

Assurance hospitalisation collective pour les Services Publics Fédéraux – nouveau contrat à partir du 01/01/2012

Le contrat collectif actuel pour l'assurance hospitalisation conclu entre l'Administration fédérale et **AG Insurance** prendra fin le 31 décembre. Fin septembre, un **nouveau contrat** a été souscrit avec le même prestataire de services. La nouvelle convention prendra effet le 1^{er} janvier 2012 pour une durée de 6 ans.

Nouveautés dans ce nouveau contrat

En comparaison avec l'ancienne police d'AG Insurance, qui était applicable durant la période du 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2011 inclus, les garanties de base dans la nouvelle police d'AG Insurance ont à peine été modifiées. La distinction entre le plan de base et la formule étendue (chambre particulière) a également été conservée.

Toutefois, les points suivants **changent** dans la nouvelle police :

- Désormais, les coûts pour la chiropraxie et l'ostéopathie sont couverts ;
- Un remboursement est prévu pour les frais mortuaires (s'ils sont repris sur la facture d'hospitalisation) ;
- La période de pré- et post-hospitalisation passe respectivement à 2 et 4 mois (autrefois 1 – 3 mois) ;
- Un accouchement à domicile bénéficie d'une couverture forfaitaire de max. 620,00 euros ;
- Un remboursement est prévu pour les soins postnatals (avec un maximum de 5 jours calendrier) ;
- La brucellose, le typhus exanthématique, la fièvre paratyphoïde et la colite ulcéreuse ont été ajoutés à la liste des maladies graves.
- Les primes annuelles ont été adaptées.

À partir de quand ?

Le nouveau contrat avec AG Insurance entre en vigueur **le 1^{er} janvier 2012**.

Qui peut s'affilier ?

Attention ! Les définitions suivantes ne s'appliquent qu'aux membres du personnel des Services fédéraux mentionnés comme souscripteurs dans le devis FORCMS –AV-046 et qui s'y sont engagés.

Assurés principaux

- Les membres du personnel statutaires et contractuels (y compris les stagiaires) qui s'affilient à la police d'assurance avant l'âge de 65 ans (jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle ils atteignent cette limite d'âge) ;
- Les membres du personnel détachés chez un des souscripteurs affiliés ;
- Les membres du personnel statutaires (y compris les stagiaires), contractuels et détachés dont il est question ci-dessus et qui travaillent et séjournent à l'étranger ;
- Tous les membres du personnel pensionnés des souscripteurs affiliés qui ont adhéré au contrat-cadre dès le début, pour autant qu'ils bénéficient d'une assurance hospitalisation collective souscrite à l'initiative d'un souscripteur affilié mentionné dans le tableau 2 de la rubrique 4.3. Les souscripteurs repris dans le tableau 3 de la rubrique 4.3 du présent devis peuvent bénéficier de cette clause pour autant qu'ils soient affiliés au plus tard le 31 décembre 2012.

Un contrat de travail en tant qu'étudiant jobiste ne donne pas droit à l'affiliation à cette convention.

Coassurés

- Le conjoint ou partenaire assimilé de l'assuré principal, domicilié chez ce dernier, affilié à l'assurance avant l'âge de 65 ans (jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle la limite d'âge est atteinte) ;
- Le conjoint ou partenaire assimilé du membre du personnel pensionné des souscripteurs affiliés, domicilié chez l'assuré principal, pour autant qu'il ait été affilié au contrat avant l'âge de 65 ans (jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle il atteint cette limite d'âge) ;
- Le conjoint ou partenaire assimilé du membre du personnel pensionné des souscripteurs affiliés, domicilié chez l'assuré principal, qui a adhéré au contrat-cadre dès le début, quel que soit son âge, pour autant qu'il bénéficie d'une assurance hospitalisation collective souscrite à l'initiative d'un souscripteur affilié mentionné dans le tableau 2 de la rubrique 4.3. Les souscripteurs repris dans le tableau 3 de la rubrique 4.3 du présent devis peuvent bénéficier de cette clause pour autant qu'ils soient affiliés au plus tard le 31 décembre 2012 ;

- Les enfants des personnes susmentionnées, auxquels la législation relative aux allocations familiales est d'application ou qui, s'ils ne bénéficient plus de ces allocations, restent fiscalement à charge de ces personnes ou sont domiciliés chez le titulaire ; les petits-enfants qui sont à charge des personnes susmentionnées ou qui, s'ils ne le sont plus, sont toujours domiciliés chez le titulaire (la personne qui donne droit à leur affiliation) ; les enfants placés sous la tutelle légale des personnes susmentionnées ;
- En cas de décès de l'assuré qui donne droit à l'affiliation, les coassurés, comme le conjoint ou partenaire assimilé et les enfants et petits-enfants à charge, pourront continuer à bénéficier des garanties du contrat tant que le conjoint ou partenaire assimilé coassuré survivant ne se remarie pas ou ne s'engage pas dans une relation assimilée ;

Coût ?

Primes annuelles (2012)

(La prime sera adaptée chaque année suivant les dispositions du point 14 du devis)

ASSURÉS	FORMULE DE BASE (formule chambre double ou commune)	FORMULE ÉTENDUE (formule chambre particulière)
ASSURÉS PRINCIPAUX ACTIFS (sans distinction de catégorie d'âge)	80,72 EUR	184,36 EUR
ENFANTS (avec allocations familiales)	28,25 EUR	64,53 EUR
ENFANTS sans allocations familiales (jusqu'à 24 ans inclus)	28,25 EUR	64,53 EUR
ASSURÉS PRINCIPAUX ET COASSURÉS NON ACTIFS (partenaires et pensionnés jusqu'à 64 ans inclus ; enfants et petits-enfants à partir de 25 ans)	80,72 EUR	184,36 EUR
ASSURÉS PRINCIPAUX ET COASSURÉS NON ACTIFS (partenaires et pensionnés de 65 à 69 ans)	262,34 EUR	599,18 EUR
ASSURÉS PRINCIPAUX ET COASSURÉS NON ACTIFS (à partir de 70 ans)	363,23 EUR	829,63 EUR

Intervention de l'employeur :

L'administration fédérale verse une intervention d'au moins 75 % de la prime annuelle de la formule de base pour les membres du personnel actifs.
En outre, chaque administration peut décider séparément de prévoir ou non des interventions supplémentaires.

Comment s'affilier ?

L'affiliation est facultative.

Pour les membres du personnel (pensionnés) déjà affiliés et/ou les membres de leur famille.

Si vous - ainsi que les membres de votre famille - êtes déjà affilié(e) à l'assurance hospitalisation d'AG Insurance :

- et que vous souhaitez rester assuré(e) dans la même situation que celle connue d'AG Insurance, vous devez compléter le formulaire de réponse et le remettre à DS-H. Vous serez alors affilié(e) dans la même situation au nouveau contrat et vous pourrez conserver votre carte Medi-Assistance actuelle.

- et que vous souhaitez apporter une modification (par ex. un changement de formule), vous devez compléter le formulaire de réponse et le document qui l'accompagne (document de modification ou demande d'affiliation) et le remettre au service social ou au service du personnel de votre administration.

Pour les membres du personnel et/ou les membres de leur famille qui ne sont pas encore affiliés.

Il convient d'utiliser le formulaire de réponse et la demande d'affiliation qui l'accompagne. Ces documents doivent être renvoyés au service social ou au service du personnel de votre administration.

Si les membres du personnel et/ou les membres de leur famille s'affilient dans les trois mois qui suivent l'apparition du droit à l'affiliation (entrée en service, mariage, cohabitation officielle, naissance), aucun délai d'attente ni formalité médicale ne seront applicables et les affections préexistantes seront également couvertes.

Remarque importante !

Pour toutes les personnes (assurés principaux et coassurés) qui s'affilient au nouveau contrat avant le 31 mars 2012, aucun délai d'attente ni formalité médicale ne seront applicables et les affections préexistantes seront également couvertes.

Que se passe-t-il en départ à la retraite ?

Au départ à la retraite, vous pourrez poursuivre l'assurance, tant pour vous que pour les membres de votre famille déjà affiliés. Pour ce faire, vous devez compléter le formulaire « Document de modification » dans les trois mois suivant votre départ à la retraite et l'adresser à votre service social ou service du personnel.

Que se passe-t-il en cas de décès de l'assuré principal ?

En cas de décès de l'assuré principal ou du coassuré pensionné, la garantie peut être poursuivie pour les membres de sa famille déjà affiliés. Pour ce faire, le veuf, la veuve ou le partenaire cohabitant doit adresser le document de modification au service social ou au service du personnel de votre administration dans les trois mois suivant le prochain avis d'échéance de la police (= 1^{er} janvier de chaque année). Si la demande est faite dans les délais impartis, l'assureur ne pourra pas refuser la continuation.

Que se passe-t-il en cas de départ ?

En cas de départ (par ex. pour cause de fin de contrat ou de licenciement/démission), les garanties et les montants des primes payés par l'employeur sont arrêtés le 31 décembre de l'année en cours.

Si à ce moment, vous bénéficiez déjà d'une assurance hospitalisation depuis au moins deux ans, vous pouvez poursuivre l'assurance chez AG Insurance sur base volontaire et à vos frais, et ce sans formalités médicales ni délai d'attente. Il faut dès lors prendre contact avec AG Insurance dans les trois mois après le départ. Attention : la prime en cas de continuation individuelle n'est toutefois pas la même que celle (prime de base/prime complémentaire) mentionnée dans la police de l'assurance collective hospitalisation.

Devoir d'information - Loi Verwilghen

En vertu de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, un employeur doit informer les travailleurs assurés de la possibilité pour le travailleur de payer individuellement une prime supplémentaire lui permettant, en cas de continuation future, de bénéficier d'un tarif qui tient compte de l'âge auquel il a commencé à payer cette surprime. Ce préfinancement ne doit pas nécessairement se faire auprès de l'assureur qui fournit la police collective.

Points d'attention

1. Les formulaires proposés par AG Insurance mentionnent deux adresses de correspondance : boulevard du Jardin botanique 20 et Boulevard Emile Jacqmain 53 à Bruxelles. **Toutefois, votre correspondance doit être envoyée au Boulevard Emile Jacqmain 53 à Bruxelles.**
2. **La formule de base** couvre le remboursement des frais médicaux et des frais de séjour en chambre double ou commune. Les suppléments de séjour en chambre particulière et les suppléments d'honoraires qui les accompagnent ne sont pas couverts, sauf si les soins en chambre particulière sont médicalement nécessaires. Celui qui souhaite assurer une hospitalisation en chambre particulière doit choisir la formule étendue.
3. Pour toute personne uniquement **assurée dans la formule de base**, il est très important, lors de l'admission à l'hôpital de déclarer **EXPRESSÉMENT** que l'on n'est **PAS** couvert pour un séjour en chambre particulière et il ne faut en **AUCUN CAS SIGNER UN DOCUMENT** dans lequel on marque son accord pour un séjour en chambre particulière. Si vous signez ce document, le surcoût pour ce séjour et, surtout, les suppléments d'honoraires très élevés des médecins-spécialistes (qui vont de pair avec un séjour en chambre particulière) seront à votre charge.
4. Les nouveaux membres du personnel ont **jusqu'à trois mois** après leur **entrée en service** pour décider s'ils souhaitent payer la garantie de base ou étendue. Sinon, des formalités médicales et un report de 10 mois de l'affiliation seront appliqués.