses.

L'assuré doit prendre les mesures nécessaires pour permettre aux médecins de l'assureur de demander des informations complémentaires à propos du sinistre ou éventuellement d'examiner l'assuré.

13.5. Déclaration d'affiliation et de départ

- Dans le mois après la date de début du présent contrat, le preneur d'assurance fournira au gestionnaire par l'intermédiaire de SD Worx, les informations suivante sur l'assuré principale :
    - nom ;
    - prénom ;
    - sexe ;
    - date de naissance ;
    - adresse ;
    - date d'entrée en service ;
    - numéro de personnel ;
    - date d'affiliation ;
    - adresse e-mail.

- Afin d'obtenir les informations mentionnées ci-dessus sur les membres de la famille, le gestionnaire contactera l'assuré principal par courrier électronique.

- Chaque mois et par l'intermédiaire de SD Worx, le preneur d'assurance s'engage à fournir au gestionnaire les changements aux informations décrites ci-dessus sur l'assuré principal. Les changements aux données sur les membres de la famille sont communiqués au gestionnaire par les assurés principaux au moyen du formulaire de contact publié sur le site du gestionnaire. L'assuré principal doit veiller à ce que les données sur les membres de la famille soient précises. Au terme de l'affiliation (garanties et prestations) la date et la raison de la perte du statut d'assuré doivent être communiquées.

13.6. Déchéance des garanties

Les garanties sont abrogées si le preneur d'assurance ou l'assuré :

- présente de faux certificats, dépose de fausses déclarations ou tait délibérément des faits qui auraient influencé la décision de l'assureur ;
- reporte délibérément le signalement d'un sinistre à l'assureur ou néglige de l'en informer en temps utile, de sorte que l'assureur n'est plus en mesure de vérifier si un sinistre relève ou non avec certitude de la garantie d'assurance.

13.7. Protection des données personnelles

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@justitianv.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 :
   - gestion de clients (OL et/ou CT et/ou IL) ;
   - traitement des demandes et sinistres (CT) ;
   - gestion d'assurances maladies (CT) ;
   - gestion des litiges (CT et/ou AJ) ;
   - renseignements technico-commerciaux (CT et/ ou IL) ;
   - relations publiques (IL) ;
   - lutte contre la fraude et les infractions de la clientèle (IL) ;
   - sécurité (IL) ;
   - 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 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.

13.8. Subrogation

L'assureur tenu à un paiement ou qui a effectué un paiement se substitue à l'assuré dans ses droits et actions éventuels envers des tiers responsables. Par conséquent, l'assuré ne peut renoncer ni entièrement ni partiellement à quelque recours que ce soit à l'égard de tiers.

Les pièces justificatives soumises deviennent la propriété de l'assureur.

13.9. Élection de domicile

Le domicile du preneur d'assurance et de l'assureur est établi de plein droit à leurs sièges sociaux respectifs, et pour l'assuré, au dernier domicile connu par le preneur d'assurance.

13.10. 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 1er avril 2007 (MB 15 mai 2007), dans le cadre, les termes et les limites de cette loi.

13.11. Législation applicable

La législation belge s'applique au présent contrat, plus précisément régi par la loi relative aux assurances du 4 avril 2014 et par les divers arrêtés d'exécution.

Ses dispositions contraignantes entraînent l'abrogation, le remplacement ou le complément des conditions du présent contrat qui y seraient contraires.

13.12. Annexes

L'annexe suivante fait partie intégrante du présent contrat annexe 1 : conditions générales Medi-Link

Fait à Anvers, le */*/202*, en * exemplaires, chaque partie déclarant en avoir reçu un.

le preneur d'assurance	l'assureur
*nom du preneur d'assurance *nom et qualité du signataire	Justitia SA Kris Heyman administrateur

Les dispositions susmentionnées ne sont applicables que dans la mesure où ce contrat est renvoyé dûment signé dans les 30 jours suivant la date d'entrée en vigueur indiquée à l'article 2. Durée du contrat.

Annexe 1 : conditions générales Medi-Link

vanbreda
RISK & BENEFITS

Conditions générales Medi-Link

1. Seule l'hospitalisation (de jour) qui nous est signalée à temps, qui est couverte par la garantie et qui a lieu dans un établissement hospitalier affilié à Medi-Link est susceptible d'être réglée par le biais de Medi-Link.
2. La notification de l'hospitalisation (de jour) prévue doit être faite au plus tard 15 jours avant l'admission dans l'établissement hospitalier. Si les informations obtenues lors de la notification sont insuffisantes ou imprécises, un complément d'information sera demandé. Ces informations devront être en notre possession au plus tard 7 jours avant l'admission (de jour) dans l'établissement hospitalier, de manière à permettre une acceptation en temps voulu. Les admissions d'urgence doivent nous être communiquées aussi rapidement que possible et sont traitées prioritairement. Lorsque l'admission (de jour) résulte d'un accident, il y a lieu de l'indiquer explicitement lors de la notification de l'hospitalisation. En cas d'hospitalisation (de jour) à la suite d'un accident, il convient toujours, en effet, que l'affilié fasse parvenir à Vanbreda des informations supplémentaires relatives à l'accident et, le cas échéant, les données des parties concernées, du procès-verbal ou d'autres assurances.
3. Si l'hospitalisation (de jour) pour laquelle Medi-Link a été activé n'est pas acceptée médicalement, la somme totale qui a été versée à l'établissement hospitalier sera réclamée à l'assuré. Lorsque le planning est modifié ou si l'hospitalisation (de jour) concernée diffère de celle qui était prévue, il y a lieu de le notifier expressément et sans délai.
4. La décision concernant l'utilisation de Medi-Link pour l'hospitalisation est unique et ne vaut que pour la date d'admission communiquée. La décision est exclusivement confirmée par écrit à l'assuré. L'établissement hospitalier est avisé à temps. Une exception à cette acceptation unique est un accouchement : la date d'accouchement prévue doit être communiquée à temps. La confirmation de l'acceptation concernant l'accouchement signalé doit être présentée à l'établissement hospitalier lors de l'admission.
5. Lorsqu'une hospitalisation (de jour) est acceptée, tous les frais facturés légalement par l'établissement hospitalier lui sont payés directement par Vanbreda. Le paiement direct ne vaut que pour les admissions donnant lieu à un forfait journalier légal ou des frais de séjour et pour le(s)quel(s) l'INAMI prévoit une intervention légale. S'il apparaît, à la réception de la facture de l'hôpital, qu'aucun forfait journalier légal ou frais de séjour n'a été porté en compte ou qu'aucune intervention légale a été accordée, le paiement sera réclamé directement par l'établissement hospitalier auprès de l'assuré / du patient.
6. La franchise éventuelle et les frais non couverts par la garantie doivent nous être versés dans les 30 jours suivant la réception du décompte.
7. Il est possible que, dans certains cas, l'assuré doit payer ou rembourser un montant à Vanbreda, par exemple dans le cas d'une récupération Medi-Link ou d'une demande de paiement de prime(s) lorsque la prime n'est pas réglée par le biais de l'employeur. Lorsqu'un assuré est redevable d'un certain montant à Vanbreda, un délai de paiement de 30 jours calendriers est d'application.

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

   En cas de non-paiement prolongé, Vanbreda pourra également en informer l'employeur et les cartes Medi-Link pourront être bloquées pour toute la famille. Ce blocage deviendra irrévocable après un délai de 3 mois.
8. Les présentes conditions générales peuvent à tout moment être complétées ou modifiées par Vanbreda. En cas de modification d'éléments non-essentiels, l'assuré en est informé par écrit ou par toute autre voie adéquate. En cas de modification d'éléments essentiels, sa notification a lieu dans un délai raisonnable avant la mise en application. En cas de non-accord, l'assuré a la possibilité de signaler son refus d'utiliser Medi-Link durant une période de 30 jours calendrier courant à partir de la date de notification. Ce refus vaut pour toute la famille et est irrévocable.
9. Bien que le service Medi-Link soit offert collectivement, l'assuré a la possibilité de ne pas marquer son accord sur les présentes conditions générales et dispose à cet égard d'un droit de refus individuel. Dans les 30 jours suivant la réception de la carte Medi-Link, l'assuré doit aviser Vanbreda par écrit de son refus d'utiliser Medi-Link. Ce refus est dès lors d'application pour toute la famille et est irrévocable.