



CONTRAT FORCMS – AV - 046

PRESTATAIRE DE SERVICES: AG INSURANCE SA

ASSURANCE COLLECTIVE HOSPITALISATION ET SOINS DE SANTÉ POUR LES MEMBRES DU PERSONNEL DES SERVICES PUBLICS FÉDÉRAUX ET LES MEMBRES DE LEUR FAMILLE

Contacts :	Veerle Van der Meersch ☎ 02 790 54 42 Fax: 02 790 52 99 ✉ veerle.vandermeersch@p-o.belgium.be	Godelieve Esselens ☎ 02 790 54 39 Fax: 02 790 52 99 ✉ godelieve.esselens@p-o.belgium.be
-------------------	---	---

A. INFORMATIONS RELATIVES AU MARCHÉ	3
1 LES PARTIES.....	3
1.1 Pouvoir adjudicateur	3
1.2 Souscripteur	3
1.3 Affiliés ou assurés.....	3
2 OBJET DU MARCHÉ.....	3
2.1 Objet	3
2.2 SERVICES FEDERAUX QUI SONT AFFILIES obligatoirement et ceux qui peuvent s’AFFILIER LIBREMENT	3
B. CONDITIONS CONTRACTUELLES	4
3 PERIODE CONTRACTUELLE	4
3.1 Le marché	4
3.2 L’affiliation.....	4
3.3 Territorialité.....	4
4 OBLIGATIONS COMPLEMENTAIRES	4
4.1 confidentialite de l’INFORMATION.....	4
4.2 TRANSFERT DE DONNEES	5
4.3 Documentation et statistiques.....	5
4.4 Site Internet	5
5 RÉCEPTIONS (CGC, ANNEXE AR 26/09/1996, ART. 12, 19, 71, 74).	5
6 FACTURATION - PAIEMENT (Loi 24/12/1993, ART.8 ; CGC, ANNEXE AR 26/09/1996, ART. 15)	5
6.1 Facturation	5
6.2 Paiement.....	6
7 REVISION DU PRIX (AR 08/01/1996, ART. 86, - CGC, ANNEXE AR 26/09/1996, ART. 13)	6
8 LITIGES	7
9 DISPOSITIONS TECHNIQUES	7
Article 1 ^{er} – Définitions	7
Article 2.- Accès à l’assurance	9
Article 3.- Garanties.....	10
Article 4.- Limites d’intervention du prestataire de services.....	13
Article 5.- Exclusions.....	14
Article 6 – Procédure d’affiliation, délai d’attente et état préexistant.....	14
Article 7.- Primes.....	15

Article 8.- Territorialité	15
Article 9.- Gestion des sinistres.....	15
Article 10.- Fin de la couverture personnelle	16
Article 11 - Obligations des souscripteurs	18
Article 12 - Obligations de l'assuré :	18
Article 13 - Obligations du prestataire de services :	18
1.1. Article 14 – Loi du 20 juillet 2007	20

A. INFORMATIONS RELATIVES AU MARCHÉ

1 Les parties

1.1 POUVOIR ADJUDICATEUR

Le pouvoir adjudicateur est le SPF Personnel & Organisation, centrale des marchés pour les services fédéraux (CMS), rue de la Loi 51 à 1040 Bruxelles, représenté par le Ministre de la Fonction publique.

1.2 SOUSCRIPTEUR

Le souscripteur est l'interlocuteur privilégié pour toute correspondance relative à l'exécution du contrat pour ce qui concerne ces services. Généralement, il s'agit du service social du département ou de l'organisme qui assurera le rôle d'intermédiaire.

Les services publics repris au tableau 3 du point 4.3 ont le libre choix de s'affilier ou pas au présent contrat collectif jusqu'au 31 décembre 2012.

1.3 AFFILIES OU ASSURES

Personnes physiques, décrites comme affiliés principaux ou affiliés secondaires, qui souscrivent à ce contrat.

2 Objet du marché

2.1 OBJET

L'objet du présent marché est la conclusion d'une assurance collective hospitalisation et soins de santé à laquelle les membres du personnel en service dans un des services visés au point 4.3. du présent document, les membres de leur famille et les membres du personnel qui sont ou ont été admis à la pension peuvent s'affilier, conformément aux conditions des documents du marché complétés par l'offre approuvée.

2.2 SERVICES FEDERAUX QUI SONT AFFILIES OBLIGATOIREMENT ET CEUX QUI PEUVENT S'AFFILIER LIBREMENT

Les SPF et SPP sont affiliés obligatoirement. Les autres services publics appartenant à l'autorité fédérale peuvent s'affilier librement.

B. CONDITIONS CONTRACTUELLES

3 Période contractuelle

3.1 LE MARCHÉ

Le marché commercera le premier jour de calendrier suivant celui auquel le prestataire de services reçoit la notification de la conclusion du marché, mais, il est bien entendu que le marché ne commencera pas avant le 1^{er} janvier 2012.

Le marché est conclu pour une période de six ans, résiliable annuellement moyennant un préavis de 6 mois avant la date d'échéance de chaque année de contrat, par lettre recommandée. Seuls le prestataire de services et le pouvoir adjudicateur peuvent résilier le contrat. Une telle résiliation ne donne droit à aucune indemnité.

La fin du marché, soit suite à une résiliation, soit au terme de la durée contractuelle, met fin, d'office, aux droits et obligations contractuelles des assurés, des souscripteurs, du pouvoir adjudicateur et du prestataire de services ; toutefois, sans que cette fin n'ait, comme conséquence, la libération des prestations et sommes éventuellement encore dues.

Le prestataire de services ne peut adapter les conditions du contrat durant son exécution, sauf en cas de modifications légales impératives et avec l'accord du pouvoir adjudicateur.

Le prestataire de services ne peut exclure des assurés principaux et secondaires sauf dans les cas mentionnés à l'art. 10 du point 9 « Dispositions techniques » du présent document.

Le contrat d'assurance avec les services publics qui ont souscrit au contrat entre en vigueur le 1^{er} janvier 2012.

Chaque souscripteur conclut avec le prestataire de services, au début du marché, un accord dans lequel sont mentionnées les particularités spécifiques relatives à l'exécution du contrat dans ce service. La date de prise d'effet du contrat d'assurance y est mentionnée.

Pour le calcul de la prime, une année d'assurance s'étendra du 1^{er} janvier au 31 décembre inclus.

3.2 L'AFFILIATION

Voir l'article 6 « procédure d'affiliation, délai d'attente, affiliation à la naissance et maladies existantes » des dispositions techniques (point 9 du document).

3.3 TERRITORIALITE

Voir l'art. 8 « territorialité » des dispositions techniques (point 9 du présent document).

4 OBLIGATIONS complémentaires

4.1 CONFIDENTIALITE DE L'INFORMATION

Toutes les informations que le prestataire de services reçoit sur quelque support que ce soit avant et dans le cadre de l'exécution du présent marché, sont confidentielles. Le prestataire de services traitera donc de manière strictement confidentielle toutes les informations et ne les utilisera que pour l'exécution de ses engagements dans le cadre du présent marché public. Il ne procédera pas à leur reproduction, publication ou divulgation de quelque manière que ce soit à un tiers, sauf moyennant l'autorisation écrite préalable du pouvoir adjudicateur ou à moins que cela ne soit requis par une loi ou un règlement. Le prestataire de services ne divulguera des informations confidentielles à ses travailleurs, agents et sous-traitants que sur une stricte base "need to know"

et il veillera à ce que ses travailleurs, agents et sous-traitants connaissent et respectent également ce devoir de confidentialité.

Le traitement éventuel par le prestataire de services des informations se rapportant aux données à caractère personnel n'est licite que dans les conditions et dans les limites fixées par la loi du 8 décembre 1992 (M.B. 19.03.1993) et aura lieu sous la responsabilité entière et exclusive du prestataire de services. Le cas échéant, le prestataire de services doit obtenir l'autorisation explicite de l'intéressé(e) pour le traitement de ses données sauf si le prestataire de services démontre que le traitement est indispensable pour l'exécution de ce contrat ou pour l'exécution des dispositions qui précèdent à la conclusion du contrat et qui sont prises sur requête de l'intéressé(e).

4.2 TRANSFERT DE DONNEES

Le prestataire de services s'engage à communiquer aux intéressés dont les données ont été manipulées, en exécution de l'article 9 d) de la loi du 8 décembre 1992, l'existence du transfert de données dont question dans le troisième alinéa du point 4.1.

4.3 DOCUMENTATION ET STATISTIQUES

Voir l'article 13 «Obligations du prestataire de services » des dispositions techniques (point 9 du présent document).

4.4 SITE INTERNET

Le prestataire de services autorise le service dirigeant à publier les conditions du marché sur un site Internet avec accès protégé et fournit à cette fin les informations utiles.

5 RÉCEPTIONS

(CGC, annexe AR 26/09/1996, art. 12, 19, 71, 74).

Les services seront suivis lors de leur exécution par un représentant de chacun des services souscripteurs. L'identité de chaque représentant de ces services sera communiquée au prestataire de services au début de l'exécution des services.

ÉVALUATION DES SERVICES PRESTÉS

Si, durant l'exécution des services, des anomalies sont constatées, celles-ci seront immédiatement signalées au prestataire des services par fax ou courriel confirmé ensuite par envoi recommandé. Le prestataire de services a l'obligation de corriger les services qui n'ont pas été dûment prestés.

6 FACTURATION - PAIEMENT

(Loi 24/12/1993, art.8 ; CGC, annexe AR 26/09/1996, art. 15)

6.1 FACTURATION

Le prestataire de services joint un état détaillé des paiements à chaque facture.

Toutes les factures doivent mentionner les données suivantes :

- numéro de compte en banque ;
- numéro de facture ;
- date de la facture ;
- numéro du document ;
- nom et adresse du client.

Les factures relatives aux sommes prises en charge directement par les assurés principaux ou secondaires sont adressées directement aux familles ou personnes concernées.

La possibilité d'une facturation trimestrielle doit être prévue pour les assurés qui en font la demande.

En ce qui concerne l'intervention dans la prime du souscripteur concerné, une facture globale annuelle est adressée à chaque service public souscripteur en fonction de l'intervention qui a été communiquée au prestataire de services. Des factures intermédiaires peuvent être présentées pour les nouvelles affiliations, proportionnellement à la période de l'année encore à assurer.

En cas de non-paiement de la prime individuelle par l'assuré, celle-ci ne peut être réclamée au service public concerné (souscripteur), ni à son service social ni au service dirigeant.

6.2 PAIEMENT

Les souscripteurs sont directement et exclusivement responsables du paiement de ce qui leur est facturé. Le pouvoir adjudicateur n'est, par conséquent, redevable ni du principal ni des intérêts éventuels.

Le paiement est exécuté dans un délai de 50 jours calendaires à compter de la date de réception des factures correctement établies et expédiées au client payeur.

En cas de non-paiement fautif de la prime par les souscripteurs dans les délais prévus, la couverture peut, seulement, être suspendue, sous réserve de l'application de la procédure visée dans le cahier général des charges (CGC). Une suspension éventuelle touchera, seulement, les assurés principaux et secondaires dont l'affiliation à ce contrat peut être mise en relation avec le souscripteur non payeur.

La suspension de la prestation de services est interrompue dès paiement de la prime due.

7 révision du prix (AR 08/01/1996, art. 86, - CGC, annexe AR 26/09/1996, art. 13)

A compter du mois de janvier 2013, les primes seront adaptées au 1^{er} janvier de chaque année sur la base des indices globaux médicaux « Garantie de la chambre particulière » et « Garantie de la chambre de deux personnes et de la chambre commune ». Ces indices spécifiques sont calculés par le SPF Économie selon les modalités visées dans l'arrêté royal du 1^{er} février 2010 fixant les indices spécifiques visés à l'article 138bis, 4, § 3, de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre.

Le prestataire de services est tenu d'effectuer la demande écrite de révision des prix (en plus ou en moins) et de soumettre les prix revus à l'approbation du pouvoir adjudicateur.

L'article 57 de la loi du 30 mars 1976 relative aux mesures de redressement économique impose qu'un minimum de 20 % des prix ne peut être révisé ; la révision porte donc sur 80% de la valeur de chaque prime.

Pour le calcul de la prime à l'année n, les éléments suivants sont calculés :

$$P_n = P_o \times \left[\left(0,48 \times \frac{MI1(n-1)}{MI1o} \right) + \left(0,32 \times \frac{MI2(n-1)}{MI2o} \right) + 0,2 \right]$$

Où :

n = l'année pour laquelle la révision de la prime est calculée

P_n = le montant de la prime au cours de l'année n

P_o = le montant de la prime en 2012

MI1 (n-1) = indice médical global pour une chambre particulière¹ durant le 3^e trimestre de l'année n-1

MI1_o = indice global médical pour une chambre particulière² durant le 1^{er} trimestre 2011

MI2 (n-1) = indice global médical pour une chambre de deux personnes ou commune² durant le 3^e trimestre de l'année n-1

MI2_o = indice global médical pour une chambre de deux personnes ou commune³ durant le 1^{er} trimestre 2011.

8 Litiges

Toutes les contestations relatives à l'exécution du marché seront réglées exclusivement par les tribunaux compétents de l'arrondissement judiciaire de Bruxelles.

La langue utilisée est le néerlandais ou le français.

Le pouvoir adjudicateur, les services souscripteurs et les clients individuels ne sont en aucun cas responsables des dommages aux personnes ou aux biens qui résultent directement ou indirectement des activités nécessaires pour l'exécution du marché. L'adjudicataire décharge le pouvoir adjudicateur, le service souscripteur et les clients individuels des poursuites en dédommagement initiées par des tiers.

9 DISPOSITIONS TECHNIQUES

Les soumissionnaires sont invités à remettre une offre conforme aux garanties décrites ci-après.

Article 1^{er} – Définitions

« **prestataire de services** » : la compagnie d'assurance à laquelle le marché est attribué.

« **souscripteur** » : le service fédéral appartenant à la personne morale « État belge », qui adhère à l'assurance collective au profit des membres de son personnel (et des membres de leur famille) et qui assure le paiement d'une partie des primes. L'intervention dans la prime des souscripteurs n'appartenant pas à la personne morale « État belge » dépend des conventions conclues au sein de leur administration.

Quant à l'exécution pratique et au suivi du contrat, le souscripteur peut donner une délégation au service social du service concerné.

« **Assurés principaux** » :

- les membres du personnel statutaires et contractuels des services souscripteurs (y compris les stagiaires) qui souscrivent 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 auprès d'un des souscripteurs affiliés ;

- les membres du personnel statutaires (stagiaires inclus), contractuels et détachés dont question ci-avant qui travaillent et séjournent à l'étranger ;

- Les membres du personnel pensionnés des souscripteurs du contrat FORCMS-AV-024bis, pour autant qu'ils étaient déjà affiliés au contrat collectif avant l'âge de 65 ans (jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle ils atteignent cette limite d'âge) ;

¹ http://economie.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/economie/secteur_sante/indice_medical/ (indice 4^{ème} trimestre 2010 = 109,51 – 4^{ème} trimestre 2008 = 100)

² http://economie.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/economie/secteur_sante/indice_medical/ (indice 4^{ème} trimestre 2010 = 94,94 – 4^{ème} trimestre 2008 = 100)

- tous les membres retraités du personnel des souscripteurs affiliés qui s'affilient dès le début au contrat-cadre, pour autant qu'ils profitent d'une assurance hospitalisation collective conclue à l'initiative d'un souscripteur affilié repris au tableau 2 de la rubrique 4.3 du cahier spécial des charges. Les souscripteurs repris au tableau 3 de la rubrique 4.3 du cahier spécial des charges, peuvent profiter de cette clause pour autant qu'ils soient affiliés au plus tard le 31 décembre 2012.

Un contrat de travail comme Travailleur étudiant n'ouvre pas le droit à une affiliation à ce contrat.

« assurés secondaires » :

- l'époux/épouse ou partenaire assimilé des assurés principaux domicilié(e) chez l'assuré principal, affilié(e) à l'assurance avant l'âge de 65 ans (jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle il (elle) atteint cette limite d'âge) ;

- l'époux/épouse ou partenaire assimilé des membres du personnel retraités des services souscripteurs affiliés domicilié(e) chez l'assuré principal, pour autant qu'il (elle) était déjà affilié(e) au contrat avant l'âge de 65 ans (jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle il (elle) atteint cette limite d'âge), jusqu'à son décès ;

- l'époux/épouse ou partenaire assimilé de membres retraités du personnel des souscripteurs affiliés domicilié(e) chez l'assuré principal, qui s'affilie au contrat-cadre dès son début, quel que soit son âge, pour autant qu'il (elle) bénéficie d'une assurance collective hospitalisation conclue à l'initiative d'un service souscripteur affilié repris au tableau 2 de la rubrique 4.3 du cahier spécial des charges. Les souscripteurs mentionnés au tableau 3 de la rubrique 4.3 du cahier spécial des charges peuvent bénéficier de cette clause pour autant qu'ils soient affiliés le 31 décembre 2012 au plus tard ;

- les enfants des personnes mentionnées ci-avant auxquels s'applique la législation relative aux allocations familiales ou qui, ne bénéficiant plus de ces allocations familiales, restent fiscalement à charge desdites personnes ou sont domiciliés sous le toit du titulaire ; les petits-enfants des personnes mentionnées ci-avant qui sont à leur charge ou qui, s'ils ne le sont plus, restent domiciliés sous le toit du titulaire (personne ouvrant le droit à l'affiliation) ; les enfants placés sous la tutelle légale des personnes ci-avant ;

- en cas de décès de l'assuré donnant droit à l'affiliation, les assurés secondaires tels que le époux/épouse ou partenaire assimilé et ses enfants et petits-enfants à charge pourront continuer à bénéficier des garanties du contrat aussi longtemps que l'assuré secondaire époux/épouse ou partenaire assimilé survivant ne remarie pas ou ne conclut pas un engagement similaire ;

« maladie » : une altération de l'état de santé ayant une cause autre qu'un accident, reconnue par un médecin légalement autorisé à pratiquer son art, soit en Belgique, soit dans le pays où se trouve l'assuré au moment de la constatation de la maladie ;

« accident » : un événement soudain qui produit une lésion corporelle et dont la cause ou l'une des causes est extérieure à l'organisme de l'assuré. L'accident doit être constaté par un médecin légalement autorisé à pratiquer son art, soit en Belgique, soit dans le pays où se trouve l'assuré au moment où il se produit ;

« franchise » : partie des frais qui, en tout état de cause, reste à charge de l'assuré (au cas où l'assuré choisit la formule étendue – chambre particulière) ;

« Hôpital » : un établissement public ou privé reconnu légalement comme hôpital, à l'exclusion des établissements psychiatriques fermés, des services ou établissements médico-pédagogiques, des maisons de repos, des institutions gériatriques ou services destinés au simple hébergement des personnes âgées, des institutions ou services destinés au simple hébergement des enfants, des personnes convalescentes, ainsi que ceux ayant reçu une agrégation spéciale en tant que maison de repos ou de soins ;

« Hospitalisation » : tout séjour médicalement nécessaire dans un hôpital pour lequel une indemnité de séjour est facturée. Cette notion comprend à la fois le séjour d'au moins une nuit et le concept « hospitalisation de jour » (one day clinic), c'est-à-dire qu'il est dérogé au critère de l'hospitalisation durant une nuit au moins, pour autant que les conditions suivantes soient réunies :

- la salle d'opération ou la salle de plâtre a été effectivement utilisée ou un lit d'hôpital a été effectivement utilisé à l'exclusion du séjour dans les salles d'attente, les salles d'examen et les espaces réservés aux services de consultation externe des établissements hospitaliers ;

- il doit s'agir des prestations dans le cadre des mini- et maxi-forfaits ainsi que dans le cadre des forfaits A, B, C, D repris dans l'accord national entre les établissements hospitaliers et le service de soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie invalidité.

En ce qui concerne les cures, une intervention n'est octroyée que pour autant que le traitement revête un caractère curatif, qu'il soit pratiqué dans un établissement satisfaisant aux conditions dont il est question ci avant et que le soumissionnaire ait marqué son accord par écrit avant le début du traitement.

En ce qui concerne la tuberculose, la garantie est également acquise pour les traitements en sanatorium et dans les établissements de soins pour tuberculeux.

« Établissement de soins palliatifs » : tout établissement de séjour agréé destiné à l'hébergement de personnes dont l'état de santé nécessite un séjour dans l'établissement, ainsi qu'un traitement palliatif qui suppose une observation, une surveillance et un suivi qui ne peuvent se réaliser que dans cet établissement.

« Intervention légale » :

- Pour les frais exposés en Belgique :

Tout remboursement prévu dans le cadre des législations belges relatives à l'assurance obligatoire maladie invalidité (régime des salariés), aux accidents du travail et aux maladies professionnelles.

- Pour les frais exposés à l'étranger :

Tout remboursement prévu par une convention conclue avec ce pays et relative à la sécurité sociale des travailleurs salariés ou, à défaut, un montant fictif égal au remboursement prévu par les législations belges applicables aux travailleurs salariés.

Article 2.- Accès à l'assurance

- a) Le soumissionnaire s'engage à assurer immédiatement, sans stage ni examen médical ni questionnaire de santé et sans aucune connaissance d'état préexistant, tous les membres du personnel actifs ou retraités, ainsi que les membres de leur famille, tels que visés à l'article 1^{er} « Définitions », assurés jusqu'à la date précédant celle de l'entrée en vigueur du contrat via le contrat collectif d'assurance hospitalisation pour les agents fédéraux (FORCMS-AV-024bis). Le soumissionnaire s'engage, de même, pour les membres de la famille au sens de l'article 1^{er} "Définitions", qui, jusqu'au jour qui précède la date d'entrée en vigueur du contrat, sont assurés via le contrat collectif pour l'assurance hospitalisation pour les agents fédéraux (FORCMS-AV-024bis) mais dont la personne qui donnait droit à l'affiliation est décédée avant l'entrée en vigueur de ce marché.
- b) Outre le cas énoncé au point a) ci-dessus, le soumissionnaire s'engage à assurer immédiatement, sans stage ni examen médical ni questionnaire de santé et sans aucune connaissance d'état préexistant, tous les membres du personnel actifs ou retraités, ainsi que les membres de leur famille, tels que visés à l'article 1^{er} « Définitions », qui bénéficiaient jusqu'à la date précédant celle de l'entrée en vigueur du contrat d'une assurance hospitalisation conclue à l'initiative de leur service concerné et en vertu duquel ce service s'engage pour la première fois en qualité de souscripteur au contrat collectif fédéral, et ce, pour autant qu'ils s'affilient immédiatement au nouveau contrat à dater du jour où le contrat entre en vigueur dans le service concerné. Le soumissionnaire s'engage, de même, pour les membres de la famille au sens de l'article 1^{er} "Définitions", qui, jusqu'au jour qui précède la date d'entrée en vigueur du contrat, bénéficient d'une assurance hospitalisation conclue à l'initiative de leur service concerné et en vertu duquel ce service s'engage pour la première fois en qualité de souscripteur au contrat collectif fédéral, et ce, pour autant qu'ils, à partir du jour de l'entrée en vigueur du contrat, s'affilient immédiatement au nouveau contrat, mais dont la personne qui donnait droit à l'affiliation est décédée avant l'entrée en

vigueur de ce marché.

En ce qui concerne les souscripteurs mentionnés au tableau 3 de la rubrique 4.3 du cahier spécial des charges, cet engagement doit être pris avant le 31 décembre 2012 et le soumissionnaire s'engage, mutatis mutandis, de même, comme mentionné sous a) et b).

- c) Outre les cas visés aux lettres a) et b) ci-dessous, les membres du personnel des services souscripteurs en activité ne sont soumis ni à un examen médical, ni à un questionnaire sur leur état de santé et aucune notion d'état préexistant ne leur sera réclamée, s'ils décident d'adhérer dans un délai de trois mois à compter de la date de début du contrat dans leur service ou de la date de leur recrutement statutaire ou contractuel dans un service affilié.
- d) Chaque assuré principal peut, quand il demande son adhésion, solliciter également dans les mêmes conditions que celles visées à la lettre c) ci-avant, celle d'un ou de plusieurs membres de sa famille dont question à l'article 1^{er} « Définitions ».
- e) En cas de modification dans la composition de la famille (mariage, naissance, nouveau cohabitant), l'assuré principal peut solliciter l'adhésion du nouveau membre de sa famille dans un délai de trois mois, et ce, aux mêmes conditions d'adhésion que celles énoncées ci-avant.
Un bébé est assuré dès la naissance à la condition qu'une demande d'affiliation ait été envoyée dans un délai de trois mois à compter de sa naissance.

Les dispositions visées à l'article 6 « Procédure d'affiliation, Délai d'attente et États préexistants » s'appliqueront à toute affiliation ne répondant pas aux critères énoncés ci-avant.

Article 3.- Garanties

3.1 FORMULE POUR LA CHAMBRE DE DEUX PERSONNES OU COMMUNE (Formule de base)

L'assurance doit garantir le remboursement des frais de soins de santé mentionnés ci-dessous après déduction éventuelle des interventions légales et extralégales, mais sans qu'une franchise à charge de l'assuré ou du souscripteur ne soit appliquée.

3.1.1. Hospitalisation

En cas d'hospitalisation à la suite d'une maladie, d'un accident, d'une grossesse ou d'un accouchement, le prestataire de services rembourse, à concurrence des limites visées à l'article 4 « Limites d'intervention du prestataire de services », les frais de soins de santé pour autant qu'ils soient encourus pendant le séjour dans un hôpital agréé ou dans un établissement de soins palliatifs agréé.

Doivent être couverts :

1. Pour autant qu'ils donnent lieu à une intervention légale :

- a) les frais de séjour, y compris les suppléments pour chambre à deux lits (il est explicitement précisé que les suppléments relatifs au séjour en chambre particulière pour convenance personnelle ne sont pas pris en charge dans la formule de base) ;
- b) les coûts des prestations médicales, les honoraires et suppléments d'honoraires pour chambre à deux lits et chambres communes (il est explicitement précisé que les honoraires et suppléments d'honoraires liés à l'occupation d'une chambre à un lit pour convenance personnelle ne sont pas pris en charge dans la formule de base) ;
- c) les frais des prestations paramédicales ;

- d) les frais de produits pharmaceutiques, de bandages et de matériel médical ;
- e) les frais de chirurgie et d'anesthésie ;
- f) les frais d'utilisation de la salle d'opération et de la salle d'accouchement ;
- g) les frais de soins dentaires, de prothèses dentaires, de prothèses médicales ainsi que d'appareils orthopédiques, pour autant que ces derniers aient été placés pendant l'hospitalisation et qu'ils affichent un lien direct avec l'hospitalisation ; Les prothèses revêtant un caractère purement esthétique ne sont pas remboursées ;
- h) les frais de soins palliatifs, y compris les médicaments ;
- i) les frais médicaux relatifs au nouveau-né encourus pendant l'hospitalisation de la mère et consécutifs à un accouchement couvert, en ce compris les frais médicaux relatifs à l'achat de cellules souche ;
- j) le test de la mort subite.

2. Doivent également être couverts, qu'ils donnent lieu ou non à une intervention légale :

- a) le matériel à usage unique utilisé au cours d'une intervention chirurgicale ;
- b) les médicaments non remboursables et repris sous la catégorie « D » dans la nomenclature de l'INAMI ;
- c) la chiropraxie et l'ostéopathie exécutée par un spécialiste agréé ;
- d) les frais de bandage et de matériel médical, à l'exclusion de tout type de produits généralement disponibles dans le commerce non médical ;
- e) les frais de séjour du donneur en cas de transplantation d'un organe ou d'un tissu à un assuré ;
- f) les frais :
 - de transport approprié urgent vers l'hôpital ;
 - de transport approprié en cas d'hospitalisation, justifié pour raisons médicales ;
 - relatifs au service mobile d'urgence (SMUR) ;
- g) les frais de séjour d'un parent dans la chambre d'un enfant mineur avec inclusion de la minorité prolongée (rooming-in) ;
- h) les frais mortuaires imputés sur la facture de l'hôpital;
- i) les frais non-remboursables de matériel de viscérosynthèse et d'endoprothèse

3.1.2. Pré- et post-Hospitalisation

Il s'agit des frais médicaux encourus pendant une période de 60 jours avant l'hospitalisation et de 120 jours après l'hospitalisation, affichant un lien direct avec le motif de ladite hospitalisation.

Doivent être couverts pendant cette période :

1. Pour autant qu'ils donnent lieu à une intervention légale :

- a) les frais des prestations médicales dispensées suite à une visite ou une consultation d'un médecin ;
- b) les frais de prestations paramédicales prescrites par un médecin ;
- c) les frais de remèdes médicaux prescrits par un médecin ;
- d) les frais de prothèses médicales qui sont liés directement à la cause de l'hospitalisation ;

- e) les frais afférents aux membres artificiels ;
- f) les frais médicaux et de soins dans les centres de revalidation;
- g) médicaments.

2. Qu'ils donnent lieu ou non à une intervention légale :

- a) les médicaments non remboursables et repris sous la catégorie « D » dans la nomenclature de l'INAMI ;
- b) la chiropraxie et l'ostéopathie exécutée par un spécialiste agréé ;
- c) les frais de bandage et de matériel médical, à l'exclusion de tout type de produits également généralement disponibles dans le commerce non médical.

3.1.3. Maladies graves

En cas de survenance des maladies suivantes : cancer, leucémie, tuberculose, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, maladie de Parkinson, diphtérie, poliomyélite, méningite cérébro-spinale, variole, brucellose, typhus exanthématique, typhus, paratyphus, encéphalite, charbon, tétanos, choléra, maladie de Hodgkin, sida, hépatite infectieuse, scarlatine, diabète, affections rénales nécessitant une dialyse, maladie de Crohn, mucoviscidose, Alzheimer, malaria, maladie de Pompe, maladie de Creutzfeldt-Jacob, dystrophie musculaire progressive et colite ulcéreuse, l'assurance est étendue aux frais de soins de santé dispensés en dehors du milieu hospitalier et affichant un lien direct avec la maladie.

Doivent être couverts :

1. Pour autant qu'ils donnent lieu à une intervention légale :

- a) les frais de prestations médicales, les honoraires et suppléments d'honoraires ;
- b) les frais des prestations paramédicales ;
- c) les frais relatifs aux soins spéciaux, aux analyses et examens nécessités par la maladie ;
- d) les frais de location de matériel divers ;
- e) les médicaments.

2. Qu'ils donnent lieu ou non à une intervention légale :

- a) les médicaments non remboursables et repris sous la catégorie « D » dans la nomenclature de l'INAMI ;
- b) la chiropraxie et l'ostéopathie exécutée par un spécialiste agréé ;
- c) les frais de bandage et de matériel médical, à l'exclusion de tout type de produits également généralement disponibles dans le commerce non médical ;
- d) les frais de transport ;
- e) tous les autres frais pour lesquels le prestataire de services a préalablement marqué son accord.

3.1.4 Accouchement à domicile, accouchement en polyclinique et soins obstétriques

Cette assurance doit s'appliquer aux frais médicaux d'un accouchement à domicile pratiqué par un médecin agréé ou par un praticien obstétrique agréé par l'INAMI et d'un accouchement en polyclinique. Dès lors, en cas d'accouchement à domicile ou accouchement en polyclinique, les

garanties du chapitre « préhospitalisation et posthospitalisation » sont également d'application, en ce compris les frais médicaux pour le nouveau-né.

Par soins obstétriques, il faut entendre les frais postérieurs à un accouchement facturés par un établissement de soins post-natals reconnu. Il s'agit des frais facturés par cet établissement pour les soins dispensés à domicile par une aide obstétricienne qualifiée, à la mère, au nouveau-né et à la famille. L'intervention pour les soins obstétriques est limitée à cinq jours calendaires.

3.2. FORMULE D'UNE CHAMBRE PARTICULIÈRE (formule étendue)

Les garanties sont identiques à celles de la formule d'une chambre à deux lits ou commune (formule de base) sous réserve de ce qui suit :

- les suppléments relatifs tant aux frais de séjour qu'aux honoraires liés à l'occupation d'une chambre à un lit pour convenance personnelle jusqu'à concurrence de trois fois le montant de l'intervention légale sont couverts ;
- la franchise par assuré et par année civile s'élève à 125 € uniquement pour les prestations prises en compte dans la formule d'une chambre à un lit (formule étendue) et qui ne le sont pas dans la formule d'une chambre à deux lits ou commune (formule de base). Lorsqu'une même hospitalisation se déroule sur deux années civiles, la franchise n'est perçue qu'une seule fois.

3.3. CHOIX DE LA FORMULE

L'assuré principal (ouvrant le droit à l'assurance) a le choix entre deux formules. La formule choisie doit être identique pour lui et pour les membres de sa famille.

Ce choix est définitif. Toutefois :

- l'assuré qui a choisi la formule d'une chambre particulière (formule étendue) peut opter pour la formule d'une chambre à deux lits ou commune (formule de base) à l'échéance annuelle moyennant une demande explicite trois mois au moins avant ladite échéance annuelle ; ce transfert doit se faire pour tous les membres de la famille assurés sans exception ;
- l'assuré qui a opté pour la formule d'une chambre à deux lits ou commune (formule de base) et qui souhaite passer à la formule d'une chambre particulière (formule étendue) ne peut le faire qu'avec l'accord du prestataire de services. Si le prestataire de services accepte cette modification de la formule (qui vaut pour tous les membres assurés de sa famille), les dispositions visées à l'article 6 « Affiliation », dont les dispositions relatives au délai d'attente de 10 mois et l'exclusion des affections existantes s'appliqueront.

Article 4.- Limites d'intervention du prestataire de services

Pour chaque prestation susmentionnée visée à l'article 3 donnant lieu à une intervention légale, la garantie du prestataire de services doit être accordée jusqu'à concurrence du triple du montant de l'intervention légale.

Pour les frais ne donnant lieu à aucune intervention légale (cf. Article 3, points 3.1. 1/2 ; 3.1. 2/2 et 3.1. 3./2), la garantie doit être accordée à concurrence de 2.500,00 € par assuré et par année civile sous réserve de ce qui suit :

- le remboursement des frais de séjour d'un parent dans la chambre d'un enfant hospitalisé est limité à 25,00 € par nuit ;
- les frais de transport liés aux maladies graves (cf. Article 3 point 3.1.3.) sont limités à un plafond global de 125,00 € par personne et par année civile ;
- l'intervention pour les soins obstétriques à domicile s'élève à un montant forfaitaire de 620 € par accouchement.

Pour les hospitalisations consécutives à une affection psychique, psychiatrique ou mentale, l'intervention du prestataire de services n'est octroyée que pour des périodes de séjour successives ou non successives ne dépassant pas deux ans, à compter du premier jour qui donne droit à un remboursement.

Article 5.- Exclusions

Ne tombent pas sous le couvert de l'assurance, les prestations résultant :

- a) d'un accident ou d'une maladie non contrôlable par examen médical ;
- b) d'un traitement esthétique ou de rajeunissement ; toutefois, les frais de chirurgie plastique réparatrice qui seraient occasionnés par une maladie ou un accident couvert seront pris en charge;
- c) de maladies ou d'accidents survenus à l'assuré :
 - 1. en état d'ivresse, d'intoxication alcoolique ou sous l'influence de drogues, narcotiques ou stupéfiants utilisés sans prescription médicale, à moins que : l'on ne prouve qu'il n'existe aucune relation causale entre la maladie ou l'accident et ces circonstances ou que l'assuré fournisse la preuve qu'il a utilisé par ignorance des boissons ou stupéfiants ou qu'il s'y est vu obligé par un tiers ;
 - 2. par l'alcoolisme, la toxicomanie ou l'usage abusif de médicaments ;
- d) de la stérilisation, la contraception, l'insémination artificielle, la conception in vitro et les cures thermales;
- e) d'un événement de guerre, que l'assuré y soit soumis en tant que civil ou militaire, les troubles civils ou émeutes, sauf lorsque l'assuré n'y a pas pris une part active ou qu'il s'est trouvé dans un cas de légitime défense ;
- f) de la pratique d'un sport aérien ou entraînant l'usage d'un véhicule à moteur, de même que la pratique, en tant que professionnel(le), d'un sport quelconque ;
- g) des conséquences d'un fait intentionnel de la part de l'assuré, sauf s'il apporte la preuve qu'il s'agit d'un cas de sauvetage de personnes ou de biens ; des crimes et délits que l'assuré aurait commis ; des actes téméraires, paris ou défis ;
- h) de l'effet direct ou indirect de substances radioactives ou des procédés d'accélération artificielle des particules atomiques, à l'exception de l'usage de substances radioactives à des fins médicales ;
- i) de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide ;
- j) d'accidents lorsque l'assuré fait partie de l'équipage d'un transport aérien ou exerce pendant le vol une activité professionnelle ou autre en relation avec l'appareil ou le vol.

Article 6 – Procédure d'affiliation, délai d'attente et état préexistant

6.1 Affiliation

Les assurés principaux ainsi que les assurés secondaires auxquels ils ouvrent le droit à l'assurance s'affilient à la police d'assurance au moyen d'un formulaire d'affiliation ou via une liste communiquée par le service dirigeant au prestataire de services.

Pour les nouvelles affiliations, la couverture court à partir du premier jour du mois qui suit la réception du formulaire par le prestataire de services. La date d'envoi augmentée de trois jours calendaires est considérée comme date de réception.

Lors du décès d'un assuré principal, la couverture d'assurance peut être poursuivie pour les membres de la famille déjà affiliés. A cette fin, une demande écrite doit être adressée au prestataire de services dans un délai de trois mois qui suit l'échéance annuelle de la police. Si la demande est introduite dans les délais, l'assureur ne peut refuser le maintien de l'affiliation.

Les dispositions visées aux points 6.2 et 6.3 s'appliqueront à toute affiliation qui ne satisfait pas aux dispositions visées à « l'article 2 » :

6.2 Délai d'attente

L'affiliation ne produit ses effets qu'à compter du premier jour du mois suivant ou coïncidant avec l'échéance d'une période de 10 mois à partir de la date à laquelle la demande a été introduite et pour autant que l'état médical de la personne ait été accepté. Aucune prime n'est due durant la période entre la demande et l'affiliation effective.

6.3 Maladies ou affections existantes

Les prestations ne sont pas accordées aux assurés si l'existence de l'affection, de la maladie ou de l'invalidité pour laquelle il est fait appel à l'intervention de l'assurance, ne pouvait être ignorée de l'assuré ou de son représentant légal à la date d'affiliation au contrat, même si les premiers symptômes n'ont pas permis de poser un diagnostic précis.

Par dérogation à ce qui précède, sont toutefois garanties :

- a) L'affection, la maladie ou l'invalidité pour laquelle la victime était déjà couverte par une garantie similaire et pour autant qu'il n'y ait pas eu d'interruption d'assurance ;
- b) l'aggravation de l'affection, de la maladie ou de l'invalidité, pour autant que l'assuré soit affilié à la police depuis plus d'un an et n'ait fait l'objet durant cette période d'aucun acte médical résultant de ladite affection, de ladite maladie ou de ladite invalidité.

A l'exception des cas énumérés ci-dessus dans lesquels l'affiliation n'a pas été réalisée quand les conditions d'affiliation étaient satisfaites (affiliation tardive), aucune formalité médicale n'est appliquée (questionnaire sur la santé ou examen médical).

Article 7.- Primes

Les garanties prévues au contrat sont assurées moyennant paiement d'une prime annuelle par individu.

Les montants de prime doivent s'entendre taxes légales et frais inclus.

Les primes sont revues conformément aux dispositions du point « révision des prix » du document.

Article 8.- Territorialité

Cette assurance doit être valable dans le monde entier (cf. article 1^{er}).

Article 9.- Gestion des sinistres

L'assuré prend toute mesure utile pour prévenir ou limiter les conséquences des sinistres.

L'assureur doit pour sa part mettre en œuvre les moyens utiles pour que l'assuré puisse régulariser la situation, au besoin.

Si l'assuré ne respecte pas une des obligations lui imposées dans cet article et qu'il en résulte des désavantages pour le prestataire de services, ce dernier peut obtenir une réduction de ses prestations en proportion des désavantages subis.

LE PRESTATAIRE DE SERVICES NE POURRA REFUSER LA COUVERTURE QUE DANS LES CAS OU L'ASSURE A MANQUE FRAUDULEUSEMENT A CES OBLIGATIONS TELLES QUE REPRISES DANS LE PRESENT ARTICLE.

EN CE QUI CONCERNE LE REGLEMENT DU SINISTRE, LES ASSURES DOIVENT POUVOIR UTILISER DEUX SYSTEMES. OUTRE LE TRAITEMENT CLASSIQUE DONT IL EST QUESTION CI-APRES, L'ASSUREUR DOIT PROPOSER LE SYSTEME DU TIERS PAYANT AVEC UTILISATION D'UNE CARTE ELECTRONIQUE.

Si le tiers payant n'est pas applicable, le règlement du sinistre est exécuté conformément au système classique. L'assuré prévient dès que possible le prestataire de services du sinistre au moyen des formulaires adéquats. Il joint à sa déclaration toute pièce utile, déclaration ou rapport comme preuve de la réalité et de l'importance de l'événement.

L'assuré fait parvenir à la compagnie d'assurances toutes les pièces originales (factures d'hôpitaux, remboursements de la caisse d'assurance maladie, reçus de pharmacies, etc.).

A la réception de ces documents, le prestataire de services paie à l'assuré le montant des frais après déduction :

- du montant de l'intervention légale ou d'un montant fictif équivalent lorsque l'assuré, pour quelque raison que ce soit, ne peut faire appel à une telle intervention
- du montant des autres remboursements déjà perçus ;
- du montant de la franchise contractuelle.

Le remboursement est exécuté dans un délai de 15 jours ouvrables à compter de la date de réception du dossier complet.

Article 10.- Fin de la couverture personnelle

10.1 Arrêt (sortie de service, décès, ...)

Le prestataire de services n'a pas le droit d'exclure, sur base individuelle, les assurés principaux et secondaires sauf dans les cas mentionnés ci-dessous :

Les assurés principaux :

Il est mis fin à la couverture individuelle des assurés principaux par :

- la résiliation volontaire du contrat à la demande de l'assuré principal, par lettre recommandée adressée au prestataire de services, au moins 3 mois avant la date d'échéance de la police;
- la fin ou la rupture du contrat ou des conditions de travail (statutaire) entre l'assuré principal et le service souscripteur ;
- le décès de l'assuré principal ;
- la fraude ou tentative de fraude par l'assuré principal ;
- la résiliation par l'assureur lors du non-paiement de la prime.

Les assurés secondaires :

- la résiliation volontaire du contrat à la demande de l'assuré secondaire, par lettre recommandée adressée au prestataire de services, au moins 3 mois avant la date d'échéance de la police;

- décès de l'assuré secondaire ;
- lors de fraude ou tentative de fraude par l'assuré secondaire ;
- résiliation par l'assureur lors de non-paiement de la prime.

De plus, l'affiliation des membres de la famille est résiliée dès qu'ils ne satisfont plus aux critères des co-assurés, tels que visés à l'article 1^{er} « Définitions ».

En cas de résiliation ou de rupture, telle que susmentionnée, du contrat ou des conditions de travail (statutaire) et si les membres de la famille ne satisfont plus aux critères de co-assurés tels que visés à l'art. 1^{er} « Définitions », l'assurance continue de produire ses effets, quelle que soit la date de notification de la résiliation, et la prime continue d'être due, jusqu'au 31 décembre de l'année d'assurance en cours, si l'assuré le souhaite.

Si l'assuré souhaite résilier son affiliation anticipativement, il doit alors adresser un courrier au prestataire de services dans un délai d'un mois à compter de cet événement.

10.2 Mobilité

Si un membre du personnel statutaire et également assuré principal passe d'un service souscripteur à un autre en vertu de la mobilité interne, la règle est que le contrat d'assurance continue de produire ses effets sans interruption, à la condition que le membre du personnel bénéficie à la date de sa mobilité interne de l'assurance hospitalisation auprès du prestataire de service en vertu du présent document.

Si un membre du personnel statutaire passe d'un service souscripteur à un autre via la mobilité interne et si, à la date de sa mobilité interne, il n'était pas affilié à l'assurance hospitalisation contractée en vertu du présent document, il peut alors s'affilier dans un délai de trois mois à compter de la date de sa mobilité interne à l'assurance hospitalisation conclue en vertu du présent document, sans répondre à un questionnaire médical ni se soumettre à un examen médical. Le membre du personnel concerné pourra donc bénéficier des modalités visées à l'article 2, c), du présent cahier des charges.

Les formalités administratives et les procédures sont détaillées dans le « plan d'exécution » tel que visé à l'article 13 du présent document.

10.3 Changement de statut du membre du personnel

Si un membre du personnel contractuel et également assuré principal est nommé en qualité d'agent statutaire, la règle est que le contrat d'assurance continue de produire ses effets sans interruption. Cela vaut également s'il demeure auprès du service souscripteur après sa nomination et s'il entre au service d'un autre souscripteur à la suite de sa nomination.

Si un membre du personnel contractuel est nommé en qualité d'agent statutaire et s'il n'est pas affilié à l'assurance hospitalisation contractée en vertu du présent document lors de sa nomination, il peut alors s'affilier à l'assurance hospitalisation contractée en vertu du présent document dans un délai de trois mois à compter de la date de sa nomination, sans pour autant devoir se soumettre à des examens médicaux. Le membre du personnel concerné pourra donc bénéficier des modalités visées à l'article 2, c), du présent cahier des charges.

Les formalités administratives pratiques et les procédures sont détaillées dans le « plan d'exécution » tel que visé à l'article 13 du présent document.

10.4 Les membres du personnel contractuel

Si le contrat de travail d'un membre du personnel contractuel et également assuré principal est résilié pendant la durée de validité de son assurance hospitalisation contractée en vertu du présent document, et si ledit membre entre au service du même ou d'un autre souscripteur avant l'échéance de la durée de son contrat d'assurance hospitalisation, la règle veut que le contrat d'assurance continue de produire ses effets sans interruption.

Si un membre du personnel contractuel, après avoir travaillé auprès d'un des souscripteurs, débute un nouvel emploi auprès d'un autre souscripteur alors que l'intéressé n'est plus couvert à la date de cette deuxième entrée en service par le contrat collectif d'hospitalisation, il conviendra alors de

considérer cette adhésion comme une nouvelle affiliation.

Article 11 - Obligations des souscripteurs

Le service souscripteur :

- informe le prestataire de services sur la politique d'intervention existante au sein de l'organisation, à savoir la part de la prime que le souscripteur prend en charge et celle qui est à charge directement des assurés ;
- désigne une personne de contact fixe au sein de l'administration qui est responsable du suivi et de l'exécution du contrat ;
- informe les membres de son personnel, y compris les nouveaux recrutés, de l'existence du contrat, afin de leur donner la possibilité effective d'y adhérer en mettant les documents nécessaires (brochures d'information, formulaires d'affiliation, ...) à leur disposition ;
- peut, à la demande d'un l'assuré, intervenir en qualité d'intermédiaire entre l'assuré et le prestataire de services en cas de litiges ou de conflits ;
- Fournit au prestataire de services, sur demande de l'assuré ou d'initiative, les renseignements nécessaires à l'inscription de nouveaux assurés, lors de changements de composition de famille ou de situation professionnelle (naissances, mariage, ...) ;
- Paie annuellement la part de la prime qu'il prend en charge (pour les services publics repris au tableau 1, l'intervention pour des membres du personnel en service actif, ne peut pas être inférieur à 75 % de la prime de la formule de base).

Article 12 - Obligations de l'assuré :

L'assuré :

- paie annuellement sa part de la prime;
- doit prendre toutes les mesures nécessaires pour prévenir ou limiter les conséquences des sinistres;
- si l'assuré est préalablement informé d'une intervention, l'hospitalisation prévue doit être notifiée au helpdesk du prestataire de services ;
- doit, si le système du tiers-payant n'est pas appliqué (notamment car l'hôpital n'accepte pas le système du tiers-payant), informer le prestataire de services le plus rapidement possible d'une hospitalisation dans un établissement de soins, d'une intervention chirurgicale et/ou d'un accident par le biais des formulaires réservés à cet effet. Il joint à ce document toute pièce utile, déclaration ou rapport comme preuve de la réalité et de l'importance de l'événement;
- fait parvenir au prestataire de services toutes les pièces originales (factures d'hôpitaux, remboursements de la caisse d'assurance maladie, reçus de pharmacie, etc.).

Article 13 - Obligations du prestataire de services :

Durant la phase de démarrage du nouveau contrat :

Le prestataire de services :

- signe avec le souscripteur un « plan d'exécution » décrivant la collaboration concrète et les processus y afférents (répartition des tâches du service du personnel, du service social, du prestataire de services) ;

- désigne une personne de contact spécifique pour les responsables du contrat des souscripteurs et à laquelle il convient de s'adresser pour des questions autres que celles destinées au helpdesk ou si d'autres questions ou problèmes doivent être résolus durant l'exécution du contrat ;
- élabore, pour chaque administration (service souscripteur), avec le responsable du contrat au sein du service concerné un plan d'information et de communication détaillé. Les coûts afférents à l'élaboration concrète de ce plan (établissement des brochures et documents d'information, organisation de sessions d'information, ...) et au support ultérieur d'une campagne d'information sont à la charge du prestataire de services ;
- s'engage à fournir une documentation comportant les tarifs et les conditions du contrat à tout client potentiel pouvant conclure un contrat d'assurance en vertu du présent document ;
- crée un helpdesk auquel les assurés et les assurés potentiels peuvent s'adresser en permanence (durant les heures de bureau) et dans leur propre langue (néerlandais, français, allemand) pour obtenir des informations diverses relatives aux conditions contractuelles, aux possibilités d'affiliation, à la cessibilité des contrats et polices, aux paiements des factures et aux sinistres ;
- communique à chaque souscripteur une liste des personnes de contact du helpdesk pour ce contrat ainsi que leurs coordonnées (nom, n° de téléphone, adresses électroniques, ...) ;
- remet à tous les assurés les cartes individuelles permettant l'application du système du « tiers-payant ». Une description précise et complète du système ainsi qu'une liste des hôpitaux où ce système est appliqué devra être distribué à tous les souscripteurs et assurés ;
- s'engage à prendre à sa charge les dossiers de dommages en cours.

Durant la période du contrat :

Le prestataire de services :

- informe les assurés et les assurés potentiels sur les conditions contractuelles ainsi que sur les possibilités de payer la prime par trimestre ;
- met le helpdesk à la disposition des assurés pendant la durée entière du contrat ;
- gère les relations avec les assurés considérés individuellement ;
- ne peut refuser de couvrir les assurés sauf si ces derniers ont frauduleusement manqué à leurs obligations ;
- Toutes les prestations de service (verbalement ou par écrit) doivent pouvoir être offertes tant en néerlandais qu'en français et allemand.
- signale immédiatement tous les problèmes éventuels d'affiliation ou d'exécution aux intéressés et au souscripteur ;
- facture annuellement aux assurés principaux et secondaires leur part de la prime ;
- envoie annuellement à chaque souscripteur une facture globale de leur part de la prime, les factures partielles complémentaires pour les nouveaux affiliés, accompagnées d'une note descriptive à des fins de contrôle, ainsi que les statistiques utiles afférentes au contrat ;
- rembourse les frais d'hospitalisation aux hôpitaux ou aux assurés individuels le plus rapidement possible et en tout cas dans un délai de 15 jours ;
- transmet un rapport statistique trimestriel aux souscripteurs, fournissant un aperçu des assurés par catégorie, un aperçu des interventions financières ainsi qu'un aperçu de la facturation relative au personnel dudit souscripteur ; Ces informations doivent être transmises sur un support de données électronique (feuille de calcul compatible avec Windows ou d'autres systèmes d'exploitations, au besoin) ;
- demande ponctuellement une révision annuelle des prix au service dirigeant ;
- transmet annuellement un rapport au service dirigeant. Ce rapport fournit les statistiques, les tendances et les informations lui permettant de suivre et d'évaluer le contrat d'assurance. Ces informations doivent être transmises sur un support de données électronique (feuille de calcul compatible avec Windows ou d'autres systèmes d'exploitations, au besoin). Ce rapport mentionne par service entre autres le nombre d'assurés par catégorie, un aperçu des primes

reçues et un aperçu détaillé des dommages payés ;

Le pouvoir adjudicateur peut demander ces statistiques au cours de l'année, mais cela restera toutefois une exception;

- soumet au service dirigeant les problèmes importants relatifs à l'interprétation ou aux litiges.

A la fin du marché:

Le prestataire de services:

- s'engage à transmettre au pouvoir adjudicateur et au nouveau prestataire de services toutes les informations se rapportant au contrat d'assurance collectif afin que le transfert de l'assurance au futur prestataire de services se déroule sans heurts et, ceci sur support électronique (feuille de calcul compatible avec Windows ou d'autres systèmes d'exploitation selon le besoin). Cette information contient, entre autres, tous les noms et adresses des assurés principaux et des assurés secondaires y affiliés, ...
- s'engage à transmettre au pouvoir adjudicateur un rapport d'évaluation quant au déroulement du contrat, ses caractéristiques et ses particularités. Ce rapport contient, entre autres, un aperçu, par année contractuelle, de la population par service et par catégorie et un aperçu de la charge du dommage.

1.1. Article 14 – Loi du 20 juillet 2007

Chaque assuré peut, en cas de perte de la couverture collective, contracter une assurance individuelle de soins de santé. Dans ce cadre, il bénéficie des avantages suivants :

- le contrat individuel n'est soumis à aucune formalité médicale ni délai d'attente ;
- aucune exclusion complémentaire des affections existantes ni restriction médicale complémentaire n'est appliquée lors de la conclusion du contrat individuel ;
- la prime à payer équivaut au tarif individuel conformément à son âge à la date de l'affiliation à une assurance individuelle.

Les conditions générales applicables à la prolongation sont celles appliquées aux contrats individuels mais sont adaptées en tenant compte des avantages susvisés.

Informations devant être fournies par le souscripteur

Dans un délai maximal de 30 jours à compter de la date de la perte de la couverture collective, le souscripteur informe l'assuré principal par écrit ou par voie électronique :

- de la date précise de la perte de l'assurance collective ;
- de la possibilité de prolonger l'assurance individuelle ;
- des coordonnées du prestataire de services ;
- du délai de 30 jours dans lequel l'assuré principal et, le cas échéant, les assurés secondaires, peuvent exercer le droit à une prolongation individuelle : ce délai commence à courir dès la date de réception de cette lettre envoyée par le souscripteur.

Conditions d'octroi

Ces avantages sont fournis tant à l'assuré principal qu'aux éventuels co-assurés si les conditions suivantes sont remplies :

- a. Durant les deux années précédant la perte de la garantie collective, l'assuré principal doit avoir été affilié de manière ininterrompue à un ou plusieurs contrats successifs de soins de santé contractés auprès d'un assureur agréé.
- b. La condition susvisée ne s'applique pas à l'assuré principal et aux éventuels co-assurés en cas de départ à la retraite, de prépension conventionnelle ou de décès, pour autant que l'affiliation ait été actée à la date à laquelle il était satisfait aux conditions d'affiliation.

Cette condition ne s'applique pas davantage aux éventuels co-assurés en cas de divorce ni à l'enfant qui ne satisfait plus aux conditions d'affiliation, pour autant que l'affiliation ait été actée à la date à laquelle il était satisfait aux conditions d'affiliation.

Dans les cas visés à la lettre b., la demande doit concerner tous les assurés d'une même famille perdant l'avantage de l'assurance collective à la même date.

- C. La demande d'assurance individuelle doit être introduite par écrit ou par voie électronique dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception des informations transmises par le souscripteur ou, en cas de faillite ou de liquidation, par le curateur ou le liquidateur, et relatives à la possibilité de contracter une prolongation individuelle. A cette fin, le prestataire de services fournira des documents spécifiques.

Le contrat individuel doit entrer en vigueur à la date à laquelle l'affiliation au contrat collectif de soins de santé est résiliée.

Un co-assuré qui perd l'avantage de l'assurance collective pour un motif autre que la perte de l'avantage de l'assurance par l'assuré principal, dispose d'un délai de 105 jours afin de demander la prolongation individuelle. Ce délai commence à courir à compter de la date à laquelle le membre de la famille perd l'avantage de l'assurance collective.

Le droit à la prolongation individuelle cesse en tout cas de produire ses effets, tant pour l'assuré principal que pour le co-assuré, si la prolongation n'est pas demandée au prestataire de services concerné dans un délai de 105 jours à compter de la date à laquelle l'assuré principal ou le co-assuré a perdu l'avantage de la couverture collective.

Le prestataire de services dispose d'un délai de 15 jours afin de formuler une offre d'assurance par écrit ou par voie électronique à l'assuré principal et, le cas échéant, au co-assuré. Dans ce cadre, le fait que le risque est déjà réalisé ne peut être invoqué.

Simultanément à son offre, le prestataire de services informe l'assuré principal et, le cas échéant, le co-assuré, des conditions de couverture, et plus particulièrement des prestations couvertes, des exclusions et du délai de déclaration. De plus, le prestataire de services informe l'assuré principal et, le cas échéant, le co-assuré du délai de 30 jours dont ils disposent afin d'accepter l'offre par écrit ou par voie électronique.

L'assuré principal et, le cas échéant, le co-assuré disposent d'un délai de 30 jours afin d'accepter l'offre d'assurance par écrit ou par voie électronique. Ce délai commence à courir dès la date de réception de l'offre du prestataire de services. Le droit à la prolongation individuelle cesse de produire ses effets à l'échéance de ce délai.

La garantie assurée de l'assurance individuelle est équivalente à celle du contrat collectif.