

Paritair Comité voor de notarisbedienden (PC 216)

Collectieve arbeidsovereenkomst van 13 oktober 2011 betreffende de verzekering « Gezondheidszorgen » en de verzekering «Loonverlies»

Preambule

Overwegende dat de collectieve arbeidsovereenkomst van 13 april 1979 de oprichting van het Sociaal Fonds voor Notarisbedienden, VZW voorziet en de basisprincipes van de tussenkomsten van het fonds bepaalt.

Overwegende dat het artikel 4 c van de collectieve arbeidsovereenkomst van 15 januari 2002 betreffende de loonkostontwikkeling voor 2001-2002 een hospitalisatieverzekering ten voordele van de notarisbedienden en hun familieleden invoert en de patronale en persoonlijke bijdrage voor haar financiering op respectievelijk 0.30% en 0.10% van het brutoloon vastlegt.

Overwegende dat het artikel 5 van de collectieve arbeidsovereenkomst van 27 november 2003 betreffende de loonkostontwikkeling voor 2003-2004 en andere bepalingen de persoonlijke bijdrage ter financiering van de hospitalisatieverzekering met 0.20% verhoogt.

Overwegende dat de huidige modaliteiten van financiering van het Sociaal Fonds de financiering op lange termijn van de sociale voordelen toegekend aan de notarisbedienden niet kunnen waarborgen.

A. Toepassingsgebied

Artikel 1.

§ 1. Deze collectieve arbeidsovereenkomst is van toepassing op de werkgevers en de bedienden die onder het paritair comité voor de notarisbedienden ressorteren.

§ 2. Zij is niet van toepassing op:

- a. De personen tewerkgesteld in het kader van een studentenovereenkomst;
- b. De personen tewerkgesteld via een arbeidsovereenkomst afgesloten in het kader van een speciaal door en met steun van de overheid uitgevoerd opleidings-, arbeidsinpassings- en omscholingsprogramma.

Commission paritaire pour les employés occupés chez les notaires (CP 216)

Convention collective de travail du 13 octobre 2011 relative à l'assurance « Soins de santé » et à l'assurance « Perte de revenus »

Préambule

Neerlegging-Dépôt: 20/10/2011
Regist.-Enregistr.: 03/11/2011
N°: 106642/CO/216

Attendu que la convention collective de travail du 13 avril 1979 a prévu la création du Fonds Social pour les Employés de Notaires ASBL et a fixé les bases des conditions d'interventions de ce fonds.

Attendu que l'article 4 c de la convention collective de travail du 15 janvier 2002 relative à l'évolution des salaires pour 2001 et 2002 prévoit l'instauration d'une assurance hospitalisation en faveur des employés de notaire et des membres de leur ménage et fixe les cotisations patronales et personnelles pour le financement de l'assurance hospitalisation des employés à respectivement 0.30% et 0.10% du salaire brut.

Attendu que l'article 5 de la convention collective de travail du 27 novembre 2003 relative à l'évolution des salaires 2003-2004 et autres dispositions augmente de 0.20% la cotisation personnelle pour le financement de l'assurance hospitalisation des employés.

Attendu que les mécanismes actuels de financement du Fonds Social ne sont pas de nature à garantir le financement pérenne des avantages sociaux octroyés aux employés de notaires.

A. Champ d'application

Article 1^{er}.

§ 1^{er}. La présente convention collective de travail s'applique aux employeurs et aux employés ressortissant à la commission paritaire des employés occupés chez les notaires.

§ 2. Elle n'est néanmoins pas d'application aux :

- a. personnes occupées sous contrat de travail d'étudiant,
- b. personnes occupées via un contrat de travail conclu dans le cadre d'un programme spécifique de formation, d'insertion et de reconversion professionnelle organisé ou soutenu par les pouvoirs publics.

§ 3. Met bedienden bedoelt men de mannelijke en vrouwelijke bedienden.

B. Definities

Art. 2. Voor de toepassing van deze collectieve arbeidsovereenkomst wordt verstaan onder :

- het Fonds voor bestaanszekerheid van het Notariaat: het Fonds voor bestaanszekerheid waarvan de statuten vastgesteld werden bij de collectieve arbeidsovereenkomst van 13 oktober 2011 betreffende de oprichting van een Fonds voor bestaanszekerheid en vaststelling van zijn statuten,
- de verzekeraar : de verzekeringsmaatschappij waarmee het Fonds voor bestaanszekerheid van het Notariaat de verzekeringsovereenkomst "Gezondheidszorgen" en de verzekeringsovereenkomst "Loonverlies" afsluit,
- de verzekeringsovereenkomst "Gezondheidszorgen": de overeenkomst met betrekking tot de verzekering gezondheidszorgen waarin de rechten en verplichtingen van de ondertekenende partijen, de rechten en verplichtingen van de inrichter en van de aangeslotenen, de aansluitingsvoorwaarden en de regels voor de uitvoering ervan vastgesteld worden. Deze overeenkomst wordt als bijlage bij deze collectieve arbeidsovereenkomst gevoegd en maakt er integraal deel van uit.
- de verzekeringsovereenkomst "Loonverlies": de overeenkomst met betrekking tot de loonverliesverzekering waarin de rechten en verplichtingen van de ondertekenende partijen, de rechten en verplichtingen van de inrichter en van de aangeslotenen, de aansluitingsvoorwaarden en de regels voor uitvoering ervan vastgesteld worden. Deze overeenkomst wordt als bijlage bij deze collectieve arbeidsovereenkomst gevoegd en maakt er integraal deel van uit.

C. Voorwerp van de overeenkomst

Art. 3. Deze collectieve arbeidsovereenkomst heeft als voorwerp:

- het bestaande van het plan "Gezondheidszorgen" te bevestigen,
- dit plan aan te passen rekening houdend met de mogelijkheden toegelaten door de wetgeving en in het bijzonder het hoofdstuk III van de wet van 25 juni 1992 op landverzekeringsovereenkomst,
- de sinds 1 januari 2005 van kracht zijnde verzekeringsovereenkomst "Gezondheidszorgen" welke reeds meermaals gewijzigd werd te coördineren en te vervangen.

§ 3. Par employés, on entend les employés et les employées.

B. Notion et définition

Art. 2. Pour l'application de la présente convention collective de travail, il y lieu d'entendre par :

- le Fonds de sécurité d'existence du Notariat : le Fonds de sécurité d'existence dont les statuts ont été établis par la convention collective de travail du 13 octobre 2011 relative l'institution d'un Fonds de sécurité d'existence et la fixation de ses statuts,
- l'assureur : la compagnie d'assurance auprès de laquelle le Fonds de sécurité d'existence du Notariat conclut le contrat d'assurance « Soins de santé » et le contrat d'assurance « Perte de revenus »,
- le contrat « soins de santé » : le contrat relatif à l'assurance « soins de santé » annexé à la présente convention collective de travail, qui en fait intégralement partie et où sont fixés les droits et obligations des parties signataires, les droits et obligations de l'organisateur et des affiliés, les conditions d'affiliation et les règles relatives à sa mise en œuvre,
- le contrat d'assurance « Perte de revenus » : le contrat relatif à l'assurance « Perte de revenus » annexé à la présente convention collective de travail, qui en fait intégralement partie et où sont fixés les droits et obligations des parties signataires, les droits et obligations de l'organisateur et des affiliés, les conditions d'affiliation et les règles relatives à sa mise en œuvre

C. Objet de la convention

Art. 3 .La présente convention a pour objet :

- de confirmer l'existence du plan d'assurance « Soins de santé »,
- de l'adapter en tenant compte notamment des possibilités actuellement offerte par la législation et plus particulièrement les dispositions du chapitre III de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre,
- de coordonner et remplacer le contrat d'assurance « Soins de santé » en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2005 déjà à plusieurs reprises modifié.

Art. 4. De huidige overeenkomst heeft ook als voorwerp een verzekering loonverlies in te voeren na de periode gedekt door het gewaarborgd loon ter vervanging van de huidige tussenkomst van het Sociaal Fonds in geval van loonverlies

D. Aard van de voordelen

Art. 5. Het Fonds voor bestaanszekerheid sluit een verzekeringsovereenkomst « Gezondheidszorgen » af ten voordele van de bediende overeenkomstig de hieronder vastgestelde aansluitingsbeginselen.

Art. 6. Het Fonds voor bestaanszekerheid sluit een verzekeringsovereenkomst « Loonverlies » af ten voordele van de bediende overeenkomstig de hieronder vastgestelde aansluitingsbeginselen.

E. Inrichter en beheer

Art. 7.

§ 1. Het Fonds voor bestaanszekerheid van het notariaat wordt als inrichter van de sectorale verzekeringsovereenkomst “Gezondheidszorgen” en van de sectorale verzekeringsovereenkomst “Loonverlies” aangeduid.

§ 2. Het beheer van de verzekeringsovereenkomst “Gezondheidszorgen” wordt verder toevertrouwd aan een verzekeraar. Het beheer wordt uitgevoerd door de verzekeraar overeenkomstig de verzekeringsovereenkomst “Gezondheidszorgen” gesloten tussen de inrichter en de verzekeraar.

§ 3. Het beheer van de verzekeringsovereenkomst “Loonverlies” wordt toevertrouwd aan een verzekeraar. Het beheer wordt uitgevoerd door de verzekeraar overeenkomstig de verzekeringsovereenkomst “Loonverlies” gesloten tussen de inrichter en de verzekeraar.

F. Aansluitingsbeginselen bij het plan “Gezondheidszorgen”

Art. 8.

§ 1. Al de bedienden die binnen het toepassingsgebied van deze overeenkomst ressorteren worden verplicht aangesloten bij het plan “Gezondheidszorgen”.

§ 2. De aansluiting van de gezinsleden is ondergeschikt aan de aansluiting van de onder het artikel 1 bedoelde bediende en aan de betaling van de premies overeenkomstig de bepalingen van het artikel 11 van deze overeenkomst.

§ 3. De voorwaarden en modaliteiten van aansluiting van de bedienden, en desgevallend hun familieleden worden in de verzekeringsovereenkomst “Gezondheidszorgen” vastgesteld.

Art. 4. La présente convention a également pour objet de mettre en place une assurance « Perte de revenus » à l’issue de la période couverte par le salaire garanti afin de remplacer l’intervention actuelle du Fonds Social en cas d’incapacité de travail de plus d’un mois.

D. Nature des avantages

Art.5. Le Fonds de sécurité d’existence conclut un contrat d’assurance « Soins de santé » en faveur des employés conformément aux principes d’affiliation fixés ci-dessous.

Art. 6. Le Fonds de sécurité d’existence conclut un contrat d’assurance « Perte de revenus » en faveur des employés conformément aux principes d’affiliation fixés ci-dessous.

E. Organisateur et gestion

Art. 7.

§ 1^{er}. Le Fonds de sécurité d’existence du notariat est désigné comme organisateur du contrat sectoriel d’assurance « Soins de santé » et du contrat sectoriel d’assurance « Perte de revenus ».

§ 2. La gestion du contrat d’assurance « Soins de santé » continue d’être confiée à un assureur. La gestion sera exécutée par l’assureur conformément aux dispositions du contrat d’assurance « Soins de santé » conclu entre l’organisateur et l’assureur.

§ 3. La gestion du contrat d’assurance « Perte de revenus » est confiée à un assureur. La gestion sera exécutée par l’assureur conformément aux dispositions du contrat d’assurance « Perte de revenus » conclu entre l’organisateur et l’assureur.

F. Principes d’affiliation au plan d’assurance « Soins de santé »

Art. 8.

§ 1^{er}. Tous les employés tombant dans le champ d’application de la présente convention sont obligatoirement affiliés au plan d’assurance soins de santé.

§ 2. L’affiliation des membres de la famille est subordonnée à l’affiliation de l’employé visé à l’article 1^{er} de la présente convention collective de travail et au paiement des primes conformément aux dispositions prévues à l’article 11 de la présente convention.

§ 3. Les conditions et modalités d’affiliation de ces employés et, le cas échéant, des membres de leur famille, sont fixées dans le contrat d’assurance « Soins de santé ».

§ 4 . Overeenkomstig de voorwaarden vastgesteld in de verzekeringsovereenkomst is de aansluiting van de familieleden facultatief en gebeurt op aanvraag van de bediende. De bediende dient zijn aanvraag tot aansluiting van zijn familieleden in bij het Fonds voor bestaanszekerheid van het notariaat door middel van het aansluitingsformulier dat hem wordt ter beschikking gesteld.

G. Aansluitingsbeginselen bij het plan "Loonverlies"

Art. 9.

§ 1. Al de bedienden die binnen het toepassingsgebied van deze overeenkomst ressorteren worden verplicht aangesloten bij het plan "Loonverlies".

§ 2. De voorwaarden en modaliteiten van aansluiting van deze bedienden worden in de verzekeringsovereenkomst "Loonverlies" vastgesteld.

H. Financiering van de verzekeringsovereenkomst « Gezondheidszorgen » en de verzekeringsovereenkomst "Loonverlies"

Art. 10.

§ 1. Het Fonds voor bestaanszekerheid staat, als inrichter, ten aanzien van de verzekeraar, in voor de financiering van de verzekeringsovereenkomst "Gezondheidszorg" en de verzekeringsovereenkomst "Loonverlies".

§ 2 . Elke werkgever die onder het toepassingsgebied van deze collectieve arbeidsovereenkomst ressorteert is gehouden om een bijdrage aan het Fonds voor bestaanszekerheid gelijk aan 1.68% van het aan de RSZ onderworpen loon te storten.

§ 3. Het Fonds voor bestaanszekerheid waarborgt met deze bijdrage uitsluitend de aansluiting bij de plannen "Gezondheidszorgen" en "Loonverlies" van de bedienden die binnen het toepassingsgebied van de huidige overeenkomst vallen en de daaraan verbonden kosten.

Art. 11 .

§ 1. De aansluitingskost bij het plan "Gezondheidszorgen" van de familieleden van een bediende is ten laste van deze bediende.

§ 2. De aansluiting van de familieleden bij het plan is afhankelijk van de betaling van de premie aan het Fonds voor bestaanszekerheid van het notariaat.

§ 3. Het bedrag van de premie is gelijk aan het bedrag van de verzekeringspremie die het Fonds voor bestaanszekerheid aan de verzekeraar betaalt voor de

§ 4. Conformément aux conditions arrêtées dans le contrat d'assurance, l'affiliation des membres de la famille est facultative et se fait, à la demande de l'employé visé à l'article 1^{er}. L'employé introduit sa demande d'affiliation des membres de sa famille auprès du Fonds de sécurité d'existence du notariat au moyen du formulaire d'affiliation mis à disposition.

G. Principes d'affiliation au plan d'assurance « Perte de revenus »

Art. 9.

§ 1^{er}. Tous les employés tombant dans le champ d'application de la présente convention sont obligatoirement affiliés au plan d'assurance « Perte de revenus ».

§ 2. Les conditions et modalités d'affiliation de ces employés sont fixées dans le contrat d'assurance « Perte de revenus ».

H. Financement du contrat d'assurance « Soins de santé » et du contrat d'assurance « Perte de revenus »

Art. 10.

§ 1^{er}. Le fonds de sécurité d'existence, en tant qu'organisateur du contrat d'assurance « Soins de santé » et du contrat d'assurance « Perte de revenus », assure leur financement vis-à-vis de l'assureur.

§ 2. Chaque employeur ressortissant au champ d'application de la présente convention collective de travail verse une cotisation au Fonds de sécurité d'existence égale à 1.68% du salaire soumis à l'ONSS.

§ 3. Le fonds de sécurité d'existence assure exclusivement au moyen de cette cotisation, le financement de l'affiliation aux plans d'assurance « Soins de santé » et « Perte de revenus » des employés tombant sous le champ d'application de la présente convention collective de travail et les frais qui s'y rapportent.

Art. 11.

§ 1^{er}. Le coût d'affiliation des membres de la famille d'un employé est à charge de cet employé.

§ 2. L'affiliation des membres de la famille au plan d'assurance soins de santé est conditionnée par le paiement de la prime au Fonds de sécurité d'existence du notariat.

§ 3. Le montant de la prime est équivalent au montant de la prime d'assurance que le Fonds de sécurité d'existence paie à l'assureur pour l'affiliation des

aansluiting van de betrokken gezinsleden in toepassing van de verzekeringsovereenkomst "gezondheidszorgen".

§ 4. De premie dient jaarlijks vooraf betaald te worden voor de aansluiting voor het volledige daaropvolgende kalenderjaar. De betaling van deze premie kan op vraag van de bediende maandelijks betaald worden mits toekenning van een domiciliëring aan het Fonds voor bestaanszekerheid van het notariaat.

§ 5. Tegen uiterlijk 30 oktober van het jaar voorafgaand aan het jaar waarop de premie betrekking heeft, verstuurt het fonds naar elke bediende van de sector een factuur met een aansluitingsfiche opgesteld op basis van de elementen die te zijner kennis werden gebracht.

§ 6. Bij gebrek aan betaling of aan aanvraag van maandelijks betaling tegen 30 november van het jaar voorafgaand aan het jaar waarvoor de premie moet betaald worden verstuurt het Fonds voor bestaanszekerheid een aangetekende brief met het verzoek tot betaling binnen 15 dagen.

§ 7. Bij gebrek aan betaling binnen de voornoemde termijn wordt de aansluiting van rechtswege beëindigd op 31 december van het betrokken jaar.

J. Overgangsregelingen

Art. 12.

§ 1. De huidige begunstigen van het plan "Gezondheidszorgen" die op de datum van indiensttreding van deze collectieve arbeidsovereenkomst buiten haar toepassingsgebied vallen, vormen een gesloten groep. Het betreft begunstigen die niet tewerkgesteld zijn in het kader van een arbeidsovereenkomst met een werkgever die onder de bevoegdheid van het paritair comité voor notarisbedienden ressorteert. Zij worden hieronder "niet-actieve aangeslotenen" genoemd.

§ 2. De huidige niet-actieve aangeslotenen kunnen volgens de volgende modaliteiten hun recht behouden:

- De niet-actieve hoofdverzekerde: mogelijkheid van behoud van het recht op aansluiting mits betaling van de premie aangerekend door de verzekeraar voor de aansluiting van een aangeslotene van deze categorie,
- Zijn familieleden: mogelijkheid van behoud van het recht op aansluiting mits betaling van de premie aangerekend door de verzekeraar voor de aansluiting van een aangeslotene van deze categorie.

Art. 13.

Gezien het verschil tussen de huidige bijdrage van de niet-actieven aangeslotenen aan het Sociaal Fonds en hun toekomstige premie enerzijds, en anderzijds het feit

membres de la famille concernés en application de la convention d'assurance.

§ 4. La prime doit être payée chaque année préalablement à l'affiliation pour l'année calendrier complète suivante. Le paiement de la prime peut, à la demande de l'affilié principal, être mensualisé moyennant la mise en œuvre d'une domiciliation en faveur du Fonds de sécurité d'existence du notariat.

§ 5. Pour le 30 octobre au plus tard de l'année précédent celle à laquelle la prime se rapporte, le Fonds de sécurité d'existence fait parvenir à chaque employé une facture accompagnée d'une fiche d'affiliation établie sur base des éléments d'affiliation qui ont été portés à sa connaissance.

§ 6. A défaut de paiement ou de demande de mensualisation, pour le 30 novembre de l'année précédent celle à laquelle la prime se rapporte, le fonds de sécurité d'existence envoie à l'employé un courrier recommandé avec demande de payer endéans les 15 jours.

§ 7. A défaut de paiement dans le délai précité, l'affiliation prend fin de plein droit au 31 décembre de l'année concernée.

J. Dispositions transitoires

Art. 12.

§ 1^{er}. Les bénéficiaires actuels du plan d'assurance soins de santé qui, à la date d'entrée en vigueur de la présente convention collective de travail, ne ressortent pas de son champ d'application, forment un groupe fermé. Il s'agit de bénéficiaires qui ne sont pas liés par un contrat de travail avec un employeur ressortant de la compétence de la commission paritaire pour les employés occupés chez les notaires, ils sont ci-après dénommés « les affiliés non-actifs ».

§ 2. Les actuels affiliés non-actifs peuvent maintenir leur droit selon les modalités suivantes :

- l'affilié principal non-actif: possibilité de maintien de l'affiliation moyennant le paiement de la prime facturée par l'assureur pour l'affiliation d'un affilié appartenant à cette catégorie,
- les membres de son ménage: possibilité de maintien de l'affiliation moyennant le paiement de la prime facturée par l'assureur pour l'affiliation d'un affilié appartenant à cette catégorie.

Art. 13.

Etant donné d'une part, l'importante différence entre les cotisations actuelles payées par les affiliés non-

dat de huidige actieve bedienden aan de opbouw van de reserves van het sociaal fonds deelgenomen hebben, zullen deze reserves volgens de volgende modaliteiten tussen deze twee groepen van aangeslotenen verdeeld worden: evenredige verdeling van de beschikbare reserves van het Sociaal Fonds tussen de groep van de actieve hoofdverzekerden en de niet-actieve hoofdverzekerden, rekening houdend met het aantal personen behorend tot deze twee groepen op 31 december 2011.

Onder beschikbare reserves wordt verstaan:

De reserves van het Sociaal Fonds, vastgesteld op 31 décembre 2011, verminderd met:

- 5% voor de dekking van de werkingskosten,
- 2,5% ter financiering van de laatste tegemoetkoming die zal worden toegekend aan de bedienden die thans genieten van een tegemoetkoming wegens inkomensverlies uitgekeerd door het Sociaal Fonds.

Art. 14.

§ 1. Het gedeelte van de reserves voor de inactieve hoofdverzekerden zal voor de financiering van een overgangperiode gebruikt worden.

§ 2. Gedurende deze periode zullen de premies betaald door de inactieven geleidelijk aangepast worden zodat aan het einde van deze overgangperiode de premies betaald door de inactieven gelijk zijn aan de premies aangerekend door de verzekeraar voor de aansluiting van de aangeslotenen van deze categorie.

Tegen het einde van de overgangperiode is deze groep zelfbedruipend.

§ 3. De overgangperiode duurt 3 jaar. De concrete modaliteiten van het gebruik van dit gedeelte van de reserves worden per beslissing van het paritair comité bepaald.

Art. 15. Het gedeelte van de reserves voor de actieve bedienden zal de betaling van een eenmalige uitzonderlijke premie in de groepsverzekering financieren. Het bedrag van deze eenmalige premie wordt vastgesteld rekening houdend met de reeds opgebouwde wiskundige reserve van elke aangeslotene.

Art. 16. De eventuele rechten van de huidige begunstigen van een tussenkomst wegens "Loonverlies" uitgekeerd door het Sociaal Fonds die van het recht op loonverlies verzekering zouden worden uitgesloten in toepassing van de aansluitingsvoorwaarden bij deze verzekering beoogde door het artikel 9 §2 zullen door beslissing van het paritair comité vastgesteld worden.

actifs au Fonds Social et la future prime à payer et d'autre part, le fait que les actifs ont contribué à la constitution des réserves du Fonds social, ces réserves seront réparties entre ces deux grands groupes de bénéficiaires selon la formule suivante : répartition proportionnelle des réserves disponibles du fonds entre le groupe des affiliés principaux actifs et le groupe des affiliés principaux inactifs en tenant compte du nombre de personnes appartenant à ces deux groupes à la date du 31 décembre 2011.

On entend par réserves disponibles :

Les réserves du Fonds social, arrêtées à la date du 31 décembre 2011, diminuée de :

- 5% pour les frais de fonctionnement,
- 2,5% pour le financement de la dernière intervention à prévoir en faveur des employés bénéficiant actuellement d'une intervention du Fonds Social en cas de perte de revenus.

Art. 14.

§ 1^{er}. La partie des réserves destinées aux affiliés principaux inactifs sera utilisée pour le financement d'une période transitoire.

§ 2. Durant cette période, les primes payées par les affiliés inactifs seront progressivement adaptées de sorte à ce qu'à l'issue de celle-ci, elles correspondent effectivement aux primes facturées par l'assureur pour l'affiliation des affiliés appartenant à cette catégorie.

A l'issue de la période transitoire ce groupe s'autofinance.

§ 3. La période transitoire aura une durée de 3 ans. Les modalités concrètes de l'utilisation de cette partie des réserves sont déterminées par décision de la commission paritaire.

Art. 15. La partie des réserves destinées aux employés actifs sera utilisée afin de financer une prime unique exceptionnelle à l'assurance-groupe. Le montant de cette prime unique sera déterminé en fonction des réserves mathématiques déjà constituées de chaque affilié.

Art. 16. Les droits éventuels des bénéficiaires actuels d'une intervention « Perte de revenus » payée par le Fonds Social qui se verraient exclus du bénéfice de l'assurance « Perte de revenus » en application des conditions d'affiliation à cette assurance visées à l'article 9 §2, seront fixés par décision de la commission paritaire.

I. Opheffingsbepaling

Art. 17. De volgende bepalingen worden vervangen door deze collectieve arbeidsovereenkomst en worden bijgevolg opgeheven:

- de collectieve arbeidsovereenkomst van 13 april 1979 waarbij het Sociaal Fonds werd opgericht,
- het artikel 4 c van de collectieve arbeidsovereenkomst van 15 januari 2002 betreffende de loonkostontwikkeling voor 2001-2002,
- het artikel 5 van de collectieve arbeidsovereenkomst van 27 november 2003 betreffende de loonkostontwikkeling voor 2003-2004 en andere bepalingen.

K. Nietigheid

Art. 18. De nietigheid van een of meer artikelen of delen van artikelen van deze collectieve arbeidsovereenkomst brengt niet de nietigheid teweeg van het geheel van de collectieve arbeidsovereenkomst.

L. Duur van de overeenkomst

Art.19. Deze overeenkomst treedt in werking op 1 januari 2012. Zij is gesloten voor een onbepaalde duur.

Zij kan door elk van de ondertekenende partijen slechts worden opgezegd met een opzeggingstermijn van ten minste zes maanden. Deze opzegging moet gebeuren bij een ter post aangetekende brief gericht aan de voorzitter van het paritair comité voor de notarisedienden en aan de ondertekenende organismen en heeft uitwerking vanaf de derde werkdag na de datum van verzending.

I. Disposition abrogatoire

Art. 17. Les dispositions suivantes ont été remplacées par la présente convention collective de travail et sont donc abrogées :

- la convention collective de travail du 13 avril 1979 par laquelle le Fonds Social a été institué,
- l'article 4 c de la convention collective de travail du 15 janvier 2002 relative à l'évolution des salaires pour 2001 et 2002
- l'article 5 de la convention collective de travail du 27 novembre 2003 relative à l'évolution des salaires pour 2003-2004 et autres dispositions.

K. Nullité

Art. 18. La nullité d'un ou plusieurs articles ou de parties d'article de la présente convention collective de travail n'entraîne pas la nullité de l'ensemble de la convention collective de travail.

L. Durée de la Convention

Art.19. La présente convention entre en vigueur le 1^{er} janvier 2012. Elle est conclue pour une durée indéterminée.

Elle ne peut être dénoncée par chacune des parties signataires que moyennant un délai de préavis d'au moins six mois. Cette dénonciation doit être faite par lettre recommandée à la poste et adressée au président de la commission paritaire pour les employés occupés chez les notaires et aux organisations signataires et sortira ses effets le troisième jour ouvrable après la date d'envoi.

■ Conditions Générales du plan soins de santé

Assurance de groupe (Health Care)

AG Insurance sa – RPM Bruxelles – TVA BE 0404.494.849
Bd. E. Jacqmain 53, B-1000 Bruxelles

AG Employee Benefits : Bd. du Jardin Botanique 20, B-1000 Bruxelles – www.agemployeebenefits.be
Tél. +32(0)2 664 82 11 – Fax +32(0)2 664 83 09

Assurance de groupe (Health Care)

■ Conditions Générales du plan soins de santé

<i>Définitions</i>	1. Qu'entend-on par les termes suivants ?	4
<i>1. Fonctionnement du plan soins de santé</i>	2. Que faut-il faire en cas de sinistre ?	6
	3. Quand le remboursement de AG Insurance est-il effectué ?	6
	4. L'employeur et l'affilié peuvent-ils renoncer au recours contre des tiers ?	6
	5. AG Insurance peut-il invoquer la nullité de l'affiliation ?	6
	6. Quelles sont les modalités applicables aux primes ?	6
	7. Que se passe-t-il si les primes ne sont pas payées ?	6
	8. Quelle est la durée du plan soins de santé ?	7
	9. Qu'en est-il des contestations éventuelles ?	7
	<i>2. Etendue du plan soins de santé</i>	10. Y a-t-il des formalités médicales ?
11. Quels sont les délais d'attente ?		8
12. Qu'en est-il des affections préexistantes ?		8
13. Quelle est l'étendue géographique des garanties ?		8
14. Quels sont les risques non couverts ?		8
15. Les événements de guerre sont-ils couverts ?		8
<i>3. Dispositions diverses</i>	16. Les cas d'émeutes sont-ils couverts ?	9
	17. Quand le plan soins de santé entre-t-il en vigueur ?	10
	18. Quelles sont les juridictions compétentes ?	10
	19. Quelle est la loi applicable ?	10
	20. Dans quels cas des frais supplémentaires sont-ils réclamés ?	10
	21. AG Insurance peut-il modifier les conditions d'assurance du plan soins de santé ?	10
	22. A qui les communications doivent-elles être adressées ?	10
	23. Protection de la vie privée	10
	24. Quelles autorités contrôlent les compagnies d'assurance et traitent les plaintes ?	11

Assurance de groupe (Health Care)

■ Conditions Générales du plan soins de santé

1. Qu'entend-on par les termes suivants ?

Accident

Un événement subit et anormal, produit directement par l'action soudaine d'une cause extérieure, étrangère à la volonté de l'affilié, et entraînant une lésion corporelle.

Acte notoirement téméraire

Tout acte volontaire ou négligence exposant son auteur, sans raison valable, à un danger dont il aurait dû avoir conscience.

Affections préexistantes

Les maladies, les accidents, les grossesses et les accouchements survenus avant la date d'affiliation ou dont la ou les causes sont antérieures à cette date.

Alcoolisme

La consommation exagérée d'alcool qui entraîne certaines maladies (telle que la déficience vitaminique, l'infection des muqueuses de l'estomac, des conséquences neurologiques et nerveuses, des affections hépatiques,...) sans qu'il y ait nécessairement dépendance.

Année d'assurance

L'année débutant à la date de prise en cours du plan soins de santé et se renouvelant à chaque anniversaire de celle-ci.

Appareil orthopédique

L'appareil destiné à corriger les difformités du corps.

Compagnie

AG Insurance sa, Bd. E. Jacqmain 53, B-1000 Bruxelles – RPM Bruxelles – TVA BE 0404.494.849

Entreprise agréée sous le numéro de code 0079, branches 1 à 18, 21 à 23, 26 et 27 (MB 14/7/79, 14/1/87, 20/12/88, 13/2/91, 7/5/93, 12/5/05 et 14/6/05).

Délais d'attente

Les périodes de stage prenant cours à la date d'affiliation de l'affilié.

Les frais relatifs aux soins prodigués durant ces périodes ne sont pas remboursés par AG Insurance.

Etablissements hospitaliers

Les établissements légalement reconnus comme hôpitaux, où il est fait usage de moyens diagnostiques et thérapeutiques scientifiquement éprouvés.

Sont exclus :

- les établissements psychiatriques fermés;
- les établissements médico-pédagogiques;
- les établissements destinés au simple hébergement de personnes âgées, de personnes convalescentes ou d'enfants;
- les maisons de repos, hôpitaux ou parties d'hôpitaux ayant reçu "l'agrément spécial comme maison de repos et de soins".

Fait intentionnel

Un sinistre a été causé par un fait intentionnel lorsque l'affilié a volontairement et sciemment eu un comportement qui a causé un dommage raisonnablement prévisible sans que l'affilié ait eu l'intention de causer le dommage tel qu'il s'est produit.

Frais de séjour

Le montant comprend le prix de la journée d'entretien, le supplément facturé pour le séjour en chambre particulière normale ou à deux lits et le forfait journalier pour les médicaments.

Franchise

La partie des frais remboursables restant à charge de l'affilié. Elle est fixée dans les conditions particulières.

Hospitalisation

Un séjour dans un hôpital, pour autant que ce dernier ait porté en compte au moins une nuit d'hospitalisation ou que l'intervention médicale pratiquée ait donné lieu à une intervention légale sur la base du mini-forfait, du maxi-forfait, du forfait d'hôpital de jour, du forfait douleur chronique ou d'un autre forfait assimilable à celui-ci (hospitalisation de jour), à l'exclusion du forfait salle de plâtre.

■ Conditions Générales du plan soins de santé

Intervention légale

Tout remboursement prévu par :

- les législations sociales belges applicables aux travailleurs salariés, c'est-à-dire celles relatives à l'Assurance Maladie-Invalidité obligatoire (A.M.I.), aux accidents du travail ou sur le chemin du travail et aux maladies professionnelles;
- les conventions relatives à la sécurité sociale des travailleurs salariés liant la Belgique et certains pays étrangers.

Maladie

Toute altération de la santé de l'affilié d'origine non accidentelle, présentant des symptômes objectifs et reconnue par un médecin légalement autorisé à pratiquer son art, soit en Belgique, soit dans le pays où se trouve l'affilié au moment de la constatation de la maladie.

Médicament

Tout produit vendu exclusivement en pharmacie, prescrit par un médecin dans un but curatif, et enregistré et reconnu comme tel en Belgique.

Prothèse

L'appareil qui remplace totalement ou partiellement un membre ou un organe.

Tout organe transplanté ou greffé est assimilé à une prothèse.

Sinistre

Tout événement pouvant faire intervenir les garanties du plan soins de santé.

Soins ambulatoires

Les soins de santé prodigués ou ordonnés par un médecin en dehors d'une hospitalisation et qui sont repris dans la nomenclature des prestations de santé en matière d'Assurance Maladie-Invalidité obligatoire (A.M.I.).

Assurance de groupe (Health Care)

■ Conditions Générales du plan soins de santé

2. *Que faut-il faire en cas de sinistre ?*

En cas de sinistre, AG Insurance doit être avisé au moyen des formulaires prévus à cet effet.

La déclaration doit être faite par l'affilié ou par l'employeur au plus tard un mois après la survenance de l'événement. AG Insurance se réserve le droit de refuser ou de limiter son intervention lorsque la déclaration est faite en dehors de ce délai.

AG Insurance n'utilisera pas de ce droit si

la déclaration est faite dans un délai raisonnable compte tenu des circonstances. A tout moment, AG Insurance peut faire contrôler l'exactitude des déclarations qui lui sont faites et des réponses fournies à ses demandes de renseignements.

3. *Quand le remboursement de AG Insurance est-il effectué ?*

Le remboursement de AG Insurance est effectué une fois par mois, après réception des notes de frais et des autres documents nécessaires à son calcul.

AG Insurance peut réclamer toute pièce complémentaire jugée nécessaire.

Les pièces justificatives doivent être en

possession de AG Insurance dans un délai d'un an à dater de la prestation médicale. AG Insurance se réserve le droit de refuser ou de limiter son intervention lorsque ce délai n'est pas respecté.

4. *L'employeur et l'affilié peuvent-ils renoncer au recours contre des tiers ?*

L'employeur et l'affilié ne peuvent renoncer totalement ou partiellement au recours contre les tiers responsables d'une maladie ou d'un accident sans l'accord écrit de AG Insurance.

Par le fait même que le remboursement est dû ou déjà effectué par AG Insurance, celui-ci se substitue à l'employeur ou à l'affilié aux fins de recourir contre les tiers responsables.

5. *AG Insurance peut-elle invoquer la nullité de l'affiliation ?*

AG Insurance ne peut invoquer la nullité de l'affiliation pour cause de déclaration

inexacte ou incomplète, sauf dans les cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle.

6. *Quelles sont les modalités applicables aux primes ?*

A chaque échéance, l'employeur verse globalement à AG Insurance les primes majorées de la taxe et des charges y afférentes, actuelles ou futures. Ce versement s'effectue sur la base d'un bordereau émis par AG Insurance.

Les primes sont payables pour chaque affilié à partir du premier jour du mois d'affiliation jusqu'au dernier jour du mois au cours duquel l'affiliation prend fin.

Les autres modalités sont définies aux conditions particulières.

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

Si les primes ne sont pas payées, AG Insurance adresse une lettre recommandée rappelant à l'employeur les conséquences du non-paiement. Quinze jours après cet envoi, les garanties sont suspendues de plein droit.

Les garanties reprennent leurs effets à minuit le lendemain du paiement intégral à AG Insurance des primes impayées. Pendant la période de suspension prévue ci-dessus, AG Insurance se réserve le droit de résilier le plan soins de santé.

Assurance de groupe (Health Care)

■ Conditions Générales du plan soins de santé

8. *Quelle est la durée du plan soins de santé ?*

Le plan soins de santé est conclu pour une durée d'un an à dater de sa prise en cours.

A la fin de chaque année d'assurance, il est reconduit tacitement pour une durée

d'un an, sauf résiliation par une des parties, actée par lettre recommandée expédiée au moins trois mois avant la fin de l'année d'assurance.

9. *Qu'en est-il des contestations éventuelles?*

Les contestations éventuelles d'une décision communiquée par AG Insurance doivent lui parvenir par écrit dans les 30 jours qui suivent la communication.

Passé ce délai, la décision est considérée comme acceptée.

Les contestations d'ordre médical sont soumises d'une part au médecin traitant de l'affilié et, d'autre part, au médecin-conseil de AG Insurance .

En cas de désaccord, ces médecins désignent de commun accord un troisième médecin.

Faute d'entente sur cette désignation, le choix est fait par le Président du Tribunal de Première Instance de Bruxelles, à la demande de la partie la plus diligente.

La décision du troisième médecin est appliquée, sans préjudice d'un recours devant les tribunaux.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin. Les frais de désignation et les honoraires du troisième médecin sont supportés pour moitié par chacune des parties.

Assurance de groupe (Health Care)

■ Conditions Générales du plan soins de santé

<p>10. Y a-t-il des formalités médicales ?</p>	<p>AG Insurance a défini une politique d'acceptation du risque "soins de santé" prévoyant des formalités médicales.</p> <p>Le formulaire "demande d'affiliation" signé et dûment complété pour chaque candidat-affilié est soumis à l'examen de AG Insurance. Conformément à sa politique d'acceptation médicale, AG Insurance peut refuser ou différer l'affiliation, réclamer une surprime et exclure certaines affections.</p> <p>Les exclusions d'ordre médical sont communiquées par lettre au candidat-affilié. Pour être affilié, ce dernier doit en renvoyer une copie contresignée pour accord à AG Insurance.</p> <p>Les surprimes sont communiquées par</p>	<p>lettre au débiteur de la prime avec copie au candidat-affilié lorsque ce dernier n'intervient pas totalement dans le paiement des primes. Cette lettre ne doit pas être renvoyée contresignée à AG Insurance qui applique automatiquement les surprimes.</p> <p>Aucune formalité médicale n'est requise pour un nouveau-né, pour autant que tous les membres de la famille soient affiliés depuis au moins 3 mois.</p> <p>La politique d'acceptation médicale peut être revue à tout moment et est communiquée sur demande à l'employeur.</p>
<p>11. Quels sont les délais d'attente ?</p>	<p>Le délai d'attente général est de TROIS MOIS. Le délai d'attente est supprimé pour :</p> <p>a) les accidents;</p> <p>b) les maladies infectieuses aiguës suivantes : choléra, coqueluche, diphtérie, dysenterie, fièvre récurrente, fièvre typhoïde</p>	<p>et paratyphoïde, méningite cérébro-spinale, oreillons, paludisme, poliomyélite, rougeole, rubéole, scarlatine, typhus exanthématique, varicelle, variole;</p> <p>c) les maladies d'un nouveau-né pour autant que tous les membres de la famille soient affiliés depuis au moins 3 mois.</p>
<p>12. Qu'en est-il des affections préexistantes ?</p>	<p>Les affections préexistantes sont exclues des garanties. Toutefois, les garanties sont acquises si, au cours de l'année qui suit</p>	<p>la date de son affiliation, l'affilié n'a subi aucun traitement médical en rapport avec l'affection préexistante.</p>
<p>13. Quelle est l'étendue géographique des garanties ?</p>	<p>Les garanties sont effectives dans le monde entier.</p>	
<p>14. Quels sont les risques non couverts ?</p>	<p>Les risques non couverts sont liés à des fautes lourdes.</p> <p>Ces risques sont ceux :</p> <ul style="list-style-type: none">- résultant d'un fait intentionnel ou d'une tentative de suicide de l'affilié, ou d'un acte notoirement téméraire par l'affilié sauf en cas de sauvetage de personnes ou de biens;- résultant de la participation volontaire de l'affilié à un crime ou un délit;	<ul style="list-style-type: none">- résultant directement ou indirectement de l'alcoolisme, de la toxicomanie ou de l'usage abusif de médicaments ;- survenant lorsque l'affilié est en état d'ivresse, d'intoxication alcoolique ou sous l'influence de stupéfiants, hallucinogènes ou autres drogues, sauf s'il apporte la preuve qu'il n'existe aucun lien de causalité entre ces états et la maladie ou l'accident.
<p>15. Les événements de guerre sont-ils couverts ?</p>	<p>La maladie ou l'accident, causés par un événement de guerre ou par la guerre civile, sont exclus des garanties.</p>	

Assurance de groupe (Health Care)

■ Conditions Générales du plan soins de santé

16. Les cas d'émeutes sont-ils couverts ?

La maladie ou l'accident, survenant par suite d'émeutes, de troubles civils ou de tous actes de violence collectifs d'inspiration politique, idéologique ou sociale, sont exclus des garanties.

Toutefois, les garanties sont acquises si l'affilié démontre :

- soit qu'il n'y a pris aucune part active;
- soit qu'il se trouvait en état de légitime défense;
- soit qu'il est intervenu en vue du sauvetage de personnes ou de biens.

La garantie est acquise si la maladie ou l'accident résulte du terrorisme selon les dispositions de la loi du 1er avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme. A cet effet, AG Insurance a adhéré à l'ASBL TRIP (Terrorism Reinsurance and Insurance Pool) créée en vertu de la loi précitée.

Assurance de groupe (Health Care)

■ Conditions Générales du plan soins de santé

17. *Quand le plan soins de santé entre-t-il en vigueur ?* Le plan soins de santé entre en vigueur dès que AG Insurance dispose des renseignements indispensables à l'affiliation et au plus tôt à la date fixée dans les conditions particulières.
-
18. *Quelles sont les juridictions compétentes ?* Seules les juridictions belges sont compétentes.
-
19. *Quelle est la loi applicable ?* La loi belge s'applique au présent plan qui est notamment régi par la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre.
-
20. *Dans quels cas des frais supplémentaires sont-ils réclamés ?* Si des dépenses administratives particulières sont occasionnées du fait de l'employeur ou de l'affilié, AG Insurance se réserve le droit de réclamer des frais supplémentaires.
-
21. *AG Insurance peut-il modifier les conditions d'assurance du plan soins de santé ?* En cas de modifications substantielles de la législation sur la sécurité sociale ou de la loi sur les hôpitaux, AG Insurance peut modifier les conditions d'assurance à la fin de chaque année d'assurance. En cas d'augmentation du coût réel des prestations garanties, AG Insurance peut également adapter les montants des primes prévus aux conditions particulières. Ces modifications et ces adaptations sont notifiées à l'employeur par lettre expédiée au moins 4 mois avant la fin de l'année d'assurance. L'employeur a le droit de résilier le plan 3 mois au moins avant l'échéance annuelle. De ce fait le contrat prend fin à cette échéance.
-
22. *A qui les communications doivent-elles être adressées ?* Pour être valables, les communications et notifications destinées à AG Insurance doivent être faites à son siège en Belgique, ou à l'adresse indiquée dans le contrat ou celle que AG Insurance aurait ultérieurement notifiée. Les communications ou notifications de AG Insurance à l'employeur sont faites valablement à l'adresse indiquée dans le contrat ou à celle que l'employeur aurait ultérieurement notifiée.
-
23. *Protection de la vie privée* La collecte et l'usage des données à caractère personnel s'effectuent moyennant le respect de la loi belge sur la protection de la vie privée. AG Insurance responsable du traitement, peut traiter ces données à caractère personnel en vue de et dans le cadre de la fourniture et de la gestion de services d'assurance en général, y compris la promotion commerciale, la gestion du fichier clientèle et l'établissement de statistiques. AG Insurance ne communiquera pas ces données à des tiers, sauf pour autant qu'il y ait dans son chef une obligation légale ou contractuelle ou un intérêt légitime. Le cas échéant ces données peuvent être communiquées à et traitées par des conseillers et intermédiaires professionnels auxquels vous faites appel. Dans le cadre de la description du risque ou la déclaration d'un sinistre, l'affilié confie à la compagnie des données relatives à sa santé. Ces données sont uniquement traitées sous la responsabilité d'un professionnel de la santé et l'accès à ces données est limité aux personnes qui en ont besoin pour l'exercice de leurs tâches. Chaque

Assurance de groupe (Health Care)

■ Conditions Générales du plan soins de santé

affilié a un droit de regard sur ses données et peut, le cas échéant, les faire corriger. L'information donnée par AG Insurance au preneur d'assurance relative au sinistre se

limitera à un aperçu des paiements et ne peut en aucun cas avoir trait à des données médicales.

24. Quelles autorités contrôlent les compagnies d'assurance et traitent les plaintes?

La Commission Bancaire, Financière et des Assurances (CBFA) est chargé du contrôle des assurances et en particulier du présent

plan soins de santé. Sans préjudice de votre droit d'exercer un recours en justice, vous pouvez adresser toute plainte par écrit à :

AG Insurance sa
Service de l'Ombudsman
Boulevard Emile Jacqmain 53
1000 Bruxelles
E-mail : ombudsman@aginsurance.be

Si la solution proposée par la compagnie ne vous donne pas satisfaction, vous pouvez soumettre le litige à :

Ombudsman des Assurances
Square de Meeûs 35
1000 Bruxelles
E-mail : info@ombudsman.as



Convention

■ Hospicare Full

Assurance liée à l'activité professionnelle – Soins de Santé

FONDS DE SECURITE D'EXISTENCE DU NOTARIAT

Hospicare Full

- avec assistance à l'étranger

avec Medi-Assistance

- Soins de Santé
- personnel Employé salarié

Date de prise en cours: 1er janvier 2012
N° de groupe: G666
Référence interne: Z6H / 2100382.402

INTRODUCTION

Quels sont les documents qui régissent la convention soins de santé ?

– Les conditions particulières et leurs annexes

Celles-ci décrivent les conditions d'affiliation, les garanties, le montant des primes, et la façon dont la convention soins de santé est financée.

Elles complètent et précisent les conditions générales.

– Les conditions générales

Elles décrivent les dispositions s'appliquant à toutes les conventions soins de santé.

Dans les conditions générales qui font partie de cette convention, il faut lire "organisateur" au lieu d'"employeur".

TABLE DES MATIERES

CONDITIONS PARTICULIERES DE LA CONVENTION SOINS DE SANTE

<u>Point</u>	<u>Page</u>
1. Les parties contractantes et la prise en cours de la convention	1
2. La forme de la convention	1
3. La gestion de la convention	1
4. Qui est affilié ?	1
5. La fin de l'affiliation	2
6. Que couvre la convention soins de santé ?	3
7. Comment le remboursement de AG Insurance est-il calculé ?	5
8. Comment le remboursement de AG Insurance est-il organisé si la garantie Medi-Assistance est d'application ?	6
9. Y a-t-il un plafond au remboursement de AG Insurance ?	7
10. Quel est le montant des primes et quand celles-ci sont-elles payables ?	7
11. Qui finance la convention soins de santé ?	8
12. Que se passe-t-il lorsqu'un membre du personnel est prépensionné ou pensionné ?	8
13. Que se passe-t-il lorsqu'un membre du personnel décède ?	9
14. Que se passe-t-il lorsque le membre du personnel assuré et/ou les membres de sa famille perdent le bénéfice de l'assurance liée à l'activité professionnelle (fin de l'affiliation ou résiliation de la convention soins de santé) ?	10
15. L'organisateur peut-il modifier ou arrêter la convention soins de santé ?	12
16. Que se passe-t-il quand l'organisateur disparaît ?	12
17. Que faut-il faire en cas de sinistre ?	12
18. Hospitalisation à l'étranger et Assistance	12
19. Medi Assistance - Services complémentaires pendant et après l'hospitalisation	18

CONDITIONS GENERALES

CONDITIONS PARTICULIERES DE LA CONVENTION SOINS DE SANTE : GROUPE N°G666

1. Les parties contractantes et la prise en cours de la convention

La convention soins de santé est souscrite par le
FONDS DE SECURITE D'EXISTENCE DU NOTARIAT,
Rue de la Montagne 30-32
1000 BRUXELLES,

ci-après dénommée "organisateur".

La convention prend cours le 1er janvier 2012.

La présente convention annule et remplace celle souscrite en date du 1er janvier 2005.

2. La forme de la convention

La convention soins de santé est souscrite sous la forme d'une assurance liée à l'activité professionnelle.

3. La gestion de la convention

La convention est gérée par **AG Insurance sa**, Boulevard Emile Jacqmain, 53 - B-1000 Bruxelles, entreprise agréée sous le code n° 0079, RPM 0404.494.894.

4. Qui est affilié ?

Tout membre du personnel Employé salarié âgé de moins de 65 ans et au service d'un employeur qui tombe sous le champ d'application de la CCT du 13 octobre 2011, est obligatoirement affilié à la convention soins de santé dès le premier jour du trimestre qui suit à une période de 2 trimestres prestés.

Les frontaliers au service d'un employeur qui tombe sous le champ d'application de la CCT du 13 octobre 2011, est également affilié à la convention soins de santé dès le premier jour du trimestre qui suit à une période de 2 trimestres prestés.

Le membre du personnel peut demander l'affiliation des membres de sa famille, soit le conjoint et les enfants. Dans ce cas, c'est l'affiliation de tous les membres de la famille répondant aux critères qui doit être demandée.

Par conjoint, il faut entendre: le conjoint du membre de personnel ou le partenaire cohabitant dont l'identité est communiquée par l'organisateur et ceci dès le début de la cohabitation. Cette demande doit être justifiée par une attestation de domiciliation, délivrée par l'administration communale.

Par enfant, il faut entendre: tous les enfants célibataires de moins de 25 ans: qui donnent droit à des allocations familiales **ou** qui sont fiscalement à charge d'un des deux parents.

L'affiliation se fait sous réserve de l'acceptation médicale par AG Insurance, conformément à sa politique générale. Elle est effective le premier du mois qui suit ou qui coïncide avec la date à laquelle le candidat-affilié satisfait aux critères d'affiliation et, le cas échéant, aux formalités médicales.

Tant qu'au moins 15 membres du personnel adhèrent à la convention soins de santé les formalités médicales, les délais d'attente et l'exclusion des affections préexistantes prévus aux points 10, 11 et 12 des conditions générales ne sont pas d'application.

Toutefois, les formalités médicales et l'exclusion des affections préexistantes prévues aux points 10 et 12 des conditions générales sont d'application pour les affiliations tardives. L'affiliation est considérée comme tardive pour les personnes qui n'ont pas été affiliées dans les trois mois qui suivent la date à laquelle elles étaient affiliables et qui demandent leur affiliation par la suite. L'affiliation n'est pas considérée comme tardive si l'affilié était couvert par une police collective ou individuelle.

Dans ce cas l'affiliation prend cours le premier jour du mois suivant ou coïncidant avec l'expiration d'un délai de 10 mois, à compter de la date à laquelle la demande d'affiliation a été introduite et pour autant que la personne ait été acceptée médicalement.

Les formalités médicales et l'exclusion des affections préexistantes prévues aux points 10 et 12 des conditions générales sont toutefois d'application pour le nouveau né au cas où les autres membres de la famille sont affiliés depuis moins de 3 mois.

Pour les personnes qui étaient affiliées à la convention précédente, les délais prévus aux points 11 (délais d'attente) et 12 (affections préexistantes) des conditions générales continuent à se décompter, le cas échéant, à partir de la date d'affiliation à la convention précédente.

L'organisateur remet à chaque membre du personnel affilié un exemplaire des conditions particulières et des conditions générales par l'E-Notariat.

5. La fin de l'affiliation

L'affiliation prend fin pour le membre du personnel le dernier jour du deuxième trimestre après le départ auprès d'un employeur qui tombe sous le champ d'application de la CCT du 13 octobre 2011, à la suite de la cessation ou de la suspension de son contrat de travail, notamment :

- à la démission ou au licenciement (dans ces cas, l'affiliation prend fin le jour qui suit le dernier jour de travail réellement presté auprès de un employeur qui tombe sous le champ d'application de la CCT du 13 octobre 2011);
- au décès;
- à la prépension conventionnelle (à temps plein);
- à la retraite et au plus tard à 65 ans.

En outre, pour les membres de la famille, l'affiliation cesse au 31 décembre de l'année dans laquelle l'affiliation du membre du personnel cesse OU au 31 décembre de l'année dans laquelle les conditions d'affiliation reprises au point 4. ne sont plus respectées.

6. Que couvre la convention soins de santé ?

1. Garanties "Hospitalisation" et soins ambulatoires "Pré- et post-hospitalisation"

A. Garantie "Hospitalisation"

La garantie concerne les hospitalisations consécutives à une maladie, un accident, une grossesse ou un accouchement, en vue de subir un traitement curatif et nécessaire au rétablissement de la santé.

La convention prévoit, dans les limites fixées au point 7. ci-après (remboursement de AG Insurance), le remboursement des frais :

- de séjour, d'honoraires médicaux, d'examens, de traitements et de médicaments;
- de prothèses et d'appareils orthopédiques, pour autant que ces prestations donnent lieu à une intervention légale;

encourus au cours de l'hospitalisation et en relation directe avec la cause de celle-ci.

Les prestations suivantes sont également couvertes:

- les frais de séjour de la mère ou du père dans la même chambre que l'enfant hospitalisé pour autant que l'enfant et l'un des parents soient assurés et que la présence du parent au chevet de l'enfant soit considérée comme nécessaire par le médecin;
- les frais de transport approprié vers l'hôpital, y compris l'hélicoptère, lorsqu'un certificat médical atteste que l'état de santé de l'affilié nécessite l'urgence de son hospitalisation.
- les frais de séjour du donneur en cas de transplantation d'un organe ou d'un tissu chez l'assuré;
- les soins palliatifs à l'hôpital;
- la chirurgie plastique dans le cadre de la chirurgie réparatrice;
- le test de la mort subite;
- les frais de matériel médical;
- les frais de morgue repris sur la facture d'hospitalisation.

Par "hospitalisation", il faut entendre : une hospitalisation est prise en considération dès qu'elle dure au moins une nuit ou que la prestation médicale pratiquée donne lieu à un remboursement de l'A.M.I. sur base d'un mini forfait, d'un maxi forfait ou d'un forfait A, B, C, ou D (chirurgie d'un jour).

En cas d'affection psychique ou psychiatrique et pour tous les types de dépression, les frais décrits ci-dessus sont remboursés pendant une durée maximum de deux années d'hospitalisation, consécutives ou non.

B. Garantie soins ambulatoires "Pré- et post-hospitalisation"

La garantie concerne les soins curatifs et nécessaires au rétablissement de la santé, donnés dans le mois qui précède l'hospitalisation et dans les trois mois qui la suivent et en relation directe avec la cause de celle-ci.

La convention prévoit, dans les limites fixées au point 7. ci-après (remboursement de AG Insurance), le remboursement des frais :

- de soins ambulatoires;
- de médicaments prescrits pour la période décrite ci-dessus;
- de prothèses et d'appareils orthopédiques, pour autant que ces prestations donnent lieu à une intervention légale.

Les frais de transport ainsi que les frais de location et d'achat de matériel médical ne sont pas remboursés (voir art.19 point 1.4 "Transport").

Les garanties concernent les hospitalisations débutant au plus tôt à la date d'affiliation, la période de pré-hospitalisation étant comptée au plus tôt à partir de cette date.

2. Garantie soins ambulatoires en cas de maladies graves

La garantie concerne les soins curatifs et nécessaires au rétablissement de la santé en relation directe avec une des maladies graves énumérées ci-après dûment diagnostiquée :

affections rénales traitées par dialyse, brucellose, cancer, charbon, choléra, diabète, diphtérie, dystrophie musculaire progressive, encéphalite, fièvre typhoïde et paratyphoïde, hépatite virale, leucémie, maladie d'Alzheimer, maladie de Creutzfeldt Jacob, maladie de Crohn, maladie de Hodgkin, maladie de Parkinson, maladie de Pompe, malaria, méningite cérébro-spinale, mucoviscidose, poliomyélite, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, Sida, tétanos, tuberculose, typhus, variole.

La convention prévoit, dans les limites fixées au point 7. ci-après (remboursement de AG Insurance), le remboursement des frais :

- de soins ambulatoires;
- de médicaments et de location de matériel médical;
- de prothèses et d'appareils orthopédiques, pour autant que ces prestations donnent lieu à une intervention légale.

Les frais de transport ne sont pas remboursés.

3. Remarques :

Il est précisé, conformément à la description des garanties ci-dessus, que la convention ne prévoit pas le remboursement des frais résultant notamment :

- des soins et traitements esthétiques ou à visée esthétique, avec ou sans troubles fonctionnels, sauf accord préalable du médecin-conseil de AG Insurance;
- des cures, par exemple : thermalisme, thalassothérapie, hygiéno-diététique;
- de l'assistance, la garde ou l'entretien de l'affilié;
- des traitements anticonceptionnels (tels que la stérilisation);
- des traitements de procréation médicalement assistée (tels que l'insémination artificielle, la fertilisation in vitro) ;
- des check-up, des examens préventifs de dépistage ou des consultations de nourrissons.

Les traitements suivants ne seront remboursés qu'après accord préalable du médecin-conseil de AG Insurance et sur présentation du rapport médical attestant la nécessité de l'intervention, la technique utilisée ainsi que le devis :

- la réduction, reconstruction et plastie mammaire, quelle qu'en soit la cause ;
- les traitements des mandibules ou des maxillaires ;

- la chirurgie bariatrique (intervention gastrique restrictive)

On entend par "soins palliatifs" le traitement de personnes se trouvant en phase terminale. Il vise les besoins physiques et psychiques du patient dans le but de lui garantir une certaine qualité de vie.

7. Comment le remboursement de AG Insurance est-il calculé ?

Le remboursement de AG Insurance est calculé comme suit :

1. Du montant des frais exposés qui tombent sous les garanties de la convention soins de santé, sont déduits :
 - les interventions légales.
Si l'affilié ne bénéficie pas ou n'est pas en droit de bénéficier des interventions légales pour quelque raison que ce soit, il est déduit un montant fictif identique au montant des interventions légales;
 - les remboursements déjà perçus de quelque nature que ce soit.
2. En cas d'accouchement à domicile (y compris un accouchement et/ou un séjour dans une maison de naissance ou toute autre institution similaire), un montant forfaitaire de 620,00 EUR est octroyé.
3. En cas d'hospitalisation à l'étranger, le droit aux prestations s'applique si les trois conditions suivantes sont remplies :
 - l'événement présente un caractère urgent et imprévisible ou un accord a été conclu au préalable avec la mutualité;
 - il y a une intervention légale;
 - le domicile et la résidence principale de l'affilié en Belgique ou dans un des pays frontaliers à la Belgique.

Les dispositions suivantes sont d'application pour les frontaliers :

- la notion de domicile légal en Belgique est étendue au domicile légal aux Pays-Bas, Luxembourg et France (voir aussi point 18.I "Rapatriement" et "Assurés");
- le personnel "frontalier" est assimilé aux nationaux. Toutefois en cas de non-interventions légales, l'intervention de Fortis Employee Benefits est limitée à 3 fois l'intervention légale belge fictive.

Si aucune intervention légale n'est perçue, le remboursement des frais tombant sous les garanties du plan est limité à 75 EUR multiplié par le nombre de jours d'hospitalisation pour les frais d'hospitalisation et à 50% du montant des frais en pré- et post-hospitalisation. Les frais liés aux Maladies graves ne donnent pas lieu à un remboursement.

Vous trouverez plus de détails sur la garantie 'hospitalisation à l'étranger', prise en charge par notre correspondant d'assistance, au point 18 ci-après (Hospitalisation à l'étranger et Assistance).

4. Du total des frais une franchise est déduite.

Elle s'élève à 125,00 EUR par affilié et par année d'assurance.

Cette franchise s'applique uniquement sur la garantie "Hospitalisation et soins ambulatoires Pré- et post-hospitalisation".

En cas d'accouchement, cette franchise n'est appliquée qu'une seule fois pour la mère et l'enfant pour autant que l'ensemble de la famille soit déjà affilié à la présente convention.

Si plusieurs assurés d'une même famille sont hospitalisés suite à un seul et même accident, la franchise ne sera déduite qu'une seule fois.

Dans le cas particulier d'une hospitalisation qui chevauche deux années d'assurance sans interruption, débutant dans les 15 jours avant la fin de l'année d'assurance et se terminant dans les 30 premiers jours de la nouvelle année d'assurance, AG Insurance appliquera une seule franchise de 125,00 EUR.

La franchise pour une chambre personne individuelle est portée à 250,00 EUR.

8. Comment le remboursement de AG Insurance est-il organisé si la garantie Medi-Assistance est d'application?

Tout affilié à la convention soins de santé peut, en cas d'hospitalisation, faire appel au système de tiers-payant organisé par notre "service center" Medi-Assistance.

Le tiers-payant en cas d'hospitalisation peut être demandé via le numéro mentionné sur la carte Medi-assistance ou via notre site <http://www.agemployeebenefits.be>.

L'assuré peut aussi poser des questions sur :

- les garanties de son contrat;
- la prise en charge ou non de son hospitalisation par AG Insurance;
- l'obtention éventuelle du "tiers-payant" vis-à-vis de l'hôpital;
- les services complémentaires.

En cas d'attribution du tiers-payant, les dispositions reprises aux points 2 et 3 des conditions générales s'appliquent uniquement aux garanties soins ambulatoires "pré et post-hospitalisation" et "maladies graves".

En tant qu'assuré et bénéficiant de la garantie Medi-Assistance, l'assuré reçoit une carte Medi-Assistance. Cette carte reprend de nombreuses informations utiles dont le n° de téléphone de notre service center avec lequel il peut prendre contact. Nos gestionnaires seront en mesure de lui fournir, sur base des données reprises sur sa carte, toute l'information sur ses garanties (ou celles de la personne pour qui il téléphone), de confirmer la prise en charge ou non des coûts de l'hospitalisation et d'octroyer le tiers-payant. Une lettre de confirmation Medi-Assistance est envoyée dès que l'accord est octroyé. Un double de cette lettre est également envoyé à l'hôpital. Lors de son admission, l'assuré remet au bureau d'accueil de l'hôpital la lettre de confirmation signée. La facture sera ainsi adressée directement à AG Insurance.

Outre l'avantage du règlement direct de la facture, l'hôpital ne demandera pas d'acompte. Seule la franchise contractuelle prévue dans la convention d'assurance pourra être réclamée lors de l'admission. Le cas échéant, ceci sera précisé dans la lettre de confirmation.

Les frais non couverts par la convention d'assurance, tels que la franchise, les frais de confort ... restent à charge de l'assuré. Ces frais seront récupérés après l'hospitalisation par nos services. A cet égard, en cas de non-paiement de ces montants, une indemnité forfaitaire équivalente à la

somme de 12,50 EUR (indice 111,31, août 2009 - base 2004 = 100) vous sera réclamée, de plein droit et sans mise en demeure. Cette indemnité varie annuellement au 1er janvier en fonction de l'évolution de l'indice des prix à la consommation, sur base de l'indice du mois de décembre de l'année précédente. En aucun cas, le montant ne pourra être inférieur à 12,50 EUR.

En cas d'hospitalisation en urgence, la procédure reste exactement la même. L'assuré, un de ses proches ou encore un membre du personnel de l'hôpital, contacte notre service Medi-Assistance durant le séjour à l'hôpital. Pour autant que les conditions soient remplies, le service Medi-Assistance enverra la lettre de confirmation qui confirme la prise en charge et l'application du tiers-payant par e-mail ou fax à l'hôpital, le 1er jour ouvrable qui suit la demande.

Si la procédure de tiers-payant n'est pas d'application, les dispositions reprises aux points 2 et 3 des conditions générales s'appliquent à l'ensemble des garanties de la convention.

Vous trouverez plus de détails sur la garantie "Medi-Assistance", prise en charge par notre correspondant d'assistance au point 19 ci-après (Medi-Assistance).

9. Y a-t-il un plafond au remboursement de AG Insurance ?

Il n'y a pas de plafond au remboursement de AG Insurance.

10. Quel est le montant des primes et quand celles-ci sont-elles payables ?

A la prise en cours de la convention soins de santé, le montant des primes mensuelles (à majorer de la cotisation A.M.I.) s'élève à :

Prime Adulte : 11,97 EUR

Prime Enfant (*) : 4,77 EUR

* = enfant de moins de 25 ans qui donne droit à des allocations familiales OU étant fiscalement à charge d'un des deux parents jusqu'à l'âge de 25 ans.

Pour les affiliations tardives telles que définies au point 4. (affiliation), les primes sont majorées de 10 %.

Les primes sont payables mensuellement à la fin de chaque mois.

La prime peut être adaptée à chaque échéance annuelle, sur 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 base de l'indice spécifique – garantie chambre particulière – si et pour autant que l'évolution de cet indice dépasse celle des prix à la consommation. L'adaptation se fait suivant le rapport entre l'indice global du 1er trimestre publié au Moniteur belge fin mai de l'année précédant l'échéance et l'indice global du 1er trimestre entré en vigueur une année plus tôt (4ème trimestre 2008 = 100).

En concertation avec le Fonds de sécurité d'existence du notariat, une indexation complémentaire pourra être appliquée annuellement. Ce pourcentage sera déterminé en fonction de la sinistralité effective.

11. Qui finance la convention soins de santé ?

A chaque échéance, l'organisateur transfère les primes, tant que pour le personnel que pour le conjoint et les enfants, majorées de la cotisation A.M.I. à AG Insurance.

La convention soins de santé est financée comme suit :

	Prime pour le membre du personnel	Prime pour le conjoint et les enfants
A charge de l'organisateur	100 %	- %
A charge du membre du personnel	- %	100 %

12. Que se passe-t-il lorsqu'un membre du personnel est prépensionné ou pensionné ?

Lorsqu'un membre du personnel affilié à la convention soins de santé est prépensionné ou pensionné, il peut souscrire une assurance à titre individuel suivant les règles énoncées au point 14. ci-après (fin de l'affiliation).

Mesure transitoire

Le membre du personnel prépensionné ou pensionné avant le 1er janvier 2012 ainsi que tous les membres de sa famille qui bénéficiaient déjà de la convention soins de santé restent soumis aux présentes dispositions.

Pour les adultes, le montant de la prime (P) prévu au point 10. ci-avant est adapté en fonction de l'âge du membre du personnel pensionné ou prépensionné.

Ce montant devient à partir de

- 60 ans : P x 1,00 EUR
- 65 ans : P x 3,30 EUR
- 70 ans : P x 4,05 EUR

Les primes sont réparties comme suit :

	Prime pour le prépensionné ou le pensionné	Prime pour le conjoint(e) et les enfants
A charge de l'organisateur	- %	- %
A charge du prépensionné ou du pensionné	100 %	100 %

A chaque échéance, l'organisateur transfère les primes, la cotisation A.M.I. incluse, à AG Insurance.

Par prépension, il est entendu toute prépension conventionnelle.

13. Que se passe-t-il lorsqu'un membre du personnel décède ?

Lorsqu'un membre du personnel décède, les membres de sa famille affiliés à la convention soins de santé peuvent souscrire une assurance à titre individuel suivant les règles énoncées au point 14. ci-après (fin de l'affiliation).

Mesure transitoire

Les membres de la famille d'un membre du personnel décédé avant le 1er janvier 2012 qui bénéficiaient déjà de la convention soins de santé restent soumis aux présentes dispositions.

Pour le veuf ou la veuve, le montant de la prime (P) prévu au point 10. ci-avant est adapté en fonction de l'âge que le membre du personnel décédé aurait atteint.

Ce montant devient à partir de

60 ans	: P x 1,00 EUR
65 ans	: P x 3,30 EUR
70 ans	: P x 4,05 EUR

Les primes sont réparties comme suit :

	Prime pour le conjoint et les enfants
A charge de l'organisateur	- %
A charge de la famille	100 %

A chaque échéance, l'organisateur transfère les primes, la cotisation A.M.I. incluse, à AG Insurance.

14. Que se passe-t-il lorsque le membre du personnel assuré et/ou les membres de sa famille perdent le bénéfice de l'assurance liée à l'activité professionnelle (fin de l'affiliation ou résiliation de la convention soins de santé) ?

Chaque affilié peut, en cas de perte de la couverture liée à l'activité professionnelle, demander à souscrire un contrat individuel soins de santé aux conditions des contrats individuels en vigueur au moment de la continuation. Il bénéficie dans ce cas des avantages suivants :

- la souscription est acceptée sans formalités médicales ni délais d'attente;
- il n'y a pas de nouvelles exclusions des affections préexistantes ni de nouvelles restrictions d'ordre médical à la date de souscription du contrat individuel;
- la prime à payer est celle du tarif individuel correspondant à l'âge atteint à la date de souscription du contrat individuel.

Les conditions générales sont celles des contrats individuels en vigueur au moment de la continuation mais adaptées de façon à tenir compte des conditions ci-dessus.

Information à fournir par l'organisateur

L'organisateur informe le travailleur assuré au plus tard dans les trente jours suivant la perte du bénéfice de l'assurance liée à l'activité professionnelle, par écrit ou par voie électronique :

- du **moment précis** de cette perte; conformément au point 5. de la présente convention il s'agit du jour où le membre du personnel n'est plus effectivement au travail auprès d'un employeur qui tombe sous le champ d'application de la CCT du 13 octobre 2011, à la suite de la cessation ou de la suspension du contrat de travail ;
- de la **possibilité de poursuivre le contrat individuellement** ;
- des **coordonnées** d'AG Insurance ;
- du **délaï de 30 jours** dans lequel le travailleur et, le cas échéant, les membres de la famille, peuvent exercer leur droit à la poursuite individuelle : ce délaï commence à

courir le jour de réception du présent courrier de la part de l'organisateur. L'organisateur fait également référence, dans ce courrier, à la possibilité, pour le travailleur, de prolonger ce délai de 30 jours, pour autant qu'il en ait informé AG Insurance par écrit ou par voie électronique.

Conditions d'octroi

Ces avantages sont accordés tant au membre du personnel qu'aux éventuels membres de la famille, moyennant les conditions suivantes :

- a. Le membre du personnel doit, durant les deux années précédant la perte de la couverture liée à l'activité professionnelle, avoir été affilié de manière ininterrompue à un ou plusieurs contrats d'assurance soins de santé successifs souscrits auprès d'une entreprise d'assurance.

Cette condition n'est appliquée, ni pour le membre du personnel assuré ni pour les éventuels membres de la famille en cas de pension, prépension conventionnelle, décès ou en cas de cessation d'activités d'un employeur qui tombe sous le champ d'application de la CCT du 13 octobre 2011, pour autant que l'affiliation ait eu lieu au moment où les conditions d'affiliation étaient remplies.

En ce qui concerne les éventuels membres de la famille, cette condition n'est pas appliquée 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'affiliation étaient remplies.

La demande doit concerner l'ensemble des affiliés d'une même famille qui quittent la convention au même moment.

- b. La demande de poursuite individuelle doit être introduite auprès de AG Insurance par écrit ou par voie électronique dans un délai de 30 jours à partir du jour de réception de l'information de la part de l'organisateur, ou, en cas de faillite ou de liquidation, le curateur ou le liquidateur du preneur d'assurance, relative à la possibilité de poursuivre le contrat individuellement. Des documents adéquats seront mis à disposition par AG Insurance.

Le contrat individuel doit prendre cours à la date à laquelle il a été mis fin à l'affiliation.

Lorsque un membre de la famille perd le bénéfice de l'assurance liée à l'activité professionnelle pour une autre raison que la perte du bénéfice de cette assurance par le travailleur assuré, il dispose d'un délai de 105 jours pour demander la poursuite individuelle. Ce délai commence à courir à partir du moment où le membre de la famille perd le bénéfice de l'avantage collectif.

Le droit à la poursuite individuelle expire en tout cas après **105 jours** à compter du jour de la perte du bénéfice de l'assurance collective pour le travailleur assuré ou le membre de sa famille.

- c. Le contrat d'assurance soins de santé poursuivi individuellement offre des garanties similaires à celles offertes par le contrat d'assurance lié à l'activité professionnelle soins de santé.
- d. Les exclusions et surprimes qui sont d'application dans le plan soins de santé sont maintenues.

Lorsque l'affiliation prend fin ou que la convention soins de santé est résiliée, le remboursement d'AG Insurance cesse pour les frais exposés à partir de ce moment.

Cas particulier d'une hospitalisation en cours :

lorsque l'affiliation d'un membre du personnel prend fin sans que la convention soins de santé ne soit résiliée, AG Insurance réglera, conformément au point 7. (remboursement de AG Insurance), les frais de l'hospitalisation en cours à ce moment, pendant une durée maximum de 180 jours comptés depuis la fin de l'affiliation.

15. L'organisateur peut-il modifier ou arrêter la convention soins de santé ?

A la fin de chaque année d'assurance, l'organisateur peut modifier ou arrêter la convention soins de santé, dans les limites prévues aux conditions générales.

Néanmoins, en cas d'annulation par une des parties, le délai de préavis prévu d'une durée de 3 mois sera prolongé et passe à une période de 180 jours (6 mois).

A chaque modification, AG Insurance établit une annexe numérotée aux conditions particulières et la transmet à l'organisateur. L'organisateur en remet une copie à chaque membre du personnel affilié par l'E-Notariat.

16. Que se passe-t-il lorsque l'organisateur disparaît ?

En cas de disparition de l'organisateur et si les obligations ne sont pas reprises par un autre organisateur, la convention soins de santé cesse également. Le membre du personnel et les éventuels membres de la famille gardent le droit à la continuation en individuelle selon les conditions reprises au point 14.

17. Que faut-il faire en cas de sinistre ?

Contrairement à ce qui est indiqué dans les conditions générales (article 2), la déclaration doit être faite par l'affilié ou par l'organisateur au plus tard 6 mois après la survenance de l'événement. Les autres dispositions de l'article 2 restent d'application.

Contrairement à ce qui est indiqué dans les conditions générales (article 3), les pièces justificatives doivent être en possession d'AG Insurance dans un délai de deux ans à dater de la prestation médicale. Les autres dispositions de l'article 3 restent d'application.

18. Hospitalisation à l'étranger et Assistance

Pour cette garantie nous faisons appel à notre correspondant d'assistance INTER PARTNER ASSISTANCE, nommé ci-après l'assisteur. Elle est régie par les mêmes conditions générales et particulières, sous réserve des dispositions qui suivent. Cette garantie s'applique uniquement à l'étranger.

I. DEFINITIONS

ACCIDENT CORPOREL

L'événement soudain indépendant de la volonté de l'assuré qui entraîne une lésion corporelle constatée par une autorité médicale compétente et dont l'une des causes est extérieure à l'organisme de la victime.

ASSURES

Les personnes physiques reprises aux conditions particulières du présent contrat et qui n'ont pas séjourné, durant les 12 mois précédant le sinistre, plus de 3 mois à l'étranger.

AUTORITE MEDICALE COMPETENTE

Le praticien de l'art médical reconnu par la législation belge ou par la législation en vigueur du pays concerné.

CORRESPONDANT D'ASSISTANCE

INTER PARTNER ASSISTANCE S.A., Compagnie d'Assurances agréée sous le code n° 0487 pour pratiquer les assurances touristiques (A.R. du 01.07.1979 et du 13.07.1979 - M.B. du 14.07.1979) dont le siège est établi à B-1050 Bruxelles, avenue Louise 166, RPM 0415.591.055.

EVACUATION SANITAIRE

Le transport vers un centre de soins belge ou étranger, d'un assuré malade ou blessé accompagné de personnel médical (médecin et/ou infirmier).

Une évacuation sanitaire ne s'envisage qu'en cas d'urgence médicale avec impossibilité de traitement adapté sur place.

INCIDENT MEDICAL

La maladie ou l'accident corporel survenant à l'assuré.

MALADIE

La dégradation de l'état de santé physique ou mentale constatée par une autorité médicale comportant des symptômes objectifs ; cette dégradation ne peut être imputable à un accident.

RAPATRIEMENT

Retour des assurés au domicile légal en Belgique.

FRAIS D'HOTEL

Il s'agit des frais de chambre et de petit déjeuner.

II. ASSISTANCE AUX PERSONNES

Notion d'incident médical

Les prestations d'assistance en cas d'incident médical sont accordées suite à maladie ou accident survenu à l'assuré.

2.1. Frais de sauvetage

L'assisteur rembourse les frais de recherche et de sauvetage suite à un incident médical exposés en vue de sauvegarder la vie ou l'intégrité physique d'un assuré à concurrence de la contre-valeur de 5.000,00 EUR par sinistre à condition que le sauvetage résulte d'une décision prise par les autorités locales compétentes ou des organismes officiels de secours.

L'événement doit impérativement être signalé à l'Assisteur dès sa survenance et une attestation des autorités locales ou organismes de secours doit lui être transmise.

2.2. Assistance médicale

En cas d'incident médical survenant à un assuré, l'équipe médicale de l'assisteur se met, dès le premier appel, en rapport avec le médecin traitant sur place afin d'intervenir dans les conditions les mieux adaptées à l'état de l'assuré.

A la demande de l'assuré, l'assisteur organise la communication entre le médecin traitant à l'étranger et le médecin de famille.

Dans tous les cas, l'organisation des premiers secours est assumée par les autorités locales.

2.3. Envoi d'un médecin sur place

Suite à un incident médical et si l'équipe médicale de l'assisteur l'estime nécessaire, l'assisteur mandate un médecin ou une équipe médicale qui se rendra auprès de l'assuré afin de mieux juger des mesures à prendre et de les organiser.

2.4. Rapatriement ou transport suite à un incident médical

Si l'assuré est hospitalisé suite d'un incident médical et que l'équipe médicale de l'assisteur juge nécessaire de le transporter vers un centre médical mieux équipé, plus spécialisé, ou plus proche de son domicile en Belgique, l'assisteur organise et prend en charge le rapatriement ou le transport sanitaire de l'assuré malade ou blessé, sous surveillance médicale si nécessaire, et selon la gravité du cas par :

- chemin de fer (1ère classe);
- véhicule sanitaire léger;
- ambulance;
- avion de ligne régulière, classe économique avec aménagement spécial si nécessaire;
- avion sanitaire;

jusque dans un service hospitalier proche du domicile de l'assuré en Belgique ou, si l'état de santé ne nécessite pas d'hospitalisation, jusqu'à son domicile.

Si l'événement survient en dehors de l'Europe et des pays riverains de la Mer Méditerranée, le transport se fait par avion de ligne uniquement.

La décision du transport et des moyens à mettre en oeuvre est prise par le médecin de l'assisteur en fonction des seuls impératifs techniques et médicaux.

Le médecin de l'assisteur doit obligatoirement avoir marqué son accord avant tout transport.

L'assisteur peut demander à l'assuré d'utiliser son titre de transport initial si ce dernier peut être utilisé. Si cette demande n'est pas formulée et lorsque l'assisteur a pris en charge le retour, l'assuré doit impérativement lui remettre dès son retour son titre de transport non utilisé.

2.5. Remboursement des frais médicaux suite à un incident médical à l'étranger

L'assisteur prend en charge, les frais consécutifs à des soins reçus à l'étranger, à la suite d'un incident médical après épuisement des prestations garanties par tout tiers-payeur.

Cette garantie comprend :

- les honoraires médicaux et chirurgicaux;
- les médicaments prescrits par un médecin ou un chirurgien local;
- les frais d'hospitalisation pour autant que l'assuré soit jugé intransportable par les médecins de l'assisteur;
- les frais de transport en ambulance ordonné par un médecin pour un trajet local.

Ne sont pas remboursés :

- les interventions à caractère esthétique;
- les frais médicaux exposés en Belgique, même s'ils sont la conséquence d'un accident ou d'une maladie survenus à l'étranger;
- les frais de médecine préventive et les cures thermales;
- les traitements qui ne sont pas reconnus par la sécurité sociale belge;
- l'achat et la réparation de prothèses en général y compris lunettes, verres de contact, etc..., à l'exception des prothèses nécessitées par l'hospitalisation à l'étranger;
- le besoin d'assistance qui est survenu alors que l'assuré se trouve en état d'ivresse, d'intoxication alcoolique punissable ou dans un état analogue résultant de produits autres que des boissons alcoolisées ou accomplit un acte notoirement téméraire, un pari ou un défi;
- les frais résultant de toute demande d'assistance non formulée au moment des faits, à l'exception des frais médicaux exposés à l'étranger.

Conditions de prise en charge des frais médicaux

- A. L'hospitalisation à l'étranger présente un caractère urgent et imprévisible ou un accord a été conclu au préalable avec la mutualité.
- B. Ces prises en charge et/ou ces remboursements viennent en complément des remboursements et/ou prises en charge obtenus par l'assuré ou ses ayants-droit auprès de la sécurité sociale ou de tout autre organisme de prévoyance auquel il est affilié.
- C. La prise en charge et/ou le remboursement des frais de traitement se fait selon le barème légal. La prise en charge et/ou le remboursement des frais de traitement suivant le barème privé ne se font que lorsque les circonstances ou l'état médical du patient l'imposent et moyennant l'accord préalable du service médical de l'assisteur.

- D. Lorsque l'assuré ne bénéficie pas des interventions légales auprès de sa Sécurité sociale ou tout autre organisme de prévoyance, l'assisteuse n'intervient en remboursement, qu'à concurrence de 50%.

Modalités de paiement des frais médicaux

En cas d'hospitalisation à l'étranger l'assisteuse fait l'avance des frais médicaux. Dans ce cas l'assuré s'engage dans un délai de deux mois suivant la réception des factures, à effectuer les démarches nécessaires au recouvrement de ces frais auprès de la sécurité sociale ou de tout autre organisme de prévoyance auquel il est affilié (mutuelle ou autre) et à reverser à l'assisteuse le montant des sommes ainsi obtenues.

Si l'assuré a pris lui-même les frais en charge, le paiement complémentaire de ces frais est effectué par l'assisteuse à l'assuré à son retour en Belgique, après recours aux organisateurs prévus au paragraphe précédent, sur présentation de toutes pièces justificatives originales.

2.6. Envoi de médicaments, prothèses et lunettes

Lorsque, suite à un incident médical, l'assuré se trouve dépourvu de médicaments, prothèses ou lunettes indispensables dont le semblable ou l'équivalent ne peut être trouvé sur place mais bien en Belgique, l'assisteuse organise et prend en charge leur recherche, leur expédition et leur mise à disposition sur prescription d'une autorité médicale compétente et après accord de son service médical.

Leurs frais d'achat, majorés des frais éventuels de dédouanement, sont à charge de l'assuré, sauf si ces frais sont compris dans la garantie du contrat tel que prévu au point 2.5. ci-dessus.

2.7. Frais de rapatriement des autres assurés en cas d'évacuation sanitaire ou décès d'un assuré à l'étranger

En cas d'évacuation sanitaire ou de décès d'un assuré à l'étranger, l'assisteuse organise et prend en charge, jusqu'à leur domicile en Belgique, le retour anticipé des autres assurés. Ce retour se fera par train 1ère classe (distance du domicile inférieure à 1000 km) ou par avion de ligne économique (distance du domicile supérieure à 1000 km).

Cette garantie s'applique pour autant que les autres assurés ne puissent pas utiliser le même moyen de transport qu'au voyage aller ou celui initialement prévu pour le retour et rentrer en Belgique par leurs propres moyens ou avec l'aide d'un chauffeur de remplacement.

L'assisteuse peut demander à l'assuré d'utiliser son titre de transport initial si ce dernier peut être utilisé. Si cette demande n'est pas formulée et l'assisteuse a pris en charge le retour, l'assuré doit impérativement lui remettre dès son retour son titre de transport non utilisé.

2.8. Visite à un assuré hospitalisé à l'étranger

Lorsque l'assuré est hospitalisé à l'étranger suite à un incident médical et que les médecins mandatés par l'assisteuse déconseillent son transport avant 5 jours,

l'Assisteur organise et prend en charge :

- soit le voyage (aller/retour) d'un membre de sa famille ou d'un proche résidant en Belgique pour se rendre auprès de l'assuré malade ou blessé.
Les frais d'hôtel sur place de cette personne seront pris en charge par l'Assisteur, à concurrence de 65,00 EUR maximum par jour, pendant 10 jours maximum, et moyennant présentation des justificatifs originaux.
- soit les frais de prolongation de séjour d'une personne accompagnant l'assuré, à concurrence du même montant et sous les mêmes conditions.

2.9. Rapatriement funéraire au cours d'un voyage

En cas de décès d'un assuré à l'étranger et si la famille décide d'une inhumation ou d'une crémation en Belgique, l'assisteur organise le rapatriement de la dépouille mortelle et prend en charge :

- les frais de traitement funéraire;
- les frais de mise en bière sur place;
- les frais de cercueil à concurrence de 620,00 EUR maximum;
- les frais de transport de la dépouille mortelle du lieu du décès au lieu d'inhumation ou de crémation en Belgique.

Les frais de cérémonie et d'inhumation ou de crémation en Belgique ne sont pas pris en charge par l'assisteur.

Dans le cas où la famille décide d'une inhumation ou d'une crémation sur place à l'étranger, l'assisteur organise et prend en charge les mêmes prestations que celles précitées. En outre, elle organise et prend en charge le voyage (aller/retour) d'un membre de la famille ou d'un proche résidant en Belgique pour se rendre sur le lieu de l'inhumation ou de crémation. Ce voyage se fait par train 1ère classe (distance du domicile inférieure à 1000 km) ou par avion de ligne (distance du domicile supérieure à 1000 km).

En cas de crémation sur place à l'étranger avec cérémonie en Belgique, l'assisteur prend en charge les frais de rapatriement de l'urne vers la Belgique.

L'intervention de l'assisteur est en tout cas limitée aux dépenses que supposerait le rapatriement de la dépouille mortelle vers la Belgique.

Le choix des sociétés intervenant dans le processus du rapatriement est du ressort exclusif de l'assisteur.

L'assisteur peut demander le titre de transport initial de l'assuré si ce dernier n'a pu être utilisé.

III. Notification d'une hospitalisation à l'étranger

En cas d'hospitalisation à l'étranger, la notification doit être faite dans les 24 heures au numéro de téléphone +32 (0) 78 15.11.70 (24h/24h) de INTER PARTNER ASSISTANCE.

19. Medi Assistance - Services complémentaires pendant et après l'hospitalisation

Pour cette garantie nous faisons appel à notre correspondant d'assistance INTER PARTNER ASSISTANCE, nommé ci-après l'assistant. AG Insurance se réserve toutefois le droit de changer d'assistant pour l'exécution des prestations prévues.

La présente garantie est régie par les mêmes conditions générales et particulières, sous réserve des dispositions qui suivent.

I. OBJET ET ETENDUE DE L'ASSISTANCE

1. Objet

L'assistant garantit, à concurrence des montants indiqués, taxes comprises, un service d'assistance en cas d'hospitalisation en Belgique couverte par le présent contrat.

A la demande de l'assuré, les prestations fournies pourront être prolongées au-delà des limites garanties. Les frais afférents aux prolongations seront intégralement supportés par l'assuré.

2. Etendue territoriale

Le service d'assistance est acquis en Belgique. Il s'effectue au domicile légal ou au domicile élu par l'assuré.

II. CONDITIONS D'OCTROI DU SERVICE D'ASSISTANCE

L'hospitalisation donnant lieu à l'octroi des services complémentaires doit obligatoirement faire l'objet d'une déclaration auprès du **service center Medi-Assistance** par l'assuré ou un de ses proches en cas d'hospitalisation en urgence.

Suite à cet entretien, l'assuré se met en rapport avec l'assistant qui organise les prestations convenues. La demande d'accès aux services doit être formulée au plus tard dans les 30 jours qui suivent la fin de l'hospitalisation et doivent, à l'exception des services prévus au point III.3. ci-après, être consommés avant l'expiration du délai de la garantie post-hospitalisation.

III. ASSISTANCE EN BELGIQUE

1. Pendant l'hospitalisation

Pendant l'hospitalisation l'assistant organise et prend en charge les prestations proposées ci-dessous à concurrence de cinq prestations au total par année d'assurance d'une durée maximum de 4 heures chacune, à choisir entre :

1.1. Aide ménagère

Si un assuré doit être hospitalisé en Belgique et qu'aucune autre personne ne peut intervenir dans l'entretien de son domicile, l'assistant organise et prend en charge les frais d'une aide ménagère à raison de 4 heures maximum par prestation.

1.2. Aide pour les enfants

Si, un assuré père ou mère d'un enfant de moins de 16 ans, doit être hospitalisé en Belgique et qu'aucune autre personne ne peut intervenir dans la garde des enfants, l'assistant organise et prend en charge la garde des enfants à raison de 4 heures maximum par prestation.

1.3. Garde des animaux domestiques

A la suite d'une hospitalisation couverte, l'assistant organise et prend en charge la garde ou une promenade journalière des animaux domestiques (chiens et chats) à raison de 4 heures maximum par prestation.

1.4. Transport

Transport à l'hôpital

Si, à la suite d'une hospitalisation couverte, l'assuré doit se rendre à l'hôpital par ses propres moyens, l'assistant à la demande de l'assuré organise et prend en charge son transport jusqu'à l'hôpital le plus proche, sous surveillance médicale si nécessaire.

Et si, à l'issue de l'hospitalisation, l'assuré ne peut pas se déplacer par ses propres moyens, l'assistant organise et prend en charge son retour au domicile.

Visite de l'assuré hospitalisé

A la suite d'une hospitalisation couverte, l'assistant organise et prend en charge le transport aller/retour vers l'hôpital des parents (père, mère, conjoint(e)) ou des enfants pour se rendre auprès de l'assuré.

Pour l'ensemble des prestations de transports décrites ci-dessus, l'intervention de l'assistant est limitée à trois déplacements aller/retour pour une seule période d'hospitalisation et à 250,00 EUR maximum par année d'assurance et par assuré. Pour l'application de ce plafond il est tenu compte de l'année d'assurance dans laquelle l'hospitalisation a lieu.

2. Après l'hospitalisation

Après l'hospitalisation, l'assistant organise et prend en charge les prestations proposées ci-dessous. La demande d'accès aux services doit être formulée au plus tard dans les 30 jours qui suivent la fin de l'hospitalisation. Les prestations, à concurrence de cinq prestations au total par année d'assurance d'une durée maximum de 4 heures chacune, sont à choisir entre :

2.1. Aide ménagère

Si, à la suite d'une hospitalisation couverte, l'assuré est dans l'incapacité d'assumer seul l'entretien de son domicile, l'assistant organise et prend en charge les frais d'une aide ménagère à raison de 4 heures maximum par prestation.

2.2. Livraison d'achats de première nécessité

Si, à la suite d'une hospitalisation couverte, l'assuré est dans l'incapacité de se déplacer et qu'aucune autre personne ne peut intervenir, l'assistant organise la livraison des médicaments prescrits par ordonnance médicale et /ou les achats en épicerie de première nécessité. Les frais relatifs à l'achat même restent à charge de l'assuré.

2.3. Aide pour les enfants

Si, un assuré père ou mère d'un enfant de moins de 16 ans, doit être hospitalisé en Belgique et qu'aucune autre personne ne peut intervenir dans la garde des enfants, l'assistant organise et prend en charge la garde des enfants à raison de 4 heures maximum par prestation.

2.4. Garde des animaux domestiques

A la suite d'une hospitalisation couverte, l'assistant organise et prend en charge, la garde ou une promenade journalière des animaux domestiques (chiens et chats) à raison de 4 heures maximum par prestation.

2.5. Les soins post-natals

A l'issue de l'hospitalisation, l'assistant organise et prend en charge les frais d'une sage-femme afin de fournir les soins post-natals à raison de 4 heures maximum par prestation.

2.6. Trajets des enfants

Si, à la suite d'une hospitalisation couverte, l'assuré se trouve dans l'incapacité de conduire ses enfants, l'assistant organise et prend en charge le transport aller/retour des enfants de moins de 16 ans vers l'école.

2.7. Transport de l'assuré

Si, suite à son hospitalisation, l'assuré ne peut pas se déplacer par ses propres moyens, l'assistant organise et prend en charge son transport aller/retour vers un centre hospitalier ou médical pour les visites de contrôle.

L'intervention de l'assistant est limitée à trois déplacements aller/retour pour une seule période d'hospitalisation et à 250,00 EUR maximum par année d'assurance et par assuré. Pour l'application de ce plafond il est tenu compte de l'année d'assurance dans laquelle l'hospitalisation a lieu.

3. Assistances complémentaires

3.1. Assistance psychologique

L'assistant met à la disposition des assurés un service d'assistance téléphonique 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, destiné à fournir un premier soutien psychologique "on line" et si nécessaire, l'orientera vers un organisme de support spécialisé.

A la demande de l'assuré, suite à tout problème privé ou professionnel, l'assisteur communique les coordonnées des associations d'entraide spécialisées dans le soutien psychologique.

3.2. Renseignements téléphoniques pour soins post-hospitalisatoires

A la demande de l'assuré, l'assisteur met à la disposition de l'assuré :

- les coordonnées d'organismes de soins paramédicaux;
- les coordonnées de la pharmacie et du médecin de garde à contacter;
- les coordonnées des organismes de soins à domicile;
- les coordonnées des sociétés louant du matériel médical.

Devoir d'information

L'organisateur déclare avoir reçu de la part de AG Insurance l'information telle que requise à l'art 138bis-9 de la loi du 25/6/1992 sur le contrat d'assurance terrestre , relative à la possibilité pour l'assuré de payer individuellement une prime complémentaire, afin que la prime de l'assurance individuelle soins de santé continuée, soit calculée sur base de l'âge à laquelle l'assuré a commencé à payer la prime complémentaire.

Dans ce cadre, l'organisateur a reçu l'information relative à l'assurance AG Care Vision, produit qui fixe non seulement l'âge en cas de continuation individuelle, mais qui offre également un complément à l'assurance liée à l'activité professionnelle. L'organisateur prend note du fait que l'assuré perd l'âge d'entrée si le paiement des primes AG Care Vision est arrêté.

Les conditions particulières complètent et précisent les conditions générales.
Toute question non prévue par les conditions particulières est réglée en conformité avec les conditions générales.

Fait en double à Bruxelles, le 13 septembre 2011.

Pour le **Fonds de sécurité d'existence du notariat,**

Pour **AG Insurance,**

Nom et qualité du signataire qui déclare
valablement engager l'organisateur

Dirk FORIER

AG Employee Benefits

■ Conditions Générales

Income Care

Table des matières

<i>Lexique</i>		3
<i>Objet et étendue de l'assurance</i>	1. Objet de l'assurance	5
	2. Formalités médicales	5
	3. Affections préexistantes	5
	4. Étendue géographique des garanties	5
	5. Risques non couverts	6
	6. Les événements de guerre sont-ils couverts ?	6
	7. Les cas d'émeutes sont-ils couverts ?	6
	8. Le recours contre le tiers responsable	6
<i>Le fonctionnement du contrat</i>	9. Communications à la compagnie	7
	10. Paiement de la prime	7
	11. Que se passe-t-il si les primes ne sont pas payées ?	7
	12. Durée de la convention	7
<i>Les sinistres</i>	13. Déclaration du sinistre	8
	14. Fin de l'affiliation et conséquences sur les sinistres en cours	8
	15. Rechute	8
	16. Conditions d'indemnisation	8
	17. Contestations éventuelles	9
<i>Dispositions diverses</i>	18. Entrée en vigueur de la convention	10
	19. Dans quels cas la convention peut-elle être résiliée ?	10
	20. Modalités de résiliation et conséquences de la résiliation du contrat sur les sinistres en cours	10
	21. Juridictions compétentes	10
	22. Législation applicable	10
	23. Frais	10
	24. Modification du tarif et/ou des conditions d'assurance	11
	25. Correspondance entre parties	11
	26. Protection de la vie privée	11
	27. Autorité de contrôle des compagnies d'assurance et traitement de plaintes	12

■ Lexique

Qu'entend-on par les termes suivants ?

La première fois qu'ils apparaissent dans le texte, ces termes sont indiqués en italique.

1. Accident

Un événement soudain et involontaire qui produit une lésion corporelle contrôlable et dont la cause ou l'une des causes est extérieure à l'organisme de l'affilié.

2. Acte intentionnel

L'acte commis volontairement et sciemment qui a causé un dommage raisonnablement prévisible sans que l'assuré ait eu l'intention de causer le dommage tel qu'il s'est produit.

3. Acte notoirement téméraire

Tout acte volontaire ou négligence exposant son auteur, sans raison valable, à un danger dont il aurait dû avoir conscience.

4. Affections préexistantes

Les maladies, les accidents, les grossesses et les accouchements survenus avant la date d'affiliation ou dont la ou les causes sont antérieures à cette date et/ou les premiers symptômes se sont manifestés avant cette date.

5. Affilié

La personne assurée qui répond aux conditions d'affiliation fixées aux conditions particulières.

6. Aggravation

L'augmentation du taux d'invalidité économique.

7. Alcoolisme

La consommation exagérée d'alcool qui entraîne certaines maladies (telles que la déficience vitaminique, l'infection des muqueuses de l'estomac, des conséquences neurologiques et nerveuses, des affections hépatiques,...) sans qu'il y ait nécessairement dépendance.

8. Année d'assurance

L'année débutant à la date de prise en

cours de la convention et se renouvelant à chaque anniversaire de celle-ci.

9. Compagnie

AG Insurance sa, Bd. E. Jacqmain 53, B-1000 Bruxelles – RPM Bruxelles – TVA BE 0404.494.849 - Entreprise agréée sous le numéro de code 0079, branches 1 à 18, 21 à 23, 26 et 27 (MB 14/7/79, 14/1/87, 20/12/88, 13/2/91, 7/5/93, 12/5/05 et 14/6/05).

10. Délai de carence

La période débutant le jour fixé par le médecin comme début de l'invalidité économique et dont la durée est définie aux conditions particulières.

Durant cette période, les prestations ne sont pas dues par AG Insurance. Si la période d'invalidité économique est suivie par une nouvelle période suite à une autre maladie ou accident, un nouveau délai de carence s'applique.

11. Invalidité économique

La diminution de capacité de travail réellement éprouvée par l'affilié, compte tenu de la profession exercée et des possibilités de reclassement dans une activité professionnelle qui soit compatible avec ses connaissances et ses aptitudes. L'appréciation de ce degré d'invalidité est donc indépendante de tout autre critère économique.

Le taux pris en considération ne peut dépasser celui qui serait déterminé par les conditions du marché du travail en Belgique.

12. Invalidité physiologique

La diminution de l'intégrité corporelle de l'affilié, dont le taux est apprécié sur la base ou par référence au Barème Officiel Belge des Invalidités ou, à défaut, par décision médicale.

13. Maladie

Toute altération de la santé de l'affilié d'origine non accidentelle, présentant des symptômes objectifs et reconnue par un médecin légalement autorisé à pratiquer son art, soit en Belgique, soit dans le pays où se trouve

■ Lexique

l'affilié au moment de la constatation de la maladie. Les complications de grossesse sont assimilées à une maladie.

Le repos légal d'accouchement est assimilé à une période d'invalidité économique résultant d'une maladie.

14. Période d'acceptation médicale

La période pendant laquelle l'affilié est soumis à des formalités médicales nécessaires pour l'évaluation du risque. Cette période prend fin à partir du moment où les conditions d'affiliation sont portées à la connaissance des candidats affiliés.

15. Preneur

L'employeur ou la personne morale qui conclut le contrat d'assurance en faveur des personnes désignées dans les conditions particulières.

16. Rechute

Une nouvelle invalidité économique consécutive à la même maladie ou au même accident, après une reprise du travail.

17. Seuil d'intervention

Le degré d'invalidité économique convenu dans les conditions particulières en dessous duquel aucune prestation n'est due.

18. Sinistre

Tout événement pouvant faire intervenir les garanties de la convention.

19. Vie privée

Temps écoulé hors de la vie professionnelle et consacré à des activités non rémunérées.

20. Vie professionnelle

Temps consacré aux activités que l'assuré exerce au service du preneur dans l'entreprise désignée comme preneur aux conditions particulières, y compris le chemin du travail, au sens donné par la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail.

Objet et étendue de l'assurance

- 1. Objet de l'assurance** Cette assurance offre un complément aux indemnités légales en cas d'*invalidité économique* suite à une *maladie* et/ou un *accident* et garantit, selon les modalités fixées aux conditions particulières, le paiement des prestations convenues aux conditions particulières dès que l'*invalidité économique* d'un affilié atteint le *seuil d'intervention*.
- 2. Formalités médicales** AG Insurance a défini une politique d'acceptation du risque «invalidité» prévoyant des formalités médicales. Les surprimes sont communiquées par lettre au débiteur de la prime avec copie au candidat-affilié lorsque ce dernier n'intervient pas totalement dans le paiement des primes. Cette lettre ne doit pas être renvoyée contresignée à AG Insurance qui applique automatiquement les surprimes. La politique d'acceptation médicale peut être revue à tout moment. Conformément à cette politique, lors d'une affiliation ou lors d'une augmentation des avantages, AG Insurance subordonne dans certains cas son acceptation au résultat favorable d'un examen médical passé à ses frais, devant un médecin agréé par lui. Pendant la *période d'acceptation médicale* dans le cadre d'une nouvelle affiliation, la garantie n'est acquise que si l'*invalidité économique* est la conséquence d'un accident et pour autant que le contrat prévoit la garantie accident lors de la *vie professionnelle* et/ou *privée*. Dès que le candidat-assuré est affilié, la garantie complète prend cours. En fonction du résultat de cet examen médical, AG Insurance peut accepter, refuser ou différer l'affiliation ou l'augmentation des avantages, réclamer une surprime et exclure certaines affections. Les exclusions d'ordre médical sont communiquées par lettre au candidat-affilié. Pour être affilié ou bénéficiaire de l'augmentation des avantages, ce dernier doit en renvoyer une copie contresignée pour accord à AG Insurance.
- 3. Affections préexistantes** La garantie n'est pas acquise si l'incapacité de travail résulte d'une *affection préexistante*. Toutefois la garantie est acquise pour l'*aggravation* de l'*invalidité économique* résultant d'une maladie préexistante pour autant que l'affilié n'ait subi aucune *invalidité économique* ou *physiologique* en rapport avec la maladie préexistante au cours de l'année qui suit la date de son affiliation. Les dispositions ci-dessus s'appliquent également pour les augmentations ou extensions de garanties, même celles résultant d'une extension de la durée du temps de travail pour les travailleurs à temps partiel. Dans ce cas, la date de prise en cours de la nouvelle garantie ou celle du changement de durée de temps de travail est assimilée à une nouvelle date d'affiliation pour l'augmentation des garanties.
- 4. Etendue géographique des garanties** Les garanties sont effectives dans le monde entier. Toutefois, hors d'Europe, les garanties ne sont acquises que si AG Insurance peut exercer, sans frais ni difficultés majeurs, le contrôle médical prévu dans la présente convention.

Objet et étendue de l'assurance

5. *Risques non couverts* La garantie n'est pas acquise :
- a) si l'invalidité économique résulte d'une affection ou d'une invalidité non contrôlable par examen médical ou d'une affection nerveuse ou mentale ne présentant pas de symptômes objectifs qui en rendent le diagnostic indiscutable, sauf si leur réalité est manifeste et reconnue, et par le médecin traitant et par le médecin-conseil de AG Insurance;
 - b) si l'invalidité économique résulte de l'alcoolisme ;
 - c) si l'invalidité économique résulte de l'effet direct ou indirect de la désintégration du noyau atomique et de l'accélération artificielle de particules atomiques; de l'effet de rayons X ou de radio-isotopes;
 - d) si l'invalidité économique résulte d'un acte intentionnel ou d'une tentative de suicide de l'affilié, ou d'un acte notoirement téméraire, sauf en cas de sauvetage de personnes ou de biens;
 - e) si l'invalidité économique résulte d'une faute lourde de l'affilié ; par faute lourde il faut comprendre :
 - la participation volontaire de l'affilié à un crime ou un délit;
 - l'état d'ivresse ou d'intoxication alcoolique ou lorsque l'affilié se trouve sous l'influence de stupéfiants, hallucinogènes ou autres drogues.
6. *Les événements de guerre sont-ils couverts ?* La maladie ou l'accident, causés par un événement de guerre ou par la guerre civile, sont exclus des garanties.
7. *Les cas d'émeutes sont-ils couverts ?* La maladie ou l'accident, survenant par suite d'émeutes, de troubles civils ou de tous actes de violence collectifs d'inspiration politique, idéologique ou sociale, sont exclus des garanties.
Toutefois, les garanties sont acquises si l'affilié démontre :
 - soit qu'il n'y a pris aucune part active;
 - soit qu'il se trouvait en état de légitime défense;
 - soit qu'il est intervenu en vue du sauvetage de personnes ou de biens.La garantie est acquise si la maladie ou l'accident résulte du terrorisme selon les dispositions de la loi du 1^{er} avril 2007 relative à l'assurance contre les dommages causés par le terrorisme. A cet effet, AG Insurance a adhéré à l'ASBL TRIP (Terrorism Reinsurance and Insurance Pool) créée en vertu de la loi précitée.
8. *Recours contre le tiers responsable* Par le fait même que les prestations sont dues ou déjà effectuées par la compagnie, AG Insurance est subrogée dans les droits et actions de l'affilié contre le tiers responsable du dommage et/ou toute autre personne tenue d'intervenir en vertu de l'article 29bis de la loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité en matière de véhicules automobiles. L'affilié ne peut, dès lors, renoncer à un quelconque recours sans l'accord préalable de AG Insurance.

■ Le fonctionnement de la convention

- 9. Communications à la compagnie** Lors de l'affiliation, le candidat-affilié a l'obligation de déclarer exactement toutes les circonstances connues de lui et qu'il doit raisonnablement considérer comme constituant des éléments d'appréciation du risque. A cet effet, il doit le cas échéant répondre correctement aux questions qui lui sont posées dans le cadre des formalités médicales.
- ou suite à une modification dans le statut social de l'affilié doit être communiqué à AG Insurance aussi vite que possible et au plus tard dans les 30 jours. Ceci s'applique également quand l'affilié change de régime de travail (temps partiel/ temps plein, crédit-temps,...).
- AG Insurance ne peut pas invoquer la nullité de l'affiliation pour cause de déclaration inexacte ou incomplète, sauf dans les cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle. Dans ce cas, les primes échues jusqu'au moment où AG Insurance a eu connaissance de la fraude lui sont dues à titre de dommages et intérêts. En cas de sinistre AG Insurance refuse son intervention.
- Le *preneur d'assurance* doit fournir annuellement une liste reprenant les travailleurs affiliés avec leur rémunération sur laquelle sont calculées les rentes assurées ainsi que les primes. Chaque nouvelle affiliation ou départ d'un membre du personnel pendant l'année d'assurance suite à un licenciement, à la mise à la retraite
- 10. Paiement de la prime** A chaque échéance, le preneur d'assurance verse globalement à AG Insurance les primes majorées de la taxe et des charges y afférentes, actuelles ou futures. Ce versement s'effectue sur la base d'un bordereau émis par AG Insurance.
- partir du premier jour du mois d'affiliation jusqu'au dernier jour du mois au cours duquel son affiliation prend fin.
- Les autres modalités sont définies aux conditions particulières.
- Les primes sont dues pour chaque affilié à
- 11. Que se passe-t-il si les primes ne sont pas payées ?** Si les primes ne sont pas payées, AG Insurance adresse une lettre recommandée qui vaut mise en demeure et qui rappelle au preneur d'assurance les conséquences du non-paiement. Quinze jours à partir du jour qui suit le dépôt à la poste de la lettre, les garanties sont suspendues de plein droit.
- Les garanties reprennent leurs effets à 0 heures le lendemain du paiement intégral à AG Insurance des primes impayées. Pendant la période de suspension prévue ci-dessus, AG Insurance se réserve le droit de résilier le contrat.
- 12. Durée de la convention** L'assurance est conclue pour une durée d'un an à dater de sa prise en cours.
- d'un an, sauf résiliation par une des parties, actée par lettre recommandée expédiée au moins trois mois avant la fin de l'année d'assurance.
- A la fin de chaque *année d'assurance*, elle est reconduite tacitement pour une durée

Les sinistres

13. Déclaration du sinistre

En cas de *sinistre*, AG Insurance doit être avisé au moyen des formulaires prévus à cet effet. A ces formulaires doivent être joints tout document, certificat et rapport de nature à prouver l'existence et le degré de gravité du sinistre. AG Insurance peut réclamer toute pièce complémentaire jugée nécessaire.

L'affilié demande à son médecin traitant toutes les informations concernant son état de santé en relation avec l'invalidité économique et les communique au médecin-conseil de AG Insurance.

La déclaration doit être faite par l'affilié, ou par l'employeur dès qu'il a connaissance

du sinistre, au plus tard 45 jours après le début de l'invalidité économique. Toute aggravation ou atténuation du taux d'invalidité ainsi que la cessation de l'invalidité économique doivent être signalées à AG Insurance dans un délai d'un mois.

AG Insurance se réserve le droit de refuser ou de limiter son intervention lorsqu'une déclaration est faite en dehors des délais. Toutefois, AG Insurance n'usera pas de ce droit si la déclaration est faite dans un délai raisonnable compte tenu des circonstances.

14. Fin de l'affiliation et conséquences sur les sinistres en cours

Si l'affiliation prend fin, les prestations en cours continuent à être dues tant que l'invalidité économique est justifiée et pour autant qu'elle ne passe pas en-dessous du seuil d'intervention.

Les prestations sont adaptées en cas de diminution du taux d'invalidité. Les aggravations et les *rechutes*, même celles qui interviennent dans les 15 jours suivant une

diminution de l'invalidité économique en dessous du seuil d'intervention, ne sont plus prises en considération.

L'affilié en invalidité doit fournir à AG Insurance les certificats médicaux justifiant son invalidité économique et l'avertir de tout changement éventuel pouvant influencer les prestations (prépension, reprise du travail,...).

15. Rechute

En cas de rechute dans les 15 jours suivant une diminution de l'invalidité économique en-dessous du seuil d'intervention, AG Insurance considère qu'il y a continuation de la même invalidité.

Si la rechute intervient après les 15 jours mais avant les 60 jours, l'affilié invalide doit apporter la preuve qu'il y a réellement rechute.

Les prestations de AG Insurance interrompues, reprennent normalement à partir de

la date de la rechute.

Le cas échéant, le calcul du délai de carence en cours continue à partir de la date de la rechute. Il n'y a donc pas application d'un nouveau *délai de carence*.

Toutefois les prestations ne sont pas dues pendant la période du salaire garanti.

En cas de rechute après 60 jours, AG Insurance considère qu'il y a une nouvelle invalidité et un nouveau délai de carence est donc appliqué.

16. Conditions d'indemnisation

AG Insurance se réserve le droit à tout moment de revoir le taux d'invalidité économique ainsi que de vérifier les déclarations faites et les réponses fournies aux demandes de renseignements. A cet effet, AG Insurance peut demander à l'affilié de passer un examen auprès d'un médecin qu'il désigne. Les frais de cet examen sont à charge de AG Insurance.

AG Insurance se réserve également le droit, le cas échéant, de faire appel à des tiers pour l'exécution du présent contrat d'assurance.

Les prestations assurées seront payées à l'expiration du délai de carence repris au conditions particulières, pour autant que le seuil d'intervention également précisé aux conditions particulières soit atteint.

■ Les sinistres

Sauf convention contraire, les prestations assurées sont versées à l'affilié. Toute somme indûment payée par AG Insurance doit lui être restituée.

L'affilié doit se faire dispenser les soins médicaux et traitements nécessaires à sa guérison et éviter tout ce qui pourrait aggraver les suites du sinistre.

17. Contestations éventuelles

Les contestations éventuelles d'une décision communiquée par AG Insurance doivent lui parvenir par écrit dans les 30 jours qui suivent la communication.

Passé ce délai, la décision est considérée comme acceptée.

Les contestations d'ordre médical sont soumises d'une part au médecin traitant de l'affilié, et d'autre part, au médecin-conseil de AG Insurance.

Si les parties ne sont pas d'accord sur l'état de santé de l'affilié, elles choisiront chacune un médecin pour trancher le litige (expertise médicale amiable).

En cas de désaccord entre le médecin de l'affilié et celui de la compagnie, les parties intéressées choisiront un troisième médecin pour les départager. Faute d'entente sur cette désignation, le choix se fait par le

Président du Tribunal de Première Instance du domicile de l'affilié.

Le troisième médecin tranchera irrévocablement et sans recours.

Les frais de la nomination du troisième médecin, ses honoraires ainsi que les frais d'examens complémentaires demandés sont supportés pour moitié par chacune des parties.

L'affilié s'engage à donner une suite positive à la convocation des médecins dans le cadre des activités d'expertise et de mettre tout en œuvre afin que le degré d'invalidité puisse être fixé.

Aussi longtemps que le litige n'est pas réglé, l'intervention éventuelle tiendra compte du degré déterminé par AG Insurance.

■ Dispositions diverses

18. *Entrée en vigueur* La convention entre en vigueur dès que AG Insurance dispose des renseignements indispensables à l'affiliation, et au plus tôt à la date définie dans les conditions particulières, pour autant que la première prime soit payée dans le délai prévu au relevé de compte.
19. *Dans quels cas la convention peut-elle être résiliée ?* Par le preneur d'assurance :
- soit à la date anniversaire de la prise en cours, soit à la date de l'échéance annuelle de la prime, conformément au point 12 ci-dessus ;
- en cas de modification du tarif ou des conditions, conformément au point 24 ci-dessous.
Par AG Insurance :
- à la fin de chaque période d'assurance conformément au point 12 ci-dessus.
- en cas de non paiement de la prime conformément au point 11 ci-dessus
- en cas de fraude ou tentative de fraude
Le contrat cesse également en cas de cessation d'activités de l'employeur, sauf si les obligations sont reprises par un autre employeur. En cas de cessation des activités, les dispositions reprises au point 14 ci-dessus et au point 20 ci-après sont d'application en ce qui concerne les conséquences sur les sinistres en cours.
20. *Modalités de résiliation et conséquences de la résiliation de la convention sur les sinistres en cours* La résiliation se fait soit par lettre recommandée, soit par lettre remise au destinataire contre récépissé, soit par exploit d'huissier de justice.
Sauf dispositions contraires prévues dans la présente convention, la résiliation n'a d'effet qu'à l'expiration d'un délai d'un mois à compter du lendemain de la signification ou de la date du récépissé ou, dans le cas d'une lettre recommandée à compter du lendemain de son dépôt à la poste.
Les sinistres qui débutent pendant la période assurée et pour lesquels l'assuré obtient en vertu du contrat une intervention, sont pris en charge par AG Insurance. A l'expiration de la convention, les prestations sont adaptées en cas de diminution du taux d'invalidité économique. Les aggravations et les rechutes, même celles qui interviennent dans les 15 jours suivant une diminution de l'invalidité économique en dessous du seuil d'intervention, ne sont plus prises en considération.
Une nouvelle invalidité économique qui surviendrait après l'expiration de la convention ne sera pas prise en charge.
21. *Juridictions compétentes* Seules les juridictions belges sont compétentes.
22. *Législation applicable* Les relations contractuelles entre AG Insurance et le preneur d'assurance sont régies par la loi belge et plus spécifiquement par la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre.
23. *Frais* Si des dépenses administratives particulières sont occasionnées du fait de l'employeur ou de l'affilié, AG Insurance se réserve le droit de réclamer des frais supplémentaires.

■ Dispositions diverses

24. *Modification du tarif et/ ou des conditions d'assurance*

En cas de modifications substantielles de la législation sur la sécurité sociale, AG Insurance se réserve le droit de modifier les conditions d'assurance à la fin de chaque année d'assurance. En cas d'augmentation du coût réel des prestations garanties, AG Insurance peut adapter les montants des primes prévues aux conditions particulières.

Dans ce cas, la convention et/ou les primes seront adaptés à la fin de l'année d'assurance en cours.

Ces modifications sont notifiées à l'employeur par lettre d'information expédiée au moins 4 mois avant la fin de l'année d'as-

surance. Le preneur a le droit de résilier la convention dans un délai d'au moins 3 mois avant l'échéance annuelle. La convention expire à cette date.

A la fin de chaque année d'assurance, l'employeur peut modifier les conditions de l'assurance, moyennant notification des adaptations demandées à AG Insurance au moins 4 mois avant la fin de l'année d'assurance. A chaque modification, AG Insurance établit un avenant numéroté aux conditions particulières.

L'employeur en remet une copie à chaque affilié.

25. *Correspondance entre parties*

Pour être valables, les communications et notifications destinées à la compagnie doivent être faites à son siège en Belgique, ou à l'adresse indiquée dans la convention ou à celle que la compagnie aurait ultérieurement notifiée.

Les communications ou notifications de la compagnie au preneur d'assurance sont faites valablement à l'adresse indiquée dans la convention ou à celle que le preneur d'assurance aurait ultérieurement notifiée.

26. *Protection de la vie privée*

La collecte et l'usage des données à caractère personnel s'effectuent moyennant le respect de la loi belge sur la protection de la vie privée.

AG Insurance, responsable du traitement, peut traiter ces données à caractère personnel en vue de et dans le cadre de la fourniture et de la gestion de services d'assurance en général, y compris la promotion commerciale, la gestion du fichier clientèle et l'établissement de statistiques.

AG Insurance ne communiquera pas ces données à des tiers, sauf pour autant qu'il y ait dans son chef une obligation légale ou contractuelle ou un intérêt légitime.

Le cas échéant, ces données peuvent être communiquées et traitées par des conseillers et intermédiaires professionnels auxquels le preneur d'assurance ou l'affilié

fait appel.

Dans le cadre de la description du risque ou la déclaration d'un sinistre, l'affilié confie à la compagnie des données relatives à sa santé. Ces données sont uniquement traitées sous la responsabilité d'un professionnel de la santé et l'accès à ces données est limité aux personnes qui en ont besoin pour l'exercice de leurs tâches.

Chaque affilié a un droit de regard sur ses données et peut, le cas échéant, les faire corriger.

L'information donnée par AG Insurance au preneur d'assurance relative au sinistre se limitera à un aperçu des paiements et ne peut en aucun cas avoir trait à des données médicales.

27. *Autorité de contrôle des compagnies d'assurance et traitement de plaintes ?*

La Commission Bancaire, Financière et des Assurances (CBFA) est chargée du contrôle des assurances et en particulier de la présente convention.

Sans préjudice de votre droit d'exercer un recours en justice, vous pouvez adresser toute plainte par écrit à :

AG Insurance sa
Service de l'Ombudsman
Boulevard Emile Jacqmain 53
1000 Bruxelles E-mail :
ombudsman@aginsurance.be

Si la solution proposée par la compagnie ne vous donne pas satisfaction, vous pouvez soumettre le litige à :

Ombudsman des Assurances
Square de Meeûs 35
1000 Bruxelles
E-mail : info@ombudsman.as

Convention

■ Income Care

Assurance liée à l'activité professionnelle – Revenu Garanti

FONDS DE SECURITE D'EXISTENCE DU NOTARIAT

Income Care

- Revenu garanti
- personnel Employé salarié

Date de prise en cours : 1er janvier 2012
N° de groupe : G666
Référence interne : z6h / 2100382.302

Introduction

La convention se compose de deux parties :

- Les conditions particulières et leurs annexes

Celles-ci décrivent les conditions d'affiliation, les garanties, les taux de primes, et la façon dont l'assurance est financée.

Elles complètent et précisent les conditions générales.

- Les conditions générales

Elles décrivent les dispositions s'appliquant à toutes les conventions Income Care.

Dans les conditions générales qui font partie de cette convention, il faut lire "organisateur" au lieu d'"employeur".

Table des matières

CONDITIONS PARTICULIERES DE LA CONVENTION INCOME CARE

1.	Les parties contractantes et la prise en cours de la convention	1
2.	La forme et le but de la convention	1
3.	La gestion de la convention	1
4.	Qui est affilié ?	1
5.	La fin de l'affiliation	2
6.	Les prestations garanties	3
6.1	Aperçu	3
6.2	Garantie exonération des primes de l'assurance de groupe Vie et Décès	4
6.3	Garantie rente d'invalidité	4
7.	Le calcul des prestations d'AG Insurance	4
8.	Les primes et les modalités de paiement	6
8.1	Garantie exonération des primes de la pension extra-légale Vie et Décès	6
8.2	Garantie rente d'invalidité : formule Rente Forfaitaire	6
9.	Le financement de la convention Income Care	6
10.	Quand les avantages et les primes sont-ils recalculés ?	7

CONDITIONS GENERALES

Conditions particulières de la convention Income Care Groupe n° G666

1. Les parties contractantes et la prise en cours de la convention

La convention est souscrite par le **FONDS DE SECURITE D'EXISTENCE DU NOTARIAT**
Rue de la Montagne 30-32
1000 BRUXELLES,

ci-après dénommée "l'organisateur".

Elle prend cours le 1er janvier 2012.

La présente convention annule et remplace celle souscrite en date du 1er janvier 2009 "Revenu garantie – Exonération des primes" organisée par le "Fonds de financement pour l'emploi dans le notariat asbl" sans préjudice aux dispositions reprises au point 4. relatives aux personnes qui étaient déjà affiliées à la convention précédente.

2. La forme et le but de la convention

La convention est souscrite sous la forme d'une assurance liée à l'activité professionnelle. Elle a pour but de compenser une perte de revenus du travail et constitue dès lors un engagement collectif visé par l'art. 52, 3°, b, 4^{ème} tiret du Code des impôts sur les revenus offrant un complément aux indemnités légales en cas d'incapacité de travail par suite d'un accident de la vie privée ou d'une maladie professionnelle ou d'une maladie.

3. La gestion de la convention

La convention est gérée par **AG Insurance sa**, Boulevard Emile Jacqmain, 53 - B-1000 Bruxelles, entreprise agréée sous le code n° 0079, RPM 0404.494.894.

4. Qui est affilié ?

Tout membre du personnel Employé salarié d'un employeur qui tombe sous le champ d'application de la CCT du 13 octobre 2011, est affilié à la convention dès qu'il remplit les conditions ci-après :

- être au service d'un employeur qui tombe sous le champ d'application de la CCT du 13 octobre 2011, à temps plein ou à temps partiel et être effectivement au travail;
- ne pas être absent du travail pour cause d'incapacité de travail, d'invalidité ou d'interruption complète de carrière, quelle qu'en soit la nature, notamment en raison d'un crédit-temps, d'un congé parental, d'un congé palliatif ou d'un congé pour assistance médicale à une personne gravement malade; dans ce cas, l'affiliation est reportée au jour où le membre du personnel reprend effectivement le travail.
- pour la couverture "Exonération des primes de l'assurance de groupe", le membre du personnel doit être affilié à l'assurance de groupe décès et vie.

L'affiliation est obligatoire pour tous, sous réserve de l'acceptation médicale par AG Insurance, conformément à sa politique générale. Elle est effective le premier jour du mois qui suit ou qui coïncide avec la date à laquelle le candidat-affilié satisfait aux critères d'affiliation et, le cas échéant, aux formalités médicales.

Pour les personnes qui étaient affiliées à la convention précédente, organisée par le "Fonds de financement pour l'emploi dans le notariat asbl":

Les éventuelles exclusions et surprimes d'ordre médical restent d'application. Une nouvelle acceptation médicale par AG Insurance n'est pas exigée, pour autant qu'il n'y ait pas une augmentation des prestations.

Le délai d'un an prévu au point 3 des conditions générales (affections préexistantes) continue à se décompter, le cas échéant, à partir de la date d'affiliation à la convention précédente, organisée par le "Fonds de financement pour l'emploi dans le notariat asbl".

Tant qu'au moins 15 membres du personnel adhèrent à la convention Income Care les exclusions, limitations et délai prévus au point 3 des conditions générales (affections préexistantes) ne sont pas d'application.

Pour les affiliés en invalidité économique au 1er janvier 2012, les dispositions de la convention précédente restent d'application tant que dure l'invalidité.

L'organisateur transmet à AG Insurance les données relatives à chaque nouvel affilié. En cours d'année, l'organisateur communique par écrit à AG Insurance les demandes d'affiliation, les départs et les modifications dans le régime de travail conformément au point 9. des conditions générales.

L'organisateur remet à chaque affilié un exemplaire des conditions particulières et des conditions générales par l'E-Notariat.

5. La fin de l'affiliation

L'affiliation prend fin le jour où l'affilié n'est plus effectivement au travail auprès de un employeur qui tombe sous le champ d'application de la CCT du 13 octobre 2011, suite à la cessation ou à la suspension de son contrat de travail, notamment :

- à la démission ou au licenciement (dans ces cas, l'affiliation prend fin à partir du jour où l'affilié n'est plus effectivement au travail auprès d'un employeur qui tombe sous le champ d'application de la CCT du 13 octobre 2011);
- au décès;
- durant l'interruption complète de carrière, quelle qu'en soit la nature, notamment durant le crédit temps, le congé parental, le congé pour assistance médicale à une personne gravement malade, le congé palliatif.
A l'expiration de l'interruption totale de carrière, la réaffiliation du membre du personnel se fait à partir du premier jour de la reprise du travail. Il s'agit d'une nouvelle affiliation avec application de formalités médicales éventuelles ainsi que de l'exclusion de l'affection préexistante.
- à la prépension conventionnelle (à temps plein);
- à la retraite et au plus tard à l'âge de 65 ans.

Chaque affilié peut, en cas de perte de la couverture revenu garanti liée à l'activité professionnelle et pour autant qu'il continue une activité professionnelle rémunérée, demander à souscrire un contrat individuel revenu garanti aux conditions des contrats individuels en vigueur au moment de la continuation. Il bénéficie dans ce cas des avantages suivants :

- la souscription est acceptée sans formalités médicales ni délais d'attente;
- il n'y a pas de nouvelles exclusions des affections préexistantes ni de nouvelles restrictions d'ordre médical à la date de souscription du contrat individuel;
- la prime à payer est celle du tarif individuel correspondant à l'âge atteint à la date de souscription du contrat individuel.

Les conditions générales sont celles des contrats individuels en vigueur au moment de la continuation mais adaptées de façon à tenir compte des conditions ci-dessus.

Information à fournir par l'organisateur

L'organisateur informe le travailleur assuré au plus tard dans les trente jours suivant la prise de

connaissance de la perte du bénéfice de l'assurance liée à l'activité professionnelle, par écrit ou par voie électronique :

- du **moment précis** de cette perte; conformément au point 5. de la présente convention il s'agit du jour où le membre du personnel n'est plus effectivement au travail auprès d'un employeur qui tombe sous le champ d'application de la CCT du 13 octobre 2011, à la suite de la cessation ou de la suspension du contrat de travail;
- de la **possibilité de poursuivre le contrat individuellement** ;
- des **coordonnées** d'AG Insurance ;
- du **délai de 30 jours** dans lequel le travailleur peut exercer son droit à la poursuite individuelle : ce délai commence à courir le jour de réception du présent courrier de la part de l'organisateur. L'organisateur fait également référence à la possibilité, pour le travailleur, de prolonger ce délai de 30 jours, pour autant qu'il en ait informé AG Insurance par écrit ou par voie électronique.

Conditions d'octroi

Ces avantages sont accordés moyennant les conditions suivantes :

- a. Le membre du personnel doit, durant les deux années précédant la perte de la couverture liée à l'activité professionnelle, avoir été affilié de manière ininterrompue à un ou plusieurs contrats d'assurance revenu garanti successifs souscrits auprès d'une entreprise d'assurance.
- b. La demande de poursuite individuelle doit être introduite auprès d'AG Insurance par écrit ou par voie électronique dans un délai de 30 jours suivant le jour de réception de l'information de la part de l'organisateur, ou, en cas de faillite ou de liquidation, le curateur ou le liquidateur du preneur d'assurance, relative à la possibilité de poursuivre le contrat individuellement. Des documents adéquats seront mis à disposition par AG Insurance. Le contrat individuel doit prendre cours à la date à laquelle il a été mis fin à l'affiliation.
- c. Le contrat revenu garanti poursuivi individuellement offre des garanties similaires à celles offertes par le contrat d'assurance revenu garanti lié à l'activité professionnelle.

6. Les prestations garanties

6.1 Aperçu

Garantie exonération des primes de l'assurance de groupe Vie et Décès		
1) en cas de maladie	Couvert	
2) en cas d'accident	Couvert	
3) en cas de repos légal d'accouchement	Couvert	
Garantie rente d'invalidité		
1) en cas de maladie	Couvert	
2) en cas d'accident de la vie privée	Couvert	
3) en cas d'accident de la vie professionnelle	Non couvert	
4) en cas de repos légal d'accouchement	Couvert	
Particularités		
	Exonération	Rente d'invalidité
Délai de carence	30 jours	30 jours
Terme des prestations	65 ans	65 ans
Prestations assurées jusqu'à	65 ans	65 ans

Terme du paiement des primes	65 ans	65 ans
Indexation	-	2 %

6.2 Garantie exonération des primes de l'assurance de groupe Vie et Décès

A. Lorsqu'un affilié subit en cours de convention et avant 65 ans une maladie ou un accident entraînant une invalidité économique, la convention prévoit l'exonération des primes de la convention d'assurance de groupe Vie et Décès souscrite par l'organisateur (y compris les versements complémentaires personnels); c'est-à-dire que ces versements ne sont pas dus, soit partiellement, soit totalement, en fonction du taux d'invalidité économique et des règles d'intervention comme prévu au point 7 ci-après (calcul des prestations de AG Insurance).

Les primes exonérées sont celles qui permettent le maintien des avantages qui étaient assurés par l'assurance de groupe lors de la survenance de l'invalidité économique.

Cette garantie ne s'applique pas pour l'Assurance Complémentaire contre le risque Accident Mortel (ACCRAM).

Pour cette garantie, le repos légal d'accouchement (repos pré- et postnatal) est assimilé à une période d'invalidité économique résultant d'une maladie.

B. L'exonération des primes commence dès la fin du délai de carence de 30 jours et se poursuit tant que dure l'invalidité économique.

L'exonération des primes cesse :

- lorsqu'il est constaté que le taux d'invalidité économique est inférieur au seuil d'intervention, soit 25 %;
- au décès de l'affilié;
- à la prépension conventionnelle (à temps plein);
- à la retraite et au plus tard à la fin du mois au cours duquel l'affilié atteint l'âge de 65 ans.

C. Le montant des primes à exonérer est limité à 200.000,00 EUR par affilié et par an. Cette limite peut être revue par AG Insurance. Dans ce cas, le nouveau montant est communiqué à l'organisateur par simple lettre.

6.3 Garantie rente d'invalidité

Income Care Classic

A. Lorsqu'un affilié subit en cours de convention et avant l'âge de 65 ans une maladie ou un accident de la vie privée entraînant une invalidité économique, la convention prévoit le paiement d'une rente d'invalidité proportionnelle au taux d'invalidité économique, des règles d'intervention prévues au point 7 ci-après (calcul des prestations d'AG Insurance).

La rente assurée est calculée en fonction de la rémunération annuelle communiquée par l'organisateur et reprise sur les bordereaux de prime.

Pour cette garantie, le repos légal d'accouchement (repos pré- et postnatal) est assimilé à une période d'invalidité économique résultant d'une maladie.

En cas de maladie ou d'accident de la vie privée, la rente annuelle s'élève à 15 % de la rémunération de référence.

Ce qui se représente par la formule : **15 % S**

La rémunération de référence:

- La rémunération de l'année précédente, soumise à la Sécurité Sociale.
- Vu que les données de rémunération sont communiquées trimestriellement par l'organisateur à l'organisme de pension, la rémunération de référence pour les entrants en service doit être déterminée comme suit:

Pour la première année et si l'affiliation a lieu dans:

- le premier mois du trimestre: 4 x la rémunération trimestrielle du trimestre concerné;
- le deuxième mois du trimestre: 6 x la rémunération trimestrielle du trimestre concerné;
- le troisième mois du trimestre: 12 x la rémunération trimestrielle du trimestre concerné.

Pour la deuxième année, la rémunération de l'année précédente soumise à la Sécurité Sociale qui ne couvre pas une année entière, sera convertie prorata du nombre de mois prestés dans l'année précédente.

Mois d'affiliation	Trimestre	Année d'affiliation	Année qui suit l'affiliation
		Rémunération trimestrielle x	Rémunération annuelle (n-1) x
Janvier	1	4	12/12
Février	1	6	12/11
Mars	1	12	12/10
Avril	2	4	12/9
Mai	2	6	12/8
Juin	2	12	12/7
Juillet	3	4	12/6
Aout	3	6	12/5
Septembre	3	12	12/4
Octobre	4	4	12/3
Novembre	4	6	12/2
Décembre	4	12	12

La rémunération de référence que l'affilié reçoit, est communiquée par l'organisateur. Cette rémunération tient compte d'un pourcentage de temps de travail à temps plein.

Le calcul de la rente s'effectue en utilisant la rémunération de référence que l'affilié percevrait s'il travaillait à temps plein et en multipliant le résultat obtenu par le pourcentage de temps de travail. Le pourcentage de temps de travail est celui en vigueur au moment du début de l'invalidité économique.

- B. Le paiement de la rente commence dès la fin du délai de carence de 30 jours et se poursuit tant que dure l'invalidité économique. Il se fait mensuellement à terme échu.

Le paiement de la rente cesse :

- lorsqu'il est constaté que le taux d'invalidité économique est inférieur au seuil d'intervention, soit 25 %;
- au décès de l'affilié;
- à la prépension conventionnelle (à temps plein);
- à la retraite et au plus tard à la fin du mois au cours duquel l'affilié atteint l'âge de 65 ans.

- C. Le montant de la rente assurée est limité à 200.000,00 EUR par affilié et par an. Cette limite peut être revue par AG Insurance. Dans ce cas, le nouveau montant est communiqué à l'organisateur par simple lettre.

- D. Le montant de la rente majoré des indemnités légales éventuelles ne peut en aucun cas être supérieur à 80 % de la rémunération brute annuelle.

7. Le calcul des prestations d'AG Insurance

7.1. Les prestations d'AG Insurance sont calculées sur les montants assurés, c'est-à-dire ceux pour

lesquels les primes sont payées au moment du sinistre.

7.2. Elles sont liées au taux d'invalidité économique :

- si ce taux est au moins égal à 67 %, AG Insurance paie 100 % de la rente assurée;
- si ce taux est compris entre 67 % et 25 %, AG Insurance paie la rente assurée multipliée par le taux;
- si ce taux est inférieur au seuil d'intervention, soit 25 %, aucune prestation n'est due par AG Insurance.

Si une modification dans l'état de santé de l'affilié entraîne un changement du taux d'invalidité économique, les prestations d'AG Insurance sont modifiées en tenant compte du nouveau taux à partir du jour de sa constatation.

7.3. Le personnel travaillant à temps partiel

Pour les affiliés travaillant à temps partiel, la rente est calculée sur base de la rémunération à temps partiel communiquée par l'organisateur. Dans ce cas, le taux d'invalidité économique traduit la diminution de la capacité de travail réellement éprouvée par l'affilié, compte tenu de la durée normale de travail de l'affilié et du plan de travail normal auprès de l'entreprise assurée.

Lors de la déclaration d'un sinistre concernant un membre du personnel travaillant à temps partiel, l'organisateur communiquera le nombre exact d'heures de travail par semaine ainsi que le plan de travail hebdomadaire. Si le travail est repris partiellement, le plan de travail correspondant sera également transmis à AG Insurance en même temps qu'une copie de l'attestation de la mutualité.

7.4. Indexation des rentes :

Au 1er janvier de chaque année, les rentes payées par AG Insurance aux affiliés invalides sont augmentées de 2 %.

8. Les primes et les modalités de paiement

8.1 Garantie exonération des primes de la pension extra-légale Vie et Décès

Les primes s'expriment en pourcentages des primes à exonérer (et varient suivant le type de celles-ci) :

versements à exonérer	
Primes constantes	4.23 %
Primes recalculables	6.35 %

Les primes sont payables mensuellement à la fin de chaque mois.

8.2 Garantie rente d'invalidité

Les primes s'expriment en pourcentages des rentes assurées :

risques assurés	taux sur rente
maladie et accident de la vie privée	4,23 %

Les primes sont payables mensuellement à la fin de chaque mois.

9. Le financement de la convention Income Care

La convention Income Care est financée comme suit :

	exonération des primes de l'assurance de groupe vie et décès	rente d'invalidité
Part de l'organisateur	100 %	100 %
Part de l'affilié	- %	- %

Lorsqu'une prestation est payée pour un affilié en vertu de la présente convention, la prime n'est pas due, soit totalement, soit partiellement en fonction du degré d'invalidité économique et des règles d'intervention prévues au point 7. (calcul des prestations d'AG Insurance).

10. Quand les avantages et les primes sont-ils recalculés ?

Au 1er janvier de chaque année, AG Insurance recalcule les montants assurés et les primes correspondantes sur la base des nouvelles rémunérations communiquées par l'organisateur.

Ce calcul n'est pas effectué pour les affiliés pour lesquels les prestations d'AG Insurance sont dues.

L'organisateur déclare avoir reçu de la part d'AG Insurance l'information telle que requise à l'art 138bis-9 de la loi du 25/6/1992 sur le contrat d'assurance terrestre, relative à la possibilité pour l'assuré de payer individuellement une prime complémentaire, afin que la prime de l'assurance individuelle revenu garanti continuée, soit calculée sur base de l'âge à laquelle l'assuré a commencé à payer la prime complémentaire.

L'organisateur prend note du fait que l'offre d'AG Insurance ne comprend actuellement aucun produit répondant aux dispositions spécifiques de la loi.

Dès qu'un produit sera disponible, AG Insurance en informera évidemment l'organisateur.

Les conditions particulières complètent et précisent les conditions générales.

Toute question non prévue par les conditions particulières est réglée en conformité avec les conditions générales.

Fait en double à Bruxelles, le 13 septembre 2011.

Pour le **FONDS DE SECURITE D'EXISTENCE
DU NOTARIAT asbl,**

Pour **AG Insurance sa,**

Nom et qualité du signataire qui déclare
valablement engager l'organisateur

Dirk FORIER

■ Algemene voorwaarden plan gezondheidszorgen

Groepsverzekering (Health Care)

■ Inhoudstafel

<i>Definities</i>	1. Wat wordt onder de volgende termen verstaan ?	3
<i>1. Werking van het plan gezondheidszorgen</i>	2. Wat dient er bij schadegeval gedaan te worden ?	6
	3. Wanneer wordt de terugbetaling van AG Insurance verricht ?	6
	4. Mogen de werkgever en de aangeslotene afzien van verhaal tegen derden ?	6
	5. Kan AG Insurance de nietigheid van de aansluiting inroepen ?	6
	6. Welke modaliteiten zijn van toepassing op de premies ?	6
	7. Wat gebeurt er indien de premies niet betaald worden ?	6
	8. Wat is de looptijd van het plan gezondheidszorgen ?	7
	9. Wat gebeurt er bij eventuele betwistingen ?	7
	<i>2. Omvang van het plan gezondheidszorgen</i>	10. Zijn er medische formaliteiten ?
11. Wat zijn de wachttijden ?		8
12. Wat gebeurt er bij voorafbestaande aandoeningen ?		8
13. Is er een territoriale begrenzing van de waarborg ?		8
14. Welke risico's zijn niet gedekt ?		8
15. Zijn oorlogsfeiten gedekt ?		9
<i>3. Allerlei bepalingen</i>	16. Is oproer gedekt ?	9
	17. Wanneer treedt het plan gezondheidszorgen in voege ?	10
	18. Welke rechtbanken zijn bevoegd ?	10
	19. Welke wetgeving is van toepassing ?	10
	20. In welke gevallen worden extra kosten aangerekend ?	10
	21. Kan AG Insurance de verzekeringsvoorwaarden van het plan gezondheidszorgen wijzigen ?	10
	22. Aan wie moeten mededelingen worden gericht ?	10
	23. Bescherming van de persoonlijke levensfeer	
	24. Welke instanties staan in voor de controle op de verzekeringsondernemingen en de behandeling van klachten ?	11

■ Algemene voorwaarden plan gezondheidszorgen

1. Wat wordt verstaan onder de volgende termen ?

Alcoholisme

Overmatig alcoholgebruik dat aanleiding geeft tot lichamelijke ziekten (zoals vitaminedeficiëntie, maagslijmvliesontsteking, zenuwontsteking, leverziekten,...) zonder dat er noodzakelijkerwijze sprake is van verslaving.

Ambulante geneeskundige zorgen

De geneeskundige zorgen verstrekt of voorgeschreven door een arts zonder dat er een ziekenhuisopname is, en opgenomen in de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen inzake de verplichte Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (Z.I.V.).

Geneesmiddel

Elk product dat uitsluitend in de apotheek verkocht wordt, dat met een curatief doel voorgeschreven wordt door een arts, en als dusdanig geregistreerd en erkend in België.

Klaarblijkelijk roekeloze daad

Een vrijwillige daad of nalatigheid, waardoor degene die ze begaan heeft zonder geldige reden wordt blootgesteld aan een gevaar waarvan hij zich bewust had moeten zijn.

Maatschappij

AG Insurance nv, E. Jacquainlaan 53, B-1000 Brussel – RPR Brussel – BTW BE 0404.494.849

Onderneming toegelaten onder het code-nummer 0079, takken 1 tot 18, 21 tot 23, 26 en 27 (BS 14/7/79, 14/1/87, 20/12/88, 13/2/91, 7/5/93, 12/5/05 en 14/6/05).

Ongeval

Een schielijk en abnormaal voorval dat rechtstreeks veroorzaakt is door de plotse-

linge werking van een uitwendige kracht, vreemd aan de wil van de aangeslotene, en dat een lichamenlijk letsel tot gevolg heeft.

Opzettelijke daad

Hiermee wordt bedoeld dat de aangeslotene vrijwillig en bewust een gedrag heeft vertoond dat schade heeft veroorzaakt die redelijkerwijze te voorzien was. Het is niet vereist dat hij de intentie had de schade teweeg te brengen zoals ze zich in werkelijkheid heeft voorgedaan.

Orthopedisch apparaat

Een apparaat bestemd om lichamenlijke afwijkingen te corrigeren.

Prothese

Een apparaat dat een orgaan of een van de ledematen geheel of gedeeltelijk vervangt. Elk overgepland of geënt orgaan wordt met een prothese gelijkgesteld.

Schadegeval

Elke gebeurtenis waarbij de waarborgen van het plan gezondheidszorgen kunnen worden aangesproken.

Verblijfkosten

Deze kost is samengesteld uit de prijs van de onderhoudsdag, het supplement aangerekend voor het verblijf in een gewone individuele kamer of in kamer met twee bedden en het dagelijks forfait voor de geneesmiddelen.

Verpleeginstellingen

De instellingen die wettelijk zijn erkend als ziekenhuizen, waar gebruik wordt gemaakt

■ Algemene voorwaarden plan gezondheidszorgen

van wetenschappelijk beproefde diagnostische en therapeutische middelen.

Uitgesloten zijn :

- de gesloten psychiatrische instellingen;
- de medico-pedagogische instellingen;
- de instellingen voor de loutere huisvesting van bejaarden, herstellenden of kinderen;
- de rustoorden, ziekenhuizen of gedeelten van ziekenhuizen die een "bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis" verkregen hebben.

Verzekeringsjaar

Het jaar dat begint op de datum van invoeging van het plan gezondheidszorgen en dat op elke verjaardag ervan vernieuwd wordt.

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).

Vrijstelling

Het deel van de terugbetaalbare kosten dat ten laste blijft van de aangeslotene. Het wordt bepaald in de bijzondere voorwaarden.

Wachttijden

Stageperiodes die ingaan op de datum van aansluiting van de aangeslotene.

De kosten voor zorgen verstrekt tijdens deze periodes worden door AG Insurance niet terugbetaald.

Wettelijke tussenkomst

Elke terugbetaling vastgelegd in :

- de Belgische sociale wetgeving van toepassing op de loon-trekkenden, namelijk die betreffende de verplichte Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (Z.I.V.), de arbeidsongevallen of de ongevallen op de weg van en naar het werk, en de beroepsziekten;
- de overeenkomsten met betrekking tot de sociale zekerheid van de loontrekkenden die bindend zijn voor België en bepaalde andere landen.

Ziekenhuisopname

een verblijf in een verpleeginstelling voor zover er ten minste één overnachting in rekening werd gebracht of wanneer de geneeskundige verstrekking aanleiding geeft tot een terugbetaling in het kader van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (ZIV), op basis van een mini- of een maxi forfait, dagziekenhuisforfait, forfait chronische pijn of een ander hiermee gelijkgesteld forfait (One day clinic), met uitzondering van het gipskamerforfait.

Ziekte

Elke niet door een ongeval veroorzaakte aantasting van de gezondheid van de aangeslotene, met objectieve symptomen, erkend door een arts die de wettelijke toelating heeft om zijn kunde te beoefenen, hetzij in België, hetzij in het land waar de aangeslotene zich bevindt op het ogenblik dat de ziekte wordt vastgesteld.

Groepsverzekering (Health Care)

■ Algemene voorwaarden plan gezondheidszorgen

2. *Wat dient er bij schadegeval gedaan te worden?*

AG Insurance moet door middel van de hiertoe bestemde formulieren in kennis worden gesteld van het schadegeval.

De aangeslotene of de werkgever moet de aangifte binnen dertig dagen na het voorval indienen. AG Insurance behoudt zich het recht voor zijn tussenkomst te weigeren of te beperken indien de aangifte buiten die termijn is gedaan.

AG Insurance zal van dat recht geen gebruik maken indien de aangifte zo spoedig als redelijkerwijze mogelijk gedaan is, rekening houdend met de omstandigheden.

Op ieder ogenblik mag AG Insurance de juistheid van de aangiften en van de antwoorden op zijn aanvragen tot inlichtingen nagaan.

3. *Wanneer wordt de terugbetaling van AG Insurance verricht ?*

De terugbetaling gebeurt eenmaal per maand, na ontvangst van de kostennota's en van de andere documenten die voor de berekening ervan noodzakelijk zijn.

AG Insurance kan elk aanvullend document eisen dat noodzakelijk wordt geacht.

De bewijsstukken moeten in het bezit zijn

van AG Insurance binnen het jaar, te rekenen vanaf de datum van de geneeskundige verstrekking. AG Insurance behoudt zich het recht voor de waarborg te weigeren of te beperken als die termijn niet in acht wordt genomen.

4. *Mogen de werkgever en de aangeslotene afzien van verhaal tegen derden?*

De werkgever en de aangeslotene mogen zonder schriftelijke toestemming van AG Insurance geheel noch gedeeltelijk afzien van verhaal tegen derden die aansprakelijk zijn voor een ziekte of een ongeval.

Door het feit zelf dat de terugbetaling door AG Insurance verschuldigd is, of reeds verricht is, treedt deze laatste in de plaats van de werkgever of de aangeslotene op om verhaal uit te oefenen tegen de aansprakelijke derden.

5. *Kan AG Insurance de nietigheid van de aansluiting inroepen ?*

AG Insurance kan de nietigheid van de aansluiting niet inroepen wegens een on-

juiste of onvolledige verklaring, behalve in geval van opzettelijke verzwijging of onjuist meedelen van gegevens.

6. *Welke modaliteiten zijn van toepassing op de premies ?*

Op elke vervalddag stort de werkgever aan AG Insurance de premies voor het geheel van de aangeslotenen, verhoogd met de huidige en toekomstige kosten en belastingen. Deze storting gebeurt op basis van een borderel dat wordt opgemaakt door AG Insurance.

De premies zijn voor elke aangeslotene betaalbaar vanaf de eerste dag van de maand van de aansluiting tot de laatste dag van de maand waarin zijn aansluiting wordt beëindigd.

De overige modaliteiten zijn vastgelegd in de bijzondere voorwaarden.

7. *Wat gebeurt er indien de premies niet betaald worden ?*

Indien de premies niet worden betaald, stuurt AG Insurance een aangetekende brief waarin de werkgever 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 Insurance, van de onbetaalde premies.

Tijdens de hierboven bedoelde schorsingsperiode behoudt AG Insurance zich het recht voor het plan gezondheidszorgen op te zeggen.

■ Algemene voorwaarden plan gezondheidszorgen

8. *Wat is de looptijd van het plan gezondheidszorgen?*

Het plan gezondheidszorgen wordt gesloten voor de duur van één jaar, te rekenen vanaf de aanvangsdatum.

Op het einde van elk verzekeringsjaar wordt het plan stilzwijgend hernieuwd voor de duur

van één jaar, behalve bij opzegging door één van de partijen, per aangetekende brief die minstens drie maanden vóór het einde van het verzekeringsjaar wordt verzonden.

9. *Wat gebeurt er bij eventuele betwistingen?*

Eventuele betwistingen van een door AG Insurance meegedeelde beslissing moeten hem binnen 30 dagen na de mededeling schriftelijk worden bevestigd.

Na verloop van die termijn wordt de beslissing als aanvaard beschouwd.

Betwistingen van medische aard worden voorgelegd aan de behandelende arts van de aangeslotene enerzijds en aan de adviserende arts van AG Insurance 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.

■ Algemene voorwaarden plan gezondheidszorgen

10. Zijn er medische formaliteiten ?

AG Insurance heeft inzake het plan gezondheidszorgen een acceptatiebeleid uitgewerkt, dat medische formaliteiten voorschrijft.

Het formulier "aansluitingsaanvraag", ondertekend en voor elke kandidaat-aangeslotene behoorlijk ingevuld, wordt door AG Insurance onderzocht. Conform zijn medisch acceptatiebeleid kan AG Insurance de aansluiting weigeren of uitstellen, een bij premie aanrekenen en bepaalde aandoeningen uitsluiten. De uitsluitingen van medische aard worden per brief aan de kandidaat-aangeslotene meegedeeld. Om te worden aangesloten, dient deze laatste een voor akkoord ondertekende kopie ervan aan AG Insurance terug te sturen.

Het bedrag van de bijpremies wordt per brief aan de schuldenaar van de premie meegedeeld en een kopie wordt aan de kandidaat-aangeslotene gezonden, wanneer deze laatste de betaling van de premies niet volledig ten laste neemt. Deze brief moet niet worden teruggestuurd naar AG Insurance, die de bijpremies automatisch toepast.

Voor pasgeborenen wordt geen enkele medische formaliteit vereist, voor zover alle gezinsleden minstens 3 maanden zijn aangesloten.

Het medisch acceptatiebeleid kan steeds worden herzien en wordt op aanvraag aan de werkgever ter kennis gebracht.

11. Wat zijn de wachttijden ?

De algemene wachttijd bedraagt DRIE MAANDEN.

De wachttijd vervalt voor :

- a) ongevallen;
- b) de volgende acute infectieziekten : bof, buiktyfus en paratyfus, cerebrospinale meningitis, cholera, difterie, dysenterie,

kinkhoest, mazelen, paludisme, pokken, poliomyelitis, recurrenente koorts, roodvonk, rubella, vlektyfus, waterpokken;

c) de ziekten van pasgeborenen, voor zover alle gezinsleden reeds ten minste 3 maanden zijn aangesloten.

12. Wat gebeurt er bij voorafbestaande aandoeningen ?

De voorafbestaande aandoeningen zijn van de waarborg uitgesloten. De waarborg wordt evenwel verleend indien de aangeslotene in het jaar volgend op de aansluitingsdatum geen enkele geneeskundige behandeling heeft ondergaan in verband met de voorafbestaande aandoening.

13. Is er een territoriale begrenzing van de waarborg ?

De waarborg wordt verleend over de hele wereld.

14. Welke risico's zijn niet gedekt ?

De niet-gedekte risico's houden verband met een zware fout.

Deze risico's zijn die welke :

- het gevolg zijn van een opzettelijke daad of een poging tot zelfmoord van de aangeslotene, of van een klaarblijkelijk roekeloze daad door de aangeslotene, behalve in geval van redding van personen of goederen;
- het gevolg zijn van de vrijwillige deelneming van de aangeslotene aan een misdaad of

een wanbedrijf;

- rechtstreeks of onrechtstreeks het gevolg zijn van alcoholisme, toxicomanie of misbruik van geneesmiddelen;

- zich voordoen terwijl de aangeslotene in staat van dronkenschap of alcoholintoxicatie is, of zich onder invloed bevindt van verdovende middelen, hallucinogenen of andere drugs, tenzij hij bewijst dat er tussen die omstandigheden en de ziekte of het ongeval geen oorzakelijk verband bestaat.

Groepsverzekering (Health Care)

■ Algemene voorwaarden plan gezondheidszorgen

15. Zijn oorlogsfeiten gedekt ?

Ziekten of ongevallen die veroorzaakt zijn door oorlogsfeiten of door burgeroorlog zijn van de waarborg uitgesloten.

16. Is oproer gedekt ?

Ziekten of ongevallen veroorzaakt door oproer of burgerlijke ongeregelheden, of politiek, ideologisch of sociaal geïnspireerde collectieve daden van geweld, zijn van de waarborg uitgesloten.

De waarborg wordt evenwel verleend indien de aangeslotene aantoon

- of dat hij er niet actief heeft aan deelgenomen;
- of dat hij zich in staat van wettige zelfverdediging bevond;
- of dat hij is opgetreden met het oog op de redding van personen of goederen.

De waarborg wordt verleend indien de ziekte of het ongeval veroorzaakt werd door terrorisme volgens de bepalingen van de wet van 1 april 2007 betreffende de verzekering tegen schade veroorzaakt door terrorisme. Hiertoe is AG Insurance toegetreden tot de VZW TRIP (terrorism Reinsurance and Insurance Pool) die opgericht is in uitvoering van voornoemde wet.

Groepsverzekering (Health Care)

■ Algemene voorwaarden plan gezondheidszorgen

17. *Wanneer treedt het plan gezondheidszorgen in voege in voege ?* Het plan gezondheidszorgen treedt in voege zodra AG Insurance beschikt over de voor de aansluiting noodzakelijke inlichtingen en ten vroegste op de datum die in de bijzondere voorwaarden is vastgesteld.
-
18. *Welke rechtbanken zijn bevoegd ?* Enkel de Belgische rechtbanken zijn bevoegd.
-
19. *Welke wetgeving is van toepassing ?* De Belgische wetgeving is van toepassing op dit contract dat meer bepaald wordt geregeld door de wet op de landverzekeringsovereenkomst van 25 juni 1992.
-
20. *In welke gevallen worden extra kosten aangerekend ?* Indien bijzondere administratieve uitgaven worden veroorzaakt door toedoen van de werkgever of van de aangeslotene, behoudt AG Insurance zich het recht voor, extra kosten aan te rekenen.
-
21. *Kan AG Insurance de verzekeringsvoorwaarden van het plan gezondheidszorg wijzigen ?* In geval van belangrijke veranderingen in de sociale zekerheid of in de wet op de ziekenhuizen, kan AG Insurance, op het einde van elk verzekeringsjaar, de verzekeringsvoorwaarden wijzigen. Die wijzigingen en aanpassingen worden aan de werkgever gemeld via een brief, die minstens 4 maanden vóór het einde van het verzekeringsjaar wordt verstuurd. De werkgever heeft het recht het plan op te zeggen uiterlijk 3 maanden voor de jaarvervaldag. Het contract eindigt dan op deze vervaldag. Bij een verhoging van de reële kostprijs van de verzekerde prestaties kan AG Insurance eveneens de in de bijzondere voorwaarden voorziene premies aanpassen.
-
22. *Aan wie moeten mededelingen worden gericht ?* Om geldig te zijn moeten de mededelingen en kennisgevingen die voor AG Insurance bestemd zijn, gericht worden aan haar zetel in België, aan het in het contract aangeduide adres of aan het later door AG Insurance meegedeelde adres. Mededelingen en kennisgevingen van AG Insurance aan de werkgever zijn geldig indien ze gericht worden aan het in het contract aangeduide adres of aan het door de werkgever later meegedeelde adres.
-
23. *Bescherming van de persoonlijke levenssfeer* De inzameling van persoonsgegevens en het gebruik ervan verloopt conform de bepalingen van de Belgische privacywetgeving. AG Insurance, 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, met inbegrip van de promotie ervan, het beheer van het cliëntenbestand, het opmaken van statistieken. Deze gegevens worden niet meegedeeld aan derden, behoudens voor zover hiertoe voor AG Insurance 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 verzekeringnemer beroep doet. In het kader van de beschrijving van het risico of de aangifte van een schadegeval vertrouwt de aangeslotene gegevens toe aan de maatschappij betreffende zijn/haar gezondheid. Deze gegevens worden enkel verwerkt onder de verantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar in de gezondheids-

Groepsverzekering (Health Care)

■ Algemene voorwaarden plan gezondheidszorgen

zorg 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

Insurance aan de werkgever met betrekking tot het schadegeval beperkt zich tot een overzicht van uitbetalingen en kan in geen enkel geval betrekking hebben op gegevens van medische aard.

24. Welke instanties staan in voor de controle op de verzekeringsondernemingen en de behandeling van klachten?

De Commissie voor het Bank, Financie en Assurantiewezen (CBFA) is belast met de controle van verzekeringen en meer bepaald van dit plan gezondheidszorg.

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

AG Insurance NV
Ombudsdienst
Emile Jacqmainlaan 53
1000 Brussel
Fax : 0032(0)2/664.76.64
E-mail : ombudsman@aginsurance.be

Indien de oplossing die verzekeringsmaatschappij voorstelt geen voldoening schenkt, kan het geschil voorgelegd worden aan :

Ombudsman van de Verzekeringen
De Meeûsplantsoen 35
1000 Brussel

E-mail : info@ombudsman.as



Overeenkomst

■ Hospicare Full

Beroepsgebonden verzekering – Gezondheidszorgen

Fonds voor bestaanszekerheid van het Notariaat

Hospicare Full

- Met bijstand in het buitenland
- met Medi-Assistance
 - Gezondheidszorgen
 - Loontrekkende Bedienden

Ingangsdatum: 1 januari 2012
Groepsnummer: G666
Interne referentie: Z6H / 2100382.402

INLEIDING

Welke documenten beheren de overeenkomst gezondheidszorgen?

– De bijzondere voorwaarden en hun bijlagen

Deze beschrijven de aansluitingsvoorwaarden, de waarborg, het bedrag van de premies en de wijze waarop de overeenkomst gezondheidszorgen gefinancierd wordt.
Ze vervolledigen en verduidelijken de algemene voorwaarden.

– De algemene voorwaarden

De algemene voorwaarden bevatten de bepalingen die van toepassing zijn op alle overeenkomsten gezondheidszorgen.

In de algemene voorwaarden die deel uitmaken van deze conventie, moet de term "werkgever" gelezen worden als "inrichter".

INHOUDSTAFEL

BIJZONDERE VOORWAARDEN VAN DE OVEREENKOMST GEZONDHEIDSZORGEN

<u>Punt</u>	<u>Bladzijde</u>
1. Contracterende partijen en ingangsdatum van de overeenkomst	1
2. Vorm van de overeenkomst	1
3. Beheer van de overeenkomst	1
4. Wie wordt aangesloten?	1
5. Einde van de aansluiting	2
6. Wat voorziet de overeenkomst gezondheidszorgen?	2
7. Hoe wordt de terugbetaling van AG Insurance berekend?	5
8. Hoe wordt de terugbetaling van AG Insurance georganiseerd ingeval van toepassing van Medi-Assistance?	6
9. Is er een plafond voor de terugbetaling van AG Insurance?	7
10. Hoeveel bedragen de premies en wanneer dienen ze betaald te worden?	7
11. Wie financiert de overeenkomst gezondheidszorgen?	8
12. Wat gebeurt er wanneer een personeelslid met brugpensioen of met pensioen gaat?	8
13. Wat gebeurt er wanneer een personeelslid overlijdt?	9
14. Wat gebeurt er indien het verzekerd personeelslid en/of de gezinsleden het voordeel van de beroepsgebonden verzekering verliezen (beëindiging van de aansluiting of opzegging van de overeenkomst)?	9
15. Kan de inrichter de overeenkomst gezondheidszorgen wijzigen of stopzetten?	11
16. Wat gebeurt er ingeval de inrichter verdwijnt?	11
17. Wat dient er bij schadegeval gedaan te worden?	11
18. Ziekenhuisopname in het buitenland en bijstand	12
19. Medi-Assistance - Bijkomende dienstverlening tijdens en na de hospitalisatie	17

ALGEMENE VOORWAARDEN

BIJZONDERE VOORWAARDEN VAN DE OVEREENKOMST GEZONDHEIDSZORGEN Groep Nr. G666

1. Contracterende partijen en ingangsdatum van de overeenkomst

De overeenkomst gezondheidszorgen wordt gesloten door het
Fonds voor bestaanszekerheid van het Notariaat
Bergstraat 30-32
1000 BRUSSEL,
hierna "de inrichter" genoemd.

De overeenkomst treedt in voege op 1 januari 2012.

Deze overeenkomst vernietigt en vervangt de op 1 januari 2005 gesloten overeenkomst.

2. Vorm van de overeenkomst

De overeenkomst gezondheidszorgen wordt gesloten in de vorm van een beroepsgebonden verzekering.

3. Beheer van de overeenkomst

De overeenkomst wordt beheerd door **AG Insurance nv**, Emile Jacqmainlaan, 53 - B-1000 Brussel onderneming toegelaten onder code nr. 0079 RPR 0404.494.894.

4. Wie wordt aangesloten?

Elk lid van het loontrekkend Bediendepersoneel dat jonger is dan 65 jaar en in dienst is bij een werkgever die onder het toepassingsgebied van de CAO van 13 oktober 2011 valt, wordt verplicht aangesloten bij de overeenkomst gezondheidszorgen op de eerste dag van het kwartaal dat volgt op de periode van 2 gepresteerde kwartalen.

Grensarbeiders, in dienst van een werkgever die onder het toepassingsgebied van de CAO van 13 oktober 2011 valt, worden eveneens verplicht aangesloten bij de overeenkomst gezondheidszorgen op de eerste dag van het kwartaal dat volgt op de periode van 2 gepresteerde kwartalen.

Het personeelslid kan de aansluiting van de leden van zijn gezin, zijnde de echtgeno(o)t(e) en zijn kinderen, vragen. In dat geval dient de aansluiting te worden gevraagd van alle gezinsleden die beantwoorden aan de gestelde criteria

Onder echtgeno(o)t(e) dient te worden verstaan: de echtgenoot van het personeelslid of de samenwonende levenspartner, van wie de identiteit door de inrichter wordt meegedeeld en dit vanaf het begin van de samenwoonst. Deze aanvraag moet verantwoord worden door een domiciliëringsbewijs, afgegeven door het gemeentebestuur;

Onder kind(eren) dient te worden verstaan: alle ongehuwde kinderen jonger dan 25 jaar: die recht geven op kinderbijslag **of** fiscaal ten laste zijn van één van beide ouders.

De aansluiting is afhankelijk van de medische acceptatie door AG Insurance, overeenkomstig haar algemeen beleid ter zake. De aansluiting gaat in de eerste van de maand die volgt op of samenvalt met de datum waarop de kandidaat-aangeslotene beantwoordt aan de aansluitingscriteria en, in voorkomend geval, medisch aanvaard werd.

Zolang minstens 15 personeelsleden aansluiten tot de overeenkomst gezondheidszorgen zijn de medische formaliteiten, de wachttijden en de uitsluiting van voorafbestaande aandoeningen waarvan sprake in de punten 10, 11 en 12 van de algemene voorwaarden niet van toepassing.

De punten 10 (medische formaliteiten) en 12 (voorafbestaande aandoeningen) van de algemene voorwaarden zijn echter wel van toepassing voor laattijdige aansluitingen. De aansluiting wordt als laattijdig beschouwd indien personen niet aangesloten werden binnen de drie maanden na de datum waarop zij aansluitbaar waren en die hun aansluiting nadien aanvragen. De aansluiting wordt echter niet als laattijdig beschouwd indien de aangeslotene door een andere individuele of collectieve polis gedekt was.

In dit geval gaat de aansluiting in op de eerste van de maand die 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.

De punten 10 (medische formaliteiten) en 12 (voorafbestaande aandoeningen) van de algemene voorwaarden zijn eveneens van toepassing voor de pasgeborene indien de andere gezinsleden nog geen 3 maanden zijn aangesloten.

Voor de personen die bij de vroegere overeenkomst aangesloten waren, beginnen de termijnen waarvan sprake in de punten 11 (wachtijden) en 12 (voorafbestaande aandoeningen) van de algemene voorwaarden te lopen vanaf de datum van aansluiting bij de vroegere overeenkomst.

De inrichter stelt aan elk aangesloten personeelslid een exemplaar ter beschikking van de bijzondere en de algemene voorwaarden via het E-Notariaat.

5. Einde van de aansluiting

Voor het personeelslid wordt de aansluiting beëindigd op de laatste dag van het 2e kwartaal na het verlaten van de werkgever die onder het toepassingsgebied van de CAO van 13 oktober 2011 valt, ingevolge de stopzetting of schorsing van zijn arbeidsovereenkomst, in het bijzonder :

- ingevolge ontslagname of afdanking (in die gevallen wordt de aansluiting beëindigd op de laatste dag waarop het personeelslid effectief aan het werk was bij een werkgever die onder het toepassingsgebied van de CAO van 13 oktober 2011 valt).
- ingevolge overlijden;
- bij de conventionele brugpensioenering (voltijds);
- bij de pensioenering en uiterlijk op de leeftijd van 65 jaar.

Voor de gezinsleden stopt de aansluiting op 31 december van het jaar waarin de aansluiting van het personeelslid wordt beëindigd OF op 31 december van het jaar waarin zij niet meer beantwoorden aan de criteria bepaald onder punt 4.

6. Wat voorziet de overeenkomst gezondheidszorgen?

1. Waarborgen "Ziekenhuisopname" en ambulante geneeskundige zorgen "Pré- en posthospitalisatie"

A. Waarborg "Ziekenhuisopname"

De waarborg heeft betrekking op de ziekenhuisopnamen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval, zwangerschap of bevalling, om een curatieve en voor het herstel van de gezondheid noodzakelijke behandeling, te ondergaan.

Binnen de in punt 7. hierna vastgelegde perken (terugbetaling van AG Insurance) voorziet de overeenkomst in de terugbetaling van de kosten :

- van verblijf, medische erelonen, onderzoeken, behandelingen en van geneesmiddelen;
- van prothesen en orthopedische apparaten, voor zover die prestaties in aanmerking komen voor een wettelijke tussenkomst;

op voorwaarde dat die kosten zijn gemaakt tijdens de ziekenhuisopname en rechtstreeks in verband staan met de oorzaak ervan.

Volgende prestaties zijn eveneens gedekt:

- de verblijfskosten van de moeder of 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 door de behandelende geneesheer;
- de kosten van het aangepast vervoer naar het ziekenhuis (ook met helikopter) voor zover een medisch getuigschrift aantoont dat de gezondheidstoestand van de aangeslotene een dringende opname in het ziekenhuis vereist;
- de verblijfskosten van de donor bij transplantatie van een orgaan of een weefsel ten gunste van de verzekerde;
- de kosten van palliatieve zorgen;
- de plastische chirurgie in het kader van herstellende chirurgie;
- de wiegendoodtest;
- de kosten van medisch materieel;
- de mortuariumkosten die op de ziekenhuisfactuur in rekening worden gebracht.

Onder 'ziekenhuisopname' wordt verstaan: een hospitalisatie wordt in aanmerking genomen indien er een verblijf van minstens één nacht plaats heeft, of wanneer de geneeskundige verstrekking aanleiding geeft tot een terugbetaling in het kader van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (ZIV), op basis van een mini- of een maxi forfait, of een forfait A, B,C, of D (heelkundige ingreep van één dag).

Bij een psychische of psychiatrische aandoening en voor al de types van depressie wordt de terugbetaling van de hierboven beschreven kosten beperkt tot een al dan niet onderbroken periode van maximum twee jaar.

B. Waarborg ambulante geneeskundige zorgen " Pré- en posthospitalisatie"

De waarborg heeft betrekking op de curatieve en voor het herstel van de gezondheid noodzakelijke zorgen die verstrekt worden tijdens de maand die voorafgaat aan de ziekenhuisopname en de drie maanden na de opname en die in rechtstreeks verband staan met de oorzaak ervan.

Binnen de in punt 7. hierna vastgelegde perken (terugbetaling van AG Insurance) voorziet de overeenkomst in de terugbetaling van de kosten :

- van ambulante geneeskundige zorgen;
- van geneesmiddelen die voor de bovengenoemde periode zijn voorgeschreven;
- van prothesen en orthopedische apparaten, voor zover die prestaties in aanmerking komen voor een wettelijke tussenkomst.

De vervoerskosten alsook de kosten van de huur en de aankoop van medisch materieel worden niet terugbetaald. (zie art.19. punt 1.4."Vervoer")

De waarborgen hebben betrekking op de ziekenhuisopnamen die ten vroegste op de aansluitingsdatum een aanvang nemen. De pré-hospitalisatieperiode begint ten vroegste vanaf die datum te lopen.

2. Waarborg ambulante geneeskundige zorgen ingeval van ernstige ziekten

De waarborg heeft betrekking op de curatieve en voor het herstel van de gezondheid noodzakelijke zorgen die rechtstreeks in verband staan met één van de hierna opgesomde ernstige ziekten waarvan de diagnose behoorlijk is vastgesteld:

Aids, amyotrofe lateraal sclerose, brucellose, cerebrospinale meningitis, cholera, diabetes, difterie, encefalitis, kanker, leukemie, malaria, miltvuur, mucoviscidose, multiple sclerose, nieraandoening behandeld met dialyse, pokken, poliomyelitis, progressieve spierdystrofieën, tetanus, tuberculose, tyfus, virale hepatitis, vlektyfus en paratyfus, ziekte van Alzheimer, ziekte van Creutzfeldt Jakob, ziekte van Crohn, ziekte van Hodgkin, ziekte van Parkinson, ziekte van Pompe.

Binnen de in punt 7. hierna vastgelegde perken (terugbetaling van AG Insurance) voorziet de overeenkomst in de terugbetaling van de kosten :

- van ambulante geneeskundige zorgen;
- van geneesmiddelen en de huur van medisch materieel;
- van prothesen en orthopedische apparaten, voor zover die prestaties in aanmerking komen voor een wettelijke tussenkomst.

De vervoerskosten worden niet terugbetaald.

3. Opmerkingen

- Overeenkomstig de beschrijving van de hiervoor vermelde waarborgen voorziet de overeenkomst niet in de terugbetaling van de kosten die onder meer voortvloeien uit :
 - esthetische zorgen of behandeling, of zorgen met esthetisch oogmerk, met of zonder functionele stoornissen, behoudens voorafgaand akkoord van de adviserende arts van AG Insurance;
 - kuurbehandelingen, bijvoorbeeld : thermalisme, thalassotherapie, hygiëno-dieetkuur;
 - de bijstand, de oppas of het onderhoud van de aangeslotene;
 - anticonceptie behandelingen (zoals sterilisatie)
 - de medisch ondersteunende vruchtbaarheidsbehandeling (zoals kunstmatige inseminatie, in-vitrofertilisatie);
 - check-ups, preventieve opsporingsonderzoeken of raadplegingen voor zuigelingen.

Volgende behandelingen worden slechts terugbetaald na voorafgaandelijk akkoord van de adviserende arts van AG Insurance en mits voorlegging van het medisch verslag dat de noodzaak van de ingreep aantoon, de gebruikte techniek en het bestek:

- borstreconstructie, borstverkleining of borstplastie, welke ook de oorzaak ervan is;
 - behandelingen van de mandibulae of kaaksbeenderen ;
 - bariatrische chirurgie.
- Onder "palliatieve zorgen" dient te worden verstaan; de behandeling in een ziekenhuis, verleend aan personen die zich in een terminale fase bevinden. Deze behandeling is gericht op de fysische en psychische noden van de patiënt en draagt ertoe bij een zekere kwaliteit van het leven te vrijwaren.

7. Hoe wordt de terugbetaling van AG Insurance berekend?

De terugbetaling van AG Insurance wordt als volgt berekend:

1. Van het bedrag van de gemaakte kosten die binnen de waarborg van de overeenkomst gezondheidszorgen vallen, worden afgetrokken:
 - de wettelijke tussenkomst.
Indien de aangeslotene om welke reden ook geen wettelijke tussenkomst geniet of er geen recht op heeft, wordt een fictief bedrag ten belope van de wettelijke tussenkomst afgetrokken;
 - de reeds ontvangen terugbetalingen van welke aard ook.
2. De thuisbevalling (met inbegrip van een bevalling en/of verblijf in een geboortehuis of ieder hiermee vergelijkbare instelling) wordt forfaitair vergoed ten belope van 620,00 EUR.
3. In geval van hospitalisatie in het buitenland geldt het recht op prestatie wanneer tegelijk aan de drie volgende voorwaarden wordt voldaan:
 - de opname moet een dringend en onvoorzienbaar karakter hebben of de mutualiteit moet voorafgaandelijk haar akkoord gegeven hebben;
 - er moet een wettelijke tussenkomst zijn;
 - *de woonplaats en vaste verblijfplaats van de aangeslotene moet gelegen zijn in België of in één aan België grenzend land.*

Volgende beschikkingen zijn van toepassing voor de grensarbeiders:

- de notie wettelijke verblijfplaats in België wordt uitgebreid tot wettelijke verblijfplaats in Nederland, Luxemburg en Frankrijk (zie ook punt 18. I. "Repatriëring" en "Verzekerde(n)");
- in geval van niet-wettelijke tussenkomst wordt de tussenkomst van AG Insurance beperkt tot 3 maal de fictieve Belgische wettelijke tussenkomst.

Indien er geen enkele wettelijke tussenkomst is, noch in het buitenland, noch in België, wordt de terugbetaling van de door het plan gewaarborgde kosten beperkt tot 75,00 EUR, vermenigvuldigd met het aantal dagen ziekenhuisopname voor de hospitalisatiekosten. De kosten voor pré & post worden ten belope van 50% terugbetaald. De kosten i.v.m. ernstige ziekten worden niet vergoed.

U vindt de beschrijving van deze waarborg, die ten laste wordt genomen door onze bijstandsverlener in punt 19. "Ziekenhuisopname in het buitenland en Bijstand".

4. Van het totaal van de aldus berekende kosten wordt een vrijstelling afgetrokken.

Deze bedraagt 125,00 EUR per aangeslotene en per verzekeringsjaar.

Deze vrijstelling is enkel van toepassing op de waarborg "Ziekenhuisopname en ambulante geneeskundige zorgen Pré- en posthospitalisatie".

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 passen wij de vrijstelling slechts éénmaal toe.

In het bijzonder geval van een hospitalisatie zonder onderbreking die begint binnen de 15 dagen die het einde van het verzekeringsjaar voorafgaan en die eindigt binnen de 30 eerste dagen van het nieuwe verzekeringsjaar zal AG Insurance een enige vrijstelling van 125,00 EUR toepassen.

De vrijstelling voor een eenpersoonskamer wordt opgetrokken tot 250,00 EUR.

8. Hoe wordt de terugbetaling van AG Insurance georganiseerd ingeval van toepassing van Medi-Assistance?

Elke aangeslotene bij de overeenkomst gezondheidszorgen kan, in geval van hospitalisatie, beroep doen op het systeem van de derdebetaler georganiseerd door ons "service center" Medi-Assistance. De derdebetaler bij een hospitalisatie kan worden aangevraagd via het nummer vermeld op de Medi-Assistancekaart of via de website <http://www.agemployeebenefits.be>.

De verzekerde kan bovendien het advies vragen over:

- de waarborgen van zijn contract;
- de eventuele tenlasteneming door AG Insurance;
- de eventuele regeling via derdebetalersregeling met het ziekenhuis;
- de bijkomende dienstverlening.

Ingeval van toekenning van de derdebetaler zijn de bepalingen hernomen in de punten 2 en 3 van de algemene voorwaarden enkel van toepassing op de waarborgen ambulante geneeskundige zorgen "pré- en post-hospitalisatie" en ernstige ziekten.

Als verzekerde en begunstigde van Medi-Assistance, ontvangt de verzekerde een Medi-Assistancekaart. Op deze kaart staat heel wat nuttige informatie, zoals het telefoonnummer van het servicecenter waarnaar de verzekerde kan bellen. Op basis van de gegevens die op zijn kaart staan, zal de contactpersoon hem alle informatie kunnen verschaffen over zijn waarborgen (of van de persoon voor wie hij belt). Hij kan ook bevestigen of AG Insurance de hospitalisatiekosten ten laste neemt en de derdebetaler toekent. Het servicecenter stuurt hiervan een bevestiging naar de verzekerde. Ook het ziekenhuis ontvangt een kopie van de brief. Zo kan het administratieve dossier worden aangemaakt. Bij aankomst in het ziekenhuis overhandigt de verzekerde de ondertekende bevestigingsbrief aan het onthaal. Het ziekenhuis stuurt de factuur naar AG Insurance.

De factuur wordt rechtstreeks door ons geregeld, en de verzekerde hoeft ook geen voorschot te betalen aan het ziekenhuis. Enkel de betaling van de contractuele vrijstelling kan bij de opname gevraagd worden. Indien dit het geval is, zal de bevestigingsbrief dit vermelden.

De kosten die niet door de overeenkomst gedekt zijn, blijven ten laste van de verzekerde. We denken daarbij niet alleen aan de vrijstelling, maar ook aan comfortkosten. Onze diensten zullen deze kosten indien nodig na de hospitalisatie recupereren bij de verzekerde. In geval van niet-betaling van deze verschuldigde bedragen, zal een forfaitaire vergoeding ten belope van 12,50 EUR (index 111.31, augustus 2009 - basis 2004=100) verschuldigd zijn aan AG Insurance, van rechtswege en zonder ingebrekestelling. Deze vergoeding varieert ieder jaar op 1 januari in functie van de evolutie van de index der consumptieprijzen, op basis van de index van de maand december van het vorige jaar. In geen geval zal dit bedrag lager zijn dan 12,50 EUR.

De procedure verandert niet bij dringende hospitalisatie. De verzekerde zelf, een verwant of een personeelslid van het ziekenhuis, neemt contact op met ons servicecenter Medi-Assistance en dit tijdens het verblijf in het ziekenhuis. Als aan de voorwaarden voldaan is, zal Medi-Assistance de

bevestigingsbrief via e-mail of fax naar het ziekenhuis sturen, met bevestiging van de terugbetaling en de derdebetaler. Dit zal gebeuren de eerste werkdag die volgt op de aanvraag.

Indien de procedure van derdebetaler niet van toepassing is, worden de bepalingen hernomen in de punten 2 en 3 van de algemene voorwaarden toegepast op het geheel van de waarborgen van de overeenkomst.

De beschrijving van de bijkomende dienstverlening, die georganiseerd en ten laste genomen wordt door onze bijstandsverlener, vindt u in punt 19 (Medi-Assistance).

9. Is er een plafond voor de terugbetaling van AG Insurance?

Er is geen plafond voor de terugbetaling van AG Insurance.

10. Hoeveel bedragen de premies en wanneer dienen ze betaald te worden?

Bij de invoegetrede van de overeenkomst gezondheidszorgen bedragen de maandelijkse premies *(te verhogen met RIZIV-bijdrage)*:

Premie volwassene	11,97 EUR
Premie kind (*)	4,77 EUR

* = kind jonger dan 25 jaar dat recht geeft op kinderbijslag OF fiscaal ten laste is van één van beide ouders tot de leeftijd van 25 jaar.

De premies zijn maandelijks betaalbaar op het einde van elke maand.

Op elke jaarlijkse vervaldatum kan de premie aangepast worden op grond van het indexcijfer der consumptieprijzen. 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 consumptieprijzen overschrijdt. De aanpassing gebeurt op basis van de verhouding tussen het globale indexcijfer van het 1ste trimester gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad eind mei van het jaar dat de vervaldag voorafgaat en het globale indexcijfer van het 1ste trimester dat een jaar vroeger in werking is getreden (4de trimester 2008 = 100).

In samenspraak met 'Het Fonds voor bestaanszekerheid van het Notariaat' kan een jaarlijkse bijkomende indexatie toegepast worden. Dit percentage zal bepaald worden in functie van de ervaren schadelast.

11. Wie financiert de overeenkomst gezondheidszorgen?

Op elke vervaldag betaalt de inrichter de premies, zowel voor het personeel als de echtgeno(o)t(e) en de kinderen, *inclusief de RIZIV-bijdrage* aan AG Insurance.

De overeenkomst gezondheidszorgen wordt als volgt gefinancierd:

	Premie voor het personeelslid	Premie voor de echtgeno(o)t(e) en de kinderen
Ten laste van de inrichter	100 %	- %
Ten laste van het personeelslid	- %	100 %

12. Wat gebeurt er wanneer een personeelslid met brugpensioen of met pensioen gaat?

Bij brugpensioen of pensioen van een personeelslid dat bij de overeenkomst gezondheidszorgen aangesloten is, kan de verzekering individueel voortgezet worden volgens de regels die in punt 14. hierna uiteengezet worden (beëindiging van de aansluiting).

Overgangmaatregel

Het personeelslid met brugpensioen of met pensioen vóór 1 januari 2012 en ook al zijn gezinsleden die reeds bij de overeenkomst gezondheidszorgen aangesloten waren blijven aangesloten bij deze overeenkomst.

Voor de volwassenen wordt het bedrag van de premie (*P*), voorzien onder punt 10. hiervoor, aangepast in functie van de leeftijd van het personeelslid dat met brugpensioen of met pensioen is.

Dit bedrag wordt vanaf

- 60 jaar: $P \times 1,00$ EUR
- 65 jaar: $P \times 3,30$ EUR
- 70 jaar: $P \times 4,05$ EUR

De premieverdeling ziet er als volgt uit:

	Premie voor het personeelslid	Premie voor de echtgeno(o)t(e) en de kinderen
Ten laste van de inrichter	- %	- %
Ten laste van de (brug)gepensioneerde	100 %	100 %

Op elke vervaldag betaalt de inrichter de premies *inclusief de RIZIV-bijdrage* aan AG Insurance.
Met brugpensioen wordt elk conventioneel brugpensioen bedoeld.

13. Wat gebeurt er wanneer een personeelslid overlijdt?

Bij overlijden van een personeelslid kunnen de leden van zijn gezin die bij de overeenkomst gezondheidszorgen aangesloten zijn, een individuele verzekering aangaan volgens de regels die in punt 14. hierna uiteengezet worden (beëindiging van de aansluiting).

Overgangsmaatregel

De gezinsleden van een personeelslid dat overleden is vóór 1 januari 2012 en die reeds bij de overeenkomst gezondheidszorgen aangesloten waren, blijven bij deze overeenkomst aangesloten.

Voor de weduwe of de weduwnaar wordt het bedrag van de premie (*P*), voorzien onder punt 10. hiervoor, aangepast in functie van de leeftijd die het overleden personeelslid zou bereikt hebben.

Dit bedrag wordt vanaf 60 jaar: $P \times 1,00$ EUR

65 jaar: $P \times 3,30$ EUR

70 jaar: $P \times 4,05$ EUR

De premieverdeling ziet er als volgt uit:

	Premie voor de echtgeno(o)t(e) en de kinderen
Ten laste van de inrichter	- %
Ten laste van de echtgeno(o)t(e)	100 %

Op elke vervaldag betaalt de inrichter de premies *inclusief de RIZIV-bijdrage* aan AG Insurance.

14. Wat gebeurt er indien het verzekerd personeelslid en/of de gezinsleden het voordeel van de beroepsgebonden verzekering verliezen (beëindiging van de aansluiting of opzegging van de overeenkomst)?

Elke aangeslotene kan, ingeval van verlies van de beroepsgebonden dekking, een individuele verzekering gezondheidszorgen afsluiten, waarbij hij van volgende voordelen geniet:

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

De algemene voorwaarden zijn die van de individuele contracten die van kracht zijn bij de voortzetting, maar aangepast om rekening te houden met de bovengenoemde voordelen.

Informatie te verstrekken door de inrichter

De inrichter brengt het verzekerd personeelslid ten laatste 30 dagen na het verlies van de beroepsgebonden dekking schriftelijk of elektronisch op de hoogte van:

- het **precieze tijdstip** van het verlies van de beroepsgebonden dekking; overeenkomstig punt 5. van deze overeenkomst is dit de dag waarop het personeelslid niet meer effectief aan het werk is bij een werkgever die onder het toepassingsgebied van de CAO van 13 oktober 2011 valt, ingevolge de stopzetting of de schorsing van zijn arbeidsovereenkomst;
- de **mogelijkheid** om de verzekering **individueel voort te zetten**;
- de **contactgegevens** van AG Insurance;
- de **termijn van 30 dagen** waarbinnen het verzekerd personeelslid en in voorkomend geval de gezinsleden, het recht op individuele voortzetting kunnen uitoefenen: deze termijn begint te lopen op de dag van de ontvangst van huidig schrijven vanwege de inrichter. In dit schrijven wijst de inrichter er eveneens op dat het verzekerd personeelslid deze termijn met 30 dagen kan verlengen, op voorwaarde dat hij AG Insurance hiervan schriftelijk of elektronisch in kennis stelt.

Toekenningsvoorwaarden

Deze voordelen worden verleend, zowel aan het verzekerd personeelslid als aan de eventuele gezinsleden indien aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- a. Het personeelslid moet gedurende de twee jaren die voorafgaan aan het verlies van de beroepsgebonden waarborg, ononderbroken aangesloten geweest zijn bij een of meer opeenvolgende overeenkomsten gezondheidszorgen, afgesloten bij een verzekeringsonderneming.

Voor het verzekerd personeelslid en de eventuele gezinsleden is deze voorwaarde niet van toepassing ingeval van pensionering, conventioneel brugpensioen, overlijden of ingeval van stopzetting van de activiteiten van een werkgever die onder het toepassingsgebied van de CAO van 13 oktober 2011 valt, voor zover de aansluiting gebeurd is op het tijdstip waarop aan de aansluitingsvoorwaarden was voldaan.

Voor de eventuele gezinsleden geldt deze voorwaarde 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. De aanvraag moet betrekking hebben op alle aangeslotenen van eenzelfde gezin die op hetzelfde tijdstip het voordeel van de beroepsgebonden verzekering verliezen.

- b. De aanvraag tot individuele voortzetting 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, in geval van faillissement of vereffening, van de curator respectievelijk de vereffenaar met betrekking tot de mogelijkheid tot individuele voortzetting. Hiertoe worden door AG Insurance specifieke documenten ter beschikking gesteld. Het individuele contract moet in voege treden op de dag waarop de aansluiting bij de overeenkomst gezondheidszorgen beëindigd wordt.

Een verzekerd gezinslid dat het voordeel van de beroepsgebonden verzekering verliest om een andere reden dan het verlies van het voordeel van de verzekering door 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 gezinslid het voordeel van de beroepsgebonden verzekering verliest.

Het recht op individuele voortzetting vervalt hoe dan ook, zowel voor de aangeslotene als voor het verzekerde gezinslid, indien de voortzetting niet is aangevraagd bij AG Insurance

binnen een termijn van **105 dagen** te rekenen vanaf de dag waarop de aangeslotene of het gezinslid het voordeel van de beroepsgebonden dekking heeft verloren.

- c. De verzekerde waarborg van de individuele voortzetting is gelijksoortig met die van de beroepsgebonden overeenkomst gezondheidszorgen.
- d. De uitsluitingen en bijpremies die van toepassing zijn in het plan gezondheidszorgen worden gehandhaafd.

AG Insurance behoudt zich het recht voor deze bepalingen te herzien, onder meer bij wijzigingen van de algemene voorwaarden of van het tarief voor de individuele contracten.

Bij beëindiging van de aansluiting of opzegging van de overeenkomst gezondheidszorgen zal AG Insurance 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 van een personeelslid wordt beëindigd zonder dat de overeenkomst gezondheidszorgen is opgezegd, zal AG Insurance overeenkomstig punt 7. (terugbetaling van AG Insurance) 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.

15. Kan de inrichter de overeenkomst gezondheidszorgen wijzigen of stopzetten?

De inrichter kan op het einde van elk verzekeringsjaar het plan gezondheidszorgen wijzigen of stopzetten, binnen de perken van de algemene voorwaarden.

Nochtans, in geval van opzegging door één van de partijen, zal de opzegperiode van 3 maanden verlengd worden tot een periode van 180 dagen (6 maanden).

Bij elke wijziging maakt AG Insurance een genummerde bijlage bij de bijzondere voorwaarden op, die aan de inrichter wordt overhandigd. De inrichter stelt de wijzigingen van de bijzondere voorwaarden ter beschikking via het e-notariaat.

16. Wat gebeurt er ingeval de inrichter verdwijnt?

Ingeval van verdwijnen van de inrichter en de verplichtingen niet worden overgenomen door een andere inrichter, wordt de overeenkomst gezondheidszorgen eveneens beëindigd. Het personeelslid en de eventuele gezinsleden blijven het recht op voortzetting behouden volgens de voorwaarden bepaald in punt 14.

17. Wat dient er bij schadegeval gedaan te worden?

In tegenstelling met de algemene voorwaarden (artikel 2) moet de aangeslotene of de inrichter de aangifte binnen 6 maanden na het voorval indienen. De andere bepalingen van artikel 2 blijven van toepassing.

In tegenstelling met de algemene voorwaarden (artikel 3) moeten de bewijsstukken in het bezit zijn van AG Insurance binnen 2 jaar, te rekenen vanaf de datum van de geneeskundige verstrekking. De andere bepalingen van artikel 3 blijven van toepassing.

18. Ziekenhuisopname in het buitenland en bijstand

Voor deze waarborg doen wij beroep op de bijstandsverlener INTER PARTNER ASSISTANCE, hierna de bijstandsverlener genoemd.

Ze wordt geregeld door dezelfde algemene en bijzondere voorwaarden, onder voorbehoud van de hierna volgende bepalingen. Deze waarborg geldt enkel in het buitenland.

I. DEFINITIES

Bevoegde medische autoriteit

De beoefenaars van de medische praktijk die erkend worden door de Belgische wetgeving of de wetgeving in voege in het betrokken land.

Bijstandsverlener

INTER PARTNER ASSISTANCE N.V., de Europese Groep N.V. Verzekeringmaatschappij toegelaten onder het codenummer 0487 voor toeristische verzekeringen (KB van 01.07.79 en 13.07.79 B.S. en 14.07.79) met zetel te B-1050 Brussel, Louizalaan 166, RPR 0415.591.055.

Gezondheidsevacuatie

Het ziekentransport van een zieke of gekwetste verzekerde, eventueel bijgestaan door medisch personeel (geneesheer/verpleger), naar een verpleeginrichting in België of in het buitenland.

Een gezondheidsevacuatie zal alleen in medische noodgevallen toegepast worden en wanneer de aangepaste verzorging ter plaatse onmogelijk is.

Hotelkosten

De kosten van de kamer en het ontbijt.

Medisch incident

Een ziekte of ongeval overkomen aan een verzekerde.

Ongeval

Een plotselinge gebeurtenis, onafhankelijk van de wil van de verzekeringnemer, met een lichamelijk letsel of kwetsuur als gevolg, vastgesteld door een bevoegde medische autoriteit en waarvan de oorzaak of één van de oorzaken extern is aan het organisme van het slachtoffer.

Repatriëring

Het repatriëren van de verzekerde(n) naar de wettelijke woonplaats in België.

Verzekerde(n)

De personen vermeld in de bijzondere voorwaarden van het onderschreven contract en die gedurende de 12 maanden voorafgaand aan het schadegeval, niet in het buitenland verbleven hebben gedurende meer dan 3 maanden.

Ziekte

De aantasting van de fysieke of mentale gezondheid, vastgesteld door een medische autoriteit en dat objectieve symptomen met zich meebrengt; de aantasting van de gezondheid mag niet te wijten zijn aan een ongeval.

II. BIJSTAND AAN PERSONEN

De prestaties voor bijstand ingeval van een medisch incident zijn verworven tengevolge van ziekte of ongeval overkomen aan de verzekerde.

2.1. Opzoekings- en reddingskosten

De bijstandsverlener vergoedt in geval van medisch incident de opzoekings- en reddingskosten om het leven of de fysieke integriteit van een verzekerde te redden tot een maximumbedrag van 5.000,00 EUR per schadegeval, op voorwaarde dat de redding het gevolg is van een beslissing genomen door de bevoegde plaatselijke autoriteiten of officiële hulporganisaties.

De bijstandsverlener moet uitdrukkelijk en zonder verwijl van de gebeurtenis verwittigd worden en een attest van de plaatselijke autoriteiten en hulpdiensten moet haar overgemaakt worden.

2.2. Medische bijstand

Indien een medisch incident overkomt aan de verzekerde, stelt het medisch team van de bijstandsverlener zich onmiddellijk na de eerste oproep, in verbinding met de behandelende geneesheer ter plaatse teneinde tussen te kunnen komen in de beste omstandigheden, aangepast aan de toestand van de verzekerde.

Op verzoek van de verzekerde organiseert de bijstandsverlener de communicatie tussen de behandelende arts in het buitenland en de huisarts.

In elk geval gebeurt de organisatie van de eerste hulp door plaatselijke instanties.

2.3. Ter plaatse zenden van een arts

Tengevolge van een medisch incident en wanneer het team van de bijstandsverlener zulks nodig acht, mandateert de bijstandsverlener een arts of een medisch team om zich naar de verzekerde te begeven om de te nemen maatregelen beter te beoordelen en ze te organiseren.

2.4. Repatriëring of vervoer tengevolge van een ziekte of een ongeval

Indien de verzekerde gehospitaliseerd is tengevolge van een ziekte of een lichamelijk ongeval en indien het medisch team van de bijstandsverlener het nodig acht hem te vervoeren naar een medisch centrum dat beter uitgerust is, meer gespecialiseerd is of dichterbij zijn woonplaats in België, organiseert de bijstandsverlener en neemt zij ten laste de repatriëring of het transport om gezondheidsredenen van de zieke of gekwetste verzekerde, onder medische bewaking indien nodig, en volgens de ernst van het geval.

Dit transport gebeurt per:

- spoorweg (1ste klasse) ;
- licht sanitair voertuig ;
- ziekenwagen ;
- lijnvliegtuig, economische klasse met bijzondere aanpassing indien nodig ;
- sanitair vliegtuig;

tot in het ziekenhuis in de buurt van de woonplaats van de verzekerde in België of, indien de staat van de verzekerde niet noopt tot hospitalisatie, tot aan zijn woonplaats.

Indien de gebeurtenis plaats heeft buiten Europa en de omliggende landen van de Middellandse Zee, zal het transport enkel per lijnvliegtuig gebeuren.

De beslissing tot transport en van de wijze waarop wordt genomen door de arts van de bijstandsverlener en zulks enkel in functie van de technische en medische belangen.

De arts van de bijstandsverlener moet voor ieder transport zijn toestemming gegeven hebben.

De bijstandsverlener mag eveneens vragen aan de verzekerde om zijn oorspronkelijk vervoerbewijs te gebruiken indien dit mogelijk is.

Indien deze vraag niet gesteld is en wanneer de bijstandsverlener de terugkeer voor zijn rekening genomen heeft, is de verzekerde verplicht om zijn niet gebruikt vervoerbewijs aan de bijstandsverlener over te maken van zodra hij terug is.

2.5. Terugbetaling van medische kosten tengevolge van een medisch incident in het buitenland

De bijstandsverlener neemt de kosten voortvloeiend uit de verzorging ontvangen in het buitenland voor haar rekening voor zover deze het gevolg zijn van een medisch incident en dit na tussenkomst van de prestaties van elke derde-betaler.

Deze waarborg omvat:

- de medische en heelkundige erelonen
- de door een plaatselijke arts of chirurg voorgeschreven geneesmiddelen
- de hospitalisatiekosten in zoverre de verzekerde volgens het oordeel van de artsen van de bijstandsverlener niet mag vervoerd worden
- de kosten voor een plaatselijk traject per ziekenwagen bevolen door een arts.

Worden niet terugbetaald:

- de tussenkomsten en behandelingen van esthetische aard;

- de medische kosten aangegaan in België, of ze nu al dan niet voortvloeien uit een ongeval of een ziekte opgelopen in het buitenland;
- de kosten van preventieve geneeskunde en kuurbehandelingen;
- de behandelingen die niet erkend zijn door de Belgische sociale zekerheid;
- de kosten voor brillen, contactlenzen, medische apparaten en van prothesen in het algemeen, met uitzondering van deze die het gevolg zijn van een ziekenhuisopname in het buitenland;
- de kosten voortvloeiend uit het gebruik van verdovende middelen (tenzij op voorschrift) of uit alcoholmisbruik, de kosten als gevolg van een klaarblijkelijk roekeloze daad, weddenschap of uitdaging;
- elke vraag voor tussenkomst die niet geformuleerd werd op het ogenblik van de gebeurtenis met uitzondering van de medische kosten in het buitenland.

Voorwaarden voor terugbetaling van de medische zorgen:

- A. De ziekenhuisopname in het buitenland moet een dringend en onvoorzienbaar karakter hebben of er moet een voorafgaandelijk akkoord met de mutualiteit gesloten zijn.
- B. Deze tenlastenemingen en/of terugbetalingen komen in aanvulling op de terugbetalingen en/of tenlastenemingen bekomen door de verzekerde of zijn rechthebbende bij de sociale zekerheid en elke andere organisatie van voorzorg waarbij hij is aangesloten.
- C. De tenlastenemingen en/of terugbetaling van de kosten voor behandeling gebeurt volgens het openbaar stelsel. De tenlasteneming en/of terugbetaling van kosten voor behandeling volgens het privé-stelsel gebeurt slechts als de technische of medische gegevens dit rechtvaardigen en nadat de medische dienst van de bijstandsverlener voorafgaandelijk zijn akkoord daaromtrent heeft gegeven.
- D. Wanneer de verzekerde geen recht heeft op wettelijke tegemoetkomingen bij de sociale zekerheid of bij elke andere organisatie van voorzorg, dan komt de bijstandsverlener enkel tussen in de terugbetaling van de medische kosten ten belope van 50%.

Betalingsmodaliteiten van de medische kosten:

Ingeval van ziekenhuisopname in het buitenland neemt de bijstandsverlener de medische kosten rechtstreeks ten laste. In dat geval verplicht de verzekerde zich ertoe om binnen een termijn van 2 maand volgend op de ontvangst van de facturen, de nodige stappen te ondernemen voor de terugbetaling van deze kosten door de sociale zekerheid of door elke andere organisatie van voorzorg waarbij hij is aangesloten. De aldus bekomen bedragen worden overgemaakt aan de bijstandsverlener.

Indien de verzekerde de kosten zelf heeft ten laste genomen, worden deze door de bijstandsverlener vergoed bij zijn terugkeer in België, na verhaal op de sociale zekerheid of bij elke andere organisatie van voorzorg en dit op voorlegging van alle originele bewijsstukken.

2.6. Het opsturen van geneesmiddelen, prothesen en brillen

Wanneer de verzekerde zich, ingevolge een medisch incident, bevindt zonder de noodzakelijke geneesmiddelen, prothese of bril en indien gelijkaardige of dezelfde geneesmiddelen, prothese of bril ter plaatse niet gevonden kunnen worden, maar wel

in België, dan organiseert de bijstandsverlener het zoeken, verzenden en ter beschikking stellen ervan op voorschrift van een bevoegde medische autoriteit, dit na voorafgaandelijk akkoord van haar medische dienst.

Hun aankoopprijs, eventueel vermeerderd met de douanekosten, blijft ten laste van de verzekerde, tenzij dit valt onder de waarborg van dit contract zoals onder punt 2.5. hierboven beschreven.

2.7. Kosten van repatriëring van de andere verzekerden in geval van een gezondheidsevacuatie of van overlijden van een verzekerde in het buitenland

Ingeval van een gezondheidsevacuatie of van overlijden van een verzekerde in het buitenland, organiseert de bijstandsverlener en neemt zij ten laste, tot aan hun woonplaats in België, de vervroegde terugkeer van de overige verzekerden per trein 1e klasse (afstand tot woonplaats kleiner dan 1000 km) of per lijnvliegtuig economische klasse (afstand tot woonplaats groter dan 1000 km).

Deze waarborg is van toepassing voor zover de overige verzekerden geen gebruik kunnen maken van hetzelfde vervoermiddel als voor de heenreis of niet naar België kunnen terugkeren op eigen kracht of met een vervangingsbestuurder.

De bijstandsverlener kan eveneens vragen aan de verzekerde om zijn oorspronkelijk voorziene vervoerbewijs te gebruiken. Indien dit verzoek niet geformuleerd is en wanneer de bijstandsverlener de terugreis voor haar rekening neemt, is de verzekerde verplicht om het ongebruikt vervoerbewijs van zodra hij terug is, over te maken aan de bijstandsverlener, die er de eigendom van verwerft.

2.8. Bezoek aan een verzekerde opgenomen in een buitenlands ziekenhuis

Indien de verzekerde wordt opgenomen in het buitenland ten gevolge van een medisch incident en de door de bijstandsverlener gemandateerde artsen adviseren om hem de eerste 5 dagen niet te vervoeren, dan organiseert en neemt de bijstandsverlener voor haar rekening:

- hetzij een reis (heen en terug) van een familielid of van een aanverwant, verblijvend in België, om zich bij de zieke of de gekwetste te voegen.
De hotelkosten ter plaatse van deze persoon zijn voor rekening van de bijstandsverlener tot een maximumbedrag van 65,00 EUR per dag, dit gedurende maximum 10 dagen, en na voorlegging van de originele bewijsstukken.
- hetzij, de kosten voor het verlengen van het verblijf van een persoon die de verzekerde begeleidt, ten belope van hetzelfde bedrag en onder dezelfde voorwaarden.

2.9. Repatriëring na overlijden van een verzekerde tijdens een reis

Bij overlijden van een verzekerde in het buitenland en indien de familie beslist tot teraardebestelling in België, zal de bijstandsverlener het vervoer organiseren van het stoffelijk overschot en neemt zij ten laste:

- de kosten van de lijkverzorging
- de kosten van de kisting ter plaatse
- de kosten van de kist voor 620,00 EUR maximum
- de kosten voor de repatriëring van het stoffelijk overschot van de plaats van overlijden naar de plaats van teraardebestelling in België.

De kosten voor de begrafenisplechtigheid en de teraardebestelling in België worden niet door de bijstandsverlener ten laste genomen.

Indien de familie kiest voor een teraardebestelling ter plaatse in het buitenland zal de bijstandsverlener dezelfde prestaties organiseren en de kosten ten laste nemen zoals reeds hierboven vermeld.

Daarenboven organiseert en neemt de bijstandsverlener ook de reis (heen en terug) ten laste van een familielid met woonplaats in België per trein 1ste klasse (afstand naar woonplaats kleiner dan 1000 km) of per lijnvliegtuig economische klasse (afstand naar woonplaats groter dan 1000 km) om zich op de plaats van de teraardebestelling te begeven.

Ingeval van crematie ter plaatse in het buitenland met ceremonie in België, neemt de bijstandsverlener de repatriëring van de asurn ten laste. De tussenkomst van de bijstandsverlener is in elk geval beperkt tot de kosten van de repatriëring van het stoffelijk overschot naar België.

De keuze van de firma's die tussenkomen in de procedure van repatriëring behoort uitsluitend toe aan de bijstandsverlener.
De bijstandsverlener zal eveneens in dit geval de niet-gebruikte vervoerbewijzen, die haar eigendom worden, mogen opvragen.

III. Melding van een ziekenhuisopname in het buitenland

In geval van ziekenhuisopname in het buitenland dient de melding te gebeuren binnen de 24 uur op het telefoonnummer +32(0) 78 15.11.70 (24u/24u) van INTER PARTNER ASSISTANCE.

19. Medi-Assistance - Bijkomende dienstverlening tijdens en na de hospitalisatie

Voor deze waarborg doen wij een beroep op onze bijstandsverzekeraar INTER PARTNER ASSISTANCE, hierna de bijstandsverlener genoemd. AG Insurance behoudt zich het recht voor van bijstandsverlener te veranderen voor de uitvoering van de voorziene prestaties.

De algemene en bijzondere voorwaarden, zijn van toepassing, onder voor behoud van de hiernavolgende bepalingen.

I. DOEL EN OMVANG VAN DE BIJSTAND

1. Doel

De bijstandsverlener verzekert, tot het plafond van de aangegeven bedragen, belastingen inbegrepen, een bijstandsdienst in geval van hospitalisatie in België gedekt door dit contract.

Op verzoek van de verzekerde kunnen de verleende prestaties verlengd worden tot boven de limieten van de waarborg. De kosten betreffende de verlengingen zullen volledig gedragen worden door de verzekerde.

2. Verzekeringsgebied

De bijstandsdienst wordt verleend in België. Hij wordt gepresteerd in de wettelijke woonplaats of de woonplaats gekozen door de verzekerde.

II. VOORWAARDEN TOT VERLENEN VAN DE BIJSTANDSDIENST

De hospitalisatie die aanleiding geeft tot het verlenen van de aanvullende diensten moet aangegeven worden bij het **service center Medi-Assistance** door de verzekerde of een persoon uit zijn omgeving in geval van spoedhospitalisatie.

Na dit telefonisch onderhoud stelt de verzekerde zich in verbinding met de bijstandsverlener die de overeengekomen prestaties organiseert. Het verzoek tot toegang tot de diensten moet ingediend worden uiterlijk binnen de 30 dagen die volgen op het einde van de hospitalisatie en moeten, met uitzondering van de diensten vermeld in punt III.3. hierna, worden opgenomen vóór het verstrijken van de gewaarborgde post-hospitalisatieperiode.

III. BIJSTAND IN BELGIE

1. Tijdens de hospitalisatie

Tijdens de hospitalisatie organiseert en neemt de bijstandsverlener de hierna aangeboden prestaties op zich tot vijf prestaties per verzekeringsjaar in totaal, met een maximumduur van 4 uur elk, te kiezen uit :

1.1. Huishoudhulp

Indien een verzekerde in een verpleeginrichting in België opgenomen moet worden en op geen enkel ander persoon een beroep gedaan kan worden voor het onderhoud van zijn woning, organiseert en neemt de bijstandsverlener de kosten op zich voor een huishoudhulp voor maximum 4 uur per prestatie.

1.2. Kinderoppas

Indien een verzekerde, vader of moeder van een kind jonger dan 16 jaar, in een verpleeginrichting opgenomen moet worden in België en op geen enkel ander persoon een beroep gedaan kan worden voor de kinderoppas, organiseert en neemt de bijstandsverlener de kinderoppas op zich voor maximum 4 uur per prestatie.

1.3. Oppas van huisdieren

Ten gevolge van een gedekte hospitalisatie, organiseert en neemt de bijstandsverlener de oppas of de dagelijkse wandeling op zich van de huisdieren (honden en katten) voor maximum 4 uur per prestatie.

1.4. Vervoer

Vervoer naar het ziekenhuis

Indien, ten gevolge van een gedekte hospitalisatie, de verzekerde zich naar het ziekenhuis moet begeven op eigen krachten, organiseert en neemt de bijstandsverlener het transport op zich op verzoek van de verzekerde, tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis, onder medisch toezicht indien nodig.

En indien, na afloop van de hospitalisatie, de verzekerde zich niet kan verplaatsen op eigen krachten, organiseert en neemt de bijstandsverlener het vervoer naar zijn woning op zich.

Bezoek van de verzekerde in het ziekenhuis

Ten gevolge van een gedekte hospitalisatie organiseert en neemt de bijstandsverlener het vervoer op zich van en naar het ziekenhuis van de ouders (vader, moeder, echtgenoot(-ote)) of van de kinderen om zich naar de verzekerde te begeven.

Voor het totaal van de hierboven beschreven vervoerprestaties, is de tegemoetkoming van de bijstandsverlener beperkt tot drie verplaatsingen heen en terug voor één enkele hospitalisatieperiode en voor 250,00 EUR maximum per verzekeringsjaar en per verzekerde. Als referentie voor de berekening van dit plafond wordt rekening gehouden met het verzekeringsjaar waarin de ziekenhuisopname heeft plaatsgevonden.

2. Na de hospitalisatie

Na de opname in een verpleeginrichting in België organiseert en neemt de bijstandsverlener de hierna vermelde aangeboden prestaties ten laste. Deze prestaties dienen aangevraagd te worden binnen de 30 dagen die volgen op het einde van de hospitalisatie. De verzekerde kan tot vijf prestaties in totaal per verzekeringsjaar voor een duur van maximum 4 uur elk, te kiezen uit :

2.1. Huishoudhulp

Indien, ten gevolge van een gedekte hospitalisatie, de verzekerde niet in staat is om alleen het huishouden voor zijn rekening te nemen, organiseert en neemt de bijstandsverlener de kosten van een huishoudhulp ten laste voor maximum 4 uur per prestatie.

2.2. Levering van aankopen van eerste noodwendigheid

Indien, ten gevolge van een gedekte hospitalisatie, de verzekerde niet in staat is om zich te verplaatsen en geen enkele andere persoon kan tussenkomen, organiseert de bijstandsverlener de levering van de geneesmiddelen voorgeschreven op doktersvoorschrift en/of de aankopen van voedingswaren van eerste noodwendigheid.

De kosten betreffende de aankoop zelf blijven ten laste van de verzekerde.

2.3 Kinderoppas

Indien een verzekerde, vader of moeder van een kind jonger dan 16 jaar, ten gevolge van een gedekte hospitalisatie niet in staat is om op zijn kinderen te passen en op geen enkel ander persoon beroep gedaan kan worden voor de kinderoppas, organiseert en neemt de bijstandsverlener de kinderoppas op zich voor maximum 4 uur per prestatie.

2.4. Oppas van huisdieren

Ten gevolge van een gedekte hospitalisatie, organiseert en neemt de bijstandsverlener het toezicht of de dagelijkse wandeling op zich van de huisdieren (honden en katten) voor maximum 4 uur per prestatie.

2.5. Postnatale zorg

Na afloop van de hospitalisatie organiseert en neemt de bijstandsverlener de kosten op zich van een vroedvrouw voor maximum 4 uur per prestatie.

2.6. Reisweg van de kinderen

Indien, ten gevolge van een gedekte hospitalisatie, de verzekerde niet in staat is om zijn kinderen te vervoeren, organiseert en neemt de bijstandsverlener het vervoer op zich voor het brengen en halen van de kinderen jonger dan 16 jaar naar en van school.

2.7. Vervoer van de verzekerde

Indien, ten gevolge van een hospitalisatie, de verzekerde zich niet kan verplaatsen op eigen krachten, organiseert en neemt de bijstandsverlener zijn vervoer op zich van en naar het hospitaal of medisch centrum voor de controlebezoeken.

De tussenkomst van de bijstandsverlener is beperkt tot drie verplaatsingen heen en terug voor één enkele hospitalisatieperiode en tot maximum 250,00 EUR per verzekeringsjaar en per verzekerde. Als referentie voor de berekening van dit plafond wordt rekening gehouden met het verzekeringsjaar waarin de ziekenhuisopname heeft plaatsgevonden.

3. **Bijkomende bijstand**

3.1. Psychologische bijstand

De bijstandsverlener stelt de verzekerden een telefonische bijstandsdienst ter beschikking 24 uur op 24, 7 dagen op 7, bestemd om "on line" een eerste psychologische bijstand te verlenen en zal hem, indien nodig, oriënteren naar een gespecialiseerde bijstandsinstelling.

Op verzoek van de verzekerde, ten gevolge van privé- of professionele problemen, deelt de bijstandsverlener de gegevens mee van onderlinge-bijstandsverenigingen gespecialiseerd in psychologische bijstand.

3.2. Telefonische inlichtingen voor post-hospitalisatiezorg

Op verzoek van de verzekerde, stelt de bijstandsverlener de verzekerde ter beschikking:

- de gegevens van paramedische verzorgingsinstellingen;
- de gegevens van de te contacteren apotheker en wachtgeneesheer;
- de gegevens van de thuisverzorgingsinstellingen;
- de gegevens van ondernemingen die medisch materiaal verhuren.

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 verzekerde om individueel een bijkomende premie te betalen, waardoor de premie van de voortgezette individuele hospitalisatieverzekering, berekend wordt rekening houdend met de leeftijd waarop de verzekerde de bijkomende premies is beginnen 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 vastgeklikt, maar eveneens de beroepsgebonden 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.

De bijzondere voorwaarden vervolledigen en verduidelijken de algemene voorwaarden.

Alle kwesties waarin de bijzondere voorwaarden niet voorzien, worden geregeld overeenkomstig de algemene voorwaarden.

Opgemaakt in tweevoud te Brussel, op 13 september 2011.

Voor het **Fonds voor
bestaanszekerheid van het Notariaat,**

Voor **AG Insurance,**

Naam en hoedanigheid van de ondertekenaar die verklaart
geldig de inrichter te verbinden

Dirk FORIER

AG Employee Benefits

■ Algemene Voorwaarden

Income Care

Tel. +32(0)2 664 82 11 – Fax +32(0)2 664 83 09

■ Inhoudstafel

<i>Lexicon</i>		3
<i>Voorwerp en omvang van de verzekering</i>	1. Voorwerp van de verzekering	5
	2. Medische formaliteiten	5
	3. Voorafbestaande aandoeningen	5
	4. Territoriale begrenzing van de waarborg	5
	5. Uitsluitingen	6
	6. Zijn oorlogsfeiten gewaarborgd ?	6
	7. Is oproer gewaarborgd ?	6
	8. Verhaal tegen een aansprakelijke derde	6
<i>Werking van de overeenkomst</i>	9. Mededelingen aan de maatschappij	7
	10. Betaling van de premie	7
	11. Wat gebeurt er indien de premies niet betaald worden ?	7
	12. Duur van de overeenkomst	7
<i>De schadegevallen</i>	13. Aangifte van een schadegeval	8
	14. Beëindiging van de aansluiting en gevolgen op een lopend schadegeval	8
	15. Hervallen	8
	16. Voorwaarden van vergoeding	9
	17. Betwistingen en meningsverschillen van medische aard	9
<i>Diverse bepalingen</i>	18. In voege treden van de overeenkomst	10
	19. In welke gevallen kan de overeenkomst worden opgezegd of beëindigd ?	10
	20. Opzeggingsmodaliteiten en gevolgen van de opzegging op een lopend schadegeval	10
	21. Bevoegde rechtbanken	10
	22. Toepasselijke wetgeving	10
	23. Kosten	10
	24. Wijziging van premies of voorwaarden	11
	25. Briefwisseling tussen partijen	11
	26. Bescherming van de persoonlijke levenssfeer	11
	27. Toezicht op de verzekeringsmaatschappijen en behandeling van klachten	12

■ Lexicon

Wat betekenen
volgende begrippen ?

De eerste keer dat deze in de tekst voorkomen, worden ze aangeduid in cursieve druk.

1. Aangeslotene

de verzekerde persoon die voldoet aan de aansluitingsvoorwaarden die vastgesteld zijn in de bijzondere voorwaarden.

2. Alcoholisme

Overmatig alcoholgebruik dat aanleiding geeft tot lichamelijke ziekten (zoals vitaminedeficiëntie, maagslijmvliesontsteking, zenuwontsteking, leverziekten,...) zonder dat er noodzakelijkerwijze sprake is van verslaving.

3. Beroepsleven

De tijd die besteed wordt aan de activiteiten die de aangeslotene uitoefent in dienst van de in de bijzondere voorwaarden als verzekeringnemer aangeduide onderneming, hierin begrepen de weg van en naar het werk zoals dit bepaald is in de wet van 10 april 1971 op de arbeidsongevallen.

4. Carenstijd

De periode die begint op de dag vastgesteld door de geneesheer als het begin van de economische invaliditeit en waarvan de duur vastgesteld is in de bijzondere voorwaarden.

Tijdens deze periode zijn de prestaties niet verschuldigd door AG Insurance. Wanneer een periode van economische invaliditeit gevolgd wordt door een nieuwe periode, veroorzaakt door een andere ziekte of ongeval, geldt een nieuwe carenstijd.

5. Economische invaliditeit

De vermindering van arbeidsgeschiktheid die werkelijk door de verzekerde ondergaan wordt, rekening houdend met het uitgeoefend beroep en de herscholingsmogelijkheden in een beroepsactiviteit die met zijn kennis en zijn bekwaamheid verenigbaar zijn. De beoordeling van de graad van economische invaliditeit staat dus los van enig ander economisch criterium.

De graad van economische invaliditeit die

in aanmerking genomen wordt, mag niet hoger zijn dan deze welke door de voorwaarden van de arbeidsmarkt in België zou worden bepaald.

6. Fysiologische invaliditeit

De vermindering van de lichamelijke integriteit van de verzekerde. De graad ervan wordt geraamd op grond van de Officiële Belgische Schaal tot vaststelling van de graad van invaliditeit of, bij ontstentenis, door een medische beslissing.

7. Hervallen

Een nieuwe economische invaliditeit die het gevolg is van dezelfde ziekte of hetzelfde ongeval, na een werkhervatting.

8. Klaarblijkelijk roekeloze daad

Een vrijwillige daad of nalatigheid, waardoor degene die ze begaan heeft zonder geldige reden wordt blootgesteld aan een gevaar waarvan hij zich bewust had moeten zijn.

9. Maatschappij

AG Insurance nv, E. Jacquainlaan 53, B-1000 Brussel – RPR Brussel – BTW BE 0404.494.849 - Onderneming toegelaten onder het codenummer 0079, takken 1 tot 18, 21 tot 23, 26 en 27 (BS 14/7/79, 14/1/87, 20/12/88, 13/2/91, 7/5/93, 12/5/05 en 14/6/05).

10. Ongeval

Een plotse en onvrijwillige gebeurtenis die een vaststelbaar lichamenlijk letsel als gevolg heeft en waarvan de oorzaak of één van de oorzaken zich buiten het organisme van de aangeslotene bevindt.

11. Opzettelijke daad

Hiermee wordt bedoeld dat de verzekerde vrijwillig en bewust een gedrag heeft vertoond dat schade heeft veroorzaakt die redelijkerwijze te voorzien was. Het is niet vereist dat hij de intentie had de schade teweeg te brengen zoals ze zich in werkelijkheid heeft voorgedaan.

■ Lexicon

12. Periode van medische aanvaarding
Dit is de periode gedurende dewelke de kandidaat-aangeslotene de door de maatschappij gevraagde medische formaliteiten dient te ondergaan noodzakelijk voor de evaluatie van het risico. Deze periode eindigt vanaf het ogenblik dat de aansluitingsmodaliteiten bekend worden gemaakt aan de kandidaat-aangeslotene.

13. Privé-leven
De tijd die buiten het beroepsleven verloopt en aan onbezoldigde activiteiten wordt besteed.

14. Schadegeval
Elke gebeurtenis waarbij de waarborgen van de overeenkomst kunnen worden aangesproken.

15. Tegemoetkomingsdrempel
De in de bijzondere voorwaarden overeengekomen graad van economische invaliditeit waaronder geen enkele prestatie verschuldigd is.

16. Verergering
De verhoging van de graad van economische invaliditeit.

17. Verzekeringnemer
De werkgever of de rechtspersoon die het contract afsluit ten voordele van de personen die in de bijzondere voorwaarden zijn aangeduid.

18. Verzekeringsjaar
Het jaar dat begint op de datum van invoeging van de overeenkomst en dat op elke verjaardag ervan vernieuwd wordt.

19. 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) en/of de eerste symptomen zich hebben voorgedaan vóór die datum.

20. Ziekte
Elke niet door een ongeval veroorzaakte aantasting van de gezondheid van de aangeslotene, die objectieve symptomen vertoont, en erkend is door een arts die de wettelijke toelating heeft om de geneeskunde uit te oefenen, hetzij in België, hetzij in het land waar de aangeslotene zich bevindt op het ogenblik dat de ziekte wordt vastgesteld. Verwickelingen ingevolge zwangerschap worden met een ziekte gelijkgesteld. De wettelijke bevallingsrust wordt gelijkgesteld met een periode van economische invaliditeit die voortvloeit uit een ziekte.

■ Voorwerp en omvang van de verzekering

1. Voorwerp van de verzekering

Deze verzekering vormt een aanvulling op de wettelijke uitkeringen bij economische invaliditeit ingevolge ziekte en/of ongeval en waarborgt volgens de modaliteiten bepaald in de bijzondere voorwaarden, de

betaling van de overeengekomen prestaties, van zodra de opgelopen economische invaliditeit de tegemoetkomingsdrempel bereikt.

2. Medische formaliteiten

AG Insurance heeft inzake het risico "invaliditeit" een acceptatiebeleid uitgewerkt dat medische formaliteiten voorschrijft.

Overeenkomstig dat beleid, bij aansluiting of bij verhoging van de voordelen, maakt AG Insurance in bepaalde gevallen de aanvaarding afhankelijk van het gunstig resultaat van een medisch onderzoek, op zijn kosten, uitgevoerd door een erkende arts.

Op grond van het resultaat van dit medisch onderzoek, kan AG Insurance de aansluiting of de verhoging van de voordelen aanvaarden, weigeren of uitstellen, een bijpremie aanrekenen en bepaalde aandoeningen uitsluiten.

De uitsluitingen van medische aard worden per brief aan de kandidaat-aangeslotene meegedeeld. Om te worden aangesloten of van de verhoging van de voordelen te genieten, dient deze laatste een voor akkoord ondertekende kopie ervan aan AG Insurance

terug te sturen.

De bijpremies worden per brief aan de schuldenaar van de premie meegedeeld en een kopie wordt aan de kandidaat-aangeslotene gezonden, wanneer deze laatste de betaling van de premies niet volledig ten laste neemt. Deze brief moet niet worden teruggestuurd naar AG Insurance, die de bijpremies automatisch toepast.

Het medisch acceptatiebeleid kan steeds worden herzien.

Gedurende de periode van medische aanvaarding in het kader van een nieuwe aansluiting geldt de waarborg enkel indien de economische invaliditeit het gevolg is van een ongeval en voor zover het contract voorziet in de waarborg ongeval tijdens het beroeps- en/of privé-leven. Van zodra de kandidaat-verzekerde aangesloten is treedt de volledige waarborg in werking.

3. Voorafbestaande aandoeningen

De waarborg wordt niet verleend indien de economische invaliditeit het gevolg is van een voorafbestaande aandoening. Niettemin wordt de verergering van de economische invaliditeit ingevolge een voorafbestaande ziekte in aanmerking genomen voor zover de aangeslotene niet getroffen werd door een economische of fysiologische invaliditeit in verband met de voorafbestaande aandoening gedurende het jaar dat volgt op zijn aansluiting.

De bovenstaande bepalingen zijn eveneens van toepassing ingeval van verhoging of uitbreiding van de waarborgen of indien de verhoging van de waarborgen het gevolg is van een verlenging van de arbeidsduur voor de deeltijdse werknemers. In dat geval wordt de ingangsdatum van de verhoogde waarborg of de datum van verandering van arbeidsduur gelijkgesteld met een nieuwe aansluitingsdatum.

4. Territoriale begrenzing van de waarborg

De waarborg wordt verleend over de hele wereld.

Buiten Europa wordt de waarborg evenwel slechts verleend indien AG Insurance,

zonder buitensporige kosten of moeilijkheden, de medische controle kan uitoefenen waarin voorzien is in deze overeenkomst.

■ Voorwerp en omvang van de verzekering

5. Uitsluitingen

De waarborg wordt niet verleend:

- a) indien de economische invaliditeit voortvloeit uit een aandoening die niet door een medisch onderzoek kan nagegaan worden of die voortvloeit uit een zenuw- of geestesaandoening die geen objectieve symptomen vertoont waardoor de diagnose onbetwistbaar wordt. Indien echter het werkelijk bestaan van de aandoening duidelijk is en erkend wordt, zowel door de behandelende arts als door de adviserende arts van AG Insurance, is de economische invaliditeit wel gedekt;
- b) indien de economische invaliditeit het gevolg is van *alcoholisme*;
- c) indien de economische invaliditeit voortvloeit uit de rechtstreekse of onrechtstreekse uitwerking van de splitsing van de atoomkern en van de kunstmatige versnelling van atoomdeeltjes; uit de uitwerking van Röntgenstralen of van radio-isotopen;

d) indien de economische invaliditeit het gevolg is van een *opzettelijke daad* of een poging tot zelfmoord van de aangeslotene of van een *klaarblijkelijk roekeloze daad* van de aangeslotene, behalve in geval van redding van personen of goederen.

e) indien de economische invaliditeit het gevolg is van een zware fout van de *aangeslotene*;

met zware fout wordt bedoeld :

- de vrijwillige deelneming van de aangeslotene aan een misdad of wanbedrijf;
- dronkenschap of alcoholintoxicatie van de aangeslotene, of wanneer hij zich onder invloed bevindt van verdovende middelen, hallucinogenen of andere drugs.

6. Zijn de oorlogsfeiten gewaarborgd ?

Ziekten of ongevallen die veroorzaakt zijn door oorlogsfeiten of door burgeroorlog zijn van de waarborg uitgesloten .

7. Is oproer gewaarborgd ?

Ziekten of ongevallen veroorzaakt door oproer of burgerlijke ongeregelheden, of politiek, ideologisch of sociaal geïnspireerde collectieve daden van geweld, zijn van de waarborg uitgesloten.

De waarborg wordt evenwel verleend indien de aangeslotene aantoonst :

- of dat hij er niet actief heeft aan deelgenomen;
- of dat hij zich in staat van wettige zelfverdediging bevond;

- of dat hij is opgetreden met het oog op de redding van personen of goederen.

De waarborg wordt verleend indien de ziekte of het ongeval veroorzaakt werd door terrorisme volgens de bepalingen van de wet van 1 april 2007 betreffende de verzekering tegen schade veroorzaakt door terrorisme. Hiertoe is AG Insurance toegetreden tot de VZW TRIP (terrorism Reinsurance and Insurance Pool) die opgericht is in uitvoering van voornoemde wet.

8. Verhaal tegen een aansprakelijke derde

Door het feit zelf dat de uitkering door AG Insurance verschuldigd of reeds verricht is, treedt AG Insurance in de plaats van de aangeslotene op om verhaal uit te oefenen tegen de aansprakelijke derde en/of tegen elke persoon die krachtens artikel 29 bis van de wet van 21 november 1989 betref-

fende de verplichte aansprakelijkheidsverzekering inzake motorrijtuigen gehouden is tussen te komen. De aangeslotene mag bijgevolg geen afstand doen van om het even welk verhaal zonder de voorafgaande instemming van AG Insurance.

■ Werking van de overeenkomst

9. Mededelingen aan de maatschappij

De aangeslotene dient bij het toetreden tot de overeenkomst elke omstandigheid mee te delen waarvan hij kennis heeft en die hij redelijkerwijze moet beschouwen als gegevens die van invloed kunnen zijn op de beoordeling van het risico. Hiertoe dient hij, indien van toepassing, waarheidsgetrouw te antwoorden op de vragen die hem in het kader van de medische formaliteiten worden gesteld.

De *verzekeringnemer* dient elk jaar de lijst van aangesloten werknemers mee te delen evenals de bezoldiging waarop de verzekerde rentes en de premies worden berekend. Bovendien moet AG Insurance zo vlug mogelijk en ten laatste binnen de 30 dagen op de hoogte gebracht worden van elke nieuwe aansluiting of vertrek van het

personeelslid tijdens het verzekeringsjaar ingevolge uitdiensttreding, pensionering of wijziging in het sociaal statuut. Dit geldt eveneens wanneer een aangeslotene overschakelt naar een ander arbeidsregime (deeltijds/voltijds, tijdskrediet,...).

AG Insurance kan de nietigheid van de aansluiting niet inroepen wegens een onjuiste of onvolledige verklaring, behalve ingeval van opzettelijke verzwijging of onjuist meedelen van gegevens. In dit geval zijn alle premies die vervallen zijn tot op het ogenblik waarop de maatschappij kennis kreeg van de fraude, verschuldigd als schadevergoeding en bij schadegeval kan zij haar waarborg weigeren.

10. Betaling van de premie

Op elke vervalddag stort de werkgever aan AG Insurance de premies voor het geheel van de aangeslotenen, verhoogd met de huidige en toekomstige kosten en belastingen. Deze storting gebeurt op basis van een borderel dat wordt opgemaakt door AG Insurance.

De premies zijn voor elke aangeslotene verschuldigd vanaf de eerste dag van de maand van aansluiting tot de laatste dag van de maand waarin zijn aansluiting wordt beëindigd.

De overige modaliteiten zijn vastgelegd in de bijzondere voorwaarden.

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

Indien de premies niet betaald worden, stuurt AG Insurance per aangetekend schrijven een herinnering die geldt als ingebrekestelling en waarin de werkgever gewezen wordt op de gevolgen van de niet-betaling. Vijftien dagen vanaf de dag volgend op de afgifte bij de post van deze brief, wordt de waarborg van rechtswege geschorst.

De waarborg wordt opnieuw van kracht om 0 uur van de dag volgend op deze van de volledige betaling, aan AG Insurance, van de onbetaalde premies.

Tijdens de hierboven bedoelde schorsingsperiode behoudt AG Insurance zich het recht voor de verzekering op te zeggen.

Deze verzekering wordt gesloten voor een

12. Duur van de overeenkomst

duur van één jaar, te rekenen vanaf de aanvangsdatum.

Op het einde van elk *verzekeringsjaar* wordt de overeenkomst stilzwijgend verlengd voor de duur van één jaar, behalve

bij opzegging door één van de partijen, per aangetekende brief die minstens drie maanden vóór het einde van het verzekeringsjaar wordt verzonden.

AG Insurance moet door middel van de hier-

■ De schadegevallen

13. Aangifte van een schadegeval

toe bestemde formulieren in kennis worden gesteld van het *schadegeval*.

Bij die formulieren dienen alle documenten, attesten en rapporten gevoegd te worden die het bestaan en de ernst van het schadegeval kunnen bewijzen. AG Insurance kan ieder noodzakelijk geacht bijkomend stuk vorderen.

De aangeslotene vraagt aan zijn behandelende arts alle informatie betreffende zijn gezondheidstoestand in verband met de economische invaliditeit en deelt ze mee aan de adviserende arts van AG Insurance.

De aangifte moet gedaan worden door de aangeslotene, of door de werkgever zodra hij in kennis is gesteld van het schadegeval, uiterlijk 45 dagen na de aanvang van de

economische invaliditeit. Iedere verhoging of verlaging van de invaliditeitsgraad alsook de stopzetting van de arbeidsongeschiktheid moeten gemeld worden aan AG Insurance binnen een termijn van één maand.

AG Insurance behoudt zich het recht voor zijn tussenkomst te weigeren of te beperken indien de aangifte buiten die termijn is gedaan.

Evenwel zal AG Insurance van dat recht geen gebruik maken indien de aangifte zo spoedig als redelijkerwijze mogelijk gedaan is, rekening houdend met de omstandigheden.

14. Beëindiging van de aansluiting en gevolgen van beëindiging op een lopend schadegeval

In geval van beëindiging van de aansluiting blijven de lopende prestaties verschuldigd zolang de economische invaliditeit gerechtvaardigd is en voor zover deze niet minder bedraagt dan de graad voorzien door de in de bijzondere voorwaarden overeengekomen tegemoetkomingsdrempel.

Ze worden aangepast bij verlaging van de economische invaliditeitsgraad. De verergeringen en het hervallen, zelfs binnen de termijn van 15 dagen die volgen op de ver-

minderen van de economische invaliditeit, worden niet meer in aanmerking genomen. De aangeslotene dient de medische getuigschriften over te maken aan AG Insurance ter staving van zijn economische invaliditeit. Hij moet de *maatschappij* eveneens op de hoogte brengen van elke wijziging die de uitgekeerde prestaties kan beïnvloeden (brugpensioen, werkhervatting,....).

15. Hervallen

Bij *hervallen* binnen de 15 dagen die volgen op een vermindering van de economische invaliditeit onder de tegemoetkomingsdrempel, gaat AG Insurance ervan uit dat het gaat om een voortzetting van dezelfde economische invaliditeit.

Bij hervallen na 15 dagen maar vóór 60 dagen, moet de aangeslotene die arbeidsongeschikt is, bewijzen dat er werkelijk sprake is van hervallen. De onderbroken prestaties van AG Insurance hernemen normaal vanaf de datum van hervallen.

Desgevallend wordt de berekening van de lopende *carenstijd* voortgezet vanaf de datum van het hervallen. Er is dus geen toepassing van een nieuwe carenstijd. De verzekerde prestaties zijn evenwel niet verschuldigd gedurende de periode van gewaarborgd loon.

Hervallen na 60 dagen wordt beschouwd als een nieuwe economische invaliditeit. Dit betekent dus dat een nieuwe carenstijd begint te lopen.

■ De schadegevallen

16. Voorwaarden van vergoeding

Op ieder ogenblik mag AG Insurance de graad van economische invaliditeit herzien alsmede de gedane verklaringen en antwoorden verstrekt naar aanleiding van het verzoek tot inlichtingen nagaan. Hiertoe kan AG Insurance de aangeslotene verzoeken een medisch onderzoek te ondergaan bij een door AG Insurance opgegeven arts. De kosten van dit onderzoek worden door AG Insurance ten laste genomen. AG Insurance behoudt zich eveneens het recht voor om desgevallend beroep te doen op derden voor het uitvoeren van deze verzekering.

De verzekerde prestaties worden uitgekeerd na verstrijken van de in de bijzondere

voorwaarden voorziene carenstijd en voor zover de in de bijzondere voorwaarden bepaalde tegemoetkomingsdrempel is bereikt.

Tenzij anders overeengekomen worden de verzekerde prestaties aan de aangeslotene uitgekeerd. Alle door AG Insurance ten onrechte betaalde bedragen moeten worden terugbetaald.

De aangeslotene verbindt er zich toe de medische zorgen en behandelingen te ondergaan die noodzakelijk zijn voor de genezing en alle redelijke maatregelen te nemen teneinde de verergering van de gevolgen van het schadegeval te beperken.

17. Betwistingen en meningsverschillen van medische aard

Eventuele betwistingen van een door AG Insurance meegedeelde beslissing moeten hem binnen 30 dagen na de mededeling schriftelijk worden bevestigd.

Na verloop van die termijn wordt de beslissing als aanvaard beschouwd.

Indien de partijen niet akkoord gaan omtrent de gezondheidstoestand van de verzekerde zullen zij elk een geneesheer kiezen om hun geschil te beslechten (minnelijke medische expertise).

Ingeval de geneesheer van de verzekerde en deze van de maatschappij geen akkoord bereiken, zullen de betrokken partijen een derde geneesheer kiezen die moet beslissen.

Indien de partijen over deze keuze geen akkoord bereiken, zal de keuze overgelaten worden aan de Voorzitter van de Rechtbank van Eerste aanleg van de woonplaats van de aangeslotene.

De derde geneesheer zal onherroepelijk en in laatste instantie beslissen.

De kosten voor de aanduiding van de derde geneesheer, zijn erelonen alsook de kosten voor de aanvullende onderzoeken zullen door beide partijen, elk voor de helft, worden gedragen.

De aangeslotene verbindt er zich toe het nodige gevolg te geven aan de oproep van de artsen in het kader van deze werkzaamheden en alles in het werk te stellen teneinde de graad van economische invaliditeit te kunnen vaststellen.

Zolang de betwisting duurt, gebeurt de eventuele uitkering door AG Insurance op basis van het percentage dat door de arts van AG Insurance werd vastgesteld.

■ Diverse bepalingen

18. In voege treden van de overeenkomst

De overeenkomst treedt in voege zodra AG Insurance beschikt over de voor de aansluiting noodzakelijke inlichtingen en ten vroegste op de datum die in de bijzondere

voorwaarden is vastgesteld, voor zover de eerste premie werd betaald binnen de in het rekeninguitreksel gestelde termijn.

19. In welke gevallen kan de overeenkomst worden opgezegd of beëindigd?

Door de verzekeringnemer :

- hetzij op de jaardag van de ingangsdatum, hetzij op de jaarlijkse vervaldag overeenkomstig punt 12 hierboven ;
- ingeval van wijziging van de premies of voorwaarden, overeenkomstig punt 24 hieronder.

Door AG Insurance :

- tegen het einde van elke verzekeringsperiode overeenkomstig punt 12 hierboven ;
- in geval van niet-betaling van de premie

overeenkomstig punt 11 hierboven ;

- in geval van bedrog of poging tot bedrog. De overeenkomst eindigt eveneens bij stopzetting van de activiteiten van de werkgever, behalve indien de verplichtingen worden overgenomen door een andere werkgever. In geval van beëindiging van de activiteiten gelden de bepalingen van punt 14 hierboven en punt 20 hierna, wat de gevolgen op de lopende schadegevallen betreft.

20. Opzeggingsmodaliteiten en gevolgen van de opzegging op een lopend schadegeval

De opzegging gebeurt hetzij per aangetekend schrijven, hetzij per brief aan de bestemming overhandigd tegen ontvangstbewijs, hetzij per deurwaarders-exploot.

Behoudens andersluidende bepalingen in deze overeenkomst zal de opzegging slechts uitwerking hebben na het verstrijken van een termijn van één maand te rekenen vanaf de dag na de betekening of de datum van het ontvangstbewijs, of in geval van een aangetekend schrijven te rekenen vanaf de dag volgend op deze van afgifte bij de post.

Schadegevallen die zijn aangevangen tijdens de verzekerde periode en waarvoor

de aangeslotene een contractueel recht op uitkering verwerft, worden door AG Insurance ten laste genomen. Ze worden aangepast bij verlaging van de economische invaliditeitsgraad. Na de beëindiging van de overeenkomst worden de verergeringen en het hervallen, zelfs binnen de termijn van 15 dagen die volgen op de vermindering van de economische invaliditeit, niet meer in aanmerking genomen.

Na het beëindigen van de overeenkomst worden nieuwe schadegevallen niet ten laste genomen.

21. Bevoegde rechtbanken

Enkel de Belgische rechtbanken zijn bevoegd.

22. Toepasselijke wetgeving

De contractuele verhoudingen tussen de verzekeringnemer en AG Insurance zullen worden geregeld door de Belgische wet-

geving in het bijzonder door de Wet op de Landverzekeringsovereenkomst van 25 juni 1992.

23. Kosten

Indien bijzondere administratieve uitgaven worden veroorzaakt door toedoen van de werkgever of van de aangeslotene,

behoudt AG Insurance zich het recht voor extra kosten aan te rekenen.

■ Diverse bepalingen

24. *Wijziging van de premies of voorwaarden*

In geval van substantiële wijzigingen in de sociale zekerheid behoudt AG Insurance behoudt zich het recht voor, op het einde van elke verzekeringsjaar, de verzekeringsvoorwaarden te wijzigen. Bij een verhoging van de reële kostprijs van de verzekerde prestaties kan AG Insurance de in de bijzondere voorwaarden voorziene premies aanpassen.

In dat geval worden de overeenkomst en of de premies aangepast op het einde van het lopende verzekeringsjaar. De wijziging wordt aan de werkgever gemeld via een schrijven dat minstens 4 maand vóór het einde van het verzekeringsjaar wordt

verstuurd. De werkgever heeft het recht de overeenkomst op te zeggen uiterlijk 3 maanden voor deze jaarvervaldag. De overeenkomst eindigt dan op de vervaldag. De werkgever kan op het einde van elk verzekeringsjaar de voorwaarden van de verzekering wijzigen. Hiertoe dient hij AG Insurance minstens 4 maand voor het einde van het verzekeringsjaar schriftelijk op de hoogte te brengen. Bij elke wijziging maakt AG Insurance een genummerd bijvoegsel aan de bijzondere voorwaarden op. De werkgever bezorgt een kopie daarvan aan elk aangesloten personeelslid.

25. *Briefwisseling tussen partijen*

Om geldig te zijn moeten de mededelingen en kennisgevingen die voor de maatschappij bestemd zijn, gericht worden aan haar zetel in België, aan het in de overeenkomst aangeduide adres of aan het later door de maatschappij meegedeelde adres.

Mededelingen en kennisgevingen van AG Insurance aan de verzekeringnemer zijn geldig indien ze gericht worden aan het in de overeenkomst aangeduide adres of aan het door de verzekeringnemer later meegedeelde adres.

26. *Bescherming van de persoonlijke levenssfeer*

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

AG Insurance, 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, met inbegrip van de promotie ervan, het beheer van het cliëntenbestand, het opmaken van statistieken.

Deze gegevens worden niet meegedeeld aan derden, behoudens voor zover hier toe voor AG Insurance 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 verzeke-

ringnemer of de aangeslotene beroep doet. In het kader van de beschrijving van het risico of de aangifte van een schadegeval vertrouwt de aangeslotene 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 Insurance aan de werkgever met betrekking tot het schadegeval beperkt zich tot een overzicht van uitbetalingen en kan in geen enkel geval betrekking hebben op gegevens van medische aard.

27. *Toezicht op de verzekeringsmaatschappijen en behandeling van klachten*

De Commissie voor het Bank, Financie en Assurantiewezen (C.B.F.A.) is belast met het toezicht op de verzekeringen en in het bijzonder op deze overeenkomst.

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

AG Insurance NV
Ombudsdienst
Emile Jacqmainlaan 53
1000 Brussel
Fax : 0032(0)2/664.76.64
E-mail :
ombudsman@aginsurance.be

Indien de oplossing die verzekeringsmaatschappij voorstelt geen voldoening schenkt, kan het geschil voorgelegd worden aan :

Ombudsman van de Verzekeringen
De Meeûsplantsoen 35
1000 Brussel
E-mail : info@ombudsman.as

Overeenkomst

■ Income Care

Beroepsgebonden verzekering – Gewaarborgd Inkomen

Fonds voor bestaanszekerheid van het Notariaat Income Care

- Gewaarborgd inkomen
- Loontrekkend Bediendepersoneel

Ingangsdatum: 1 januari 2012
Groepsnummer: G666
Interne referentie: z6h / 2100382.302

AG Insurance nv – RPR Brussel – BTW BE 0404.494.849
E. Jacquainlaan 53, B-1000 Brussel

AG Employee Benefits: Kruidtuinlaan 20, B-1000 Brussel - www.agemployeebenefits.be
Tel. +32(0)2 664 82 11 – Fax +32(0)2 664 83 09

Inleiding

De overeenkomst bestaat uit twee delen:

- De bijzondere voorwaarden en hun bijlagen

Deze beschrijven de aansluitingsvoorwaarden, de waarborg, de premievoeten en de wijze waarop de verzekering gefinancierd wordt.

Ze vervolledigen en verduidelijken de algemene voorwaarden.

- De algemene voorwaarden

De algemene voorwaarden bevatten de bepalingen die van toepassing zijn op alle overeenkomsten Income Care.

In de algemene voorwaarden die deel uitmaken van deze conventie, moet de term “werkgever” gelezen worden als “inrichter”.

Inhoudstafel

BIJZONDERE VOORWAARDEN

1.	Contracterende partijen en ingangsdatum van de overeenkomst	1
2.	Vorm en doel van de overeenkomst	1
3.	Beheer van de overeenkomst	1
4.	Wie wordt aangesloten?	1
5.	Einde van de aansluiting	2
6.	Verzekerde prestaties	3
6.1	Overzicht	3
6.2	Waarborg vrijstelling van de premies van de groepsverzekering Leven en Overlijden	4
6.3	Waarborg invaliditeitsrente	4
7.	Berekening van de prestaties van AG Insurance	6
8.	Premies en betalingsmodaliteiten	7
8.1	Waarborg vrijstelling van premies van de groepsverzekering Leven en Overlijden	7
8.2	Waarborg invaliditeitsrente	7
9.	Financiering van de overeenkomst Income Care	7
10.	Herberekening van de premies en de voordelen	7

ALGEMENE VOORWAARDEN

Bijzondere voorwaarden van de overeenkomst Income Care Groep Nr. : G666

1. Contracterende partijen en ingangsdatum van de overeenkomst

De overeenkomst wordt gesloten door het **Fonds voor bestaanszekerheid van het Notariaat**
Bergstraat 30-32
1000 BRUSSEL,

hierna "de inrichter" genoemd.

Ze treedt in voege op 1 januari 2012.

Deze overeenkomst vernietigt en vervangt de op datum van 1 januari 2009 gesloten overeenkomst "Gewaarborgd Inkomen - Premievrijstelling" georganiseerd door het "Financieringsfonds voor de tewerkstelling in het notariaat vzw" onder voorbehoud van de bepalingen opgenomen in punt 4 van deze overeenkomst met betrekking tot de personen die reeds aangesloten waren bij de vorige overeenkomst.

2. Vorm en doel van de overeenkomst

De overeenkomst Income Care wordt gesloten in de vorm van een beroepsgebonden verzekering. Ze heeft tot doel om een verlies aan beroepsinkomsten te vergoeden en vormt derhalve een collectieve toezegging die wordt bedoeld door art 52,3°b, 4^{de} streepje van het Wetboek van inkomstenbelastingen en vormt een aanvulling op de wettelijke uitkeringen bij arbeidsongeschiktheid door een ongeval van het privé-leven ofwel een beroepsziekte of ziekte.

3. Beheer van de overeenkomst

De overeenkomst wordt beheerd door **AG Insurance nv**, Emile Jacquainlaan, 53 - B-1000 Brussel, onderneming toegelaten onder code nr. 0079, RPM 0404.494.894.

4. Wie wordt aangesloten?

Ieder lid van het loontrekkend bediendepersoneel van een werkgever die onder het toepassingsgebied van de CAO van 13 oktober 2011 valt, wordt aangesloten bij de overeenkomst van zodra er aan de hiernavolgende voorwaarden voldaan wordt:

- voltijds of deeltijds in dienst zijn van een werkgever die onder het toepassingsgebied van de CAO van 13 oktober 2011 valt, en effectief aan het werk zijn;
- niet van het werk afwezig zijn wegens arbeidsongeschiktheid, invaliditeit of wegens de volledige onderbreking van de loopbaan, van welke aard ook, onder meer ingevolge tijdskrediet, ouderschapsverlof, palliatief verlof of verlof voor medische bijstand aan een zwaar zieke persoon. In deze gevallen wordt de aansluiting uitgesteld tot op het ogenblik dat het personeelslid opnieuw effectief het werk hervat.
- voor de dekking 'vrijstelling van de groepsverzekeringspremies' moet het personeelslid aangesloten zijn bij de groepsverzekering Leven en Overlijden.

De aansluiting is verplicht voor allen, onder voorbehoud van de medische acceptatie door AG Insurance, overeenkomstig zijn algemeen beleid ter zake. De aansluiting gaat in de eerste van de maand die volgt op of samenvalt met de datum waarop de kandidaat-aangeslotene beantwoordt aan de aansluitingscriteria en, in voorkomend geval, medisch aanvaard werd.

Voor de personen die bij de vorige overeenkomst georganiseerd door het "Financieringsfonds voor de tewerkstelling in het notariaat vzw" aangesloten waren:

De eventuele uitsluitingen en bijpremies van medische aard blijven van toepassing. Een nieuwe medische acceptatie door AG Insurance is niet vereist, voor zover er geen verhoging van de prestaties is.

De termijn van één jaar vastgesteld in punt 3 van de algemene voorwaarden (voorafbestaande aandoeningen) loopt, in voorkomend geval, vanaf de datum van aansluiting bij de vorige overeenkomst georganiseerd door het "Financieringsfonds voor de tewerkstelling in het notariaat vzw".

Zolang minstens 15 personeelsleden aansluiten tot de overeenkomst Income Care, zijn de uitsluitingen, beperkingen en termijnen vastgesteld in punt 3 van de algemene voorwaarden (voorafbestaande aandoeningen) niet van toepassing.

Voor de aangeslotenen met economische invaliditeit op 1 januari 2012, blijven de bepalingen van de vorige overeenkomst van toepassing zolang de economische invaliditeit duurt.

De inrichter bezorgt aan AG Insurance de gegevens betreffende iedere nieuwe aangeslotene. In de loop van het jaar bezorgt de inrichter aan AG Insurance schriftelijk de aansluitingsaanvragen, de uitdiensttredingen en de wijzigingen in het arbeidsstelsel overeenkomstig punt 9 van de algemene voorwaarden.

De inrichter stelt aan elk aangesloten personeelslid een exemplaar ter beschikking van de bijzondere en de algemene voorwaarden via het E-Notariaat.

5. Einde van de aansluiting

De aansluiting eindigt de dag waarop de aangeslotene niet meer effectief aan het werk is bij een werkgever die onder het toepassingsgebied van de CAO van 13 oktober 2011 valt, ingevolge de stopzetting of schorsing van zijn arbeidsovereenkomst, onder meer :

- ingevolge ontslagname of afdanking (in die gevallen wordt de aansluiting beëindigd vanaf de laatste dag waarop het personeelslid effectief aan het werk was bij een werkgever die onder het toepassingsgebied van de CAO van 13 oktober 2011 valt);
- ingevolge overlijden;
- tijdens de volledige vrijwillige onderbreking van de loopbaan van welke aard ook onder meer ingevolge tijdskrediet, ouderschapsverlof, verlof voor medische bijstand aan een zwaar zieke persoon of palliatief verlof. Het personeelslid wordt na afloop van de voltijdse onderbreking van de loopbaan opnieuw aangesloten met ingang vanaf de eerste dag van zijn werkhervatting. Het betreft dus een nieuwe aansluiting met toepassing van de uitsluiting van de voorafbestaande aandoeningen en eventuele medische formaliteiten;
- bij de conventionele brugpensionering (voltijds);
- bij de pensionering en uiterlijk op de leeftijd van 65 jaar.

Wanneer de aangeslotene het voordeel van de beroepsgebonden verzekering gewaarborgd inkomen verliest en voor zover hij een bezoldigde beroepsactiviteit verderzet, kan hij een individuele verzekering gewaarborgd inkomen afsluiten, volgens de voorwaarden van de individuele contracten die op dat ogenblik gelden en waarbij hij van volgende voordelen geniet:

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

De algemene voorwaarden zijn die van de individuele contracten die van kracht zijn bij de voortzetting, maar aangepast om rekening te houden met de bovengenoemde voordelen.

Informatie te verstrekken door de inrichter

De inrichter brengt het verzekerd personeelslid ten laatste 30 dagen na de kennisname van het verlies van de beroepsgebonden dekking schriftelijk of elektronisch op de hoogte van:

- het **precieze tijdstip** van het verlies van de beroepsgebonden verzekering; overeenkomstig punt 5 van deze overeenkomst is dit de dag waarop het personeelslid niet meer effectief aan het werk is bij een werkgever die onder het toepassingsgebied van de CAO van 13 oktober 2011 valt, ingevolge de stopzetting of de schorsing van zijn arbeids-overeenkomst;
- de **mogelijkheid** om de verzekering individueel verder te zetten;
- de **contactgegevens** van AG Insurance;
- de **termijn van 30 dagen** waarbinnen het verzekerd personeelslid het recht op individuele verderzetting kan uitoefenen: deze termijn begint te lopen vanaf de dag volgend op de ontvangst van huidig schrijven vanwege de inrichter. In dit schrijven wijst de inrichter er eveneens op dat de aangeslotene deze termijn met 30 dagen kan verlengen, op voorwaarde dat hij AG Insurance hiervan schriftelijk of elektronisch in kennis stelt.

Toekenningsvoorwaarden

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

- a. Het personeelslid moet gedurende de twee jaren die voorafgaan aan het verlies van de beroepsgebonden waarborg, ononderbroken aangesloten geweest zijn bij een of meer opeenvolgende overeenkomsten gewaarborgd inkomen, afgesloten bij een verzekerings-onderneming.
- b. De aanvraag tot individuele verzekering moet hetzij schriftelijk, hetzij elektronisch ingediend worden binnen 30 dagen volgend op de dag van ontvangst van de informatie uitgaande van de inrichter, of, in geval van faillissement of vereffening, van de curator respectievelijk de vereffenaar met betrekking tot de mogelijkheid tot individuele verderzetting. Hiertoe worden door AG Insurance specifieke documenten ter beschikking gesteld. Het individuele contract moet in voege treden op de dag waarop de aansluiting bij de overeenkomst gewaarborgd inkomen beëindigd wordt.
- c. De verzekerde waarborg van de individuele verzekering is gelijksoortig met die van de beroepsgebonden overeenkomst gewaarborgd inkomen.

6. Verzekerde prestaties

6.1 Overzicht

Waarborg vrijstelling van de premies van de groepsverzekering Leven en Overlijden	
1) ingeval van ziekte	Gewaarborgd
2) ingeval van ongeval	Gewaarborgd
3) ingeval van wettelijke bevallingsrust	Gewaarborgd
Waarborg invaliditeitsrente	
1) ingeval van ziekte	Gewaarborgd
2) ingeval van ongeval van het privé-leven	Gewaarborgd
3) ingeval van ongeval tijdens het beroepsleven	Niet Gewaarborgd
4) ingeval van wettelijke bevallingsrust	Gewaarborgd

Bijzonderheden		
	Premievrijstelling	Invalideitsrente
Carenstijd	30 dagen	30 dagen
Einde van de prestaties	65 jaar	65 jaar
Prestaties verzekerd tot	65 jaar	65 jaar
Einde van de premiebetaling	65 jaar	65 jaar
Indexering	-	2 %

6.2 Waarborg vrijstelling van de premies van de groepsverzekering Leven en Overlijden

- A. Wanneer een aangeslotene gedurende de overeenkomst en vóór 65 jaar getroffen wordt door een ziekte of een ongeval die een economische invaliditeit tot gevolg heeft, voorziet de overeenkomst in de vrijstelling van de premies voor de groepsverzekeringsovereenkomsten Leven en Overlijden onderschreven door de inrichter (inbegrepen de persoonlijke aanvullende stortingen); dit wil zeggen dat die stortingen niet verschuldigd zijn, hetzij gedeeltelijk, hetzij geheel, a rato van de graad van economische invaliditeit en van de tegemoetkomingsregels zoals bepaald in punt 7. hierna (berekening van de prestaties van AG Insurance). De vrijgestelde premies zijn die welke het behoud mogelijk maken van de voordelen die verzekerd waren door de groepsverzekering op het ogenblik dat de economische invaliditeit begonnen is. Deze waarborg geldt evenwel niet voor de Aanvullende Verzekering tegen het risico Overlijden door Ongeval (AVRO).
- Voor deze garantie wordt de wettelijke bevallingsrust (voor- en na-bevallingsrust) gelijkgesteld met een periode van economische invaliditeit die voortvloeit uit een ziekte.
- B. De vrijstelling van de premies gebeurt vanaf het einde van de carenstijd van 30 dagen en loopt door zolang de economische invaliditeit duurt.
- De vrijstelling van de premies wordt stopgezet:
- wanneer vastgesteld wordt dat de graad van economische invaliditeit lager is dan de tegemoetkomingsdrempel van 25 %;
 - bij het overlijden van de aangeslotene;
 - bij de conventionele brugpensioering (voltijds);
 - bij de pensioering en uiterlijk op het einde van de maand waarin de aangeslotene 65 jaar wordt.
- C. Het bedrag van de vrij te stellen premies is beperkt tot 200.000,00 EUR per aangeslotene en per jaar. Deze beperking kan herzien worden door AG Insurance. In dat geval, wordt het nieuwe bedrag meegedeeld aan de inrichter met een gewone brief.

6.3 Waarborg invalideitsrente

Income Care Classic

- A. Wanneer een aangeslotene gedurende de overeenkomst en vóór 65 jaar getroffen wordt door een ziekte of een ongeval van het privé-leven die een economische invaliditeit tot gevolg heeft, voorziet de overeenkomst in de uitkering van een invalideitsrente in verhouding tot de graad van economische invaliditeit en van de tegemoetkomingsregels waarin voorzien is in punt 7. hierna (berekening van de prestaties van AG Insurance).

De verzekerde rente wordt berekend in overeenstemming met de jaarbezoldiging meegedeeld door de inrichter en vermeld op het premieborderel.

Voor deze garantie wordt de wettelijke bevallingsrust (voor- en na-bevallingsrust) gelijkgesteld met een periode van economische invaliditeit die voortvloeit uit een ziekte.

In geval van ziekte of ongeval van het privéleven, bedraagt de jaarrente 15 % van het referentieloon.

Dit wordt voorgesteld door de formule: **15 % S**

Het referentieloon is:

- Het aan het R.S.Z. onderworpen loon van het voorgaande jaar.
- Gezien de loongegevens trimestriëel door de inrichter aan de pensioeninstelling meegedeeld worden, dient het referentieloon voor indiensttreders als volgt bepaald te worden:

Voor het 1^{ste} jaar, indien de aansluiting plaatsvindt in

- de 1ste maand van het trimester: 4 x het trimestriële loon van het betreffende trimester;
- de 2e maand van het trimester: 6 x het trimestriële loon van het betreffende trimester;
- de 3e maand van het trimester: 12 x het trimestriële loon van het betreffende trimester.

Voor het 2^e jaar zal het aan het R.S.Z. onderworpen loon van het vorige jaar, dat geen volledig jaar beslaat, omgerekend worden prorata het aantal gepresteerde maanden in het vorige jaar.

Maand van aansluiting	Trimester	Jaar van aansluiting	Jaar volgend op aansluiting
		Trimestriëel loon x	Jaarloon (n-1) x
Januari	1	4	12/12
Februari	1	6	12/11
Maart	1	12	12/10
April	2	4	12/9
Mei	2	6	12/8
Juni	2	12	12/7
Juli	3	4	12/6
Augustus	3	6	12/5
September	3	12	12/4
Oktober	4	4	12/3
November	4	6	12/2
December	4	12	12

Het referentieloon dat de aangeslotene ontvangt wordt door de inrichter meegedeeld. Dit loon houdt rekening met een voltijds tewerkstellingspercentage.

De berekening van de rente gebeurt op basis van het referentieloon dat de aangeslotene zou ontvangen indien hij voltijds zou werken en door het verkregen resultaat te vermenigvuldigen met het werktijdpercentage. Dit is het werktijdpercentage in voege op moment van het begin van de economische invaliditeit.

- B. De uitkering van de rente vangt aan na een carenstijd van 30 dagen en loopt door zolang de economische invaliditeit duurt. De rente wordt maandelijks op het einde van de maand uitgekeerd.

De betaling van de rente wordt stopgezet:

- wanneer vastgesteld wordt dat de graad van economische invaliditeit lager is dan de tegemoetkomingsdrempel van 25 %;
- bij het overlijden van de aangeslotene;
- bij de conventionele brugpensionering (voltijds);
- bij de pensionering of uiterlijk op het einde van de maand waarin de aangeslotene 65 jaar wordt.

- C. Het bedrag van de verzekerde rente is beperkt tot 200.000,00 EUR per aangeslotene en per jaar. Deze beperking kan worden herzien door AG Insurance. In dat geval wordt het nieuwe bedrag meegedeeld aan de inrichter met een gewone brief.
- D. Het bedrag van de rente, verhoogd met de eventuele wettelijke tegemoetkomingen mag in geen geval meer bedragen dan 80 % van het referentieloon.

7. Berekening van de prestaties van AG Insurance

- 7.1. De prestaties van AG Insurance worden berekend op de verzekerde bedragen, d.w.z. deze waarvoor de premies betaald zijn op het tijdstip van het schadegeval.
- 7.2. Zij zijn gekoppeld aan de graad van economische invaliditeit:
- indien deze graad ten minste gelijk is aan 67 %, betaalt AG Insurance 100 % van de verzekerde rente;
 - indien deze graad begrepen is tussen 67 % en 25 % betaalt AG Insurance de verzekerde rente in verhouding tot de graad van de economische invaliditeit;
 - indien deze graad lager is dan de tegemoetkomingsdrempel van 25 %, is geen enkele prestatie verschuldigd door AG Insurance.

Indien een wijziging in de gezondheidstoestand van de aangeslotene aanleiding geeft tot een verandering in de graad van economische invaliditeit, worden de prestaties van AG Insurance gewijzigd, rekening houdend met de nieuwe graad van invaliditeit vanaf de dag waarop hij werd vastgesteld.

7.3. Deeltijds tewerkgesteld personeel

Voor de aangeslotenen die deeltijds werken wordt de rente berekend op basis van de deeltijdse bezoldiging die door de inrichter wordt meegedeeld. In dit geval geeft de graad van economische invaliditeit de vermindering van de arbeidsgeschiktheid weer die werkelijk door de aangeslotene ondergaan wordt, rekening houdend met de normale arbeidsduur van de aangeslotene en zijn/haar normaal arbeidsschema binnen de verzekerde onderneming. Bij de aangifte van een schadegeval voor een deeltijds tewerkgesteld personeelslid zal de inrichter het juiste aantal arbeidsuren per week en het wekelijks arbeidsschema opgeven. Indien een gedeeltelijke werkhervatting plaatsvindt, wordt het werkschema hiervan eveneens overgemaakt, gelijktijdig met een kopie van het attest van het ziekenfonds.

7.4. Indexering van de renten:

Op de 1ste januari van elk jaar worden de, door AG Insurance aan de aangeslotenen met economische invaliditeit, uitgekeerde renten verhoogd met 2 %.

8. Premies en betalingsmodaliteiten

8.1 Waarborg vrijstelling van premies van de groepsverzekering Leven en Overlijden

De premies worden uitgedrukt in percentages van de vrij te stellen premies (en variëren naar gelang van hun type):

vrij te stellen stortingen	
Constante premies	4,23 %
Herberekenbare premies	6,35 %

De premies zijn maandelijks betaalbaar in het begin van elke maand.

8.2 Waarborg invaliditeitsrente

De premies worden uitgedrukt in percentages van de verzekerde bedragen:

verzekerde risico's	
Ziekte en ongeval privé-leven	4,23 %

De premies zijn maandelijks betaalbaar in het begin van elke maand.

9. Financiering van de overeenkomst Income Care

De overeenkomst wordt als volgt gefinancierd:

	vrijstelling van de premies van de groepsverzekering leven en overlijden	invaliditeitsrente
deel van de inrichter	100 %	100 %
deel van de aangeslotene	- %	- %

Wanneer een prestatie wordt uitgekeerd voor een aangeslotene krachtens deze overeenkomst, is de premie niet verschuldigd, hetzij geheel, hetzij gedeeltelijk in verhouding tot de graad van economische invaliditeit en van de tegemoetkomingsregels voorzien in punt 7. (berekening van de prestaties van AG Insurance).

10. Herberekening van de premies en de voordelen

Op de 1ste januari van ieder jaar, herberekent AG Insurance de verzekerde bedragen en de overeenkomstige premies op basis van de nieuwe bezoldigingen meegedeeld door de inrichter.

Die herberekening gebeurt niet voor de aangeslotenen voor wie de prestaties van AG Insurance verschuldigd zijn.

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 aangeslotene om individueel een bijkomende premie te betalen, waardoor de premie van de voortgezette individuele verzekering gewaarborgd inkomen, berekend wordt rekening houdend met de leeftijd waarop de verzekerde de bijkomende premies is beginnen te betalen.

De inrichter neemt nota van het feit dat AG Insurance momenteel geen aanbod heeft dat beantwoordt aan de specifieke wettelijke beschikkingen.

Vanzelfsprekend zal AG Insurance de inrichter informeren van zodra dergelijk product beschikbaar is. De bijzondere voorwaarden vervolledigen en verduidelijken de algemene voorwaarden.

Alle onderwerpen waarin de bijzondere voorwaarden niet voorzien, worden geregeld overeenkomstig de algemene voorwaarden.

Opgemaakt in tweevoud te Brussel, op 13 september 2011.

Voor het **Fonds voor
bestaanszekerheid van het Notariaat,**

Voor **AG Insurance nv,**

Naam en hoedanigheid van de ondertekenaar
die verklaart geldig de inrichter te verbinden

Dirk FORIER