

COMMISSION PARITAIRE DE LA CONSTRUCTION

CCT du 18 novembre 2010

Instauration d'une Assurance hospitalisation pour les membres de la famille des ouvriers de la construction

Chapitre 1^{er} – Champ d'application et définitions

Article 1^{er}. La présente convention collective de travail (CCT) s'applique aux employeurs des entreprises ressortissant à la Commission paritaire de la construction et aux ouvriers qu'ils occupent.

Dans la présente CCT, on entend par:

- 1° ouvriers: les ouvriers et les ouvrières;
- 2° membres de la famille: le partenaire de l'ouvrier et/ou l'enfant de l'ouvrier qui répondent aux définitions fixées par le contrat Assurance hospitalisation et qui sont soumis à la sécurité sociale belge et affiliés à une caisse d'assurance maladie belge;
- 3° fbz-fse Constructiv: Fonds de Sécurité d'Existence des Ouvriers de la Construction – fbz-fse Constructiv, en abrégé « fbz-fse Constructiv » dont les statuts ont été modifiés par la CCT du 18 novembre 2010 et qui est organisateur de l'Assurance hospitalisation;
- 4° Assureur: la compagnie d'assurances auprès de laquelle fbz-fse Constructiv a conclu un contrat pour les membres de la famille des ouvriers de la construction;
- 5° contrat Assurance hospitalisation: le contrat visé à l'article 1,4° qui est annexé à la présente CCT.

Chapitre 2 – Nature de l'avantage

Article 2 §1. En exécution de l'article 3, 15° de ses statuts, tels que modifiés par la CCT du 8

PARITAIR COMITE VOOR HET BOUWBEDRIJF

CAO van 18 november 2010

Invoering van een Hospitalisatieverzekering voor de gezinsleden van de bouwvakarbeiders

Hoofdstuk 1 – Toepassingsgebied en definities

Artikel 1. Deze collectieve arbeidsovereenkomst (CAO) is van toepassing op de werkgevers van de ondernemingen die onder het Paritair Comité voor het bouwbedrijf ressorteren en op de arbeiders die zij tewerkstellen.

In deze CAO verstaat men onder:

- 1° arbeiders: de arbeiders en arbeidsters;
- 2° gezinsleden: de partner van de arbeider en/of het kind van de arbeider op voorwaarde dat deze personen beantwoorden aan de in de overeenkomst Hospitalisatieverzekering vastgestelde definities en dat ze aan de Belgische sociale zekerheid onderworpen zijn en bij een Belgisch ziekenfonds ingeschreven zijn;
- 3° fbz-fse Constructiv: Fonds voor bestaanszekerheid van de werklieden uit het bouwbedrijf – fbz-fse Constructiv, afgekort "fbz-fse Constructiv", waarvan de statuten gewijzigd werden bij CAO van 18 november 2010 en dat de inrichter van de Hospitalisatieverzekering is;
- 4° Verzekeraar: de verzekeringsmaatschappij waarmee fbz-fse Constructiv een overeenkomst voor de gezinsleden van de arbeiders van de bouwsector heeft afgesloten;
- 5° overeenkomst Hospitalisatieverzekering: de onder artikel 1,4° bedoelde overeenkomst die als bijlage bij de huidige CAO gevoegd is.

Hoofdstuk 2 – Aard van het voordeel

Artikel 2 §1. In uitvoering van artikel 3, 15° van zijn statuten, zoals gewijzigd bij CAO van 8 juli

juillet 2010, fbz-fse Constructiv est l'organisateur d'une Assurance hospitalisation pour les membres de la famille des ouvriers visés à l'article 1^{er}.

§2. fbz-fse Constructiv est redevable du paiement de la prime d'assurance auprès de l'Assureur.

Chapitre 3 – Affiliation à l'Assurance hospitalisation

Article 3. L'affiliation des membres de la famille est subordonnée à l'affiliation de l'ouvrier visé à l'article 1^{er} au Plan médical sectoriel tel que fixé par la convention collective de travail du 17 décembre 2009.

Article 4 § 1. L'affiliation des membres de la famille est facultative et se fait à la demande de l'ouvrier visé à l'article 3.

L'ouvrier remet à cette fin à fbz-fse Constructiv, soit par le biais de son organisation syndicale ou de son employeur, soit directement, un formulaire complété et signé "demande d'affiliation des membres de la famille à l'assurance hospitalisation sectorielle".

Fbz-fse Constructiv envoie un courrier de confirmation de l'affiliation à l'égard de l'affilié.

§ 2. L'affiliation se fait selon les modalités stipulées dans le contrat Assurance hospitalisation.

Chapitre 4 – Cotisation de l'ouvrier

Article 5 § 1. L'affiliation et l'ouverture du droit aux interventions est soumis au paiement préalable d'une cotisation à fse-fbz Constructiv.

§ 2. La cotisation doit être payée chaque année préalablement à l'affiliation pour l'année calendrier complète suivante.

§ 3. Le montant de la cotisation est équivalent au montant de la prime d'assurance que fbz-fse Constructiv paie à l'Assureur pour l'affiliation des membres de la famille concernés en application du contrat Assurance hospitalisation que fbz-fse Constructiv a contracté.

§ 4. A défaut de paiement, complet ou partiel, de

2010, is fbz-fse Constructiv de inrichter van een Hospitalisatieverzekering voor de gezinsleden van de arbeiders bedoeld in artikel 1.

§2. fbz-fse Constructiv staat in voor de betaling van de verzekeringspremie aan de Verzekeraar.

Hoofdstuk 3 – Aansluiting tot de Hospitalisatieverzekering

Artikel 3. De aansluiting van de gezinsleden is ondergeschikt aan de aansluiting van de onder artikel 1 bedoelde arbeider bij het sectoraal Medisch Plan zoals vastgelegd bij collectieve arbeidsovereenkomst van 17 december 2009.

Artikel 4 § 1. De aansluiting van de gezinsleden is facultatief en gebeurt op vraag van de arbeider bedoeld in artikel 3.

De arbeider bezorgt daartoe aan fbz-fse Constructiv, hetzij via zijn vakorganisatie of werkgever, hetzij rechtstreeks, een ingevuld en ondertekend formulier "aanvraag tot aansluiting van de gezinsleden bij de sectorale hospitalisatieverzekering".

Fbz-fse Constructiv verstuurt een brief ter bevestiging van de aansluiting naar de aangeslotene.

§ 2. De aansluiting gebeurt volgens de modaliteiten bepaald in de overeenkomst Hospitalisatieverzekering.

Hoofdstuk 4 – Bijdrage van de arbeider

Artikel 5 § 1. De aansluiting en de opening van het recht op tussenkomsten is ondergeschikt aan de voorafgaandelijke betaling van een bijdrage aan fbz-fse Constructiv.

§ 2. De bijdrage dient jaarlijks vooraf betaald te worden voor de aansluiting gedurende het volledige daaropvolgende kalenderjaar.

§ 3. Het bedrag van de bijdrage is gelijk aan het bedrag van de verzekeringspremie die fbz-fse Constructiv aan de Verzekeraar betaalt voor de aansluiting van de betrokken gezinsleden in toepassing van de overeenkomst Hospitalisatieverzekering die fbz-fse Constructiv heeft afgesloten.

§ 4 Bij gebrek aan gehele of gedeeltelijke

la cotisation pour le 30 novembre de l'année, fbz-fse Constructiv envoie à l'ouvrier un courrier ordinaire avec demande de payer endéans les 15 jours.

En cas de non-paiement dans le délai précité, fbz-fse Constructiv envoie un ultime rappel par courrier recommandé qui vaut mise en demeure et qui demande le paiement pour le 31 décembre au plus tard.

Chapitre 5 – Fin de l'affiliation à l'Assurance hospitalisation

Article 6 § 1. Lorsqu'un ouvrier n'est plus affilié au Plan Médical fixé dans la CCT du 17 décembre 2009, l'affiliation des membres de sa famille prend fin au 31 décembre de l'année pour laquelle la cotisation est payée.

§ 2. L'affiliation des membres de la famille prend également fin:

- 1° lorsque le membre de la famille affilié ne répond plus aux critères définis à l'article 1;
- 2° lorsque le travailleur veut lui-même arrêter l'affiliation d'un (de tous les) membre(s) de la famille et pour autant que cela soit communiqué par écrit au fbz-fse Constructiv avant le 1^{er} octobre de l'année d'assurance en cours ;
- 3° en cas de résiliation du contrat Assurance hospitalisation suite au non paiement de la cotisation par l'ouvrier. La résiliation du contrat se fera au 1^{er} janvier de l'année pour laquelle la cotisation est due;
- 4° en cas de cessation du plan médical sectoriel.

Chapitre 6 – Accord de collaboration

Article 7. En application de la présente CCT, la Commission paritaire de la construction peut confier des missions d'organisation administrative aux organisations signataires de la présente convention.

L'objet et la portée de ce mandat sont exclusivement définis suivant les modalités et conditions arrêtées de commun accord entre les organismes précités et le conseil d'administration de fbz-fse Constructiv.

betaling van de bijdrage voor 30 november van het jaar verstuurt fbz-fse Constructiv een brief naar de arbeider met het verzoek tot betaling binnen 15 dagen.

In geval van niet-betaling binnen de voornoemde termijn verstuurt fbz-fse Constructiv een laatste herinnering via aangetekend schrijven waarbij de arbeider in gebreke wordt gesteld en aangemaand wordt om uiterlijk tegen 31 december over te gaan tot betaling.

Hoofdstuk 5 – Beeindiging van de aansluiting tot de Hospitalisatieverzekering

Artikel 6 § 2. Wanneer een arbeider niet meer is aangesloten bij het Medisch Plan vastgelegd bij CAO van 17 december 2009, neemt de aansluiting van zijn familieleden een einde op 31 december van het jaar waarvoor de bijdrage is betaald.

§ 2. De aansluiting van de gezinsleden neemt ook een einde:

- 1° wanneer het aangesloten gezinslid niet meer beantwoordt aan de criteria bepaald onder artikel 1;
- 2° wanneer de arbeider zelf de aansluiting van een/alle gezinslid (-leden) wenst te beëindigen en voor zover dit schriftelijk meegedeeld werd aan fbz-fse Constructiv voor 1 oktober van het lopende verzekeringsjaar;
- 3° bij opzegging van de overeenkomst Hospitalisatieverzekering ingevolge de niet-betaling van de bijdrage door de arbeider. De overeenkomst wordt stopgezet op 1 januari van het jaar waarvoor de bijdrage verschuldigd is;
- 4° in geval van stopzetting van het sectoraal Medisch Plan.

Hoofdstuk 6 – Samenwerkingsakkoord

Artikel 7. In toepassing van de huidige CAO kan het Paritair Comité voor het bouwbedrijf de administratieve organisatie van taken toevertrouwen aan de instellingen die de huidige overeenkomst hebben ondertekend.

Het doel en de omvang van dit mandaat worden uitsluitend vastgelegd volgens de modaliteiten en voorwaarden die in onderlinge overeenstemming tussen de voornoemde instellingen en de raad van bestuur van fbz-fse Constructiv werden bepaald.

Chapitre 7 – Durée de validité

Article 8. La présente CCT entre en vigueur le 1 januari 2011.

Elle est conclue pour une durée indéterminée et peut être dénoncée par une des parties moyennant un préavis de six mois, signifié par lettre recommandée au président de la Commission paritaire de la construction.

* * * * *

Hoofdstuk 7 – Geldigheidsduur

Artikel 8. Deze CAO treedt in werking op 1 januari 2011.

Zij wordt gesloten voor onbepaalde duur en kan door één van de partijen worden opgezegd met inachtnaam van een opzeggingstermijn van zes maanden die betekend wordt via aangetekend schrijven aan de voorzitter van het Paritair Comité voor het bouwbedrijf.

* * * * *

Bijlage: Overeenkomst Hospitalisatieverzekering voor de gezinsleden van de arbeiders Bouwsector



■ **Convention d'Assurance
Hospitalisation pour les
membres de la famille des
ouvriers du Secteur de la
Construction**

**Fonds de Sécurité d'Existence des ouvriers du Secteur de la
Construction – fbz-fse Constructiv**

- Avec assistance à l'étranger
- avec Medi-Assistance

Date d'entrée en vigueur : le 01/01/2011



TABLE DES MATIERES

CONVENTION D'ASSURANCE HOSPITALISATION

	<u>Page</u>
1. Définitions	1
2. Parties contractantes et date d'entrée en vigueur de la convention	3
3. Type de convention	3
4. Qui est affilié ?	3
5. Formalités médicales, affections préexistantes et délais d'attente.....	4
6. Fin de l'affiliation.....	7
7. Garanties et modalités de remboursement ?.....	7
8. A combien s'élèvent les primes et quand doivent-elles être payées ?	8
9. Que se passe-t-il si les primes ne sont pas payées ?	8
10. Limite territoriale.....	9
11. Nullité de l'affiliation ou refus de l'intervention	9
12. Litiges.....	9
13. Recours contre des tiers	9
14. Législation applicable et tribunaux compétents	10
15. L'organisateur peut-il modifier ou arrêter la convention ?.....	10
16. AG Employee Benefits peut-elle modifier les conditions de la convention actuelle ?.....	10
17. Que se passe-t-il si le membre de la famille affilié perd l'avantage de cette assurance (cessation de l'affiliation ou résiliation de la convention)?.....	10
18. Protection de la vie privée	12
19. Contrôle et traitement des plaintes	12

CONVENTION D'ASSURANCE HOSPITALISATION

1. Définitions

1.1 Organisateur

Le Fonds de sécurité d'existence des ouvriers du Secteur de la Construction – fbz-fse
Constructiv, Rue Royale 132 bte 1, 1000 Bruxelles

1.2 AG Employee Benefits

La compagnie d'assurances AG Insurance s.a. Boulevard Emile Jacqmain, 53 B-1000
Bruxelles. Entreprise agréée sous le numéro de code 0079 - RPM Bruxelles – TVA BE
040.494.894,

1.3. CCT

La Convention collective de travail du 18 novembre 2010 instaurant une assurance
hospitalisation sectorielle au profit des membres de la famille des ouvriers du secteur de la
construction. .

1.4. Plan médical

Le règlement Plan médical applicable au Plan médical sectoriel Ouvriers du Secteur de la
Construction introduit par la CCT du 17 décembre 2009 instaurant un Plan médical sectoriel
pour les ouvriers du secteur de la Construction.

1.5 Ouvrier/ouvrière (= Assuré principal)

L'ouvrier/ouvrière affilié(e) au Plan médical des Ouvriers du Secteur de la Construction au
profit duquel/de laquelle la présente convention a été souscrite et à laquelle les membres de
sa famille se sont affiliés. L'affiliation à la convention n'est possible que si et tant que
l'ouvrier/ouvrière est affilié(e) au Plan médical.

1.6. Membre de la famille affilié (= assuré secondaire)

Le membre de la famille de l'ouvrier/ouvrière affilié à la présente convention.

1.7. Cotisation

Le montant dû par l'ouvrier/ouvrière à l'Organisateur pour l'affiliation des membres de sa famille.

1.8. Prime

Le montant demandé par AG Employee Benefits en contrepartie de ses engagements

1.9. Année d'assurance

L'année qui commence à la date de l'entrée en vigueur de la présente convention et qui est renouvelée à chaque anniversaire de celle-ci.

1.10. Franchise

Part des coûts remboursables qui reste à la charge des affiliés et dont le montant est fixé au point 7 du Plan médical. Lors d'un accouchement, une seule franchise est déduite pour la mère et l'enfant pour autant que toute la famille soit déjà affiliée à la présente convention. Lorsque plusieurs assurés d'une même famille sont impliqués dans un même accident, la franchise n'est appliquée qu'une seule fois.

1.11 Affections préexistantes

Les maladies, les accidents, les grossesses et les accouchements qui sont survenus avant la date d'affiliation ou dont la/les cause(s) se situe(nt) avant cette date.

1.12. Délais d'attente

Les périodes de stage qui commencent à la date d'affiliation du membre de la famille affilié. Les coûts des soins dispensés pendant ces périodes ne sont pas remboursés par AG Employee Benefits sauf ceux mentionnés au point 5.2.

Les définitions reprises aux points 1.6 à 1.14 et 1.17 à 1.21 du Plan médical s'appliquent également à la présente convention.

2. Parties contractantes et date d'entrée en vigueur de la convention

La convention est conclue entre

le **FONDS DE SECURITE D'EXISTENCE DES OUVRIERS DU SECTEUR DE LA CONSTRUCTION – FBZ-FSE CONSTRUCTIV**,

Rue Royale 132 boîte 1

1000 BRUXELLES

dénommé ci-après "organisateur",

et AG Insurance sa, Boulevard Emile Jacqmain, 53 – B-1000 Bruxelles, entreprise agréée sous le numéro de code 0079, RPM Bruxelles, dénommée ci-après "AG Employee Benefits".

La convention entre en vigueur le 01/01/2011 et est conclue pour une durée d'un an. A la fin de chaque année d'assurance, la convention sera renouvelée tacitement pour la durée d'un an sauf en cas de résiliation par l'une des parties, par lettre recommandée envoyée six mois au moins avant la fin de l'année d'assurance.

3. Type de convention

La présente convention d'assurance soins de santé liée à l'activité professionnelle s'ajoute au Plan médical sectoriel Ouvriers du Secteur de la Construction introduit par la Convention collective de Travail du 17 décembre 2009. La fin de ce plan sectoriel entraîne également la fin de la présente convention.

4. Qui est affilié ?

Chaque ouvrier/ouvrière qui relève de la commission paritaire 124, qui répond aux conditions d'affiliation fixées dans les articles 3 à 7 de la CCT du 17 décembre 2009 et qui est affilié(e) au Plan médical pour les ouvriers travaillant dans le Secteur de la Construction peut demander l'affiliation des membres de sa famille, pour autant qu'ils soient soumis à la Sécurité sociale belge et inscrits auprès d'une mutuelle belge. Dans ce cas, l'affiliation doit être demandée pour tous les membres de la famille qui répondent aux critères fixés, sauf assurance hospitalisation existante.

Par membres de la famille, on entend :

a) le partenaire de l'ouvrier/ouvrière : l'époux ou l'épouse de l'ouvrier/ouvrière,

OU

la personne avec laquelle un contrat de cohabitation a été conclu, à l'exception d'un parent ;

OU

le partenaire domicilié à la même adresse, à l'exception d'un parent.

b) L'enfant de l'ouvrier/ouvrière : chaque enfant de l'ouvrier/ouvrière ou du/de la partenaire avec lequel/laquelle il/elle est marié(e) ou cohabite et qui bénéficie des allocations familiales :

- les enfants vivant à la même adresse ;
- les enfants résidant ailleurs pour leurs études ;
- les enfants pour lesquels une pension alimentaire est payée ;
- les enfants pour lesquels l'ouvrier/ouvrière ou le/la partenaire a un régime de coresponsabilité parentale ;

Sont également considérés comme des enfants de l'ouvrier/ouvrière : les enfants handicapés qui bénéficient d'une allocation de remplacement de revenus et/ou d'une allocation d'intégration, ainsi que les enfants handicapés qui donnent droit aux allocations familiales.

La demande d'affiliation des membres de la famille se fait au moyen du formulaire d'adhésion mis à disposition par l'organisateur. Ce formulaire d'adhésion dûment complété doit être retourné à l'organisateur soit directement soit via l'organisation syndicale ou l'employeur. Si le formulaire d'adhésion est renvoyé à temps, l'ouvrier/ouvrière recevra de la part de l'organisateur, la confirmation de l'affiliation des membres de sa famille pour autant que la cotisation soit payée.

5. Formalités médicales, affections préexistantes et délais d'attente

5.1. Formalités médicales

Aucunes formalités médicales ne s'appliquent, sauf en cas d'affiliation tardive comme prévu au point 5.3. ci-dessous. Dans ce cas, lors d'une affiliation tardive, AG Employee Benefits peut, conformément à la politique d'acceptation médicale, refuser ou reporter l'affiliation, facturer une cotisation supplémentaire à la suite de formalités médicales (surprime médicale) et exclure certaines affections.

AG Employee Benefits communique les exclusions et la cotisation supplémentaire consécutive aux formalités médicales au candidat-affilié par courrier. Pour être affilié, ce dernier doit en renvoyer une copie signée pour accord à AG Employee Benefits.

Le montant des surprimes/de la cotisation supplémentaire consécutive aux formalités médicales est communiqué à l'organisateur et au membre de la famille affilié.

5.2. Délai d'attente

Un délai d'attente général de 6 mois est d'application. Le délai d'attente est abandonné en cas :

- o d'accidents
- o de maladies infectieuses aiguës

- de maladies des nourrissons pour autant que tous les membres de la famille pouvant être affiliés le soient.

5.3. Modalités d'affiliation

Pour les membres de la famille des ouvriers/ouvrières qui sont déjà affiliés au Plan médical avant le 1^{er} janvier 2011, les dispositions suivantes s'appliquent en matière d'affiliation :

- Le formulaire d'affiliation dûment complété est remis à l'organisateur avant le 1er janvier 2011 et l'organisateur reçoit le paiement complet de la cotisation annuelle avant le 1^{er} janvier 2011 :
 - chaque membre de la famille est affilié à partir du 1er janvier 2011 sans formalités médicales,
 - le délai d'attente est ramené à 3 mois. Dans la période du 1^{er} janvier au 31 mars 2011, les coûts d'hospitalisation ne sont remboursés que si l'hospitalisation assurée est due à un accident ou une maladie infectieuse aiguë.
- Si le formulaire d'affiliation dûment complété est remis à l'organisateur après le 31 décembre 2010 **OU** si l'organisateur reçoit le paiement complet de la cotisation annuelle après le 1^{er} janvier 2011, l'affiliation est considérée comme **tardive** et les dispositions suivantes sont d'application :
 - un questionnaire médical doit être rempli. L'affiliation dépend de l'acceptation médicale par AG Employee Benefits, conformément à sa politique générale en la matière,
 - les affections préexistantes sont exclues de la garantie qui est toutefois octroyée si, au cours de l'année qui suit la date d'affiliation, le membre de la famille affilié n'a subi aucun traitement médical relatif à l'affection préexistante
 - l'affiliation prend cours le premier jour du trimestre qui suit ou coïncide avec l'expiration d'une période de 10 mois à compter du jour auquel la demande a été introduite et pour autant que la personne ait été acceptée médicalement,
 - aucun délai d'attente n'est appliqué
 - la cotisation annuelle est augmentée de 10% (la cotisation supplémentaire éventuelle consécutives aux formalités médicales non comprise).

Pour les membres de la famille des ouvriers/ouvrières affiliés au Plan médical qui bénéficient d'une assurance propre, les dispositions suivantes sont d'application :

- s'ils optent pour une affiliation à l'assurance hospitalisation du Secteur de la Construction :
 - chaque membre de la famille est directement affilié, sans délai d'attente ni formalités médicales, après l'échéance de la police propre,
 - pour ce faire, il faut procurer à l'organisateur le formulaire d'adhésion et l'attestation d'assurance avec mention de la date d'échéance délivrée par l'assureur du membre de la famille.
- les membres de la famille perdent, indépendamment de leur volonté, la garantie de l'assurance propre existante :
 - chaque membre de la famille est affilié dès la date d'échéance de l'assurance hospitalisation précédente, sans délai d'attente ni formalités médicales, à condition que le formulaire d'adhésion et l'attestation d'assurance aient été remis à l'organisateur dans les 3 mois suivant la perte de la garantie,
 - si non, l'affiliation est considérée comme tardive et les dispositions suivantes sont d'application :

- un questionnaire médical doit être rempli. L'affiliation dépend de l'acceptation médicale par AG Employee Benefits, conformément à la politique générale en la matière,
- les affections préexistantes sont exclues de la garantie. La garantie est toutefois octroyée si le membre de la famille affilié n'a subi, au cours de l'année qui suit la date d'affiliation, aucun traitement médical en rapport avec l'affection préexistante
- l'affiliation prend cours le premier jour du trimestre qui suit ou coïncide avec l'expiration d'une période de 10 mois à compter du jour auquel la demande a été introduite et pour autant que la personne ait été acceptée médicalement,
- aucun délai d'attente n'est appliqué
- la cotisation annuelle est augmentée de 10% (la cotisation supplémentaire éventuelle consécutive aux formalités médicales non comprise).

Pour les membres de la famille d'un(e) ouvrier/ouvrière embauché(e) dans le secteur après le 1er janvier 2011, les dispositions suivantes s'appliquent :

- si le formulaire d'affiliation a été transmis et la cotisation payée à l'organisateur dans les trois mois suivant la date à laquelle l'ouvrier/ouvrière a été informé de la possibilité d'affilier les membres de sa famille, on applique ce qui suit :
 - o l'affiliation des membres de la famille entre en vigueur à la date d'affiliation de l'ouvrier/ouvrière au Plan médical
 - o un délai d'attente de 6 mois. Pendant cette période de 6 mois, les coûts d'hospitalisation ne sont remboursés que si l'hospitalisation assurée est due à un accident ou à une maladie infectieuse aiguë.
 - o aucunes formalités médicales
- si le formulaire d'affiliation n'a pas été transmis à temps à l'organisateur ou que la cotisation n'a pas été payée à temps, l'affiliation est considérée comme tardive et les règles suivantes s'appliquent :
 - o un questionnaire médical doit être rempli. L'affiliation dépend de l'acceptation médicale par AG Employee Benefits, conformément à la politique générale en la matière,
 - o les affections préexistantes sont exclues de la garantie. La garantie est toutefois octroyée si le membre de la famille affilié n'a subi, au cours de l'année qui suit la date d'affiliation, aucun traitement médical en rapport avec l'affection préexistante
 - o l'affiliation prend cours le premier jour du trimestre qui suit ou coïncide avec l'expiration d'une période de 10 mois à compter du jour auquel la demande a été introduite et pour autant que la personne ait été acceptée médicalement,
 - o aucun délai d'attente n'est appliqué
 - o la cotisation annuelle est augmentée de 10% (la cotisation supplémentaire éventuelle consécutive aux formalités médicales non comprise).

Les dispositions suivantes s'appliquent en cas de modification de la situation familiale :

- l'ouvrier/ouvrière communique le changement de sa situation familiale à l'organisateur;
- si le formulaire d'adhésion est remis à l'organisateur dans les trois mois suivant la modification de la situation familiale et que la cotisation est payée, il s'agit d'une affiliation dans les temps et
 - o il n'y a pas de délai d'attente
 - o il n'y a pas de formalités médicales

- Si le formulaire d'adhésion n'est pas remis à temps ou que la cotisation n'est pas payée à temps à l'organisateur, l'affiliation est considérée comme tardive et les règles suivantes s'appliquent :
 - o un questionnaire médical doit être rempli. L'affiliation dépend de l'acceptation médicale par AG Employee Benefits, conformément à la politique générale en la matière,
 - o les affections préexistantes sont exclues de la garantie. La garantie est toutefois octroyée si le membre de la famille affilié n'a subi, au cours de l'année qui suit la date d'affiliation, aucun traitement médical en rapport avec l'affection préexistante
 - o l'affiliation prend cours le premier jour du trimestre qui suit ou coïncide avec l'expiration d'une période de 10 mois à compter du jour auquel la demande a été introduite et pour autant que la personne ait été acceptée médicalement,
 - o aucun délai d'attente n'est appliqué
 - o la cotisation annuelle est augmentée de 10% (la cotisation supplémentaire éventuelle consécutives aux formalités médicales non comprise).

6. Fin de l'affiliation

L'affiliation des membres de la famille se termine :

- à la clôture de l'affiliation de l'ouvrier/ouvrière au Plan médical;
- lorsque le membre de la famille affilié ne répond plus aux critères fixés au point 4;
- lorsque l'ouvrier/ouvrière souhaite clôturer lui/elle-même l'affiliation d'un membre de la famille affilié et pour autant que l'organisateur en soit informé par écrit avant le 1er octobre de l'année d'assurance en cours;
- en cas d'arrêt du Plan médical sectoriel.

L'affiliation des membres de la famille prend fin le 31 décembre de l'année pour laquelle la cotisation a été payée.

7. Garanties et modalités de remboursement

Les interventions et modalités, telles que décrites aux points 2, 6 à 13 du Plan médical Ouvriers du Secteur de la Construction, auquel est liée la présente convention, s'appliquent in extenso à la présente convention. Sont en outre assurés en vertu de la présente convention :

- le test de mort subite du nourrisson de l'enfant affilié
- les frais de séjour de la mère ou du père dans la même chambre que celle de l'enfant hospitalisé pour autant que l'enfant et l'un des deux parents soient assurés et que la présence du parent soit considérée comme une nécessité médicale pour le médecin traitant.

8. A combien s'élèvent les primes dues par l'organisateur et quand doivent-elles être payées ?

A l'entrée en vigueur de la convention, les primes annuelles s'élèvent à (taxes et cotisation INAMI comprises) :

Prime adulte 135,00 EUR

Prime enfant 67,78 EUR

= enfant de moins de 25 ans donnant droit aux allocations familiales.

Pour les affiliations tardives telles que décrites au point 5, les cotisations augmentent de 10% (la cotisation supplémentaire éventuelle consécutive aux des formalités médicales non comprise). Les primes annuelles, divisées par quatre, sont payables trimestriellement et à terme échu.

Les cotisations qui sont à la charge de l'ouvrier/ouvrière sont encaissées par l'organisateur.

A chaque échéance, l'organisateur paie à AG Employee Benefits les primes pour la totalité des affiliés. Cette prime peut être majorée de taxes futures éventuelles.

Ce versement se fait sur la base d'un bordereau établi par AG Employee Benefits.

Les primes sont payables, pour chaque membre de la famille affilié, du premier jour du trimestre de l'affiliation au dernier jour du trimestre au cours duquel l'affiliation prend fin.

A chaque échéance annuelle, la prime/cotisation peut être adaptée sur la base de l'indice des prix à la consommation. En outre, à chaque échéance annuelle, la prime peut être adaptée aux coûts des services couverts par l'assurance soins de santé privée sur la base de l'indice spécifique – garantie chambre particulière – si et pour autant que l'évolution de cet indice dépasse celui des prix à la consommation. L'adaptation se fait sur la base du rapport entre l'indice global du 1^{er} trimestre publié au Moniteur belge fin mai de l'année qui précède l'échéance et l'indice global du 1^{er} trimestre, entré en vigueur une année plus tôt (quatrième trimestre 2008 = 100)."

9. Que se passe-t-il si les primes ne sont pas payées ?

Si les primes ne sont pas payées dans le délai mentionné sur le bordereau de prime, AG Employee Benefits envoie un courrier recommandé, attirant l'attention de l'organisateur sur les conséquences du non-paiement. Quinze jours après l'envoi de cette lettre, la garantie est suspendue de plein droit. La garantie entre à nouveau en vigueur à 24 heures le jour suivant le paiement complet des primes impayées à AG Employee Benefits.

Pendant la période de suspension visée ci-dessus, AG Employee Benefits se réserve le droit de résilier la présente convention avec prise d'effet au plus tôt 6 mois après la date de la lettre recommandée.

10. Limité territoriale

La garantie est octroyée dans le monde entier.

11. Nullité de l'affiliation ou refus d'intervention

- AG Employee Benefits ne peut invoquer la nullité de l'affiliation pour cause de déclaration incorrecte ou incomplète sauf en cas d'omission ou d'inexactitude volontaire dans la des données.
- Le membre de la famille affilié doit déclarer chaque hospitalisation conformément aux dispositions du point 9 du Plan médical. Il doit en outre transmettre à AG Employee Benefits toutes les informations nécessaires et répondre aux questions posées afin de pouvoir constater les circonstances et l'étendue du sinistre. Si cette obligation n'est pas respectée et qu'AG Employee Benefits en subit les conséquences, cette dernière peut prétendre à une diminution des prestations à concurrence du dommage qu'elle a subi. En cas d'intention frauduleuse, l'assureur peut refuser l'intervention.

12. Litiges

Les contestations éventuelles d'une décision communiquée par AG Employee Benefits ou l'organisateur doivent être signalées par écrit à AG Employee Benefits dans les 30 jours suivant la communication.

Au terme de ce délai, la décision sera considérée comme acceptée sauf application des règles relatives à la prescription.

Les contestations de nature médicale seront présentées au médecin traitant du membre de la famille affilié d'une part et au médecin-conseil d'AG Employee Benefits d'autre part.

Si les deux médecins ne sont pas d'accord, ils désigneront en commun accord un troisième médecin. En cas de désaccord quant à la désignation, le troisième médecin sera désigné à la demande de la partie la plus diligente, par le président du tribunal de première instance de Bruxelles.

La décision du troisième médecin sera exécutée sauf recours déposé au tribunal.

Chaque partie prend en charge les frais et honoraires de son médecin.

Les coûts de la désignation et les honoraires du troisième médecin sont supportés par les deux parties, chacune pour moitié.

13. Recours contre des tiers

De par le fait même que le remboursement soit dû par AG Employee Benefits ou ait déjà été effectué, cette dernière se substitue au membre de la famille affilié pour exercer un recours contre les tiers responsables, ou contre un hôpital ou un dispensateur lorsque le prix facturé dépasse les limites normales du raisonnable.

Le membre de la famille affilié ne peut renoncer totalement ni partiellement à ce recours contre les tiers responsables d'une maladie ou d'un accident, sans l'autorisation écrite d'AG Insurance.

14. Législation applicable et tribunaux compétents

La législation belge s'applique à la présente convention qui est plus précisément régie par la Loi sur le contrat d'Assurance terrestre du 25 juin 1992.

Seuls les tribunaux belges sont compétents.

15. L'organisateur peut-il modifier ou mettre fin à la convention ?

A la fin de chaque année d'assurance, l'organisateur peut modifier ou mettre fin à la convention dans les limites des dispositions contractuelles.

A chaque modification, AG Employee Benefits établit un avenant numéroté à la présente convention, remis à l'organisateur. Si la modification concerne les conditions de garantie ou a un impact sur les droits ou la cotisation des membres de la famille affiliés, ils en seront informés.

16. AG Employee Benefits peut-elle modifier les conditions de la présente convention ?

En cas de changements importants dans la sécurité sociale ou dans la loi sur les hôpitaux, AG Employee Benefits, peut modifier les conditions d'assurance à la fin de chaque année d'assurance.

En cas d'augmentation du coût réel des prestations assurées, AG Employee Benefits peut également adapter les primes.

Ces modifications et adaptations sont signalées à l'organisateur par lettre envoyée 9 mois minimum avant la fin de l'année d'assurance.

L'organisateur a le droit de résilier la convention au plus tard 6 mois avant l'échéance annuelle. La convention prend alors fin à cette échéance.

17. Que se passe-t-il si le membre de la famille affilié perd l'avantage de cette assurance (cessation de l'affiliation ou résiliation de la convention)?

En cas de perte de l'avantage de cette assurance, chaque membre de la famille affilié peut souscrire une assurance soins de santé non liée à l'activité professionnelle et bénéficier des avantages suivants si les conditions d'octroi spécifiées ci-dessous sont respectées :

- pour l'assurance non liée à l'activité professionnelle, aucunes formalités médicales ni délais d'attente ne s'appliquent;
- il n'y a aucune exclusion supplémentaire d'affections préexistantes ni limites de nature médicale à la souscription d'une assurance soins de santé non liée à l'activité professionnelle ;
- la prime à payer est celle du tarif individuel correspondant à l'âge au moment de l'affiliation à l'assurance soins de santé non liée à l'activité professionnelle.

- La garantie assurée de l'assurance soins de santé non liée à l'activité professionnelle est similaire à celle de la présente convention.

Les conditions générales sont celles des assurances soins de santé non liée à l'activité professionnelle qui sont en vigueur lors de la continuation mais adaptées pour tenir compte des avantages susmentionnés.

Conditions d'octroi

Ces avantages sont octroyés si les conditions suivantes sont satisfaites :

- l'ouvrier/ouvrière affilié(e) au Plan médical et dont le membre de la famille est affilié doit, pendant les deux ans qui précèdent la perte du Plan médical, avoir été affilié(e) sans interruption à une ou plusieurs assurances soins de santé successives auprès d'une compagnie d'assurances.

Cette condition ne s'applique pas en cas de départ à la retraite, de prépension conventionnelle, de décès de l'ouvrier/ouvrière affilié(e) au Plan médical pour autant que l'affiliation ait eu lieu au moment où les conditions d'affiliation étaient remplies. Cette condition ne s'applique pas non plus en cas de divorce ou pour l'enfant qui ne répond plus aux conditions d'affiliation et pour autant que l'affiliation ait eu lieu au moment où les conditions d'affiliations étaient satisfaites. Dans ce cas, la demande doit concerner tous les affiliés d'une même famille qui perdent au même moment l'avantage de l'assurance.

La demande pour l'assurance soins de santé non liée à l'activité professionnelle doit être introduite soit par écrit, soit par voie électronique, dans les 30 jours à compter de la date de réception de l'information émanant de l'organisateur, ou du liquidateur concernant la possibilité de continuation individuelle. AG Employee Benefits met des documents spécifiques à disposition à cet effet.

Un membre de la famille affilié qui perd l'avantage de l'assurance pour une raison autre que la perte de la garantie par le Plan médical de l'assuré principal dispose d'un délai de 105 jours pour demander la continuation individuelle. Ce délai commence à courir dès que le membre de la famille assuré perd l'avantage de l'assurance.

- L'assurance non liée à l'activité professionnelle doit entrer en vigueur le jour où l'affiliation à la convention prend fin.

A la cessation de l'affiliation ou la résiliation de la convention, AG Employee Benefits indemniserait seulement les coûts d'hospitalisation et de soins médicaux ambulatoires exposés pendant la période assurée.

Cas particulier d'une hospitalisation en cours :

Si l'affiliation prend fin sans résiliation de la convention, AG Employee Benefits remboursera les coûts de l'hospitalisation en cours à ce moment-là et ce pendant 180 jours maximum à partir de la fin de l'affiliation.

18. Protection de la vie privée

La collecte des données et l'utilisation de celles-ci sont conformes aux dispositions de la loi belge sur la protection de la vie privée.

AG Employee Benefits, responsable du traitement, peut traiter les données obtenues sur les personnes pour la gestion de ses produits et services d'assurances en général, la gestion de la relation clientèle, l'établissement de statistiques. Ces données ne sont pas communiquées à des tiers sauf lorsqu'il existe pour ce faire une obligation légale, contractuelle ou un intérêt légitime. Le cas échéant, ces données peuvent être communiquées à et traitées par des conseillers et intermédiaires professionnels auxquels l'organisateur fait appel. Dans le cadre de la description du risque ou de la déclaration d'un sinistre, le membre de la famille affilié confie à la compagnie des données relatives à sa santé. Ces données ne sont traitées que sous la responsabilité d'un praticien professionnel dans les soins de santé et l'accès à ces données est limité aux personnes qui en ont besoin dans l'exercice de leurs tâches. Chaque affilié a le droit de prendre connaissance des données le concernant et, le cas échéant, de les corriger. L'information transmise par AG Employee Benefits à l'organisateur relative à un sinistre se limite à un aperçu des paiements et ne peut en aucun cas concerner les données à caractère médical.

19. Contrôle et traitement des plaintes

La Commission bancaire, financière et des Assurances (CBFA) est chargée du contrôle des assurances et plus précisément de la présente convention d'assurance.

Sans préjudice du recours en justice, toute plainte relative à la présente convention peut être adressée par écrit à :

AG Insurance sa
Service de médiation
Boulevard Emile Jacqmain 53
1000 Bruxelles
E-mail : ombudsman@aginsurance.be Si la solution proposée par la compagnie d'assurances ne donne pas satisfaction, le litige peut être présenté à :

L'Ombudsman des assurances
Square de Meeûs 35
1000 Bruxelles
E-mail : infombudsman.as

AG Employee Benefits s'engage à transmettre à l'organisateur un reporting annuel des plaintes et litiges relatifs à la convention d'Assurance hospitalisation.

Obligation d'information

L'organisateur déclare avoir reçu de la part d'AG Insurance les informations telles que prévues dans le nouvel art 138bis-9 de la loi du 25/6/1992 sur l'Assurance terrestre concernant la possibilité pour l'ouvrier/ouvrière de payer individuellement une prime supplémentaire pour les membres de la famille affiliés pour que la prime de l'assurance hospitalisation autre que professionnelle poursuivie à titre individuelle soit calculée compte tenu de l'âge auquel l'ouvrier/ouvrière et/ou le membre de la famille affilié a commencé à payer les primes supplémentaires.

Dans ce cadre, l'organisateur a reçu les informations relatives à l'assurance AG Care Vision, qui permet, dans le cas d'une continuation, non seulement de fixer l'âge mais également de compléter l'assurance professionnelle. L'organisateur prend note du fait que si les paiements de prime en AG Care Vision sont arrêtés, l'assuré perd également l'âge d'entrée.

En support à cette obligation d'information du chef de l'organisateur, lors de la remise de la carte Medi-Assistance, AG Employee Benefits communiquera également au membre de la famille affilié l'information transmise à l'organisateur concernant la possibilité de payer individuellement une prime supplémentaire. Cela ne signifie toutefois pas qu'AG Employee Benefits reprend la responsabilité de cette obligation d'information de l'organisateur. Le fait que les membres de la famille affiliés aient été informés par AG Employee Benefits par le biais de la lettre d'accompagnement de la carte Medi-Assistance ne décharge, par conséquent, pas l'organisateur de son obligation d'information.

Établie en deux exemplaires à Bruxelles, le 18/11/2010

Pour l'organisateur				Pour
FONDS DE SECURITE ET D'EXISTENCE DES OUVRIERS DU SECTEUR DE LA CONSTRUCTION - FBZ-FSE CONSTRUCTIV,				AG Insurance,
Monsieur R. DE MUELENAERE Président du FSE	Monsieur G. DELPORTE Vice-Président du FSE	Monsieur L. VAN DESSEL Vice-Président du FSE	Monsieur R. DESMET Administrateur du FSE	Monsieur J-M KUPPER Managing Director AG Insurance AG Employee Benefits



■ **Overeenkomst
Hospitalisatieverzekering
voor de gezinsleden van de
arbeiders Bouwsector**

**Fonds voor Bestaanszekerheid van de werklieden uit het
Bouwbedrijf – fbz-fse Constructiv**

- **Met bijstand in het buitenland**
- **met Medi-Assistance**

Ingangsdatum: 01/01/2011

INHOUDSTAFEL

OVEREENKOMST HOSPITALISATIEVERZEKERING

	<u>Bladzijde</u>
1. Definities	1
2. Contracterende partijen en ingangsdatum van de overeenkomst	3
3. Type van overeenkomst	3
4. Wie wordt aangesloten?	3
5. Medische formaliteiten, voorafbestaande aandoeningen en wachttijden.	4
6. Einde van de aansluiting	7
7. Waarborgen en terugbetalingsmodaliteiten?	7
8. Hoeveel bedragen de premies en wanneer dienen ze betaald te worden?	7
9. Wat gebeurt er indien de premies niet betaald worden?	8
10. Territoriale begrenzing	8
11. Nietigheid van de aansluiting of weigering van tussenkomst	8
12. Geschillen	9
13. Verhaal tegen derden	9
14. Toepasselijke wetgeving en bevoegde rechtbanken.	9
15. Kan de inrichter de overeenkomst wijzigen of stopzetten?	9
16. Kan AG Employee Benefits de voorwaarden van huidige overeenkomst wijzigen ?	10
17. Wat gebeurt er indien het aangesloten gezinslid het voordeel van deze verzekering verliest (beëindiging van de aansluiting of opzegging van de overeenkomst)?	10
18. Bescherming van de persoonlijke levenssfeer	12
19. Controle en behandeling van klachten.	12

OVEREENKOMST HOSPITALISATIEVERZEKERING

1. Definities

1.1 Inrichter

Fonds voor bestaanszekerheid van de werklieden uit het Bouwbedrijf – fbz-fse Constructiv,
Koningsstraat 132 bus 1, 1000 Brussel

1.2 AG Employee Benefits

De verzekeringsmaatschappij AG Insurance n.v. Emile Jacquainlaan, 53 B-1000 Brussel.
Onderneming toegelaten onder code nr. 0079 - RPR Brussel – BTW BE 040.494.894,

1.3. CAO

De Collectieve arbeidsovereenkomst van 18 november 2010 tot invoering van een sectorale
Hospitalisatieverzekering ten voordele van de gezinsleden van de bouwvakarbeiders. .

1.4. Medisch Plan

Het reglement Medisch Plan van toepassing op het sectoraal Medisch Plan Arbeiders van de
Bouwsector ingevoerd bij CAO van 17 december 2009 tot invoering van een sectoraal
Medisch Plan voor de bouwvakarbeiders.

1.5 Arbeider/arbeidster (= Hoofdverzekerde)

De arbeider/arbeidster aangesloten bij het Medisch Plan Arbeiders van de Bouwsector, ten
behoefte van wie huidige overeenkomst is afgesloten en waartoe zijn/haar gezinsleden zijn
toegetreden. De aansluiting bij de overeenkomst is maar mogelijk indien en zolang de
arbeider/arbeidster is aangesloten bij Het Medisch Plan.

1.6. Aangesloten gezinslid (= bijverzekerde)

Het gezinslid van de arbeider/arbeidster dat bij huidige overeenkomst wordt aangesloten.

1.7. Bijdrage

Het bedrag verschuldigd door de arbeider/arbeidster aan de Inrichter voor de aansluiting van zijn/haar gezinsleden.

1.8. Premie

Het bedrag door AG Employee Benefits gevraagd als tegenprestatie voor zijn verbintenissen

1.9. Verzekeringsjaar

Het jaar dat begint op de datum van invoegetreding van de huidige overeenkomst en dat op elke verjaardag ervan vernieuwd wordt.

1.10. Vrijstelling

Deel van de terugbetaalbare kosten dat ten laste blijft van de aangeslotene en waarvan het bedrag wordt bepaald in punt 7 van het Medisch Plan. Bij een bevalling wordt er slechts één enkele vrijstelling afgetrokken voor de moeder en het kind, voor zover het geheel van de familie reeds aangesloten is bij deze overeenkomst.

Wanneer verschillende verzekerden van éénzelfde gezin betrokken zijn bij éénzelfde ongeval wordt de vrijstelling slechts éénmaal toegepast.

1.11. Voorafbestaande aandoeningen

De ziekten, ongevallen, zwangerschappen en bevallingen die zich hebben voorgedaan vóór de aansluitingsdatum of waarvan de oorzaak (oorzaken) vóór die datum ligt (liggen).

1.12. Wachtijden

Stageperiodes die ingaan op de datum van aansluiting van het aangesloten gezinslid. De kosten voor zorgen verstrekt tijdens deze periodes worden door AG Employee Benefits niet terugbetaald, behalve deze vermeld onder punt 5.2.

De definities opgenomen in punt 1.6 tot en met 1.14 en 1.17 tot en met 1.21 van het Medisch Plan, zijn eveneens van toepassing op huidige overeenkomst.

2. Contracterende partijen en ingangsdatum van de overeenkomst

De overeenkomst wordt gesloten tussen

**FONDS VOOR BESTAANSZEKERHEID VAN DE WERKLIEDEN UIT HET BOUWBEDRIJF – FBZ-FSE
CONSTRUCTIV,**

Koningstraat 132 bus 1

1000 BRUSSEL

hierna "inrichter" genoemd,

en AG Insurance nv, Emile Jacquainlaan, 53 – B-1000 Brussel, onderneming toegelaten onder het codenummer 0079, RPR Brussel, hierna "AG Employee Benefits" genoemd.

De overeenkomst treedt in voege op 01/01/2011 en wordt gesloten voor de duur van één jaar. Op het einde van elk verzekeringsjaar wordt de overeenkomst stilzwijgend hernieuwd voor de duur van één jaar, behalve bij opzegging door één van de partijen, per aangetekende brief die minstens zes maanden vóór het einde van het verzekeringsjaar wordt verzonden.

3. Type van overeenkomst

Deze beroepsgebonden ziektekostenverzekeringsovereenkomst is bijkomend aan het sectoraal Medisch Plan Arbeiders Bouwsector, ingevoerd door de collectieve arbeidsovereenkomst van 17 december 2009. Het einde van dit sectoraal plan brengt eveneens het einde met zich mee van de huidige overeenkomst.

4. Wie wordt aangesloten?

Elke arbeider/arbeidster die ressorteert onder het paritair comité 124, die beantwoordt aan de aansluitingsvoorwaarden bepaald in de artikels 3 tot en met 7 van de CAO van 17 december 2009 en aangesloten is bij het Medisch Plan voor de arbeiders tewerkgesteld in het Bouwbedrijf, kan de aansluiting van de leden van zijn gezin vragen, voor zover deze aan de Belgische Sociale Zekerheid onderworpen zijn en ingeschreven zijn bij een Belgisch ziekenfonds. In dat geval dient de aansluiting te worden gevraagd van alle gezinsleden die beantwoorden aan de gestelde criteria, behoudens bestaande hospitalisatieverzekering.

Onder gezinsleden dient te worden verstaan:

a) de partner van de arbeider/arbeidster : de echtgenoot of echtgenote van de arbeider,

OF

de persoon met wie een samenlevingscontract werd afgesloten, met uitzondering van familieleden ;

OF

de op hetzelfde adres samenwonende partner, met uitzondering van familieleden.

b) Het kind van de arbeider/arbeidster: elk kind van de arbeider of de partner waarmee hij gehuwd is of samenwoont en die kinderbijslag krijgt :

- kinderen die op hetzelfde adres wonen ;
- kinderen die voor hun studies elders wonen ;
- kinderen voor wie alimentatiegeld betaald wordt ;
- kinderen voor wie de arbeider of de partner een co-ouderschapsregeling heeft ;

Worden eveneens beschouwd als kinderen van de arbeider : de mindervalide kinderen die een inkomensvervangende- en/of integratietegemoetkoming genieten, evenals de mindervalide kinderen die recht geven op kinderbijslag.

De aanvraag tot aansluiting van de gezinsleden gebeurt door middel van het toetredingsformulier ter beschikking gesteld door de inrichter. Dit naar behoren ingevuld toetredingsformulier dient via de syndicale organisatie, de werkgever of rechtstreeks terug bezorgd te worden aan de inrichter. Indien het toetredingsformulier tijdig werd teruggestuurd, ontvangt de arbeider vanwege de inrichter de bevestiging van de aansluiting van de gezinsleden, voor zover de bijdrage betaald is.

5. Medische formaliteiten, voorafbestaande aandoeningen en wachttijden

5.1. Medische formaliteiten

Er gelden geen medische formaliteiten, tenzij in geval van laattijdige aansluiting zoals voorzien onder punt 5.3. hieronder. In dit laatste geval, bij laattijdige aansluiting, kan AG Employee Benefits, conform het medisch acceptatiebeleid, de aansluiting weigeren of uitstellen, een extra bijdrage als gevolg van medische formaliteiten (medische bijpremie) aanrekenen en bepaalde aandoeningen uitsluiten.

De uitsluitingen en extra bijdrage als gevolg van medische formaliteiten worden per brief door AG Employee Benefits aan de kandidaat-aangeslotene meegedeeld. Om te worden aangesloten, dient deze laatste een voor akkoord ondertekende kopie ervan aan AG Employee Benefits terug te sturen.

Het bedrag van de bijpremies/extra bijdrage als gevolg van medisch formaliteiten wordt aan de inrichter en aan het aangesloten gezinslid meegedeeld.

5.2. Wachttijd

Er geldt een algemene wachttijd van 6 maanden. De wachttijd vervalt voor:

- o ongevallen

- o acute infectieziekten
- o ziekten van pasgeborenen, voor zover alle aansluitbare gezinsleden zijn aangesloten.

5.3. Aansluitingsmodaliteiten

Voor de gezinsleden van de arbeiders/arbeidsters die vóór 1 januari 2011 reeds aangesloten zijn bij het Medisch Plan, gelden inzake aansluiting volgende bepalingen:

- Het naar behoren ingevuld toetredingsformulier wordt vóór 1 januari 2011 aan de inrichter bezorgd en de inrichter ontvangt de volledige betaling van de jaarlijkse bijdrage vóór 1 januari 2011:
 - o elk gezinslid wordt vanaf 1 januari 2011 aangesloten zonder medische formaliteiten,
 - o de wachttijd wordt herleid naar 3 maanden. In de periode van 1 januari tot 31 maart 2011 worden de hospitalisatiekosten alleen terugbetaald als de verzekerde opname het gevolg is van een ongeval of een acute infectieziekte.

- Indien het naar behoren ingevuld toetredingsformulier na 31 december 2010 aan de inrichter bezorgd wordt **OF** de inrichter de volledige betaling van de jaarlijkse bijdrage na 1 januari 2011 ontvangt, wordt de aansluiting als **laattijdig** beschouwd en gelden volgende bepalingen:
 - o er dient een medische vragenlijst vervolledigd te worden. De aansluiting is afhankelijk van de medische acceptatie door AG Employee Benefits, overeenkomstig zijn algemeen beleid ter zake,
 - o de voorafbestaande aandoeningen zijn van de waarborg uitgesloten. De waarborg wordt evenwel verleend indien het aangesloten gezinslid in het jaar volgend op de aansluitingsdatum geen enkele geneeskundige behandeling heeft ondergaan in verband met de voorafbestaande aandoening
 - o de aansluiting gaat in op de eerste dag van het kwartaal dat volgt op of samenvalt met het verstrijken van een periode van 10 maand te rekenen vanaf de datum waarop de aanvraag werd ingediend en voor zover de persoon medisch aanvaard werd,
 - o er geldt geen wachttijd
 - o de jaarlijkse bijdrage wordt met 10% verhoogd (eventuele extra bijdrage als gevolg van medische formaliteiten niet inbegrepen).

Voor de gezinsleden van de bij het medisch Plan aangesloten arbeiders/arbeidsters, die een eigen verzekering genieten, gelden volgende bepalingen:

- er wordt geopteerd om toe te treden bij de hospitalisatieverzekering van de Bouwsector:
 - o elk gezinslid wordt onmiddellijk, zonder wachttijd noch medische formaliteiten, aangesloten na de vervaldatum van de eigen polis,
 - o het is noodzakelijk om hiervoor de inrichter in het bezit te stellen van het toetredingsformulier en het verzekeringsattest met vermelding van vervaldag, afgeleverd door de verzekeraar van het gezinslid.

- de gezinsleden verliezen buiten hun wil de dekking van de eigen bestaande verzekering:
 - o elk gezinslid wordt vanaf de einddatum van de vorige hospitalisatieverzekering, zonder wachttijd noch medische formaliteiten, aangesloten op voorwaarde dat het toetredingsformulier en het verzekeringsattest binnen de 3 maanden na het verlies van de dekking aan de inrichter wordt bezorgd,
 - o zo niet, wordt de aansluiting als laattijdig aanschouwd en zijn volgende bepalingen van toepassing:

- er dient een medische vragenlijst vervolledigd te worden. De aansluiting is afhankelijk van de medische acceptatie door AG Employee Benefits, overeenkomstig zijn algemeen beleid ter zake,
- de voorafbestaande aandoeningen zijn van de waarborg uitgesloten. De waarborg wordt evenwel verleend indien het aangesloten gezinslid in het jaar volgend op de aansluitingsdatum geen enkele geneeskundige behandeling heeft ondergaan in verband met de voorafbestaande aandoening
- de aansluiting gaat in op de eerste van het kwartaal dat volgt op of samenvalt met het verstrijken van een periode van 10 maand te rekenen vanaf de datum waarop de aanvraag werd ingediend en voor zover de persoon medisch aanvaard werd,
- er geldt geen wachttijd
- de jaarlijkse bijdrage wordt met 10% verhoogd (eventuele extra bijdrage als gevolg van medische formaliteiten niet inbegrepen).

Voor de gezinsleden van een arbeider/arbeidster tewerkgesteld in de sector na 1 januari 2011 gelden volgende bepalingen:

- indien het toetredingsformulier bezorgd en de bijdrage betaald werd aan de inrichter binnen de drie maanden na de datum waarop de arbeider/arbeidster werd geïnformeerd van de mogelijkheid om de gezinsleden aan te sluiten geldt het volgende:
 - o de aansluiting van de gezinsleden gaat in op de aansluitingsdatum van de arbeider/arbeidster bij het Medisch Plan.
 - o een wachttijd van 6 maanden. In deze periode van 6 maanden worden de hospitalisatiekosten alleen terugbetaald als de verzekerde opname het gevolg is van een ongeval of van een acute infectieziekte.
 - o geen medische formaliteiten
- indien het toetredingsformulier niet tijdig aan de inrichter bezorgd werd of de bijdrage niet tijdig aan de inrichter betaald werd, wordt de aansluiting als laattijdig aanschouwd en geldt het volgende:
 - o er dient een medische vragenlijst vervolledigd te worden. De aansluiting is afhankelijk van de medische acceptatie door AG Employee Benefits, overeenkomstig zijn algemeen beleid ter zake,
 - o de voorafbestaande aandoeningen zijn van de waarborg uitgesloten. De waarborg wordt evenwel verleend indien het aangesloten gezinslid in het jaar volgend op de aansluitingsdatum geen enkele geneeskundige behandeling heeft ondergaan in verband met de voorafbestaande aandoening
 - o de aansluiting gaat in op de eerste dag van het kwartaal dat volgt op of samenvalt met het verstrijken van een periode van 10 maand te rekenen vanaf de datum waarop de aanvraag werd ingediend en voor zover de persoon medisch aanvaard werd,
 - o er geldt geen wachttijd
 - o de jaarlijkse bijdrage wordt met 10% verhoogd (eventuele extra bijdrage als gevolg van medische formaliteiten niet inbegrepen).

De volgende bepalingen gelden bij wijziging van de gezinssituatie:

- de arbeider deelt de wijziging van de gezinssituatie mee aan de inrichter;
- indien het toetredingsformulier binnen de drie maanden na de wijziging van de gezinssituatie bezorgd en de bijdrage betaald werd aan de inrichter, betreft het een tijdige aansluiting en
 - o is er geen wachttijd
 - o zijn er geen medische formaliteiten

- indien het toetredingsformulier niet tijdig aan de inrichter bezorgd werd of de bijdrage niet tijdig betaald werd aan de inrichter, wordt de aansluiting als laattijdig aanschouwd en geldt het volgende:
 - o er dient een medische vragenlijst vervolledigd te worden. De aansluiting is afhankelijk van de medische acceptatie door AG Employee Benefits, overeenkomstig zijn algemeen beleid ter zake,
 - o de voorafbestaande aandoeningen zijn van de waarborg uitgesloten. De waarborg wordt evenwel verleend indien het aangesloten gezinslid in het jaar volgend op de aansluitingsdatum geen enkele geneeskundige behandeling heeft ondergaan in verband met de voorafbestaande aandoening
 - o de aansluiting gaat in op de eerste dag van het kwartaal dat volgt op of samenvalt met het verstrijken van een periode van 10 maand te rekenen vanaf de datum waarop de aanvraag werd ingediend en voor zover de persoon medisch aanvaard werd,
 - o er geldt geen wachttijd
 - o de jaarlijkse bijdrage wordt met 10% verhoogd (eventuele extra bijdrage als gevolg van medische formaliteiten niet inbegrepen).

6. Einde van de aansluiting

De aansluiting van de gezinsleden wordt beëindigd :

- bij beëindiging van de aansluiting van de arbeider/arbeidster bij het Medisch Plan;
- wanneer het aangesloten gezinslid niet meer beantwoordt aan de criteria bepaald onder punt 4;
- wanneer de arbeider zelf de aansluiting van een aangesloten gezinslid wenst te beëindigen en voor zover dit aan de inrichter schriftelijk meegedeeld werd vóór 1 oktober van het lopende verzekeringsjaar;
- in geval van stopzetting van het sectoraal Medisch Plan.

De aansluiting van de gezinsleden neemt een einde op 31 december van het jaar waarvoor de bijdrage is betaald.

7. Waarborgen en terugbetalingsmodaliteiten

De tussenkomsten en modaliteiten, zoals beschreven in de punten 2, 6 tot en met 13 van het Medisch Plan Arbeiders van de Bouwsector, waarmee huidige overeenkomst samenhangt, zijn onverkort van toepassing op deze overeenkomst. Worden bijkomend gewaarborgd krachtens deze overeenkomst :

- de wiegendoodtest van het aangesloten kind
- de verblijfskosten van de moeder of de vader in dezelfde kamer als deze van het verpleegde kind voor zover het kind en één van beide ouders verzekerd zijn en de aanwezigheid van de ouder beschouwd wordt als medisch noodzakelijk voor de behandelende geneesheer.

8. Hoeveel bedragen de door de inrichter verschuldigde premies en wanneer dienen ze betaald te worden?

Bij de invoegetrede van de overeenkomst bedragen de jaarlijkse premies (belastingen en RIZIV-bijdrage inclusief):

Premie volwassene 135,00 EUR

Premie kind 67,78 EUR

= kind jonger dan 25 jaar dat recht geeft op kinderbijslag.

Voor de laattijdige aansluitingen zoals omschreven in punt 5, worden de bijdragen met 10% verhoogd (eventuele extra bijdrage als gevolg van medische formaliteiten niet inbegrepen). De jaarlijkse premies, gedeeld door vier, zijn trimestrieel achteraf betaalbaar.

De bijdragen die ten laste zijn van de arbeider/arbeidster worden geïnd door de inrichter.

Op elke vervaldag betaalt de inrichter aan AG Employee Benefits de premies voor het geheel van de aangeslotenen. Deze premie kan verhoogd worden met eventuele toekomstige belastingen.

Deze storting gebeurt op basis van een borderel dat wordt opgemaakt door AG Employee Benefits.

De premies zijn voor elk aangesloten gezinslid betaalbaar vanaf de eerste dag van het kwartaal van de aansluiting tot de laatste dag van het kwartaal waarin zijn aansluiting wordt beëindigd.

Op elke jaarlijkse vervaldatum kan de premie/de bijdrage aangepast worden op grond van het indexcijfer der consumptieprijsen. Bovendien kan de premie op elke jaarvervaldag aangepast worden aan de kosten van de diensten die gedekt worden door de private ziektekostenverzekering op grond van het specifieke indexcijfer – waarborg éénpersoonskamer – indien en voor zover de evolutie van dit indexcijfer deze van het indexcijfer der consumptieprijsen overschrijft. De aanpassing gebeurt op basis van de verhouding tussen het globale indexcijfer van het 1^{ste} trimester gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad eind mei van het jaar dat de vervaldag voorafgaat en het globale indexcijfer van het 1^{ste} trimester dat een jaar vroeger in werking is getreden (vierde trimester 2008 = 100)."

9. Wat gebeurt er indien de premies niet betaald worden?

Indien de premies niet worden betaald binnen de termijn vermeld op het premieborderel, stuurt AG Employee Benefits een aangetekende brief, waarin de inrichter wordt gewezen op de gevolgen van de niet-betaling. Vijftien dagen na de verzending van die brief, wordt de waarborg van rechtswege geschorst

De waarborg wordt opnieuw van kracht om 24 uur op de dag na de volledige betaling, aan AG Employee Benefits, van de onbetaalde premies.

Tijdens de hierboven bedoelde schorsingsperiode behoudt AG Employee Benefits zich het recht voor deze overeenkomst op te zeggen met uitwerking ten vroegste 6 maand te rekenen vanaf de datum van de aangetekende brief.

10. Territoriale begrenzing

De waarborg wordt verleend over de gehele wereld.

11. Nietigheid van aansluiting of weigering van tussenkomst

- AG Employee Benefits kan de nietigheid van de aansluiting niet inroepen wegens een onjuiste of onvolledige verklaring, behalve in geval van opzettelijke verzwijging of onjuist meedelen van gegevens.
- Het aangesloten gezinslid moet elke ziekenhuisopname aangeven overeenkomstig de bepalingen van punt 9 van het Medisch Plan. Hij/zij moet bovendien aan AG Employee Benefits alle nuttige inlichtingen verstrekken en op de vragen antwoorden die worden gesteld, teneinde de omstandigheden en de omvang van de schade te kunnen vaststellen. Indien deze verplichting niet wordt nageleefd en daardoor een nadeel ontstaat voor AG Employee Benefits, dan kan deze aanspraak maken op een vermindering van de prestatie tot beloop van het door hem geleden nadeel. Ingeval van bedrieglijk opzet kan de verzekeraar de tussenkomst weigeren.

12. Geschillen

Eventuele betwistingen van een door AG Employee Benefits of de inrichter meegedeelde beslissing moeten AG Employee Benefits binnen 30 dagen na de mededeling schriftelijk worden bevestigd. Na verloop van die termijn wordt de beslissing als aanvaard beschouwd, behoudens toepassing van de regels inzake verjaring.

Betwistingen van medische aard worden voorgelegd aan de behandelende arts van het aangesloten gezinslid enerzijds en aan de adviserende arts van AG Employee Benefits anderzijds. Indien beide artsen het niet eens zijn, wijzen ze in gemeen overleg een derde arts aan. Bij gebrek aan overeenstemming over deze aanduiding, zal de derde arts op verzoek van de meest gereede partij worden aangewezen door de voorzitter van de rechtbank van eerste aanleg te Brussel. De beslissing van de derde arts wordt uitgevoerd, behoudens bij de rechtbank ingesteld verhaal.

Elke partij draagt de kosten en erelonen van haar arts.

De kosten van de aanwijzing en de erelonen van de derde arts worden door beide partijen, elk voor de helft, gedragen.

13. Verhaal tegen derden

Door het feit zelf dat de terugbetaling door AG Employee Benefits verschuldigd is, of reeds verricht is, treedt deze laatste in de plaats van het aangesloten gezinslid op om verhaal uit te oefenen tegen de aansprakelijke derden. Of tegen een ziekenhuis of een verstrekker, wanneer de gefactureerde kostprijs de normale grenzen van het redelijk overschrijdt.

Het aangesloten gezinslid mag zonder schriftelijke toestemming van AG Insurance geheel noch gedeeltelijk afzien van verhaal tegen derden die aansprakelijk zijn voor een ziekte of een ongeval.

14. Toepasselijke wetgeving en bevoegde rechtbanken.

De Belgische wetgeving is van toepassing op deze overeenkomst die meer bepaald geregeld wordt door de Wet op de Landverzekeringsovereenkomst van 25 juni 1992.

Enkel de Belgische rechtbanken zijn bevoegd.

15. Kan de inrichter de overeenkomst wijzigen of stopzetten?

Op het einde van elk verzekeringsjaar kan de inrichter de overeenkomst wijzigen of stopzetten, binnen de perken van de contractuele bepalingen.

Bij elke wijziging maakt AG Employee Benefits een genummerde bijlage bij deze overeenkomst op, die aan de inrichter wordt overhandigd. Indien de wijziging betrekking heeft op de dekkingsvoorwaarden of een invloed heeft op de rechten of de bijdrage van de aangesloten gezinsleden, dan worden zij hiervan geïnformeerd.

16. Kan AG Employee Benefits de voorwaarden van huidige overeenkomst wijzigen ?

In geval van belangrijke veranderingen in de sociale zekerheid of in de wet op de ziekenhuizen, kan AG Employee Benefits, op het einde van elk verzekeringsjaar, de verzekeringsvoorwaarden wijzigen.

Bij een verhoging van de reële kostprijs van de verzekerde prestaties kan AG Employee Benefits eveneens de premies aanpassen.

Deze wijzigingen en aanpassingen worden aan de inrichter gemeld via een brief, die minstens 9 maanden vóór het einde van het verzekeringsjaar wordt verstuurd.

De inrichter heeft het recht de overeenkomst op te zeggen uiterlijk 6 maanden voor de jaarvervaldag. De overeenkomst eindigt dan op deze vervaldag.

17. Wat gebeurt er indien het aangesloten gezinslid het voordeel van deze verzekering verliest (beëindiging van de aansluiting of opzegging van de overeenkomst)?

Elk aangesloten gezinslid kan, ingeval van verlies van het voordeel van deze verzekering, een andere dan beroepsgebonden ziektekostenverzekering afsluiten, waarbij hij van volgende voordelen geniet indien voldaan aan de toekenningsvoorwaarden verder gespecificeerd:

- voor de andere dan beroepsgebonden verzekering gelden geen medische formaliteiten of wachttijden;
- er zijn geen bijkomende uitsluitingen van voorafbestaande aandoeningen of bijkomende beperkingen van medische aard bij het sluiten van de andere dan beroepsgebonden ziektekostenverzekering;
- de te betalen premie is die van het individuele tarief in overeenstemming met zijn leeftijd bij aansluiting bij de andere dan beroepsgebonden ziektekostenverzekering.

- De verzekerde waarborg van de andere dan beroepsgebonden verzekering is gelijksoortig met die van deze overeenkomst.

De algemene voorwaarden zijn die van de andere dan beroepsgebonden ziektekostenverzekeringen die van kracht zijn bij de voortzetting, maar aangepast om rekening te houden met de bovengenoemde voordelen.

Toekenningvoorwaarden

Deze voordelen worden verleend indien aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- de arbeider/arbeidster aangesloten bij het Medisch Plan en van wie het gezinslid is aangesloten, moet gedurende de twee jaren die voorafgaan aan het verlies van het Medisch Plan, ononderbroken aangesloten geweest zijn bij een of meer opeenvolgende ziektekostenverzekeringen, afgesloten bij een verzekeringsonderneming.

Deze voorwaarde is niet van toepassing ingeval van pensionering, conventioneel brugpensioen, overlijden arbeider/arbeidster aangesloten bij het Medisch Plan voor zover de aansluiting gebeurd is op het tijdstip waarop aan de aansluitingsvoorwaarden was voldaan. Deze voorwaarde geldt evenmin ingeval van echtscheiding of voor het kind dat niet langer aan de aansluitingsvoorwaarden voldoet, en voor zover de aansluiting gebeurd is op het tijdstip waarop aan de aansluitingsvoorwaarden was voldaan. In dat geval moet de aanvraag betrekking hebben op alle aangeslotenen van eenzelfde gezin die op hetzelfde tijdstip het voordeel van de verzekering verliezen.

De aanvraag tot de andere dan beroepsgebonden ziektekostenverzekering moet hetzij schriftelijk, hetzij elektronisch ingediend worden binnen 30 dagen te rekenen vanaf de dag van ontvangst van de informatie uitgaande van de inrichter, of de vereffenaar met betrekking tot de mogelijkheid tot individuele verderzetting. Hiertoe worden door AG Employee Benefits specifieke documenten ter beschikking gesteld.

Een aangesloten gezinslid dat het voordeel van de verzekering verliest om een andere reden dan het verlies van dekking door het Medisch Plan van de hoofdverzekerde, beschikt over een termijn van 105 dagen om de individuele voortzetting aan te vragen. Deze termijn begint te lopen vanaf het ogenblik waarop het aangesloten gezinslid het voordeel van de verzekering verliest.

- De andere dan beroepsgebonden verzekering moet in voege treden op de dag waarop de aansluiting bij de overeenkomst beëindigd wordt.

Bij beëindiging van de aansluiting of opzegging van de overeenkomst zal AG Employee Benefits slechts de kosten van ziekenhuisopname en ambulante medische verzorging vergoeden die gemaakt werden tijdens de verzekerde periode.

Bijzonder geval van een aan de gang zijnde ziekenhuisopname:

Wanneer de aansluiting wordt beëindigd zonder dat de overeenkomst is opgezegd, zal AG Employee Benefits de kosten terugbetalen van de op dat ogenblik aan de gang zijnde ziekenhuisopname en dit gedurende maximum 180 dagen, vanaf de beëindiging van de aansluiting.

18. Bescherming van de persoonlijke levenssfeer

De inzameling van persoonsgegevens en het gebruik ervan verloopt conform de bepalingen van de Belgische privacywetgeving.

AG Employee Benefits, verantwoordelijke voor de verwerking, kan de verkregen persoonsgegevens verwerken met het oog op en in het kader van het verlenen en het beheer van verzekeringsdiensten in het algemeen, het beheer van het cliëntenbestand, het opmaken van statistieken. Deze gegevens worden niet meegedeeld aan derden, behoudens voor zover hiertoe voor AG Employee Benefits een wettelijke of contractuele verplichting of een gewettigd belang bestaat. In voorkomend geval kunnen deze gegevens meegedeeld worden aan en verwerkt worden door de professionele raadgevers en tussenpersonen waarop de inrichter een beroep doet. In het kader van de beschrijving van het risico of de aangifte van een schadegeval vertrouwt het aangesloten gezinslid gegevens toe aan de maatschappij betreffende zijn/haar gezondheid; Deze gegevens worden enkel verwerkt onder de verantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg en de toegang ertoe is beperkt tot die personen die ze nodig hebben voor de uitoefening van hun taken. Elke aangeslotene heeft het recht om de gegevens die hem betreffen in te kijken en in voorkomend geval, te verbeteren. De informatie door AG Employee Benefits aan de inrichter met betrekking tot een schadegeval beperkt zich tot een overzicht van uitbetalingen en kan in geen enkel geval betrekking hebben op gegevens van medische aard.

19. Controle en behandeling van klachten.

De Commissie voor het Bank-, Financie- en Assurantiewezen (CBFA) is belast met de controle van verzekeringen en meer bepaald van deze verzekeringsovereenkomst.

Onverminderd het verhaal in rechte kan elke klacht met betrekking tot deze overeenkomst schriftelijk gericht worden aan :

AG Insurance nv

Ombudsdienst

Emile Jacqmainlaan 53

1000 Brussel

E-mail : ombudsman@aginsurance.be Indien de oplossing die de verzekeringsmaatschappij voorstelt geen voldoening schenkt, kan het geschil voorgelegd worden aan :

Ombudsman van de Verzekeringen

de Meeûsplantsoen 35

1000 Brussel

E-mail : infombudsman.as

AG Employee Benefits verbindt er zich toe aan de inrichter een jaarlijkse reporting over te maken van de klachten en geschillen met betrekking tot de overeenkomst Hospitalisatieverzekering.

Informatieverplichting

De inrichter verklaart vanwege AG Insurance de informatie te hebben ontvangen, zoals voorzien in het nieuwe art 138bis-9 van de wet van 25/6/1992 op de Landverzekeringsovereenkomst betreffende de mogelijkheid voor de arbeider/arbeidster om individueel een bijkomende premie te betalen voor de aangesloten gezinsleden, waardoor de premie van de voortgezette andere dan beroepsgebonden hospitalisatieverzekering, berekend wordt rekening houdend met de leeftijd waarop de arbeider/arbeidster en/of het aangesloten gezinslid de bijkomende premies is begonnen te betalen.

In dit kader heeft de inrichter de informatie ontvangen betreffende de verzekering AG Care Vision, waarmee niet enkel de leeftijd ingeval van voortzetting wordt vastgekleit, maar eveneens de beroepsbonden verzekering aangevuld kan worden. De inrichter neemt nota van het feit dat indien de premiebetalingen in AG Care Vision worden stopgezet, de verzekerde ook de instapleeftijd verliest.

Ter ondersteuning van deze wettelijke informatieverplichting in hoofde van de inrichter zal AG Employee Benefits de informatie die zij heeft overgemaakt aan de inrichter betreffende de mogelijkheid voor de om individueel een bijkomende premie te betalen, eveneens meedelen aan het aangesloten gezinslid bij het overhandigen van de Medi-Assistancekaart. Hiermee neemt AG Employee Benefits echter niet de verantwoordelijkheid voor deze informatieverplichting van de inrichter over. Het feit dat de aangesloten gezinsleden werd geïnformeerd door AG Employee Benefits via de begeleidende brief met de Medi-Assistancekaart, ontslaat bijgevolg de inrichter niet van zijn informatieverplichting.

Opgemaakt in tweevoud te Brussel, op 18/11/2010

Voor de inrichter				Voor
FONDS VOOR BESTAANSZEKERHEID VAN DE WERKLIEDEN UIT HET BOUWBEDRIJF - FBZ-FSE CONSTRUCTIV,				AG Insurance,
De Heer R. DE MUELENAERE Voorzitter van het FBZ	De heer G. DELPORTE Vice-Voorzitter van het FBZ	De heer L. VAN DESSEL Vice-Voorzitter van het FBZ	De heer R. DESMET Beheerder van het FBZ	De heer J-M KUPPER Managing Director AG Insurance AG Employee Benefits