

Paritair Comité voor de notarisbedienden (PC 216)

Collectieve arbeidsovereenkomst van 15 juni 2015 tot wijziging van de collectieve arbeidsovereenkomst van 13 oktober 2011 betreffende de verzekering « Gezondheidszorgen » en de verzekering «Loonverlies» geregistreerd op 3 november 2011 onder het nummer 106642/CO/216

Preambule

Overwegende dat de collectieve arbeidsovereenkomst van 13 oktober 2011 betreffende de verzekering “Gezondheidszorgen” en de verzekering “Loonverlies” enerzijds de verzekering “Gezondheidszorgen” bevestigt en aanpast en anderzijds een verzekering “Inkomensverlies” voorziet.

Overwegende dat het beheer van deze verzekeringen aan de hand van de gegevens beschikbaar in de Kruispuntbank van Sociale Zekerheid gebeurt.

Overwegende dat de collectieve arbeidsovereenkomst met betrekking tot deze twee verzekeringen voor de opening van de informatie- uitwisseling met de Kruispuntbank van Sociale Zekerheid werd afgesloten.

Overwegende dat er in de praktijk werd vastgesteld dat de overeenkomsten op technische punten aangepast moesten worden om rekening te houden met enkele praktische modaliteiten van de informatie-uitwisseling. Modaliteiten waarvan de inrichter niet op de hoogte was bij het afsluiten van de collectieve arbeidsovereenkomst van 13 oktober 2011 betreffende de verzekering “Gezondheidszorgen” en de verzekering “Loonverlies”.

Overwegende dat, rekening houdend met voorgaande overwegingen, de ondertekenende partijen overeenkomen om de twee overeenkomsten met betrekking tot deze twee verzekeringen te wijzigen.

A. Toepassingsgebied

Artikel 1.

§ 1. Deze collectieve arbeidsovereenkomst is van toepassing op de werkgevers en de bedienden die onder

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

Convention collective de travail du 15 juin 2015 modifiant la convention collective de travail du 13 octobre 2011 relative à l'assurance « Soins de santé » et à l'assurance « Perte de revenus » enregistrée le 3 novembre 2011 sous le numéro 106642/CO/216

Préambule

Attendu que la convention collective du 13 octobre 2011 relative à l'assurance « Soins de santé » et à l'assurance « Perte de revenu » confirme et adapte le plan d'assurance « Soins de santé » d'une part et d'autre part met en place une assurance « Perte de revenu ».

Attendu que l'administration de ces assurances repose en partie sur les données disponibles dans la Banque Carrefour de Sécurité sociale.

Attendu que la convention collective de travail régissant ces deux assurances a été établie avant l'ouverture du flux d'échange d'information avec la Banque Carrefour de Sécurité sociale.

Attendu qu'en pratique, on a constaté que les conventions devaient être adaptées sur des points techniques afin de tenir compte de certaines modalités pratiques dans l'échange de d'information, modalités dont l'organisateur n'avait pas connaissance au moment de la conclusion de la convention collective du 13 octobre 2011 relative à l'assurance « Soins de santé » et à l'assurance « Perte de revenu ».

Attendu que compte-tenu des considérations qui précèdent, les parties signataire conviennent de modifier sur ces aspects techniques les conventions qui régissent ces 2 assurances.

A. Champ d'application

Article 1^{er}

§ 1^{er}. La présente convention collective de travail s'applique aux employeurs et aux employés

het paritair comité voor de notarisbedienden ressorteren.

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

B. Wijziging

Art. 2.

De overeenkomst "Gezondheidszorgen" waarvan sprake in het artikel 2 van de collectieve arbeidsovereenkomst van 13 oktober 2011 en bijgevoegd aan deze laatste wordt vervangen door de bijlage "Overeenkomst Hospicare Full" aan de huidige collectieve arbeidsovereenkomst.

De overeenkomst "Inkomensverlies" waarvan sprake in het artikel 2 van de collectieve arbeidsovereenkomst van 13 oktober 2011 en bijgevoegd aan deze laatste wordt vervangen door de bijlage "Overeenkomst Income care" aan de huidige collectieve arbeidsovereenkomst.

C. Duur van de overeenkomst

Art.3. Deze overeenkomst treedt in werking op 1 januari 2015. 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 door middel van een per post aangetekende brief gericht aan de voorzitter van het paritair comité voor de notarisbedienden en aan de ondertekenende organismen en heeft uitwerking vanaf de derde werkdag na de datum van verzending.

ressortissant à la commission paritaire des employés occupés chez les notaires.

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

B. Modification

Art. 2.

Le contrat « Soins de santé » auquel il est fait référence à l'article 2 de la convention collective de travail du 13 octobre 2011 et annexé à cette dernière est remplacé par l'annexe intitulée Convention Hospicare Full à la présente convention collective de travail.

Le contrat « Perte de revenu » auquel il est fait référence à l'article 2 de la convention collective de travail du 13 octobre 2011 et annexé à cette dernière est remplacé par l'annexe intitulée Convention Income Care à la présente convention collective de travail.

C. Durée de la Convention

Art.3. La présente convention entre en vigueur le 1^{er} janvier 2015. 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.

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 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 s'est engagé dans le régime du chômage avec complément d'entreprise ou est 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 lorsque l'organisateur disparaît?	12
17. Que faut-il faire en cas de sinistre ?	12
18. Hospitalisation à l'étranger et Assistance	13
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 dénommé "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 ?

Tous les membres du personnel Employé salarié d'un employeur qui tombe dans le champ d'application de la CCT du 13 octobre 2011, sont obligatoirement affiliés à la convention soins de santé, à l'exception de ceux qui sont expressément exclus par la CCT précitée.

L'affiliation débute le 1er jour du trimestre qui suit le trimestre complet suivant le trimestre durant lequel le contrat de travail dans le cadre duquel s'applique la CCT du 13 octobre 2011 a été conclu.

Les frontaliers au service d'un employeur qui tombe dans le champ d'application de la CCT du 13 octobre 2011 sont également affiliés à la convention soins de santé.

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 sauf si un ou plusieurs membres de la famille sont déjà assurés dans le cadre d'une autre assurance hospitalisation. Ceci doit être justifié par une attestation de l'assureur. Dans ce cas l'affiliation ne doit être demandée que pour les autres membres de famille.

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, pour autant que celle-ci était active il y a minimum 3 mois.

En cas d'affiliation tardive, 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 transmet à AG Insurance les données relatives à chaque nouvel affilié. En cours d'année, l'organisateur communique à AG Insurance, conformément à la procédure Data Exchange convenue entre les deux parties et décrite dans le document « Protocole de la Communication par voie électronique », les données nécessaires à la gestion.

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 trimestre qui suit le trimestre durant lequel son contrat de travail auprès d'un employeur tombant dans le champ d'application de la CCT du 13 octobre 2011 a pris fin.

C'est notamment le cas, en cas de :

- démission si la démission n'est pas immédiatement suivie de la conclusion d'un nouveau contrat de travail auprès d'un employeur tombant dans le champ d'application de la CCT du 13 octobre 2011 ;
- licenciement (même dans le cadre du régime de chômage avec complément d'entreprise) si le licenciement n'est pas immédiatement suivi de la conclusion d'un nouveau contrat de travail auprès d'un employeur tombant dans le champ d'application de la CCT du 13 octobre 2011 ;
- la mise à la retraite.

En cas de décès, l'affiliation prend fin le jour du décès.

Durant l'interruption volontaire de carrière ou durant un crédit-temps, le membre du personnel ainsi que les membres de la famille, qui bénéficiaient déjà de la convention soins de santé, restent soumis aux stipulations existantes.

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, excepté pour les enfants qui atteignent 25 ans ou qui ne sont plus à charge, en cas de divorce ou en cas de décès. Pour ces 4 exceptions, l'affiliation du membre de la famille s'arrête au 1er du mois qui suit la survenance de l'évènement.

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 prescrits;
- 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'assuré 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, épilepsie, 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 18.1 "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) sera réclamée à l'assuré, 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 nettes mensuelles (à majorer de la cotisation A.M.I.) s'élève à :

Prime Adulte (P) : 10,90 EUR

Prime Enfant (*) : 4,35 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 le conjoint âgé de plus de 65 ans, le montant de la prime (P) comme prévu ci-dessus est adapté en fonction de son âge :

Ce montant devient à partir de 65 ans : $P \times 3,30$
 70 ans : $P \times 4,05$

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 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 s'est engagé dans le régime du chômage avec complément d'entreprise ou est pensionné ?

Lorsqu'un membre du personnel affilié à la convention soins de santé s'est engagé dans le régime du chômage avec complément d'entreprise ou est 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 qui s'était engagé dans le régime du chômage avec complément d'entreprise ou qui est 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 qui s'est engagé dans le régime du chômage avec complément d'entreprise ou qui est pensionné.

Ce montant devient à partir de

65 ans :	$P \times 3,30$
70 ans :	$P \times 4,05$

Les primes sont réparties comme suit :

	Prime pour le travailleur qui s'est engagé dans le régime du chômage avec complément d'entreprise ou le pensionné	Prime pour le conjoint(e) et les enfants
A charge de l'organisateur	- %	- %
A charge du travailleur qui s'est engagé dans le régime du chômage avec complément d'entreprise ou du pensionné	100 %	100 %

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

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.

Les membres de la famille d'un membre du personnel qui s'est engagé dans le régime du chômage avec complément d'entreprise ou qui est pensionné avant le 1er janvier 2012 et qui décède après 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 65 ans : $P \times 3,30$
 70 ans : $P \times 4,05$

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;
- de la **possibilité de poursuivre le contrat individuellement** ;
- des **coordonnées** d'AG Insurance ;
- du **délai 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 délai commence à courir le jour de la réception du courrier de l'organisateur dont question ci-dessus. 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, régime du chômage avec complément d'entreprise, décès ou en cas de cessation d'activités d'un employeur qui tombe dans 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 une maladie ou un 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'assisteuseur.
- D. Lorsque l'assuré ne bénéficie pas des interventions légales auprès de sa Sécurité sociale ou tout autre organisme de prévoyance, l'assisteuseur n'intervient en remboursement, qu'à concurrence de 50%.

Modalités de paiement des frais médicaux

En cas d'hospitalisation à l'étranger l'assisteuseur 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'assisteuseur 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'assisteuseur 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'assisteuseur 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'assisteuseur 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'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 l'assisteur 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'assisteur 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'assisteur. AG Insurance se réserve toutefois le droit de changer d'assisteur 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'assisteur 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'assisteur 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'assisteur 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'assisteur 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'assisteur 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'assisteur 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'assisteur 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'assisteur organise et prend en charge son retour au domicile.

Visite de l'assuré hospitalisé

A la suite d'une hospitalisation couverte, l'assisteur 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'assisteur 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'assisteur 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'assisteur 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'assisteur 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'assisteur 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'assisteur 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'assisteur 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'assisteur 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'assisteur 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'assistant 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'assistant 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'article 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 15 mars 2013.

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

Overeenkomst

■ Hospicare Full

Beroepsgebonden verzekering – Gezondheidszorgen

Fonds voor bestaanszekerheid van het Notariaat

Hospicare Full

- Met bijstand in het buitenland
- met Medi-Assistance
- Gezondheidszorgen
- Loontrekkend personeel

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?	3
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 toetreedt tot het stelsel van werkloosheid met bedrijfstoeslag 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)?	10
15. Kan de inrichter de overeenkomst gezondheidszorgen wijzigen of stopzetten?	12
16. Wat gebeurt er ingeval de inrichter verdwijnt?	12
17. Wat dient er bij schadegeval gedaan te worden?	12
18. Ziekenhuisopname in het buitenland en bijstand	13
19. Medi-Assistance - Bijkomende dienstverlening tijdens en na de hospitalisatie	19

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 Jacquainlaan, 53 - B-1000 Brussel onderneming toegelaten onder code nr. 0079 RPR 0404.494.894.

4. Wie wordt aangesloten?

Alle leden van het loontrekkend Bediendepersoneel die in dienst zijn bij een werkgever, die onder het toepassingsgebied van de CAO van 13 oktober 2011 valt, worden verplicht aangesloten bij de overeenkomst gezondheidszorgen, behalve degenen die uitdrukkelijk uitgesloten worden door voornoemde CAO.

De aansluiting vangt aan op de 1ste dag van het kwartaal dat volgt op het eerste volledige kwartaal volgend op het kwartaal waarin de arbeidsovereenkomst in het kader van de toepassing van de CAO van 13 oktober 2011 werd gesloten.

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.

Het personeelslid kan de aansluiting vragen van de leden van zijn gezin, zijnde de echtgeno(o)t(e) en de kinderen. In dat geval dient de aansluiting te worden gevraagd van alle gezinsleden die beantwoorden aan de gestelde criteria, behalve indien één of meerdere gezinsleden reeds verzekerd zijn in het kader van een andere hospitalisatieverzekering. Dit dient te worden gerechtvaardigd door een attest van de verzekeraar. In dit geval dient de aansluiting enkel gevraagd te worden voor de andere gezinsleden.

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 samenwoning. Deze aanvraag moet verantwoord worden door een domiciliëringbewijs, 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, voor zover deze minimaal 3 maanden actief was

In geval van laattijdige aansluiting 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 (wachttijden) en 12 (voorafbestaande aandoeningen) van de algemene voorwaarden te lopen vanaf de datum van aansluiting bij de vroegere overeenkomst.

De inrichter bezorgt aan AG Insurance de gegevens betreffende iedere nieuwe aangeslotene. In de loop van het jaar bezorgt de inrichter aan AG Insurance de nodige gegevens voor het beheer volgens de procedure Data-Exchange overeengekomen tussen beide partijen en beschreven in het document "Protocol over de communicatie via elektronische weg".

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 kwartaal dat volgt op het kwartaal tijdens hetwelk de arbeidsovereenkomst bij een werkgever die onder het toepassingsgebied van de CAO van 13 oktober 2011 valt werd beëindigd.

Het is meer bepaald het geval, in geval van:

- ontslag, indien het ontslag niet onmiddellijk gevolg wordt door de afsluiting van een nieuwe arbeidsovereenkomst bij een werkgever die onder het toepassingsgebied van de CAO van 13 oktober 2011 valt;
- afdanking (zelfs in het kader van het stelsel van werkloosheid met bedrijfstoeslag) indien de afdanking niet onmiddellijk gevolg wordt door de afsluiting van een nieuwe arbeidsovereenkomst bij een werkgever die onder het toepassingsgebied van de CAO van 13 oktober 2011 valt;
- pensionering.

In geval van overlijden, eindigt de aansluiting de dag van overlijden.

Tijdens de vrijwillige loopbaanonderbreking of tijdskrediet blijven zowel het personeelslid als zijn gezinsleden, die reeds van de overeenkomst gezondheidszorgen genoten, onderworpen aan de bestaande bepalingen.

Voor de gezinsleden stopt de aansluiting op 31 december van het jaar waarin de aansluiting van het personeelslid wordt beëindigd, uitgezonderd voor de kinderen die 25 jaar worden of niet meer ten laste zijn, in geval van echtscheiding of in geval van overlijden. Voor deze 4 uitzonderingen stopt de aansluiting van de gezinsleden de 1ste van de maand die volgt op het moment waarop de gebeurtenis zich voorgedaan heeft.

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 voorgeschreven 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 aantoonde dat de gezondheidstoestand van de verzekerde 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, differie, encefalitis, epilepsie, 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 aantoont, 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 18. "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) door de verzekerde 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 invoegetreding van de overeenkomst gezondheidszorgen bedragen de maandelijkse netto-premies (*te verhogen met RIZIV-bijdrage*):

Premie volwassene (P) 10,90 EUR

Premie kind (*) 4,35 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.

Voor de echtgeno(o)t(e) ouder dan 65 jaar wordt het bedrag van de premie (P) zoals voorzien hierboven, aangepast in functie van zijn/haar leeftijd:

Dit bedrag wordt vanaf 65 jaar: $P \times 3,30$

70 jaar: $P \times 4,05$

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 toetreedt tot het stelsel van werkloosheid met bedrijfstoeslag of met pensioen gaat?

Bij toetreding tot het stelsel van werkloosheid met bedrijfstoeslag of bij pensionering 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).

Overgangsmaatregel

Het personeelslid dat toegetreden is tot het stelsel van werkloosheid met bedrijfstoeslag of met pensioen is gegaan 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 toegetreden is tot het stelsel van werkloosheid met bedrijfstoeslag of met pensioen is.

Dit bedrag wordt vanaf 65 jaar: $P \times 3,30$
70 jaar: $P \times 4,05$

De premieverdeling ziet er als volgt uit:

	Premie voor werknemer toegetreden tot het stelsel van werkloosheid met bedrijfstoeslag of voor de gepensioneerde	Premie voor de echtgeno(o)t(e) en de kinderen
Ten laste van de inrichter	- %	- %
Ten laste van de werknemer toegetreden tot het stelsel van werkloosheid met bedrijfstoeslag of voor de gepensioneerde	100 %	100 %

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

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).

Overgangmaatregel

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.

De gezinsleden van een personeelslid dat gepensioneerd is of toegetreden is tot het stelsel van werkloosheid met bedrijfstoeslag voor 1 januari 2012 en dat overlijdt na 1 januari 2012, die reeds genoten van de overeenkomst gezondheidszorgen, blijven onderworpen aan deze beschikkingen.

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

65 jaar:	$P \times 3,30$
70 jaar:	$P \times 4,05$

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;
- 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 het schrijven vanwege de inrichter waarvan sprake hierboven. 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, stelsel van werkloosheid met bedrijfstoeslag, 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 een ziekte of een 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 lichamenlijk 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 vervoegen.
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 15 maart 2013.

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

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" et "régime du chômage avec complément d'entreprise" au lieu d' "employeur" et "prépension".

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	4
6.1	Aperçu	4
6.2	Garantie exonération des primes de l'assurance de groupe Vie et Décès	4
6.3	Garantie rente d'invalidité	5
7.	Le calcul des prestations d'AG Insurance	7
8.	Les primes et les modalités de paiement	7
8.1	Garantie exonération des primes de la pension extra-légale Vie et Décès	7
8.2	Garantie rente d'invalidité	8
9.	Le financement de la convention Income Care	8
10.	Quand les avantages et les primes sont-ils recalculés ?	8

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 garanti – 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 dans le champ d'application de la CCT du 13 octobre 2011, à l'exception de ceux qui sont expressément exclus par la CCT précitée, est affilié à la convention dès qu'il remplit les conditions ci-après :

- être au service d'un employeur qui tombe dans 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 dès l'entrée en service de l'employé auprès d'un employeur tombant dans le champ d'application de la CCT du 13 octobre 2011 pour autant que l'employé satisfasse 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 adhérent 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 à AG Insurance, conformément à la procédure Data Exchange convenue entre les deux parties et décrite dans le document « Protocole de la Communication par voie électronique », les données nécessaires à la gestion.

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 le contrat de travail dans le cadre duquel la CCT du 13 octobre 2011 s'applique prend fin, notamment :

- en cas de démission ou de licenciement (même dans le cadre du régime du chômage avec complément d'entreprise), pour autant que la démission ou le licenciement ne soit pas immédiatement suivi de la conclusion d'un nouveau contrat de travail auprès d'un employeur tombant dans le champ d'application de la CCT du 13/10/2011,
- en cas de décès,
- lors de la mise à la retraite,
- et au plus tard lorsque l'affilié atteint l'âge de 65 ans.

Lorsque les prestations effectives de l'affilié auprès de l'employeur tombant dans le champ d'application de la CCT du 13/10/11 sont suspendues en raison d'une interruption complète de carrière, quelle qu'en soit la nature, et notamment en cas de crédit-temps, de congé parental, de congé pour assistance médicale, de congé pour soins palliatifs, l'affiliation est suspendue. En conséquence, l'affilié ne peut prétendre au bénéfice de la couverture Revenu Garanti, durant la durée de l'interruption. A l'expiration de l'interruption complète de carrière, l'affiliation redevient effective sans préjudice de la possibilité de prévoir l'accomplissement de formalités médicales et l'exclusion d'affections préexistantes.

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 ;
- 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 la réception du courrier dont question ci-dessus 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 l'engagement dans le régime du chômage avec complément d'entreprise ;
- 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 et 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 de l'affilié 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 l'engagement dans le régime du chômage avec complément d'entreprise ;
- 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, dans le cadre du régime du chômage avec complément d'entreprise ou non, la rente est calculée sur base de la rémunération à temps partiel. 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, le régime de travail sera déterminé sur base de la fiche de salaire du mois au cours duquel l'incapacité de travail est survenue et qui est transmise par l'affilié à AG Insurance. 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 juillet 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 par anticipation au 1er janvier, avril, juillet et octobre de chaque année.

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 par anticipation au 1er janvier, avril, juillet et octobre de chaque année.

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 juillet de chaque année, AG Insurance recalcule les montants assurés et les primes correspondantes sur la base des rémunérations de référence communiquées par l'organisateur.

Ce recalcul 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 15 mars 2013.

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

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

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 vervullen 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 termen "werkgever" en "brugpensioen" gelezen worden als "inrichter" en "stelsel van werkloosheid met bedrijfstoelage".

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	4
6.1	Overzicht	4
6.2	Waarborg vrijstelling van de premies van de groepsverzekering Leven en Overlijden	4
6.3	Waarborg invaliditeitsrente	5
7.	Berekening van de prestaties van AG Insurance	7
8.	Premies en betalingsmodaliteiten	7
8.1	Waarborg vrijstelling van premies van de groepsverzekering Leven en Overlijden	7
8.2	Waarborg invaliditeitsrente	8
9.	Financiering van de overeenkomst Income Care	8
10.	Herberekening van de premies en de voordelen	8

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 "Gewaarbord 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 Jacqmainlaan, 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, met uitzondering van degene die uitdrukkelijk zijn uitgesloten door de voornoemde CAO, 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 tijdscrediet, 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 vanaf de indiensttreding van de bediende bij een werkgever die onder het toepassingsgebied van de CAO van 13 oktober 2011 valt, voor zover de bediende 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 de nodige gegevens voor het beheer volgens de procedure Data-Exchange overeengekomen tussen beide partijen en beschreven in het document "Protocol over de communicatie via elektronische weg".

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 arbeidsovereenkomst in het kader waarvan de CAO van 13 oktober 2011 van toepassing is wordt beëindigd, namelijk:

- ingevolge ontslagname of afdanking, (zelfs in het kader van het stelsel van werkloosheid met bedrijfstoeslag), voor zover de ontslagname of afdanking niet onmiddellijk gevolg wordt door het afsluiten van een nieuwe arbeidsovereenkomst bij een werkgever die onder het toepassingsgebied van de CAO van 13 oktober 2011 valt;
- ingevolge overlijden;
- bij de pensionering
- en uiterlijk wanneer de aangeslotene de leeftijd van 65 jaar bereikt.

Wanneer de effectieve prestaties van de aangeslotene bij een werkgever die onder het toepassingsgebied van de CAO van 13 oktober 2011 valt, worden geschorst met als reden een volledige loopbaanonderbreking, van welke aard ook, en meer bepaald in geval van tijdskrediet, ouderschapsverlof, verlof voor medische assistentie en verlof voor palliatieve zorgen, wordt de aansluiting geschorst. Bijgevolg kan de aangeslotene geen rechten opeisen van de waarborg Gewaarborgd Inkomen tijdens de duur van de onderbreking. Bij afloop van de volledige loopbaanonderbreking, wordt de aansluiting opnieuw van kracht met behoud van de mogelijkheid om medische formaliteiten te vragen en voorafbestaande aandoeningen uit te sluiten.

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;
- 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 van ontvangst van het schrijven, waarvan sprake hierboven, 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 verzekeringsonderneming.
- 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	Invaliditeitsrente
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 toetreding tot het stelsel van werkloosheid met bedrijfstoeslag);
 - bij de pensionering 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 invaliditeitsrente

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 invaliditeitsrente 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 premiebordel.

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 trimestrieel door de inrichter aan de pensioeninstelling meegedeeld worden, dient het referentieloon voor indienststreders als volgt bepaald te worden:

Voor het 1^{ste} jaar, indien de aansluiting plaatsvindt in

- de 1^{ste} maand van het trimester: 4 x het trimestriële loon van het betreffende trimester;
- de 2^e maand van het trimester: 6 x het trimestriële loon van het betreffende trimester;
- de 3^e 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
		Trimestrieel 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 van de aangeslotene 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 toetreding tot het stelsel van werkloosheid met bedrijfstoelage ;;
- 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, al dan niet in het kader van het stelsel van werkloosheid met bedrijfstoelage, wordt de rente berekend op basis van de deeltijdse bezoldiging. 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 het arbeidsregime bepaald worden op basis van de loonfiche van de maand waarin de arbeidsongeschiktheid zich heeft voorgedaan en die door de aangeslotene aan AG Insurance wordt bezorgd. 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 juli 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	
Constance premies	4,23 %
Herberekenbare premies	6,35 %

De premies zijn driemaandelijks vooraf betaalbaar op de 1e januari, april, juli en oktober van elk jaar.

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 driemaandelijks vooraf betaalbaar op de 1e januari, april, juli en oktober van elk jaar

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 juli van ieder jaar, herberekent AG Insurance de verzekerde bedragen en de overeenkomstige premies op basis van de referentielonen 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 15 maart 2013.

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