

**Preneur d'assurance: Société des Transports Intercommunaux
de Bruxelles (S.T.I.B.)**

Police n°: 03/4915.01 – 03/4915.02 – 03/4915.03

03/4918.01 – 03/4918.02 – 03/4918.03 – 03/4918.04

Explications sur les plans "HOSPITALISATION" et "SOINS AMBULATOIRES"

membres du personnel et membres de la famille

La présente version est en vigueur à dater du 1/1/2021.

QUEL EST LE BUT DE L'ASSURANCE?

La présente assurance garantit un remboursement complémentaire des frais qui, après l'intervention accordée par la mutualité, restent à charge des travailleurs ou des membres de la famille assurés en cas d'hospitalisation, en ce compris les frais exposés durant une période de 30 jours avant et 90 jours après l'hospitalisation, en cas de maladie grave ou de frais médicaux ambulatoires.

QUI S'AFFILIE OU QUI PEUT S'AFFILIER A LA PRESENTE ASSURANCE?

Tous les membres du personnel du preneur d'assurance ayant au moins 12 mois de service sont obligatoirement affiliés à la « Police Collaborateurs ». Au cours des 12 premiers mois de leur emploi, ils peuvent déjà s'affilier facultativement.

Ces personnes sont dénommées ci-après **assurés principaux**.

Les membres de la famille des catégories précitées peuvent à la demande du membre du personnel s'affilier à la « Police Famille ». Ces personnes sont dénommées ci-après **assurés secondaires**.

Par "membres de la famille" il faut entendre :

- l'époux ou l'épouse de l'assuré principal à condition qu'il ou elle soit déjà affilié(e) au moment où l'assuré principal passe en inactivité ;
- le cohabitant de l'assuré principal qui n'a pas de lien familial avec ce dernier, à condition qu'il ou elle soit déjà affilié(e) au moment où l'assuré principal passe en inactivité ;
- les enfants du travailleur qui ont droit à des allocations familiales pour autant qu'ils soient déjà affiliés au moment où l'assuré principal passe en inactivité ;
- les enfants de l'époux, de l'épouse ou du partenaire cohabitant qui ont droit à des allocations familiales, à condition qu'ils soient déjà affiliés au moment où l'assuré principal passe en inactivité ;
- les enfants de l'assuré principal qui ont droit à des allocations pour handicapés peuvent exceptionnellement rester affiliés ;
- la veuve et les orphelins de l'assuré principal décédé pour autant qu'ils soient affiliés avant la date du décès.

Les groupes ci-après sont également dénommés assurés secondaires :

- l'employé engagé via un contrat à durée indéterminée qui est malade pendant plus de 24 mois ou absent à la suite d'un accident de la vie privée ;
- l'employé durant une période de suspension du contrat de travail à la suite d'un crédit-temps à plein temps de plus de 3 mois ;

- les membres du personnel non actifs, en RCC (régime de chômage avec complément d'entreprise), retraités ou ayant bénéficié de modalités de départ similaires et qui ont opté pour un transfert vers la « Police Famille » (et pour autant qu'ils ne soient plus couverts pour une période convenue à charge de la STIB) ;
- les membres du personnel non actifs, en RCC, retraités ou ayant bénéficié de modalités de départ similaires et qui ont opté pour le maintien de leur affiliation à la "Police Collaborateurs Assurés Secondaires" (et pour autant qu'ils ne soient plus couverts pour une période convenue à charge de la STIB).

Tous les assurés secondaires ont au moment où s'ouvre le droit à l'affiliation à la police « Famille » le choix de s'affilier ou bien à :

- la formule « Hospi » = uniquement la garantie hospitalisation ;
- la formule « Hospi PLUS » = la garantie hospitalisation et la garantie frais médicaux ambulatoires à 60% ;
- la formule « Hospi TOP » = la garantie hospitalisation et la garantie frais médicaux ambulatoires à 80%.

Le choix de s'affilier à la formule « Hospi PLUS » ou « Hospi TOP » ne peut se faire qu'au moment où s'ouvre le droit à l'affiliation.

Les affiliations se font pour la famille entière, avec la même formule, sauf si certains membres de la famille sont couverts ailleurs avec une couverture équivalente.

Les membres du personnel sont eux-mêmes chargés de l'affiliation des nouveau-nés.

Les membres de la famille cessent de bénéficier de l'assurance dès qu'ils ne répondent plus à la définition de membre de la famille (par exemple en cas de divorce).

COMMENT ET QUAND PEUT-ON S'AFFILIER?

QU'EN EST-IL DES FORMALITES MEDICALES?

QUAND L'ASSURANCE PREND-ELLE FIN?

Assurés principaux

Tous les affiliés principaux s'affilient obligatoirement à partir du 13^{ième} mois suivant l'entrée en service, mais au plus tôt, à la date d'effet de cette police.

Si un membre du personnel (assuré principal) décide de s'affilier facultativement au cours des 12 premiers mois de son emploi, le membre du personnel doit demander son affiliation dans les 3 mois qui suivent le jour du recrutement. Après cette période de 3 mois une affiliation facultative n'est plus possible.

Pour tous les assurés principaux, l'affiliation est acceptée sans formalités médicales, ni délais d'attente.

Les affections préexistantes sont couvertes.

Assurés secondaires

Assurés secondaires d'un assuré principal facultatif pendant les 12 premiers mois de l'emploi de l'assuré principal

Les membres de la famille (assurés secondaires) d'un assuré principal facultativement affilié pendant les 12 premiers mois de son emploi, peuvent s'affilier facultativement à cette assurance. Cette affiliation facultative n'est possible que si l'assuré principal demande l'affiliation des membres de sa famille dans les 3 mois qui suivent le jour du recrutement. Après cette période de 3 mois l'affiliation dans les 12 premiers mois de l'emploi de l'assuré principal n'est plus possible.

L'affiliation se fait le jour du droit à l'affiliation (voir ci-après). L'affiliation se fait sans formalités médicales et sans délai d'attente.

Assurés secondaires d'un assuré principal obligatoire

Les membres de la famille (assurés secondaires) d'un assuré principal obligatoirement affilié peuvent s'affilier facultativement à cette assurance dès le jour du droit à l'affiliation (voir ci-après), mais au plus tôt le jour de l'affiliation de l'assuré principal.

Si la demande d'affiliation est introduite dans les 3 mois qui suivent la date du droit à l'affiliation, il s'agit alors d'une affiliation dans les délais prévus. La demande d'affiliation introduite après ce délai est une affiliation tardive.

Il n'y a pas de délais d'attente lors d'une affiliation dans les délais prévus. Il faut entendre par délai d'attente, la période prenant cours à la date d'affiliation de l'assuré. Les frais exposés pendant cette période ne sont pas remboursés par l'assureur. En cas d'une affiliation tardive, un délai d'attente général de 12 mois s'applique.

Pour tous les assurés secondaires, le jour du droit à l'affiliation est :

- pour le conjoint : le jour du mariage ;
- pour le partenaire cohabitant : le jour où la cohabitation a effectivement débuté ;
- pour les enfants : la date de naissance ;

et en tout cas au plus tôt à la date de l'affiliation de l'assuré principal.

Assurés en RCC et pensionnés

Les membres du personnel non actifs, en RCC, retraités ou ayant bénéficié de modalités de départ similaires, restent affiliés à la « Police Collaborateurs » pendant une période de 2 ans. Cette affiliation est à charge de l'employeur. Au-delà de cette période de 2 ans, ils peuvent soit poursuivre la même couverture pour leur propre compte en s'affiliant à la « Police Collaborateurs Assurés Secondaires », soit passer à la couverture offerte par la « Police Famille ». Ce choix doit avoir lieu dans les 3 mois.

Les membres de la famille qui sont déjà affiliés au moment où l'assuré principal entre en RCC ou prend sa pension de retraite peuvent continuer l'affiliation après cette date.

POURSUITE INDIVIDUELLE

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

Conditions d'affiliation

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

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

Délais

Assuré principal

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

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

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

Assurés secondaires

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

Conditions tarifaires

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

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

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

QU'EST-CE QUE LE PREFINANCEMENT ?

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

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

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

QUELS FRAIS SONT REMBOURSES?

A COMBIEN S'ELEVE L'INTERVENTION?

La garantie principale « Hospitalisation », les garanties « Pré- et post-hospitalisation » et « Soins ambulatoires en cas de maladies graves » sont prévues tant dans la « Police Collaborateurs », que dans la « Police Collaborateurs Assurés Secondaires » et la « Police Famille » (formules « Hospi », « Hospi PLUS » et Hospi TOP »).

Garantie principale « Hospitalisation »

En cas d'hospitalisation d'un assuré suite à une maladie, un accident, une grossesse ou un accouchement, les assureurs remboursent les frais exposés pendant l'hospitalisation pour des prestations médicalement nécessaires.

Il faut entendre par 'hospitalisation', tout séjour médicalement nécessaire dans un établissement de soins agréé pour lequel une indemnité de séjour est facturée. Cette notion comprend le concept 'one day clinic' pour autant que l'hôpital puisse décompter un forfait légal (maxi-forfait, mini-forfait, forfait d'hôpital de jour groupes 1 à 7 compris, forfait douleur chronique groupes 1 à 3 compris, utilisation de la salle de plâtre).

Le remboursement comprend les frais d'hospitalisation, de séjour, d'honoraires du médecin ou de l'assistant médical, d'examens, de traitements et de médicaments.

Les frais qui ne bénéficient pas d'une intervention légale sont remboursés de façon illimitée à condition qu'ils soient médicalement justifiés.

Les frais de mortuaires sont remboursés sans plafond, pour autant qu'ils aient été imputés sur la facture de l'hospitalisation.

Les frais supplémentaires pour le transport justifié par des raisons médicales sont remboursés de façon illimitée, après l'intervention éventuelle de l'assurance maladie.

Les frais de séjour imputés pour le rooming-in. Par rooming-in, nous entendons le séjour de l'un des parents auprès d'un enfant assuré hospitalisé, âgé de moins de 18 ans. Une intervention de maximum 25,00 EUR par jour est prévue.

Les frais de séjour du donneur d'organe ou de tissus, pour autant que la transplantation se justifie sur le plan médical.

Les frais de prothèses dentaires, de prothèses thérapeutiques, de prothèses médicales, de membres artificiels, d'appareils orthopédiques, de lunettes, de soins et de traitements dentaires et orthodontiques sont remboursés de façon illimitée dans la mesure où ceux-ci ont été placés durant l'hospitalisation et sont en rapport direct avec la raison de l'hospitalisation. Les prothèses de nature purement esthétique ne sont pas remboursées.

Garantie complémentaire « Pré- en post-hospitalisation »

Cette garantie complémentaire prévoit le remboursement des frais de soins ambulatoires médicalement nécessaires qui ont été dispensés ou prescrits par un médecin pendant une période de 30 jours avant et 90 jours après l'hospitalisation assurée et pour autant qu'ils soient en rapport direct avec la raison de l'hospitalisation. Ces frais ambulatoires doivent être repris dans la nomenclature des soins de santé de l'assurance maladie et invalidité obligatoire. L'intervention maximale pour les frais repris dans la nomenclature des soins de santé de l'assurance maladie et invalidité obligatoire s'élève au triple du montant de l'intervention légale.

Sont garantis pendant cette période, les frais suivants :

- les frais de prestations médicales dispensées suite à une visite ou une consultation d'un médecin ;
- les frais de prestations paramédicales prescrites par un médecin ;
- les frais de prothèses médicales ;
- les frais de membres artificiels ;
- les frais de produits pharmaceutiques, de bandages, de matériel médical et d'autres dispositifs médicaux, en ce compris les préparations magistrales.

Les frais médicaux d'homéopathie, de chiropraxie, d'ostéopathie et d'acupuncture qui ne bénéficient pas d'une intervention légale sont remboursés de façon illimitée pour autant que ces frais soient justifiés pour raisons médicales.

Les frais de transport exposés pendant la période de pré- et post-hospitalisation ne sont pas remboursés.

Franchise

Les polices Collaborateurs et Collaborateurs Assurés Secondaires

Pour la garantie principale « Hospitalisation » et la garantie complémentaire « Pré-et post-hospitalisation », la franchise s'élève à **200,00 EUR** par assuré et par année d'assurance. Cette franchise ne s'applique uniquement qu'en cas d'une hospitalisation (de jour) **en chambre individuelle**. Pour une hospitalisation (de jour) dans une chambre à plusieurs lits, il n'y a pas de franchise.

Police Famille - toutes les formules

Pour la garantie principale « Hospitalisation » et la garantie complémentaire « Pré-et post-hospitalisation », la franchise s'élève à **250,00 EUR** par assuré et par année d'assurance. Cette franchise ne s'applique uniquement qu'en cas d'une hospitalisation (de jour) **en chambre individuelle**. Pour une hospitalisation (de jour) dans une chambre à plusieurs lits, il n'y a pas de franchise.

Frais de soins ambulatoires en cas de « Maladies graves »

L'assureur s'engage à rembourser les frais de soins ambulatoires dispensés pour le traitement des maladies graves citées ci-après : SIDA, sclérose latérale amyotrophique, choléra, diabète, diphtérie, encéphalite, méningite, cancer, poliomyélite, leucémie, malaria, fièvre charbonneuse, mucoviscidose, sclérose en plaques, affection rénale requérant une dialyse, fièvre paratyphoïde, variole, dystrophie musculaire progressive, tétanos, tuberculose, typhus abdominal, hépatite virale, typhus exanthématique, maladie d'Alzheimer, maladie de Creutzfeldt-Jacob, maladie de Crohn, maladie d'Hodgkin, maladie de Parkinson, maladie de Pompe, brucellose, cor pulmonale, insuffisance cardiaque classification NYHA stade III – stade IV), cardiomyopathie hypertrophique, coronaropathie traitée par chirurgie pontage coronarien, infarctus avec une fraction d'éjection du ventricule gauche de moins de 40%, maladie de Rendu-Ossler-Weber.

Ces maladies sont évidemment aussi couvertes en cas d'hospitalisation. En cas d'hospitalisation à la suite d'une maladie grave, les prestations maximales et la franchise prévues pour la garantie hospitalisation sont d'application.

Sont couverts :

- les frais relatifs à des traitements spéciaux, analyses et examens spécifiques, même préventifs, nécessités par la maladie ;
- les frais de prestations médicales, honoraires et suppléments d'honoraires ;
- les frais de prestations paramédicales ;
- les frais de location de tout type de matériel ;
- les médicaments, en ce compris les préparations magistrales.

L'intervention maximale pour les frais repris dans la nomenclature des soins de santé de l'assurance maladie et invalidité obligatoire s'élève au triple du montant de l'intervention légale.

Les frais de transport sont remboursés avec un maximum de 250,00 EUR par assuré et par année d'assurance.

Les frais médicaux d'homéopathie, de chiropraxie, d'ostéopathie et d'acupuncture qui ne bénéficient pas d'une intervention légale, sont remboursés de façon illimitée pour autant que ces frais soient justifiés pour raisons médicales.

Frais médicaux ambulatoires

Les garanties prévues par la "Police Collaborateurs" et la "Police Collaborateurs Assurés Secondaires" sont les suivantes :

a) Soins ambulatoires

- les frais de prestations médicales exposés à l'occasion d'une visite ou d'une consultation chez un médecin, y compris les traitements homéopathiques, par acupuncture, par ostéopathie et par chiropraxie ;
- les frais de traitements psychothérapeutique et psychosomatique pour autant qu'ils soient prescrits et prodigués par un médecin ;
- les frais de prestations paramédicales prescrites par un médecin. Ne sont soumis à aucune autorisation préalable : les soins infirmiers, la kinésithérapie et la physiothérapie ;
- les frais de dispositifs médicaux prescrits par un médecin ;
- les frais de prothèses médicales ;
- les frais de membres artificiels ;
- les frais de produits homéopathiques et allopathiques prescrits par un médecin, les frais de bandage et le matériel médical à l'exception de tout type de produit disponible dans le commerce non médical ;
- les frais de soins dentaires (consultations chez le dentiste, radiographies dentaires, traitements préventifs, extractions dentaires et les traitements conservatoires) ;
- les frais relatifs à un check-up médical par an de l'assuré principal à partir de l'âge de 50 ans, à concurrence de 275,00 EUR, après intervention légale éventuelle ;
- les frais de préparations magistrales sont remboursés si celles-ci sont prescrites par un médecin.

Ces frais sont remboursés, après l'intervention légale éventuelle, à concurrence de 80%.

b) Prothèses dentaires

- les frais de traitements orthodontiques ;
- les frais de prothèses dentaires, à savoir : le remplacement total ou partiel des dents, le matériel dentaire, les bridges, les couronnes et les implants, après approbation du plan de traitement.

Les frais de prothèses dentaires et de traitements orthodontiques sont remboursés à concurrence de 60%. L'intervention est en outre limitée à maximum une intervention par dent sur une période de 5 ans. Tous les frais exposés dans le cadre d'un plan de traitement par dent sont pris en considération en cumul.

c) Prothèses optiques

- les frais de montures de lunettes (une fois tous les trois ans) ;
- les frais de verres de lunettes à l'exception de verres de lunettes de soleil et pour autant qu'il y ait un changement de dioptrie ;
- les frais de lentilles de contact pour autant qu'il y ait un changement de dioptrie.

Les frais de prothèses optiques sont remboursés à concurrence de 60%, après l'intervention légale éventuelle et pour autant qu'il y ait un changement de dioptrie. Les verres de lunettes de soleil, même s'ils sont adaptés à votre dioptrie, ne sont jamais remboursés.

Les lentilles jetables sont remboursées par paquet de maximum 12 mois.

Les frais de montures de lunettes sont remboursés à concurrence de maximum 85,00 EUR par monture et par période de trois ans.

Le plafond de remboursement maximum applicable à l'ensemble de la garantie "Frais médicaux ambulatoires" s'élève à 1.250,00 EUR par assuré et par année d'assurance.

Les frais médicaux ambulatoires pris en considération par la "Police Famille", formules « Hospi PLUS » et « Hospi TOP », sont les suivants:

- les frais de prestations médicales exposés à l'occasion d'une visite ou d'une consultation chez un médecin, y compris les traitements homéopathiques, par acupuncture, par ostéopathie et par chiropraxie ;
- les frais de traitement psychothérapeutique et psychosomatique pour autant qu'ils soient prescrits et prodigués par un médecin ;
- les frais de soins dentaires (consultation chez le dentiste, radiographies dentaires, traitements préventifs, extractions dentaires et traitements conservatoires) ;
- les frais de traitements orthodontiques pour les enfants jusque 14 ans.

Ces frais sont remboursés à concurrence de maximum une fois le montant de l'intervention légale et à concurrence de :

- la formule « Hospi PLUS » : 60% ;
- la formule « Hospi TOP » : 80%.

S'il n'y a pas d'intervention légale, le pourcentage de remboursement de respectivement 60% ou 80% est maintenu.

Le plafond de remboursement maximum global applicable à la garantie « Frais médicaux ambulatoires » s'élève à 750,00 EUR par assuré et par année d'assurance.

QUELS FRAIS NE SONT PAS REMBOURSES?

Les frais survenant à la suite :

- d'un fait de guerre ;
- de troubles civils, d'émeutes, de conflits du travail, de grèves et de lock-out, d'attentats, d'actes de terrorisme ou de sabotage, sauf si l'assuré n'y a pas pris une part active ;

- de l'acte intentionnel de l'assuré ou d'une tentative de suicide de l'assuré ;
- de l'usage non thérapeutique de stupéfiants, de toxicomanie, d'alcoolisme et d'intoxication alcoolique.

Les frais engagés pour :

- une vaccination obligatoire ;
- les soins ou traitements esthétiques ;
- les traitements non éprouvés scientifiquement ;
- les cures, les additifs de bain et les produits cosmétiques non couverts par l'assurance légalement obligatoire ;
- l'assistance, la garde et l'entretien de l'assuré ;
- les frais à caractère privé (boissons, téléphone,...) ;
- les traitements de fécondité, les traitements contraceptifs, l'interruption volontaire de grossesse, l'insémination artificielle ou la fécondation in vitro ;
- l'hospitalisation en cours ayant débuté avant la date d'affiliation ;
- les traitements dispensés avant la date d'affiliation de l'assuré.

SYSTEME DE TIERS PAYANT MEDI-LINK

Grâce au système de tiers payant Medi-Link, Vanbreda Risk & Benefits paie la facture de l'hospitalisation directement à l'hôpital. Seuls la franchise et les frais non couverts par le contrat vous seront ensuite réclamés.

Notre Health Care app vous offre l'avantage en tant qu'assuré de pouvoir activer vous-même toutes vos cartes (Medi-Link, AssurPharma, Assi-Link – si d'application dans votre contrat) et de les avoir immédiatement à portée de main sous format numérique.

La version papier des cartes sera dorénavant envoyée quatre mois suivant l'affiliation aux assurés qui n'ont pas activé l'app.

QUEL EST LE MONTANT DES PRIMES?

Collaborateurs actifs obligatoirement affiliés – collaborateurs actifs affiliés facultativement – collaborateurs en retraite, en RCC ou bénéficiant de modalités de départ similaires

La prime pour les **collaborateurs actifs obligatoirement affiliés** est entièrement à charge de l'employeur.

Pendant la première année de leur affiliation, les **collaborateurs actifs facultativement affiliés** paient eux-mêmes la prime. Ces primes sont encaissées mensuellement à terme échu par domiciliation par le gestionnaire et s'élèvent à 41,70 EUR par assuré, impôts et frais compris.

La prime pour **les collaborateurs retraités, en RCC ou bénéficiant de modalités de départ similaires** est également entièrement à charge de l'employeur pendant une période de 2 ans à compter du moment où le RCC ou la pension de retraite prend cours. Après cette période de 2 ans, la prime est à charge de l'ancien collaborateur. Ces primes sont encaissées mensuellement à terme échu par domiciliation par le gestionnaire.

Pour la « **Police Collaborateurs Assurés Secondaires** » ces primes mensuelles, impôts et frais compris, s'élèvent à :

- pour un adulte de moins de 65 ans : : 41,70 EUR
- pour un adulte à partir de 65 ans : : 125,10 EUR

Assurés secondaires

La prime mensuelle, impôts et frais compris, pour la « **Police Famille** », formule « **Hospi** » (uniquement la garantie hospitalisation), s'élève à :

- pour un enfant de moins de 25 ans : 12,30 EUR
- pour un adulte de moins de 65 ans : 24,59 EUR
- pour un adulte à partir de 65 ans : 73,76 EUR

Ces primes sont entièrement à charge de l'assuré et sont encaissées mensuellement à terme échu par domiciliation par le gestionnaire.

La prime mensuelle, impôts et frais compris, pour la « **Police Famille** », formule « **Hospi PLUS** » (la garantie hospitalisation et la garantie frais médicaux ambulatoires à 60%), s'élève à :

- pour un enfant de moins de 25 ans : 16,96 EUR
- pour un adulte de moins de 65 ans : 33,91 EUR
- pour un adulte à partir de 65 ans : 101,71 EUR

Ces primes sont entièrement à charge de l'assuré et sont encaissées mensuellement à terme échu par domiciliation par le gestionnaire.

La prime mensuelle, impôts et frais compris, pour la « **Police Famille** », formule « **Hospi TOP** » (la garantie hospitalisation et la garantie frais médicaux ambulatoires à 80%), s'élève à :

- pour un enfant de moins de 25 ans : 17,92 EUR
- pour un adulte de moins de 65 ans : 35,83 EUR
- pour un adulte à partir de 65 ans : 107,45 EUR

Ces primes sont entièrement à charge de l'assuré et sont encaissées mensuellement à terme échu par domiciliation par le gestionnaire.

A partir du 1/1/2024 les primes mentionnées ci-dessus peuvent être indexées à chaque date d'échéance annuelle.

Vanbreda Risk & Benefits utilise vos données personnelles entre autres pour répondre à toutes les obligations légales et pour optimiser son rôle de gestionnaire de votre plan médical. Plus d'informations sur le traitement de vos données personnelles peuvent être consultées dans notre politique de confidentialité sur notre site web <https://www.vanbreda.be/fr/privacy/>.

LE PRESENT DOCUMENT EST UN RESUME DU CONTRAT D'ASSURANCE QUI VOUS EST PRESENTE À TITRE PUREMENT INDICATIF. LE CONTRAT D'ASSURANCE EST LE SEUL DOCUMENT FAISANT LOI.