

Disclaimer : le présent document n'est pas personnalisé en fonction de vos besoins spécifiques et les informations et obligations prévues dans le présent document ne sont pas exhaustives. Pour toute information complète quant aux droits et obligations de l'entreprise d'assurances et de l'assuré, veuillez consulter la convention d'assurance maladie liée à l'activité professionnelle relative au produit d'assurance choisi.

Quel est ce type d'assurance ?

Une assurance soins de santé collective et complémentaire par laquelle l'assureur garantit, en cas de maladie, de grossesse, d'accouchement ou en cas de maladie et d'accident, des prestations relatives à un traitement médical nécessaire à la préservation et/ou au rétablissement de la santé. L'assurance est souscrite au profit d'un ensemble de personnes, qui sont liées professionnellement à Circet, le preneur d'assurance, au moment de leur affiliation, et les membres de leurs familles.



Qu'est ce qui est assuré ?

Garantie « Hospitalisation »

- ✓ frais de séjour,
- ✓ prestations et honoraires (para)médicaux,
- ✓ frais pharmaceutiques et médicaments,
- ✓ soins dentaires, prothèses dentaires, prothèses médicales et appareils orthopédiques pendant l'hospitalisation,
- ✓ frais de séjour d'un des parents auprès d'un enfant de moins de 18 ans
- ✓ frais de séjour du donneur d'organe ou de tissu,
- ✓ frais de matériel viscosynthétique et d'endoprothèse, matériel utilisé pendant l'intervention chirurgicale,
- ✓ bandages, matériel médical et adjuvants médicaux,
- ✓ test de mort-subite,
- ✓ transport urgent et médicalement nécessaire vers l'hôpital (y compris hélicoptère et SMUR),
- ✓ soins palliatifs,
- ✓ frais de morgue

Cette assurance prévoit le service Medi-Link. Medi-Link fait en sorte que le montant total de la facture hospitalisation soit payé directement à l'hôpital. Vous ne payez ultérieurement que la franchise ainsi que les frais non couverts.

Garantie "Soins ambulatoires – pré- en post-hospitalisation"

- ✓ les frais de soins ambulatoires en lien direct avec la raison de l'hospitalisation et encourus dans la période de 90 jours avant jusqu'à 180 jours après l'hospitalisation (365 jours en cas d'un accident)
- ✓ les prestations (para)médicales,
- ✓ les prothèses médicales,
- ✓ les médicaments, bandages, matériel médical et adjuvants médicaux,
- ✓ homéopathie, chiropractie, ostéopathie et acupuncture.

Garantie "Maladies graves – soins ambulatoires"

- ✓ Les frais médicaux découlant des soins ambulatoires, qui sont en relation directe avec une des maladies graves suivantes : *anthrax, brucellose, cancer, choléra, diabète, dialyse rénale, diphtérie, dystrophie musculaire progressive, encéphalite, épilepsie, hépatite, leucémie, maladie d'Alzheimer, maladie de Creutzfeldt-Jacob, maladie de Crohn, maladie de Hodgkin, maladie de Huntington, maladie de Parkinson, maladie de Pompe, malaria, mucoviscidose, myélobiose, myopathies progressives héréditaires, poliomyélite, rectocolite hémorragique, rubéole, scarlatine, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, syndrome de Guillain-Barré, syndrome de Treacher-Collins, sida, tétanos, tuberculose, typhus et paratyphus et variole*
- ✓ actes (para)médicaux,
- ✓ location de matériel, médicaments, bandages, matériel médical et adjuvants médicaux,
- ✓ frais de transport



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

Les risques non couverts

- ✗ traitements esthétiques ou de rajeunissement, sauf chirurgie plastique reconstructive à la suite d'une maladie ou d'un accident
- ✗ être en état d'ivresse, intoxication alcoolique ou sous l'influence de drogues, narcotiques ou stupéfiants
- ✗ alcoolisme, dépendance ou usage excessif de médicaments, y compris le sevrage
- ✗ stérilisation et contraception
- ✗ guerre, troubles civils
- ✗ pratique de sport professionnel
- ✗ acte intentionnel de l'assuré



Y a-t-il des restrictions de couvertures ?

- ! frais encourus à l'étranger : max. 100.000 EUR par assuré par année,
- ! chirurgie oculaire extramurale : max. 600 EUR par assuré par intervention,
- ! frais de rooming-in : max. 25 EUR par jour
- ! frais de transport en cas de maladie grave : max. 250 EUR par assuré par année,
- ! homéopathie, chiropractie, ostéopathie et acupuncture : 50%,
- ! frais couverts sans intervention légale : max. 2.500 EUR par assuré par année,
- ! traitements de fertilité : à condition qu'il y ait une intervention légale,
- ! hospitalisation causée par une affection psychique, psychiatrique ou mentale : max 3 ans consécutifs ou non,
- ! soins obstétricaux : max. 500 EUR en max. 12 jours consécutifs à la sortie de l'hôpital ou de l'accouchement à domicile.



Où suis-je couvert ?

- ✓ Les garanties de cette assurance sont acquises dans le monde entier à condition qu'il s'agit d'un traitement médical planifié pour lequel l'assuré a obtenu l'accord préalable de la mutuelle, qu'il s'agit d'un traitement médical urgent et imprévu ou qu'il s'agit de soins médicaux prestés dans le pays de résidence de l'assuré.
- ✓ Dans un pays sans accord avec la Belgique, le remboursement est limité à 50% des frais.



Quelles sont mes obligations ?

- Toute hospitalisation de l'assuré ou la survenance ou le diagnostic d'une des maladies couvertes doit être déclarée au plus vite au gestionnaire, Vanbreda Risk & Benefits.
- Les notes de frais et les décomptes de la mutualité ou de l'assurance accidents du travail, ainsi que les assurances privées éventuelles, doivent être transmis au gestionnaire dans le délai légal prévu.
- L'assuré doit prendre les mesures nécessaires pour répondre à la demande du gestionnaire de fournir des pièces justificatives ou des informations complémentaires.



Quand et comment puis-je payer ?

Les primes pour les assurés principaux actifs sont pris en charge par l'employeur.

Les primes des membres de la famille sont pris en charge par l'assuré principal et sont retenues par l'employeur sur le salaire de l'assuré principal.



Quand la couverture prend cours et se termine ?

La date de début et la durée de l'assurance sont indiquées dans la convention d'assurance maladie liée à l'activité professionnelle.

L'assuré principal bénéficie automatiquement de cette assurance. L'affiliation débute le jour de son entrée en fonction. Il n'y a pas de formalités médicales, ni de délais d'attente. Les frais liés aux affections pré-existantes sont couverts.

Un enfant (co-assuré) de l'assuré principal, du conjoint(e) ou partenaire cohabitant(e), éligibles pour des allocations familiales ou habitant chez l'assuré principal, peut être affilié à partir du jour de sa naissance (enfant de l'assuré principal) ou le jour du mariage ou de cohabitation (enfant du conjoint ou partenaire).

L'affiliation du/de la conjoint(e) ou partenaire cohabitant(e) (co-assuré) débute le jour du mariage ou de la cohabitation.

L'affiliation des membres de la famille de l'assuré principal peut être en temps voulu (dans les 2 mois suivant le jour de l'ouverture du droit à l'affiliation) ou tardive (plus que 2 mois après le droit à l'affiliation). En cas d'une affiliation en temps voulu, il n'y a pas de formalités médicales, ni de délais d'attente. Les frais liés aux affections préexistantes sont couverts.

En cas d'une affiliation tardive, il y a des formalités médicales et les affections préexistantes ne sont pas couvertes. L'affiliation débute alors le 1^{er} jour du 10^{ème} mois suivant la confirmation de la demande d'affiliation.

L'affiliation prend fin lorsque l'affilié ne répond plus aux conditions d'affiliation.



Comment puis-je annuler le contrat ?

En tant qu'assuré principal actif, vous êtes obligatoirement affilié.

En tant qu'assuré facultatif, vous pouvez résilier votre contrat d'assurance par écrit au plus tard 1 mois avant la date d'échéance annuelle du contrat.

Fiche tarifaire en vigueur à dater du 1/12/2025

Membres de famille des actifs

Primes assurance hospitalisation

Tranche d'âge	Prime mensuelle
enfant âgé de moins de 18 ans	5,41 EUR
co-assuré adulte	14,68 EUR

A partir du 1/1/2028 les primes mentionnées ci-dessus peuvent être indexées à chaque date d'échéance annuelle.

Prime Assi-Link+

Tranche d'âge	Prime mensuelle
tous les assurés	0,87 EUR

A chaque date d'échéance annuelle, cette prime peut être indexée.

Ces primes sont encaissées mensuellement en arriéré par l'employeur.

Le présent document est un résumé de l'information principale des primes de ce contrat. Pour de plus amples informations, nous vous invitons de consulter le contrat qui est le seul document avec une valeur juridique.

QU'EST-CE QU'UNE POURSUITE INDIVIDUELLE ?

Quand vous perdez le droit d'affiliation au présent contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle, vous avez la possibilité, vous et les membres du ménage affiliés à cette assurance, de poursuivre celle-ci à titre individuel. Cette prolongation peut se faire sans formalités médicales, ni délai d'attente, si un certain nombre de conditions est rempli.

Conditions d'affiliation

Pour poursuivre l'assurance à titre individuel sans délai d'attente, ni formalités médicales, l'assuré principal doit avoir été affilié sans interruption à un ou plusieurs contrats d'assurance successifs 'hospitalisation – frais médicaux' auprès d'une compagnie d'assurance au moins pendant les deux années précédant la date de la perte de son affiliation. Vous ne pouvez donc demander une poursuite individuelle qu'à la seule condition d'avoir été affilié au moins pendant les deux années qui précèdent la date de la perte de l'affiliation.

De plus, les éventuelles maladies préexistantes qui étaient déjà assurées au moment de l'affiliation au contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle, le demeurent dans le contrat individuel.

Délais

- **Assuré principal**

Votre employeur vous informera par écrit ou par voie électronique de la possibilité d'une poursuite individuelle dans les trente jours suivant la perte du bénéfice de cette assurance.

Vous disposez d'un délai de trente jours pour informer le gestionnaire de votre intention de prolonger l'assurance en tout ou partie à titre individuel. Ce délai est prorogé de trente jours à condition que vous en informiez le gestionnaire par écrit ou par voie électronique.

Ces délais commencent à courir à partir du jour où l'employeur vous informe par écrit ou par voie électronique de la perte du bénéfice du contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle et de la possibilité de le prolonger à titre individuel. Dans tous les cas, ce délai expire cent cinq jours après le jour de la perte du bénéfice du contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle.

- **Assurés secondaires**

Les délais applicables aux assurés secondaires sont les mêmes que ceux décrits plus haut pour l'assuré principal. Un autre délai ne s'applique que si l'assuré secondaire perd le bénéfice du contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle pour une autre raison que la perte du bénéfice de ce contrat par l'assuré principal. Dans ce cas-là, l'assuré secondaire dispose d'un délai de cent cinq jours pour informer le gestionnaire par écrit ou par voie électronique de son intention d'exercer son droit à la poursuite individuelle. Ce délai commence à courir à partir du jour où l'assuré secondaire perd le bénéfice du contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle, par exemple le jour du divorce.

Conditions tarifaires

Les conditions du contrat individuel sont celles des contrats individuels en vigueur à la compagnie d'assurance au moment de la poursuite individuelle. Les garanties offertes sont au moins semblables aux garanties du contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle.

Les conditions tarifaires sont identiques à celles en vigueur au moment de la perte du bénéfice du contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle.

Le contrat individuel commence au moment de la perte du bénéfice du contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle. En principe, le contrat individuel n'est pas résiliable par l'assureur.

Qu'est-ce que le préfinancement ?

Les primes d'assurances individuelles sont d'ordinaire nettement plus chères que celles d'un contrat d'assurance maladie lié à l'activité professionnelle. La loi sur les assurances maladie prévoit dès lors un système de préfinancement.

Vous pouvez payer à titre individuel un supplément de prime de telle sorte que la prime en cas de poursuite individuelle est égale à la prime applicable à l'âge auquel vous avez entamé le préfinancement. Cela se fait au moyen d'un contrat distinct, également appelé police d'attente.

Vous trouverez plus de détails sur le site www.plandattente.be.

Vanbreda Risk & Benefits en règle avec la législation européenne sur le respect de la vie privée (RGPD)

Depuis le 25 mai 2018, la nouvelle législation européenne sur le respect de la vie privée (RGPD) est en vigueur. Vanbreda Risk & Benefits applique cependant depuis longtemps des procédures strictes en matière de gestion et de traitement des données à caractère personnel, et ce, bien avant qu'il ait été question de cette nouvelle législation. Nous vous informons donc volontiers, en tant qu'assuré chez Vanbreda, de notre politique de confidentialité.

Quelles sont les données à caractère personnel que nous traitons ?

Suivant la situation, nous traitons les données à caractère personnel suivantes : vos données d'identité, vos coordonnées, vos données de santé, vos données financières, votre numéro de registre national, etc.

Pourquoi traitons-nous vos données à caractère personnel ?

Vanbreda utilise vos données entre autres pour satisfaire à toutes les obligations légales (p.ex. AssurMifid, l'identification de bénéficiaires, la comptabilité, etc.) et pour remplir notre rôle d'administrateur de manière optimale. Nous traitons vos données principalement aux fins suivantes :

- Notre prestation de services en tant que courtier, notamment :
 - L'identification de votre employeur ;
 - L'analyse de ses besoins ;
 - La demande d'offres ;
 - La gestion de polices ;
 - La fourniture d'une assistance en cas de sinistre ;
 - La transmission de rapports à votre employeur : par exemple, pour le déploiement d'actions de prévention ;
- La fourniture de services de support : par exemple, contrôle interne, traitement des plaintes, sécurité, rapports internes, etc. ;
- L'information de votre employeur : par exemple, au sujet de nouveaux produits ;
- La conclusion d'une convention entre votre employeur et Vanbreda. La remise de certaines données à caractère personnel peut être nécessaire pour le bon traitement de votre dossier. Si ces données sont manquantes, il se peut que vous ne puissiez pas être assuré(e).

À qui fournissons-nous vos données à caractère personnel ?

Nous pouvons communiquer vos données à des tiers situés en Europe, bien qu'exclusivement pour pouvoir garantir le bon traitement de votre dossier. Il s'agit des parties suivantes :

- **Votre employeur** : par exemple, lors de la transmission des statistiques de sinistralité ;
- **Assureur(s)** : par exemple, afin d'établir une offre, d'indemniser un sinistre, etc. ;
- **Experts** : par exemple, afin d'examiner un sinistre ;
- **Fournisseurs** : par exemple, pour l'entreposage des données
- **Instances publiques** : par exemple, pour l'immatriculation d'un véhicule auprès de la Direction pour l'immatriculation des Véhicules (DIV) ;
- **Banques** : par exemple pour des paiements.

Seulement si une assurance spécifique l'exige, nous pouvons transmettre vos données à des parties situées hors de l'Europe (par exemple, dans le cadre d'une assurance assistance voyage).

Quels sont vos droits concernant vos données à caractère personnel ?

En tant qu'assuré, vous avez à tout moment le droit :

- De consultation, de rectification, d'effacement et de limitation de vos données, d'objection et de portabilité des données. Attention : certains droits dépendent de la situation spécifique.
- De révoquer votre autorisation, si le traitement de vos données repose sur cette autorisation.
- D'introduire une plainte auprès de l'autorité de protection des données, après avoir pris contact avec votre personne de contact chez Vanbreda ou notre Data Protection Officer.

Pendant combien de temps conservons-nous vos données à caractère personnel ?

Nous conservons vos données tant que la convention entre votre employeur et Vanbreda est valable et tant que notre responsabilité est engagée, ou, en cas d'autorisation, jusqu'à ce que celle-ci soit révoquée.

Plus d'infos ?

Vous trouverez toutes les informations à propos de notre politique de confidentialité sur notre site Web :

<https://www.vanbreda.be/fr/privacy/>.

Si vous avez encore des questions

vous pouvez vous adresser à votre personne de contact chez Vanbreda ou contacter notre Data Protection Officer via dpo@vanbreda.be.