

HANDICAP INTERNATIONAL



Lot N°2 – Assurances santé prévoyance

20 rue Choron
75009 PARIS
SIRET : N° 828 471 144
ORIAS : N°17002631

Objet de la consultation

- **Objet** : Assurer la couverture santé (hors expatriés) des salariés et de leurs ayants droit sur les postes hospitalisation, soins de ville, dentaire et optique puis prévoyance sur les risques décès, invalidité et incapacité temporaire pour tous les salariés
- **Date d'effet** : 1^{er} janvier 2022
- **Échéance de la consultation** : début 8 juin – fin 13 juillet 2021 puis soutenance 22/23 juillet 2021
- **Périmètre** : Personnel France / Belgique / Luxembourg (sauf expatriés pour les polices santé)
- **Critères d'éligibilité du fournisseur** :
 - Ethique : les 6 indicateurs d'éthique consultables sur le site www.hi.org/fr (Violation des droits de l'Homme, contribution à un conflit, pratiques commerciales prédatrice ou illicite, production de produits ayant atteint à la santé humaine, dégradation de l'environnement, implication en matière de responsabilité environnementale)
 - Exclusion du marché : Investissement dans la production de mines et bombes (BASM), Production de commerce d'armes, production de commerce d'alcool, production de commerce de tabac.
 - Santé financière : Aucune procédure contentieuse et financière en cours (redressement, liquidation ou action de détournement de fonds)
 - Présence internationale : Représentation directe ou indirecte dans les pays concernés par l'appel d'offres.
 - Capacité à opérer sur les territoires représentés par [HI](#)

Critères d'éligibilité des prestations

La restitution de l'appel d'offres devra comporter obligatoirement les critères de service ci-dessous. Les éléments qualitatifs feront l'objet d'une notation dans le document annexe appelé « grille d'éligibilité ».

■ Prestations générale

- Être représenté dans les 3 pays (France – Belgique – Luxembourg)
- Centraliser et consolider les données par territoire et par police
- Satisfaire la conformité des réglementations locales
- Organiser les éditions des contrats et notices d'information au 1^{er} janvier 2022
- Communiquer sur les conditions de renouvellement annuelles par email avec accusé de réception avant le 15 septembre de chaque année (sous réserve de changement législatif)
- Prévoyance : Intégrer dans le programme en exclusion des conditions générales : Les risques de guerre pour la prévoyance France et les garanties complémentaires obligatoires pour la Belgique

■ Prestations RH

- Traiter avec les gestionnaires choisis par Handicap International
- Communiquer les comptes de résultats semestriels santé (avec le gestionnaire) et prévoyance annuellement avant le 31 juillet de chaque année.
- Prévoyance : Intégrer dans les garanties un dispositif d'aide au retour à l'emploi
- Communiquer les conditions de renouvellement avant le 15 septembre de chaque année

■ Prestation salariés

- Prévoyance : Désignation de bénéficiaires du capital décès en ligne
- Santé : Intégrer un réseau de soins + assistance
- Si absence de courtier/gestionnaire, mettre à disposition une plateforme digitale d'information interactive (notification d'inscription, suivi des paiements, conditions contractuelles)

Le cahier des charges de la consultation

Santé France :

- Structure de cotisation Isolé – Famille SS – Conjoint non à charge sous rémunération et PMSS
- Base obligatoire responsable + option non responsable à la charge des salariés
- Réseaux de soins en complément du 100% Santé

Santé Belgique :

- Reprendre la base des garanties actuelles hospitalisation
- Adosser une garantie complémentaire forfaitaire optique, dentaire et consultations soins de ville
- Structure de cotisation : Adulte - Enfant en forfait mensuel

Santé Luxembourg :

- Adosser une garantie complémentaire forfaitaire optique et dentaire limités aux Frais Réels
- Cotisations en forfait mensuel

Prévoyance France :

- Base actuelle avec une transformation des indemnités de la rémunérations nette à la rémunération brute
- Catégorie Cadre et non cadre (y compris les agents de maîtrise)
- Cotisation en % de la rémunération Cadre et Non Cadre

Prévoyance Belgique :

- Base actuelle majorée de 10% (soit 80% au maximum légal) pour la garantie ITT / IP
- Capital décès exprimé en % de la rémunération
- Intégration d'une rente éducation
- Cotisations en % de la rémunération

Prévoyance expatriés :

- Reproduire un dispositif similaire aux programmes France (voir garanties)
- Cotisations en forfait mensuel et % de la rémunération

Consolidation financière de l'existant

Taux de cotisations mensuels santé 2021

	France	Belgique
Assureurs	SMI	DKV (Swiss Life)
Statistiques 2020	108%	NR
Adulte	2,10% / Rémunération	27,16€ (mensuel)
Enfant	-	13,58€ (mensuel)
Conjoint non à charge	2,47% / Rémunération	
Famille SS	4,16% / Rémunération	-

Taux de cotisations prévoyance 2021

	France	Belgique	Expatrié F	Expatrié B
Assureurs	Swiss Life	AXA	MGEN	AXA
Statistiques 2019	165%	NR	73%	NR
Cadre TA/TB	1,93%- 2,38%	-	-	-
N Cadre TA/TB	1,63% - 2,38%	-	-	-
Taux ou forfait	-	5% (y compris retraite complémentaire)	31,66€ mensuel	5,45€ mensuel

Grilles d'éligibilité

Prestations générales

Notation / 5

- Composition de l'équipe dédiée :
- Garanties financières :
- Expérience avec les ONG :
- Nombre de pays de représentation :

Outils pour DRH

Notation / 5

- Fonctions de la plateforme digitale de gestion (en l'absence de délégataire) :
- Fonctionnalité des outils de consolidation des données :
- Dispositif d'aide au retour à l'emploi sur sinistre prévoyance :
- Outil d'analyse de l'absentéisme :

Services et garanties

Notation / 5

- Suppression exclusion des garanties risque de guerre :
- Option individuelle accident prévoyance pour démineurs :
- Gestion des bénéficiaires en capital décès en ligne :
- Nom du réseau de soins – les services associés :

Restitution des tarifs

Santé France :

- | | | | |
|--|---------|-----------|----------------|
| ▪ Taux sur rémunération régime de base : | Isolé - | Famille - | Conjoint NAC - |
| ▪ Taux sur PMSS régime de base : | Isolé - | Famille - | Conjoint NAC - |
| ▪ Taux sur rémunération régime optionnel : | Isolé - | Famille - | Conjoint NAC - |
| ▪ Taux sur PMSS régime optionnel : | Isolé - | Famille - | Conjoint NAC - |

Santé Belgique :

- Taux sur forfait mensuel régime de base :
- Taux sur forfait mensuel régime optionnel :

Santé Luxembourg :

- Taux sur forfait mensuel régime optionnel :
-

Prévoyance France :

- | | | | |
|--|----|----|----|
| • Taux cadre : | TA | TB | TC |
| • Taux Non cadre : | TA | TB | |
| • Taux ou montant Risque de guerre forfait mensuel : | | | |

Prévoyance Belgique :

- | | |
|--------------------------|-------------------|
| • Taux forfait mensuel : | Taux forfait AT : |
|--------------------------|-------------------|

Prévoyance expatriés :

- Taux forfait mensuel :
- Taux sur rémunération :

Prestations santé - France

	France 2022	
	Obligatoire Co financement	Option à la charge du salarié
Hospitalisation	DPTAM – 400% BR H DPTAM - 200% BR Chambre Part : 100€	H DPTAM – 200% BR
Soins de ville	DPTAM – 300% BR H DPTAM - 200% BR Psychologue	H DPTAM – 100% BR
Autres soins	Pack prévention Ostéopathie Matériel - 200% BR	Pack prévention
Optique	Réseau de soins Forfait optique : 200€ à 450€ selon dioptrie Lentilles - 150€	+ 100€ à 250€ selon dioptrie limité au FR
Dentaire	Soins – 120% BR Prothèses – 350% BR Orthodontie – 350 BR	+150% BR prothèse +100% Orthodontie

Prestations santé - Benelux

(y compris remboursements régimes de ONSS et CSS dans le cadre de la réglementation)

	Belgique		Luxembourg
	Obligatoire	Option à la charge du salarié	Option
Hospitalisation	100% FR – 27 maladies graves Frais annexe – 100€	NR	NR
Soins de ville	100% FR – 27 maladies graves	Pack soins de ville	NR
Autres soins	Matériel – 300% BR	Pack prévention	NR
Optique	NR	Forfait - 200€ / acte limité aux FR	Forfait 350€ / an limité aux FR
Dentaire	NR	Forfait – 500€ / an limité au FR	Forfait 1000€ an limité aux FR

Les prestations prévoyance

(y compris remboursements régimes SS, de ONSS et CCSS)

	France	Belgique	Luxembourg	Expatriés
	S/s déduction SS Sur rémunération	S/s déduction ONSS	S/s déduction CCSS	S/s déduction CFE/ONS/1€
Décès	De 170% à 220% + 70% enfants à charge	150% à 200% 50% enfants à charges	Rente pour le survivant	De 170% à 220% + 50% enfants à charge
Rentes éducation	De 5% à 10% selon âge	De 5% à 10% selon âge	NR	De 5% à 10% selon âge
Incapacité	Franchise 30 jours 100% rem brute (y compris congé pathologique)	Franchise 30 jours 80% rem brute plafonné légal	Dispositif légal	Franchise 30 jours 100% rem brute
Incapacité suite AT	Franchise 3 jours 100% rem brute	Franchise 30 jours 90% rem brute plafonnée légal	Dispositif légal	Franchise 30 jours 100% rem brute
Invalidité	100% rem brute	100% rem brute plafonnée légal	Dispositif légal	Franchise 30 jours 100% rem brute

Les prestations complémentaires

Risque de guerre
«tous risques » 1

Décès

50000€

Incapacité
suite AT

100% de la rémunération brute
Franchise à 30 jours

Invalidité

100% de la rémunération brute

1 - Les garanties sont limitées aux accidents corporels dont seraient victimes les personnes assurées, par le fait de guerres civiles ou étrangères, d'invasions, de mouvements militaires, d'insurrections, de troubles civils, d'émeutes, de grèves d'agressions, d'attentats, tant contre les personnes que contre les biens tels que immeubles, véhicules, avions y compris le détournement ou la prise illicite de ceux-ci ainsi que la simple tentative, pour autant que la victime n'ait pas pris une part active à ces évènements.

Annexes

- Démographie des territoires sous Excel
- Formulaire de candidature
- Dossier de participation
- Garanties santé France
- Garanties santé Belgique
- Garanties prévoyance France
- Garanties prévoyance Belgique
- Statistique santé France
- Statistique prévoyance France

Swiss Life Belgium SA
Avenue Fonsny, 38
1060 Bruxelles
Téléphone : +32 (0)2 238 88 11
Fax : + 32 (0)2 238 88 99
RPM 0403.280.171
Tribunal de commerce de Bruxelles
www.swisslife.be

**Conditions générales
assurance collective soins de santé
Swiss Life MasterCare Hospi
(valables à partir du 1^{er} juillet 2007)**

SL-9415-F – 07/2007

1. Qu'entend-on par ?

Vous : le travailleur affilié à l'assurance collective soins de santé.

Swiss Life Belgium SA : l'organisme de pension, établi avenue Fonsny 38 à 1060 Bruxelles, qui est chargé de l'exécution de l'assurance collective soins de santé, ci-après dénommé Swiss Life.

L'organisateur : l'entreprise ou la personne morale (s'il s'agit d'un régime de pension sectoriel) qui conclut l'assurance collective soins de santé avec Swiss Life.

Les affiliés : vous-même, et si les conditions particulières le prévoient, les membres de votre famille, lorsque les conditions d'affiliation sont remplies.

2. Conditions de l'assurance collective soins de santé

2.1. Sur quelles bases l'assurance collective soins de santé est-elle établie ?

L'assurance collective soins de santé est établie sur la base :

- des dispositions légales et réglementaires applicables aux assurances-vie et aux assurances complémentaires,
- du règlement de pension ou du règlement d'assurance collective soins de santé, de ses annexes et avenants,
- de vos déclarations ainsi que celles de l'organisateur, faites en toute sincérité.

Toutes les déclarations doivent être exactes et complètes.

Les conditions générales sont subordonnées aux conditions particulières.

2.2. Quand l'assurance collective soins de santé prend-elle effet ?

L'assurance collective soins de santé entre en vigueur à la date convenue de commun accord avec l'organisateur dans les conditions particulières.

Swiss Life est uniquement liée par les dispositions contractuelles dont elle a convenu avec l'organisateur par écrit.

3. Garanties

3.1. Hospitalisation

Lorsqu'un affilié est hospitalisé suite à un accident, une maladie, une grossesse ou un accouchement, la couverture « Hospitalisation » garantit, dans les limites fixées par les conditions générales et les conditions particulières, le remboursement des frais suivants occasionnés au cours de son hospitalisation, en vue de poser un diagnostic ou en vue de subir un traitement et ayant un lien direct avec les causes de l'hospitalisation :

- les frais de séjour (y compris l'hospitalisation de jour) ;
- les frais d'honoraires médicaux ;
- les frais d'examens ;
- les frais de traitement ;
- les frais de médicaments ;
- le matériel médical utilisé pendant le traitement, tel que les prothèses, les implants, les appareils orthopédiques ;
- les frais de traitements homéopathiques, l'acupuncture, la chiropraxie et l'ostéopathie ;
- la location du matériel médical (les cautions ne sont pas remboursées) ;
- les produits (para)pharmaceutiques ainsi que l'achat des produits, bandages, matériel médical et adjuvants médicaux repris dans la liste exhaustive suivante : un thermomètre, une paire de bas à varices, des béquilles, une attelle, une minerve, un lombostat, une coquille plâtrée, un bandage herniaire, une paire de semelles orthopédiques, les compresses, bandages et fils, une écharpe de soutien de bras, les seringues et bandelettes de test pour les patients atteints de diabète, un urinal, un bassin de lit ;
- les frais mortuaires pris en compte sur la facture d'hôpital

La couverture « Hospitalisation » est étendue aux accouchements à domicile.

Pour les accouchements à domicile ainsi que les accouchements en hospitalisation de jour, les soins obstétriques sont couverts pendant les dix jours suivant l'accouchement pour autant qu'ils aient été prescrits par un médecin. Par ailleurs, un service d'aide à domicile pendant les dix jours suivant l'accouchement est pris en charge pour autant qu'il soit fait appel à un service organisé par une institution reconnue par une autorité publique.

Lorsqu'un affilié est atteint d'une maladie nerveuse ou mentale, l'intervention de Swiss Life n'est due que pendant une durée maximale de 730 jours d'hospitalisation, consécutifs ou non, à compter du début de la première hospitalisation.

Les frais suivants sont également remboursés dans les limites fixées par les conditions particulières :

- les frais de séjour du donneur en cas de transplantation d'un organe ou d'un tissu chez l'affilié ;
- les frais relatifs au test de la mort subite à concurrence d'une fois par enfant ;
- les frais relatifs à l'extraction d'une ou de plusieurs dents de sagesse ;

- les frais de séjour d'un parent d'un enfant affilié hospitalisé pour autant qu'ils soient couverts par la présente assurance et pendant maximum 30 jours ;
- les frais de séjour d'un conjoint ou d'un cohabitant d'un affilié hospitalisé pour autant qu'ils soient couverts par la présente assurance et pendant maximum 15 jours;
- les frais d'honoraires médicaux relatifs à l'examen néonatal pour autant qu'ils soient repris dans la facture de l'hospitalisation suite à l'accouchement ;
- les frais de transport urgent du patient vers l'hôpital en ambulance et le cas échéant en hélicoptère pour autant qu'aucun autre moyen de transport ne puisse être utilisé. Les frais de transfert en ambulance ou hélicoptère vers un autre hôpital sont également couverts.

3.2. Pré- et post-hospitalisation

La couverture « Pré- et post-hospitalisation » garantit, en cas d'accident, de maladie, de grossesse ou d'accouchement de l'affilié, dans les limites fixées par les conditions générales et les conditions particulières, le remboursement des frais de soins ambulatoires suivants qui sont donnés dans les 3 mois qui précèdent l'hospitalisation ou la date de l'accouchement à domicile, et dans les 6 mois qui suivent l'hospitalisation ou l'accouchement à domicile, et ayant un lien direct avec les causes de l'hospitalisation :

- les frais d'honoraires médicaux ;
- les frais d'examens ;
- les frais de traitement ;
- les frais de médicaments ;
- le matériel médical utilisé pendant le traitement, tel que les prothèses, les implants, les appareils orthopédiques ;
- les frais de traitements homéopathiques, l'acupuncture, la chiropraxie et l'ostéopathie ;
- la location du matériel médical (les cautions ne sont pas remboursées) ;
- l'achat du matériel médical repris dans la liste exhaustive suivante : une attelle, une minerve, une herniaire, les bandages de pression pour les grands brûlés, une paire de béquilles (pour autant qu'il y ait eu une intervention orthopédique concernant les membres inférieurs), un déambulateur (lorsqu'il s'agit d'une affection orthopédique ou neurologique), les seringues et bandelettes de test pour les patients atteints de diabète.

Ces frais sont ajoutés aux frais exposés dans un établissement hospitalier ou aux frais exposés lors d'un accouchement à domicile, sans donner lieu à l'application d'une nouvelle franchise.

Les traitements de kinésithérapie consécutifs à une affection traumatologique ou orthopédique sont couverts pendant les 12 mois qui suivent l'hospitalisation. Les traitements de kinésithérapie périnatale sont limités à 9 séances.

Les frais de transport et de transfert ne sont pas couverts.

3.3. Soins ambulatoires 33 maladies graves

Lorsqu'un affilié est atteint d'une maladie grave, la couverture « Soins ambulatoires 33 maladies graves » garantit, dans les limites fixées par les conditions générales et les conditions particulières, le remboursement des soins suivants, pour autant qu'ils soient en relation directe avec une maladie grave diagnostiquée :

- les frais de soins ambulatoires ;
- les frais de médicaments ;
- le matériel médical utilisé pendant le traitement, tel que les prothèses, les implants, les appareils orthopédiques ;
- les frais de traitements homéopathiques, l'acupuncture, la chiropraxie et l'ostéopathie ;
- la location du matériel médical (avec ou sans intervention légale) ; les cautions ne sont pas remboursées.

Les frais de transport et de transfert ne sont pas couverts.

Les 33 maladies graves couvertes sont les suivantes :

le cancer, la leucémie, la maladie de Hodgkin, la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques, la diphtérie, la poliomyélite, la méningite cérébro-spinale, la variole, le typhus, la fièvre typhoïde ou paratyphoïde, l'encéphalite, le charbon, le tétanos, le choléra et la tuberculose, les affections rénales qui nécessitent une dialyse, la scarlatine, l'hépatite virale, le diabète, le SIDA, la maladie d'Alzheimer, la mucoviscidose, la dystrophie musculaire héréditaire, la malaria, la maladie de Crohn, la sclérose latérale amyotrophique, la maladie de Creutzfeldt-Jakob, la maladie de Pompe, la brucellose, la maladie de Lyme, la mononucléose et le syndrome de Treacher Collins.

Le diagnostic de la maladie devra être confirmé en cas

- de cancer, de leucémie ou de maladie de Hodgkin, par un examen anatomo-pathologique ;
- de sclérose en plaques, de maladie de Parkinson, de méningite cérébro-spinale, de poliomyélite ou d'encéphalite, par un spécialiste des maladies nerveuses ;
- de tétanos, de variole, de fièvre typhoïde ou paratyphoïde, de typhus, de choléra, d'affections rénales qui nécessitent une dialyse, d'hépatite virale, de diabète, de malaria, de brucellose, de maladie de Lyme ou de mononucléose, par un examen biologique ;
- de tuberculose, de diphtérie, de charbon ou de scarlatine, par un examen biologique et un test bactériologique ;
- de SIDA, par un examen sérologique H.I.V. ;
- de maladie d'Alzheimer, de mucoviscidose, de dystrophie musculaire héréditaire, de maladie de Crohn ou de sclérose latérale amyotrophique, par un dossier médical existant depuis le début de l'affection ;
- de maladie de Creutzfeldt-Jakob, par un examen neurologique et/ou génétique ;
- de maladie de Pompe, par un examen génétique ;
- de syndrome de Treacher Collins, par imagerie médicale.

3.4. Soins palliatifs

La couverture « Soins palliatifs » garantit, dans les limites fixées par les conditions générales et les conditions particulières, le remboursement des frais de soins palliatifs s'ils sont donnés dans un hôpital, une institution spécialisée et reconnue par l'INAMI pour les traitements palliatifs, ainsi qu'à domicile.

4. Comment intervient Swiss Life ?

Swiss Life paie son intervention dans les 15 jours ouvrables suivant la réception des pièces justificatives. Swiss Life peut réclamer toute pièce complémentaire jugée nécessaire. Une fois les documents reçus, un nouveau délai de 15 jours ouvrables sera appliqué.

Dans aucun cas il ne sera dû d'intérêts.

Le remboursement des frais couverts par la présente assurance porte sur la totalité des frais restant à votre charge après déduction de l'intervention légale, statutaire ou de toute autre nature de la mutualité.

Toutefois, si l'affilié ne bénéficie pas ou n'est pas en droit de bénéficier des interventions légales pour quelque raison que ce soit, il sera tenu compte d'un remboursement fictif identique au montant des interventions légales prévues par la législation sociale belge A.M.I. - secteur soins de santé - régime des salariés.

Lorsque, pour certains traitements, l'INAMI accorde, suivant des règles qui lui sont propres, un nombre limité de séances de soins et que ce quota est atteint, le système de sécurité sociale belge accorde un remboursement réduit sur base d'un code INAMI de remplacement. Si, dans ce cas, alors que des prestations ou traitements sont dispensés alors que le nombre de séances accordé par l'INAMI est atteint, Swiss Life effectue le remboursement des séances supplémentaires sur base du ticket modérateur du code INAMI initial et non sur base du code INAMI donnant droit à une intervention réduite.

Les conditions particulières fixent les franchises et plafonds applicables au solde des frais exposés.

5. Swiss Life peut-elle procéder à une expertise médicale ?

Swiss Life a le droit, à tout moment, de faire contrôler par un médecin agréé par Swiss Life, l'exactitude des déclarations de l'affilié.

Toute contestation d'ordre médical est soumise en présence des deux parties à deux experts médecins nommés et dûment mandatés, l'un par vous, l'autre par Swiss Life.

Faute d'arriver à un accord, les experts médecins désigneront un troisième expert. Les trois experts médecins statueront en commun, mais à défaut de majorité, l'avis du troisième expert sera prépondérant.

Si l'une des parties ne nomme pas son expert médecin ou si les deux experts médecins ne s'entendent pas sur le choix du troisième, ce dernier sera désigné par le Président du Tribunal de Première Instance de votre domicile, à la requête de la partie la plus diligente.

Chacune des parties supporte les frais et honoraires de son expert. Les frais et honoraires du troisième expert sont partagés par moitié.
Les experts médecins sont dispensés de toute formalité.

6. Dans quels cas Swiss Life n'intervient-elle pas ?

Swiss Life n'intervient pas en matière de frais exposés à la suite d'une maladie ou d'un accident :

- résultant d'un fait de guerre ;
- survenant à la suite de troubles civils ou d'émeutes, sauf si l'affilié n'y a pas pris une part active ou qu'il se trouvait en état de légitime défense ;
- résultant de tout fait ou succession de faits de même origine, dès lors que ce fait ou ces faits proviennent ou résultent des propriétés radioactives, toxiques, explosives ou autres propriétés dangereuses des combustibles nucléaires, produits ou déchets radioactifs ;
- résultant directement ou indirectement de toute source de radiations ionisantes ;
- résultant d'une tentative de suicide ou du fait intentionnel de l'affilié ;
- qui est la conséquence de l'ivresse, de l'alcoolisme ou de l'intoxication alcoolique, de l'usage de stupéfiants, hallucinogènes ou autres drogues.

Les exclusions mentionnées aux deux derniers points ne sont cependant pas d'application si l'affilié prouve qu'elles n'ont aucun rapport de causalité avec les faits et les frais qui font l'objet de la déclaration de sinistre ou qu'elles sont la conséquence de prescriptions médicales.

Les garanties ne sont pas acquises :

- pour les soins et traitements esthétiques à moins qu'ils ne résultent d'une maladie ou d'un accident assuré ;
- pour les check-up, tests de dépistages préventifs et vaccins ;
- pour les cures ;
- pour les frais relatifs à la contraception, la stérilisation, l'insémination artificielle et la fécondation in vitro ;
- pour les prothèses et appareils auditifs ;
- pour l'assistance, la garde et les soins non-médicaux de l'affilié ;
- pour une hospitalisation en cours à la date d'affiliation ou pour les soins ambulatoires suite à une maladie grave dont le traitement est en cours lors de l'affiliation ;

- pour les traitements dentaires, les frais de prothèses dentaires et les soins de chirurgie maxillo-faciale quelle qu'en soit la nature à l'exception de ceux qui sont consécutifs à une maladie grave ou à un accident et qui donnent lieu à une intervention légale. Les extractions de dents de sagesse ne sont pas visées par cette exclusion.

Swiss Life n'intervient pas pour les prestations qui sont la suite ou la conséquence d'une maladie ou d'un accident énumérés au présent article ou d'une garantie exclue au présent article.

7. A partir de quel moment les garanties sont-elles acquises ?

7.1. Délai d'attente

Le délai d'attente général est de 3 mois prenant cours à la date d'affiliation. Cependant ce délai d'attente n'est pas d'application :

- dès que le nombre d'affiliés atteint au moins 50, lorsque l'affiliation des membres du personnel est obligatoire, ou 250, lorsque l'affiliation des membres du personnel est facultative ;
- pour les accidents ;
- pour les maladies infectieuses aiguës suivantes : rubéole, rougeole, varicelle, scarlatine, diphtérie, coqueluche, oreillons, poliomyélite, méningite cérébro-spinale, dysenterie, fièvre typhoïde et paratyphoïde, typhus exanthématique, choléra, variole, paludisme, fièvre récurrente ;
- pour les maladies d'un nouveau-né.

7.2. Affiliation tardive

En cas d'affiliation tardive c'est-à-dire lorsque l'organisateur n'informe pas Swiss Life de votre affiliation dans les trois mois qui suivent le moment où les conditions d'affiliation sont remplies, le délai d'attente est porté à 6 mois.

7.3. Affection préexistante

L'intervention de Swiss Life n'est pas accordée pour les affections préexistantes. L'état de grossesse existant au moment de l'affiliation est assimilé à une affection préexistante.

Cependant les frais résultant d'une affection préexistante sont remboursés dans les limites des conditions générales et des conditions particulières :

- immédiatement si le nombre d'affiliés atteint au moins 50, lorsque l'affiliation des membres du personnel est obligatoire, ou 250, lorsque l'affiliation des membres du personnel est facultative ;

- après un délai d'attente de 24 mois si le nombre d'affiliés atteint au moins 6 et est inférieur à 50, lorsque l'affiliation des membres du personnel est obligatoire, ou atteint au moins 50 et est inférieur à 250, lorsque l'affiliation des membres du personnel est facultative ;
- sur la base de l'acceptation du risque, si le nombre d'affiliés est inférieur à 6, lorsque l'affiliation des membres du personnel est obligatoire, ou égal au moins à 6 et inférieur à 50, lorsque l'affiliation des membres du personnel est facultative.

8. Que devez-vous faire pour obtenir l'intervention de Swiss Life ?

Swiss Life doit être avisé de toute hospitalisation d'un affilié ainsi que de tout autre événement pouvant faire intervenir la garantie de l'assurance, et ceci au moyen des formulaires-types mis à votre disposition par Swiss Life.

Vous envoyez à Swiss Life la déclaration de sinistre dûment complétée accompagnée de la facture d'hospitalisation.

A défaut de remplir les obligations mentionnées ci-avant et pour autant qu'il en résulte un préjudice pour Swiss Life, Swiss Life se réserve le droit de réduire ses prestations, à concurrence de son préjudice. Swiss Life peut décliner sa garantie si, dans une intention frauduleuse, l'affilié n'a pas exécuté ses obligations. L'affilié autorise le(s) médecin(s) traitant(s) à communiquer au médecin-conseil de Swiss Life tous les renseignements qu'il(s) possède(nt) concernant son état de santé. Swiss Life a le droit d'exiger que le contrôle médical ait lieu en Belgique.

Tout remboursement relatif aux enfants d'un affilié sera versé au bénéfice de l'affilié principal.

Il y a lieu d'introduire les originaux des notes de frais. Elles doivent comporter l'indication du nom de la personne soumise au traitement médical et la nature de la maladie, ainsi que les dates, le détail des prestations médicales ou techniques et celui des frais et honoraires. Si l'affilié a obtenu une intervention de la part d'un autre organisme, vous pourrez, à titre exceptionnel, introduire des duplicata mais, en ce cas, accompagnés d'une copie du décompte de l'organisme payeur.

En outre, vous devez faire parvenir à Swiss Life tous les relevés donnant le détail de l'intervention légale et de tous autres remboursements perçus. Swiss Life se réserve le droit de n'intervenir que dans le montant des factures payées, acquittées et comportant les dates du paiement.

9. Quand la garantie prend-elle fin ?

La garantie de Swiss Life MasterCare Hospi prend fin :

- à la date de résiliation de l'assurance collective soins de santé ;
- tant que l'assurance est en cours, au moment de la perte de la qualité d'affilié telle que définie dans les conditions particulières. Toutefois, si une hospitalisation est en cours à ce moment pour un affilié, vous aurez droit au paiement de l'intervention de Swiss Life pour cette hospitalisation et les frais post-hospitaliers qui s'y rapportent, pour autant qu'ils soient prévus dans les conditions particulières, et ceci pendant une durée maximale de 180 jours à dater de ce moment.

10. Quand et comment les contributions sont-elles payées ?

Les contributions sont payées conformément aux dispositions des conditions particulières. En cas de non-paiement d'une échéance de contribution, Swiss Life adresse, à l'expiration d'un délai de 30 jours à partir de cette échéance une lettre recommandée prescrivant à l'organisateur de s'acquitter de sa dette et rappelant les conséquences du non-paiement des contributions.

Au plus tôt 15 jours après cet envoi, le contrat est résilié de plein droit avec effet immédiat.

11. Votre assurance est-elle valable dans le monde entier ?

Les garanties sont acquises dans les limites fixées par les conditions générales et les conditions particulières.

Pour toute hospitalisation ou soins ambulatoires à l'étranger pour un affilié résidant en Belgique, Swiss Life interviendra pour autant que les prestations effectuées à l'étranger soient prises en charge par l'assurance obligatoire maladie et invalidité (A.M.I.).

12. Quelles sont les dispositions en cas de recours contre un tiers ?

Swiss Life est subrogé dans les droits de l'affilié et/ou du bénéficiaire contre les tiers responsables du sinistre à l'origine de son intervention dans les frais et dans les limites de celle-ci.

L'affilié et/ou le bénéficiaire ne peuvent convenir avec quiconque, sans l'accord écrit de Swiss Life, que Swiss Life ne pourra exercer son droit de recours contre le tiers responsable du dommage.

13. Qui est compétent en cas d'éventuel litige ?

En cas de litige, seuls les tribunaux belges sont compétents.

Toute plainte éventuelle relative au contrat peut être adressée à l'Ombudsman des assurances, square de Meeûs, 35 à 1000 Bruxelles, tél. : +32(0)2 547 58 71, fax : +32(02) 547 59 75, info@ombudsman.as

14. Protection de la vie privée – Loi du 8 décembre 1992

Données à caractère personnel

Vos données à caractère personnel mentionnées au contrat peuvent être traitées par Swiss Life, en tant que responsable du traitement, moyennant respect de la loi sur la protection de la vie privée, en vue de et dans le cadre de la fourniture et de la gestion de services d'assurance en général.

Vous avez un droit de regard sur vos données et pouvez, le cas échéant, les faire corriger. Vous pouvez vous opposer expressément à toute forme de marketing direct.

Données médicales

Vous marquez accord sur le fait que Swiss Life traite les données médicales mentionnées au contrat, moyennant respect de la loi sur la protection de la vie privée, en vue et dans le cadre de la fourniture et de la gestion des services d'assurance. Les données relatives à la santé peuvent uniquement être traitées sous la responsabilité d'un professionnel des soins de santé et l'accès à ces données est limité aux personnes qui en ont besoin pour l'exercice de leurs tâches. Nous ne communiquerons pas ces données à des tiers. Vous marquez cependant accord pour que nous communiquions ces données pour autant qu'il y ait dans notre chef une obligation légale ou contractuelle ou un intérêt légitime.

Lexique

Accident :

Événement soudain portant atteinte à l'intégrité physique de l'affilié et dont la cause ou l'une des causes est extérieure à son organisme.

Affection préexistante :

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

Année d'assurance :

Période comprise entre deux échéances annuelles du contrat.

Appareil orthopédique :

Appareil destiné à corriger les difformités du corps ou à protéger, immobiliser ou soutenir le corps ou une de ses parties.

Délai d'attente :

Période prenant cours à la date d'affiliation et pendant laquelle Swiss Life ne donne pas de couverture.

Etablissement hospitalier :

Etablissement légalement reconnu comme un hôpital, où il est fait usage de moyens diagnostiques et thérapeutiques scientifiquement éprouvés.

Sont exclus :

- les établissements psychiatriques fermés,
- les établissements médico-pédagogiques,
- les établissements destinés au simple hébergement de personnes âgées, convalescentes ou d'enfants,
- les maisons de repos, établissement ou service hospitalier ayant reçu "l'agrément spéciale comme maisons de repos et soins" ou délivrant des soins palliatifs.

Frais de séjour :

Le montant comprend :

- le prix de la journée d'entretien ;
- le supplément facturé, dans les limites légales, pour le séjour en chambre à deux lits ou en chambre particulière de base (c'est-à-dire la chambre particulière qui est facturée la moins chère par l'hôpital) dans la gamme des chambres proposées par l'hôpital concerné ;
- le forfait journalier pour les médicaments.

Franchise :

Partie des frais remboursables restant à charge de l'affilié, par année d'assurance, et précisée dans les conditions particulières.

Hospitalisation :

Tout séjour dans un établissement hospitalier.

Pour donner droit à notre intervention, ce séjour doit :

- soit entraîner la facturation d'un jour complet pour observation ou intervention chirurgicale ;
- soit entraîner la facturation d'un maxi- ou mini-forfait ou forfait A, B, C, D (hospitalisation de jour) ;
- soit entraîner l'usage effectif de la salle de plâtre.

Institution spécialisée et reconnue pour les traitements palliatifs :

Tout centre d'hébergement destiné au séjour des personnes dont l'état de santé nécessite un traitement palliatif imposant une observation, une surveillance et une continuité.

Intervention légale :

- pour les frais exposés en Belgique : tout remboursement prévu par les législations belges applicables aux travailleurs salariés, c'est-à-dire :
 - la législation relative à l'assurance obligatoire maladie et invalidité (A.M.I.) ;
 - la législation relative aux accidents du travail ;
 - la législation relative aux maladies professionnelles.
- pour les frais exposés dans un pays 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 égal au remboursement prévu par les législations belges applicables aux travailleurs salariés.

Maladie :

Altération de la santé, d'origine non accidentelle, présentant des symptômes objectifs et reconnue par un médecin légalement autorisé à pratiquer son art.

Médicament :

Tout produit vendu exclusivement en pharmacie, prescrit par un médecin, et enregistré comme tel par le Ministre de la Santé publique.

Sont aussi compris dans cette définition les produits nécessaires médicalement dans le cadre de l'hospitalisation et fournis par la pharmacie de l'hôpital.

Membres de la famille :

- votre conjoint;
- vos enfants ou ceux de votre conjoint qui donnent droit aux allocations familiales ou qui sont fiscalement à votre charge ou à charge de votre conjoint.

Les cohabitants sont assimilés aux personnes mariées, pour autant

- qu'ils entretiennent une relation maritale au même domicile ;
- qu'ils fournissent à l'organisateur un document justificatif officiel de la cohabitation ;
- que cette situation ait été enregistrée par un avenant auprès de Swiss Life.

Produit parapharmaceutique :

Tout produit autre qu'un produit pharmaceutique, vendu en milieu hospitalier, prescrit par un médecin et médicalement nécessaire pour les traitements et soins médicaux à prodiguer.

Produit pharmaceutique :

Pour autant qu'ils soient repris sur la facture de séjour :

- Toute substance ou composition prescrite par un médecin, enregistrée comme médicament par le Ministre de la Santé publique et ayant des propriétés curatives ou étant destiné à être administré en vue d'établir un diagnostic médical ou à restaurer, corriger ou modifier des fonctions organiques ;
- Les spécialités pharmaceutiques prescrites par un médecin et enregistrées comme telles par le Ministre de la Santé publique ;
- Les médicaments génériques prescrits par un médecin.

Prothèse :

Appareil qui, totalement ou partiellement, remplace un membre ou un organe. Tout organe transplanté ou greffé est assimilé à une prothèse.

Règlement d'assurance collective soins de santé :

Ensemble des dispositions contractuelles qui établissent les conditions de l'assurance collective soins de santé, ainsi que les droits et obligations de l'organisateur, de vous-même, de Swiss Life et des autres affiliés.

Les conditions générales et les conditions particulières constituent le règlement d'assurance collective soins de santé.

Règlement de pension :

Le règlement où sont fixés les droits et obligations de l'organisateur, de vous-même et de vos ayants droits, les conditions d'affiliation et les règles relatives à l'exécution de l'assurance de groupe ainsi que, le cas échéant, des assurances complémentaires à l'assurance de groupe, de l'assurance collective invalidité et de l'assurance collective soins de santé.

Les conditions générales, les conditions particulières et la fiche de pension constituent le règlement de pension.

Soins ambulatoires :

L'ensemble des prestations médicales, paramédicales et produits pharmaceutiques prodigués ou ordonnés par un médecin en dehors d'une hospitalisation.

Soins palliatifs :

Le traitement de personnes se trouvant en phase terminale. Il atténue les symptômes d'une maladie et vise les besoins physiques et psychiques du patient afin de lui garantir une certaine qualité de vie.

Traitement :

Ensemble de prestations médicales, thérapeutiques, infirmières et paramédicales prescrites par un médecin et prodiguées dans le but de guérir, rétablir ou de stabiliser l'état de santé.

Annexe aux conditions générales d'assurance collective soins de santé *Swiss Life MasterCare Hospi*

Assistance hospitalisation à l'étranger

Pour cette garantie, Swiss Life fait appel à son correspondant d'assistance, la S.B.A.I. (Société Belge d'Assistance Internationale) Mondial Assistance SA, ci après dénommée Mondial Assistance, agréée sous le numéro de code 0947 pour pratiquer les branches 1 (Accidents), 2 (Maladies) et 18 (Assistance) (A.R. du 18/01/1982 - M.B. du 23/01/1982) - RCB 438.736. Elle est régie par les conditions générales et particulières de l'assurance collective soins de santé **Swiss Life MasterCare Hospi**, sous réserve des dispositions qui suivent.

A l'étranger, lors de séjour professionnel ou privé (à l'exclusion de toute activité technique ou sportive notoirement dangereuse), la garantie d'assistance est acquise pour tout affilié victime d'une maladie ou d'un accident.

1. Assistance à l'affilié

1.1. Premiers secours et appel à l'Assistance

Pour les premiers secours d'urgence et/ou de transport primaire, il y a lieu de faire appel aux organismes locaux auxquels Mondial Assistance ne peut se substituer mais dont les frais - sur production de justificatifs originaux - sont remboursés à concurrence de 620 EUR (taxes comprises) par personne et par événement. Il y a lieu ensuite et sans délai d'appeler Mondial Assistance.

1.2. Obligation d'assistance, décision et responsabilité

Les obligations d'assistance de Mondial Assistance consistent

- à organiser tous les contacts nécessaires entre son service médical et le médecin traitant de l'affilié sur place et, au besoin, le médecin de l'affilié en Belgique.
- à prendre plusieurs décisions en fonction des impératifs liés à l'intérêt médical de l'affilié et des règlements sanitaires en vigueur et portant notamment sur
 - le choix entre une attente, une prolongation de séjour, un transport régional ou un rapatriement,
 - la fixation de la date du transport,

- le choix du moyen de transport,
- la nécessité d'un accompagnement médical,
- le déplacement éventuel d'un compagnon de voyage pour accompagner la personne transportée ou rapatriée jusqu'à son lieu de destination.
- à organiser le transport décidé jusque dans l'établissement hospitalier le plus susceptible d'apporter les soins adéquats; en cas de rapatriement, le transport est organisé jusque dans un établissement hospitalier reconnu proche de la résidence de l'affilié, ou, si son état ne nécessite pas d'hospitalisation, jusqu'à sa résidence.

La survenance d'affections bénignes ou de blessures légères susceptibles d'être soignées sur place ne donne lieu qu'à la prise en charge des frais médicaux dans les limites contractuelles et à l'organisation du transport jusqu'au lieu où peuvent être prodigués les soins appropriés.

1.3. Présence au chevet de l'affilié hospitalisé

Lorsqu'un affilié est hospitalisé au cours d'un déplacement qu'il effectue sans être accompagné, Mondial Assistance organise le déplacement aller-retour d'un membre de sa famille résidant en Belgique pour se rendre à son chevet s'il apparaît dès les premiers contacts médicaux que le transport ou le rapatriement ne peut être assuré endéans les 7 jours à dater de la déclaration de l'événement, délai non requis si l'affilié hospitalisé est un enfant de moins de 18 ans.

Mondial Assistance participe aux frais d'hébergement de ce parent se rendant au chevet de l'affilié jusqu'à concurrence de 500 EUR (taxes comprises).

1.4. Prolongation de séjour à l'étranger

Mondial Assistance, après en avoir décidé, prend en charge les frais d'hébergement relatifs à une prolongation de séjour au-delà de la date initialement prévue pour le retour en Belgique jusqu'à concurrence de 500 EUR (taxes comprises) par affilié malade ou blessé se trouvant dans l'incapacité d'entreprendre le voyage de retour.

1.5. En cas de décès

Lorsqu'au cours d'un déplacement, un affilié décède, Mondial Assistance organise depuis l'hôpital ou la morgue le transport ou le rapatriement en Belgique de la dépouille mortelle jusqu'au lieu d'inhumation ou jusqu'à la résidence du défunt.

Si le décès a lieu à l'étranger, Mondial Assistance, outre ce qui est prévu ci-avant, prend en charge, à l'exclusion des frais de cérémonie et d'inhumation :

- les frais de traitement funéraire et de mise en bière;
- les frais de cercueil et autres aménagements spéciaux requis pour un transport, à concurrence de 620 EUR (taxes comprises).

Si à l'étranger, l'affilié est inhumé ou incinéré sur place, Mondial Assistance prend en charge :

- les frais de traitement funéraire et de mise en bière;
- les frais de cercueil, à concurrence de 620 EUR (taxes comprises);
- les frais de transport sur place de la dépouille mortelle;
- les frais d'inhumation ou d'incinération, à l'exclusion des frais de cérémonie;
- les frais de rapatriement de l'urne.

En ce cas, l'ensemble des frais à charge de Mondial Assistance ne peut excéder ceux qu'elle aurait engagés pour rapatrier la dépouille mortelle en Belgique.

1.6. Frais médicaux à l'étranger

- Mondial Assistance fait l'avance des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation et d'ambulance correspondant à des soins prodigués à l'étranger et ordonnés par un médecin local.
- Lorsque des frais sont directement payés par Mondial Assistance, ils ne le sont qu'à titre d'avance, Swiss Life restant l'assureur du risque "frais médicaux à l'étranger".
- Les frais avancés par Mondial Assistance ne pourront dépasser les limites d'intervention de l'assurance collective soins de santé de Swiss Life.
- La présente garantie cesse d'être acquise à partir du moment fixé par Mondial Assistance pour le rapatriement au cas où l'affilié ou ses proches souhaitent que le rapatriement n'ait pas lieu ou qu'il se fasse à une date ultérieure.

1.7. Envoi de médicaments à l'étranger

A l'étranger, si un affilié, suite à un événement imprévisible, se trouve dépourvu des médicaments indispensables à la poursuite d'un traitement en cours et qu'il lui est impossible de s'en procurer sur place ou d'en obtenir l'équivalent, Mondial Assistance - sur ordonnance prescrite par le médecin traitant ou le médecin local - les recherche et les fait parvenir à l'affilié par les moyens qu'elle choisit et dans le respect de la législation et de la déontologie médicale.

Mondial Assistance prend à sa charge les frais d'envoi mais non le prix d'achat dont l'importance peut donner lieu à la demande préalable de garantie.

2. Assistance aux membres accompagnant de la famille affiliée

Si un événement ci-avant empêche les compagnons de voyage affiliés de rejoindre leur résidence en Belgique, Mondial Assistance organise leur retour du lieu d'immobilisation jusqu'à leur résidence en Belgique.

De plus, si les compagnons de voyage précités ont moins de 18 ans et si aucune autre personne ne peut en assumer la garde, Mondial Assistance organise leur accompagnement par une hôtesse ou une personne désignée par la famille et habitant en Belgique. Si nécessaire, Mondial Assistance prend en charge les frais d'hébergement dudit accompagnateur pour 2 nuitées maximum.

3. Transport des bagages et animaux de compagnie

Lorsqu'un affilié est rapatrié suite à un événement ci-avant, et qu'en raison des circonstances, personne ne peut s'occuper du transport des bagages et des animaux de compagnie (chien et chat exclusivement) emportés avec lui, Mondial Assistance en organise le transport en respect de toutes contraintes et règlements administratifs ou sanitaires à concurrence de 190 EUR (taxes comprises) et à l'exclusion des objets ci-après : les engins tels que bateaux, motos et planeurs, les animaux, les marchandises commerciales, le matériel scientifique ou d'exploration, les matériaux de construction, mobilier, denrées périssables, carburant hors réservoir fixe, etc.

Mondial Assistance décline toute responsabilité en cas de perte, vol ou dégâts survenus aux objets transportés.

Annexe aux conditions générales d'assurance collective soins de santé *Swiss Life MasterCare Hospi*

Service AssurCard

L'AssurCard est un système électronique de tiers payant lors d'une hospitalisation. Ce système permet d'effectuer l'avance d'hospitalisation directement entre l'hôpital et Swiss Life. L'affilié ne doit pas verser d'acompte.

1. Fonctionnement du système AssurCard

Lorsque l'Organisateur souscrit une assurance collective soins de santé **Swiss Life MasterCare Hospi** auprès de Swiss Life, chaque affilié reçoit son AssurCard. L'affilié peut bénéficier du système du tiers payant à condition que l'établissement hospitalier soit affilié au système AssurCard.

Swiss Life n'est en aucun cas responsable de tout problème technique du système AssurCard.

La procédure d'acceptation peut être entamée soit lors de l'admission à l'hôpital au moyen du terminal électronique, soit via Internet pour les hospitalisations planifiées.

Après avoir répondu à la liste de questions affichées par le terminal électronique ou sur Internet, la déclaration est directement enregistrée par voie électronique auprès de Swiss Life ce qui ouvre le dossier.

L'affilié communique la décision finale à l'hôpital au moment de l'admission.

2. Modalités d'acceptation

Dans la plupart des cas, le patient reçoit l'accord pour le règlement de la facture d'hospitalisation par le système du tiers payant. Cela signifie que les raisons de l'hospitalisation sont couvertes par l'assurance collective soins de santé **Swiss Life MasterCare Hospi**. Le système AssurCard peut donc être utilisé : la totalité des frais est avancée directement par Swiss Life envers l'hôpital et aucun acompte ne doit être payé lors de l'admission.

Dans de rares cas, le système du tiers payant n'est pas accordé. Dans ces cas, le patient doit introduire son dossier auprès de Swiss Life via la procédure traditionnelle. C'est le seul cas où l'hôpital demande un acompte à l'affilié.

3. Frais d'hospitalisation non-couverts

Swiss Life demande le remboursement des frais d'hospitalisation non-couverts (en fonction de la franchise et des plafonds mentionnés dans les conditions particulières) par l'assurance collective soins de santé **Swiss Life MasterCare Hospi** ; à cet effet, Swiss Life transmet à l'affilié une lettre reprenant le détail de ces frais non couverts.

En cas de non-remboursement dans les 30 jours, Swiss Life fait parvenir à l'affilié une lettre de rappel de remboursement.

Si malgré ce 1er rappel, les frais non-couverts restent impayés dans un délai supplémentaire de 30 jours, une deuxième lettre de rappel de remboursement des frais est envoyée ainsi qu'une copie de celle-ci à l'Organisateur.

En cas de non-remboursement dans un délai de huit jours après l'envoi de cette deuxième lettre de rappel, le droit d'utiliser d'Assurcard sera retiré. L'affilié s'engage à restituer directement sa carte à Swiss Life.

En cas d'utilisation de la carte après la perte de qualité d'affilié, Swiss Life a le droit de demander à la personne concernée le remboursement des frais que Swiss Life a payé indûment à l'hôpital.

4. Confidentialité

Grâce à la technologie informatique de pointe utilisée, tous les échanges d'information entre le patient, l'hôpital et Swiss Life sont codés. Une confidentialité totale lors de l'utilisation du système tiers payant AssurCard est garantie au patient.



ASSURANCE DE GROUPE 'Flexible Benefit Insurance'
SOUSCRITE PAR

Handicap International

AUPRES D'AXA Belgium

Date de confection :

Août 2007

Catégories concernées :

Employés

Dans le cadre de votre contrat d'emploi, vous bénéficiez d'un plan d'assurance de groupe.

Vous trouverez ci-après :

↳ le détail des différentes garanties :

- pour le budget patronal : une couverture décès, une couverture décès complémentaire, une assurance invalidité, un plan retraite
- pour le budget personnel : un plan retraite.

↳ quelques généralités : ✓ Quels sont les droits acquis en cas de départ ?

✓ Quels sont les bénéficiaires en cas de décès ?

✓ Que se passe-t-il en cas de départ en cours de carrière ?

✓ Quelle est la fiscalité au terme du contrat ?



Budget patronal

Financement

Sur base de votre rémunération annuelle, un budget annuel patronal vous est alloué correspondant à :

5 % de votre traitement

Rémunération annuelle = 13,92 fois votre rémunération mensuelle brute du mois de décembre ou du mois d'affiliation pour une nouvelle affiliation en cours d'année.

Les coûts des différentes garanties risques, décrites ci-après, sont prélevés de ce budget patronal. Le solde alimente le contrat retraite patronal.

Capital décès

Cette garantie prévoit le paiement, aux ayants droit, d'un capital en cas de décès suite à une maladie ou un accident égal à :

- ✓ Si vous êtes marié(e) ou cohabitant légal :
 - ↳ le capital décès s'élève à 1 fois votre rémunération annuelle
- ✓ Si vous êtes isolé(e) avec enfant(s) à charge :
 - ↳ le capital décès s'élève à 1 fois votre rémunération annuelle
- ✓ Si vous êtes isolé(e) sans enfant(s) à charge :
 - ↳ le capital décès s'élève à 0 fois votre rémunération annuelle

Ce capital décès est chaque fois majoré de 25% de votre rémunération annuelle par enfant fiscalement à votre charge ou à celle de votre ménage.

- ◆ Vous avez toutefois la possibilité de :
 - ↳ choisir vous-même le montant à garantir
 - ↳ renoncer à cette couverture

Plan complémentaire - Risque d'accident

Cette garantie prévoit le paiement, aux ayants droit, d'un capital décès suite à un **accident**. Ce capital vient en complément au capital décès défini ci-avant et s'élève à 1 fois le capital décès de base

- ◆ Vous avez toutefois la possibilité de :
 - ↳ déroger à cette formule en choisissant un capital entre 0,5 et 2 fois le capital décès de base
 - ↳ renoncer à cette couverture



Plan invalidité

➤ Garantie : exonération des primes

- ◆ prise en charge par AXA Belgium du budget lors de la survenance d'une incapacité de travail suite à une maladie ou un accident
- ◆ délai de carence : 30 jours
- ◆ terme : 65 ans
- ◆ en cas d'incapacité partielle, les prestations s'effectueront au prorata du degré d'incapacité économique mais si :
 - le degré est < 25 % ⇒ aucune prise en charge
 - le degré est > 67 % ⇒ prise en charge à 100 %

➤ Garantie : rente en cas d'invalidité

En plus de la mutualité, AXA Belgium vous verse une indemnité mensuelle complémentaire en cas d'incapacité de travail suite à une **maladie**.

- ◆ Le montant, sur base annuelle, de la rente d'invalidé payable en cas d'incapacité

↳ découlant d'une maladie est calculé comme suit :

70 % de votre rémunération annuelle, diminués de l'intervention INAMI

L'intervention INAMI est fixée :

- ✓ pendant la première année d'incapacité : à 60 % de votre rémunération plafonnée (❖)
- ✓ à partir de la deuxième année d'incapacité :
 - si vous avez des personnes à charge : 65 % de votre rémunération plafonnée (❖)
 - si vous n'avez personne à charge (avec perte du seul revenu) : 45 % de votre rémunération plafonnée (❖)
 - si vous n'avez personne à charge (sans perte du revenu unique) : 40 % de votre rémunération plafonnée (❖)

(❖) Rémunération plafonnée = 12 fois votre rémunération mensuelle brute limitée aux différents plafonds sur lesquels sont calculées les indemnités légales.
(34.524,36 EUR au 1/1/2007)

- ◆ Vous avez toutefois la possibilité de :

↳ déroger aux formules décrites ci-avant en choisissant une rente comprise entre 2974,72 EUR par an et le montant issu des formules définies ci-dessus.

↳ renoncer à cette garantie.

- ◆ délai de carence : 30 jours
- ◆ terme : 65 ans

En cas d'incapacité partielle, les prestations s'effectueront au prorata du degré d'incapacité économique mais si :
le degré est < 25 % ⇒ aucune prise en charge
le degré est > 67 % ⇒ prise en charge à 100 %



Plan retraite

- ◆ Le montant de la prime versée sur le contrat patronal retraite correspond au budget annuel patronal diminué des primes nécessaires pour couvrir les garanties déterminées ci-dessus.
- ◆ Terme du contrat : 65 ans
- ◆ Combinaison d'assurance : le contrat patronal retraite est du type : 'Capital différé avec remboursement de l'épargne' - C.D.A.E. - qui prévoit le paiement d'un capital en cas de vie au terme ou un capital égal à la valeur de rachat théorique en cas de décès avant ce terme
- ◆ La hauteur des capitaux assurés est liée au montant des primes déjà versées sur les contrats depuis l'émission et de la prime redéterminée chaque année.
Ces garanties ainsi que les participations bénéficiaires acquises vous sont communiquées annuellement sur le document "Situation des contrats"



Budget personnel

Financement

D'autre part, en tant que membre du personnel, vous payez également une contribution personnelle.

Ce budget personnel est affecté en sa totalité à votre plan retraite et s'élève à

2 % de votre traitement

Rémunération annuelle = 13,92 fois votre rémunération mensuelle brute du mois de décembre ou du mois d'affiliation pour une nouvelle affiliation en cours d'année.

Plan retraite

- ◆ Le montant de la prime versée sur le contrat retraite correspond à la totalité du budget annuel personnel.
- ◆ Terme du contrat : 65 ans
- ◆ Combinaison d'assurance : le contrat personnel retraite est du type : 'Capital différé avec remboursement de l'épargne' - C.D.A.E. - qui prévoit le paiement d'un capital en cas de vie au terme ou un capital égal à la valeur de rachat théorique en cas de décès avant ce terme
- ◆ La hauteur des capitaux assurés est liée au montant des primes déjà versées sur les contrats depuis l'émission et de la prime re déterminée chaque année.
Ces garanties ainsi que les participations bénéficiaires acquises vous sont communiquées annuellement sur le document "Situation des contrats"



[*Quels sont les droits acquis en cas de départ ?*

Les contrats 'retraite' sont propriétés de l'assuré.

[*Quelles sont les bénéficiaires en cas de décès ?*

L'ordre des ayants droit est le suivant :

- ✓ le conjoint (ni divorcé, ni séparé judiciairement) ou cohabitant légal
- ✓ à défaut, les enfants de l'assuré, par parts égales
- ✓ à défaut, les parents de l'assuré, par parts égales
- ✓ à défaut, les grands-parents de l'assuré, par parts égales
- ✓ à défaut, les frères et sœurs de l'assuré, par parts égales
- ✓ à défaut, aux héritiers légaux, par parts égales.

L'affilié peut modifier l'ordre des bénéficiaires prévu ci-avant.

Toutefois, si la dérogation a pour effet d'écarter le conjoint, l'accord de celui-ci sera demandé (cf. loi du 14.7.76 relative aux droits et devoirs respectifs des époux).

[*Que se passe-t-il en cas de départ en cours de carrière ?*

Possibilités de :

- ne plus verser de primes : les capitaux seront réduits à leurs valeurs acquises à la date de départ ;
- continuer à verser à titre individuel la totalité ou une partie de la prime ;
- transférer les valeurs acquises vers la structure d'accueil créée à cet effet. Il en résultera qu'elles ne seront plus soumises aux dispositions du plan de prévoyance et que vous pourrez opter pour une combinaison d'assurance différente ;
- demander la liquidation immédiate des valeurs acquises. Cette option est à déconseiller avant l'âge de 60 ans car les pénalités fiscales sont importantes ; elle ne restera d'ailleurs possible que jusqu'au 31/12/2009.
- transférer les valeurs constituées (réserves mathématiques) auprès de la compagnie de votre nouvel employeur.



Fiscalité : Sur les capitaux versés à terme ou en cas de décès

A ce jour, les retenues à effectuer sont les suivantes :

1. INAMI : 3,55 % sur le capital et sur les participations aux bénéfices
2. COTISATION DE SOLIDARITE : prélevée sur le capital et sur les participations bénéficiaires

Montant :

2% si la valeur payable > € 24.789,35

1 % si la valeur payable est comprise entre € 2.478,94 € & 24.789,35

Cette cotisation n'est pas réclamée si le montant payable est inférieur à € 2.478,94

3. IMPÔT LIBERATOIRE :

Le **montant imposable** est le montant brut disponible (participations aux bénéfices **non comprises**) , diminué de la retenue INAMI et de la cotisation de solidarité sur ledit montant brut disponible.

4. CALCUL DE L'IMPÔT :

Contrat Patronal : 16,66 % (*) sur le
(Contrat 'A') capital

Contrat Personnel : 10,09 % sur le capital
(Contrat 'C')

EXEMPLE				
	Patronal Contrat 'A'	Personnel Contrat 'C'	Participations Bénéf.	TOTAL
Capital	40.000,00	25.000,00	15.000,00	80.000,00
INAMI 3,55 %	-1.420,00	-887,50	-532,50	-2.840,00
Cot. Solidarité 2 %	-800,00	-500,00	-300,00	-1.600,00
	37.780,00	23.612,50	14.167,50	75.560,00
Impôt libératoire	(*) -16,66%	-10,09%		0
	-6.294,15	-2.382,50		-8.676,65
NET	31.485,85	21.230,00	14.167,50	66.883,35

(*) Ce taux est ramené à 10,09 % lorsque la liquidation du contrat se fait à l'âge de la pension légale (soit actuellement 65 ans pour les hommes et 64 pour les femmes - jusqu'au 1/1/2009 -) **ET** si vous êtes encore actif à cet âge.

Cette note est établie à titre indicatif et ne prévaut en rien des conditions actuelles ou futures des contrats signés entre AXA Belgium et votre entreprise.



RECAPITULATIF DES ASSURANCES SOUSCRITES ET DES AVANCES

Assurances souscrites		Date d'origine de la garantie	Avance nette trimestrielle (EUR)	Avance brute trimestrielle (EUR)	Taux des taxes et cotisations
PATRON	non				
LOI / EXTRA LEGALE	oui		1.558,14	1.632,46	
FEMMES D'OUVRAGE		09/07/2003	41,56	43,55	
Légal			0,00	0,00	4,77 %
EMPLOYES SANS MISSION A L'ETRANGER		09/07/2003	1.500,00	1.571,55	
Légal			1.500,00	1.571,55	4,77 %
Extra-légal			0,00	0,00	4,40 % et/ou 9,25 % **
EMPLOYES AVEC MISSION A L'ETRANGER		09/07/2003	16,57	17,37	
Légal			0,00	0,00	4,77 %
Extra-légal			0,00	0,00	4,40 % et/ou 9,25 % **
STAGIAIRES AUTRES QUE FOREM (LISTE NOMINATIVE ET PERIODE A COMMUNIQUER)		04/08/2003			
Légal			0,00	0,00	4,77 %
SALAIRE GARANTI	non				
EXTENSION FACULTATIVE	oui		comprise	comprise	4,40 % et/ou 9,25 % **
EXTENSION A LA NOTION DE CONJOINT ETENDUE (GRATUIT)		08/04/2004			
DROIT COMMUN	oui		1.309,38	1.376,17	
EMPLOYES SANS MISSION A L'ETRANGER		09/07/2003	1.200,00	1.256,68	4,40 % et/ou 9,25 % **
EMPLOYES AVEC MISSION A L'ETRANGER		09/07/2003	15,63	17,07	4,40 % et/ou 9,25 % **
RISQUE DE GUERRE (PAR JOUR PAR PERSONNE)		09/07/2003			4,40 % et/ou 9,25 % **
RISQUE DE GUERRE AGGRAVE (PAR JOUR PAR PERSONNE)		09/07/2003			4,40 % et/ou 9,25 % **
BENEVOLES/AMBASSADEURS EN MISSION - LISTE NOMINATIVE (PAR JOUR PAR PERSONNE)		09/07/2003	62,50	68,28	4,40 % et/ou 9,25 % **
RISQUE DE GUERRE : AMBASSADEURS EN MISSION (PAR JOUR PAR PERSONNE)		09/07/2003			4,40 % et/ou 9,25 % **
BENEVOLES EN FORMATION SUIVANT LISTE NOMINATIVE (PAR JOUR PAR PERSONNE)		14/09/2003	31,25	34,14	4,40 % et/ou 9,25 % **
INCENDIE	non				

VOL	non				
PERTES D'EXPLOITATION	non				
.COM	non				
BRIS DE MACHINE	non				
RESPONSABILITE OBJECTIVE	non				
R.C. EXPLOITATION	non				
R.C. DU FAIT DES VOLONTAIRES	non				
R.C. APRES LIVRAISON	non				
Avance nette trimestrielle totale *			2.867,52	3.008,64	

* Ce montant évolue selon les fluctuations des différents indices utilisés dans le contrat.

** Pour chacune des garanties Décès, Incapacité permanente et Incapacité temporaire, le taux de 4,40 % est d'application pour autant que l'assurance collective soit offerte de manière identique et non discriminatoire.

10. ANNEXE 1 : TABLEAU DES GARANTIES ET PRESTATIONS

GARANTIES	REMBOURSEMENTS Y compris le remboursement de la Sécurité sociale Dans la limite des frais réels engagés
HOSPITALISATION hors ambulatoire MEDICALE CHIRURGICALE Y COMPRIS MATERNITE FRAIS DE SEJOUR HONORAIRES ACTES CHIRURGICAUX ET D'ANESTHESIE - ACTES CHIRURGICAUX D'OBSTETRIQUE FORFAIT HOSPITALIER PARTICIPATION FORFAITAIRE ACTES LOURDS CHAMBRE PARTICULIERE médecine – chirurgie – maternité - hors ambulatoire LIT ACCOMPAGNANT pour enfant jusqu'à 14 ans	500 % de la BR 400 % de la BR médecins DPTM / 200 % de la BR médecins NON DPTM Frais réels A l'exclusion des MAS (Maisons d'Accueil Spécialisées) et EHPAD (Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) Frais réels 3 % du PMSS par jour dans la limite de 5 jours pour la maternité 2 % du PMSS par jour
SOINS COURANTS HONORAIRES MÉDICAUX CONSULTATIONS – VISITES généralistes CONSULTATIONS – VISITES spécialistes ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE HONORAIRES PARAMÉDICAUX (kinésithérapeutes, infirmiers, orthophonistes et sage femme) ACTES DE CHIRURGIE en cabinet ou en ambulatoire RADIOLOGIE ACTES D'IMAGERIE – D'ECHOGRAPHIE ACTES TECHNIQUES MEDICAUX TRANSPORT TERRESTRE MEDICAMENTS Prise en charge par la Sécurité sociale Non prise en charge par la Sécurité sociale MATÉRIEL MÉDICAL	170 % de la BR médecins DPTM / 150 % de la BR médecins NON DPTM 220 % de la BR médecins DPTM / 200 % de la BR médecins NON DPTM 200 % de la BR 100 % de la BR 400 % de la BR médecins DPTM / 200 % de la BR médecins NON DPTM 220 % de la BR médecins DPTM / 200 % de la BR médecins NON DPTM 220 % de la BR médecins DPTM / 200 % de la BR médecins NON DPTM 100 % de la BR 100 % de la BR 2 % du PMSS par année civile et par bénéficiaire 250 % de la BR
DENTAIRE PROTHESES 100 % SANTE (1) PROTHESES HORS PANIER 100 % SANTE (3) PROTHESES prises en charge par la Sécurité sociale PROTHESES non prises en charge par la Sécurité sociale (hors prothèses provisoires) SOINS INLAY-ONLAY ORTHODONTIE prise en charge par la Sécurité sociale IMPLANTOLOGIE non prise en charge par la Sécurité sociale	Frais réels (2) 350 % de la BR 350 % de la BR Reconstituée 100 % de la BR 300 % de la BR 350 % de la BR 700 € par implant dans la limite de 3 par année civile et par bénéficiaire
Plafond prothèses : 2 000 € par an et par bénéficiaire (au-delà de ce plafond, les prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale seront remboursées à hauteur de 125 % de la BR). Dans tous les cas, les équipements 100 % santé sont pris en charge au-delà du plafond dentaire.	
OPTIQUE	Voir grille optique Santéclair ci-après
AIDES AUDITIVES Le remboursement d'aides auditives est limité à un équipement tous les 4 ans par oreille. (4) EQUIPEMENTS 100 % SANTÉ (1) EQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES	Frais réels (2) à partir du 01/01/2021 100 % de la BR + 25 % du PMSS par prothèse par bénéficiaire et à partir du 01/01/2021 dans la limite de 1700 € par oreille 10 % du PMSS par année civile et par bénéficiaire
CURE THERMALE prise en charge par la Sécurité sociale : transport, soins, hébergement	10 % du PMSS par année civile et par bénéficiaire
ACTES NON PRIS EN CHARGE PAR LA SS SEVRAGE TABAGIQUE DIETETICIEN OSTEODENSITOMETRIE OSSEUSE non prise en charge par la Sécurité sociale CHIROPRACTIE – OSTEOPATHIE – ETIOPATHIE – ACUPUNCTURE – MICRO KINESITHERAPIE – PSYCHOMOTRICITE – PHYTOTHERAPIE (dans le cadre d'une médecine manuelle pratiquée par un médecin ou kinésithérapeute possédant un diplôme d'État)	50 € par année civile par bénéficiaire en complément de la Sécurité sociale 30 € par consultation dans la limite de 2 par année civile et par bénéficiaire 75 € par année civile et par bénéficiaire 1 % du PMSS par séance dans la limite de 3 par année civile et par bénéficiaire
CONSULTATIONS DE PSYCHOLOGIE	60€ par séance dans la limite de 5 par année civile et par bénéficiaire
ACTES DE PREVENTION – Arrêté du 8 juin 2006 Vaccins pris en charge par la Sécurité sociale Dépistage hépatite B Détartrage annuel complet Scellement des sillons (avant 14 ans) Bilan du langage et/ou acquisition du langage (-14ans) Ostéodensitométrie (femme ts les 6 ans et + de 50 ans) Dépistage trouble de l'audition (+ 50 ans)	100 % de la BR
SMI ASSISTANCE	Garanties souscrites auprès de FIDELIA

Prestations de l'année 2021



GARANTIE OPTIQUE PACK ESSENTIEL

	Niveau de défaut visuel	DANS LE RÉSEAU SANTECLAIR 0 € de reste à charge sur le catalogue de tous les verres des 4 verriers de marque sélectionnés par Santéclair pour des verres amincis et anti rayures, anti UV, antireflets :		HORS RÉSEAU SANTECLAIR garantie par verre (RO inclus)
Verre UNIFOCAL Classe B	NIVEAU 101 - VERRE SIMPLE	indice 1,5	Exclusions : <ul style="list-style-type: none"> Traitement anti UV: hors matériau d'absorption hors traitement antireflet de dernière génération hors traitement lumière bleue hors verres avec technologie de soulagement de l'accommodation 	50 €
	NIVEAU 102 – VERRE SIMPLE	indice jusqu'à 1,59		67 €
	NIVEAU 103 – VERRE COMPLEXE	indice jusqu'à 1,67		95 €
	NIVEAU 104 – VERRE COMPLEXE	indice jusqu'à 1,74		130 €
Verre MULTIFOCAL Classe B	NIVEAU 111 - VERRE COMPLEXE	indice 1,5	Exclusions : <ul style="list-style-type: none"> Traitement anti UV: hors matériau d'absorption hors traitement antireflet de dernière génération hors traitement lumière bleue hors progressifs individualisés avec prises de mesure spécifiques 	130 €
	NIVEAU 112 – VERRE COMPLEXE	indice jusqu'à 1,59		160 €
	NIVEAU 113 – VERRE TRÈS COMPLEXE	indice jusqu'à 1,67		190 €
	NIVEAU 114 – VERRE TRÈS COMPLEXE	indice jusqu'à 1,74		220 €

MONTURE CLASSE B ADULTE ET ENFANT à partir de 16 ans	70 €	
MONTURE CLASSE B enfant de 0 à 15 ans	50 €	
Prestations d'adaptation, filtres et suppléments optiques	0€ de reste à charge	100% BRSS
Lentilles remboursées ou non par la Sécurité Sociale	150 € par an (y compris les produits d'entretien) Au-delà du forfait: ticket modérateur pour les lentilles acceptées	
Chirurgie réfractive de l'œil (opération de la myopie, de l'astigmatisme ou de l'hypermétropie)	200 € par œil et par bénéficiaire	

La classe A dans le réseau Santéclair

La classe A hors réseau

Prise en charge intégrale de l'équipement 100% santé
(classe A)
2 verres + 1 monture

OFFRECLAIR
Équipement avec monture Origine France
Garantie
(choix de 81 montures)
et 2 verres de marques amincis
(selon le besoin de correction visuelle)
anti-rayures et anti-reflets
disponible chez tous les opticiens partenaire
Santéclair

Équipement au choix de l'opticien
(choix de 54 montures)

* Dans la limite des planchers prévus par la Loi de Sécurisation de l'Emploi (décret 2019-65 du 31 janvier 2019) et des plafonds prévus par le contrat responsable (décret 2019-21 du 11 janvier 2019), en fonction des corrections visuelles.

Limites de consommation :

- Adulte à partir de 16 ans : 1 équipement tous les 2 ans (sauf dérogation)
- Enfant : 1 équipement par an, ramené à 6 mois pour les enfants de 0 à 6 ans sous conditions

	Puissance	Niveau Santéclair	Correspondance niveau ANI et contrat responsable
Verres UNIFOCAUX Adulte & Enfant	Sphère comprise entre -4 et +4, cylindre de 0 à 2	NIVEAU 101	SIMPLE
	Sphère de -6 à -4,25 et cylindre de 0 à 2 Sphère de -6 à -0,25 et cylindre de 2,25 à 4 Sphère de +4,25 à +6 et cylindre de 0 à 2 et S+C ≤ 6 Sphère de 0 à +4 et cylindre de 2,25 à 6 et S+C ≤ 6	NIVEAU 102	
	Sphère de -8 à -6,25 et cylindre de 0 à 4 Sphère de -8 à 0 et cylindre ≥ 4,25 Sphère de 0 à +8 et S+C > 6	NIVEAU 103	COMPLEXE
	Sphère hors zone de -8,25 à +8,25 / Tout cylindre	NIVEAU 104	
Verres MULTIFOCAUX Adulte & Enfant	Sphère comprise entre -4 et +4, cylindre de 0 à 2	NIVEAU 111	COMPLEXE
	Sphère de -8 à -4,25 et cylindre de 0 à 2 Sphère de -8 à -0,25 et cylindre de 2,25 à 4 Sphère de +4,25 à +8 et cylindre de 0 à 2 et S+C ≤ 8 Sphère de 0 à +5,75 et cylindre de 2,25 à 8 et S+C ≤ 8	NIVEAU 112*	
	Sphère de -8 à 0 et cylindre ≥ 4,25 Sphère de 0 à +8 et S+C > 8	NIVEAU 113	TRÈS COMPLEXE
	Sphère hors zone de -8,25 à +8,25 / Tout cylindre	NIVEAU 114	

* Les plages de sphères de ±4,25 à ±8 avec cylindre = 0 et cylindres de 4,25 à 8 avec sphère = 0 sont des verres très complexes considérés comme complexes dans les remboursements



Présentation des comptes de résultats
pour la période 2019 à 2021
Arrêté au 30/04/2021

Résumé démographique

HANDICAP INTERNATIONAL

Exercices 2019 à 2021
Effectifs arrêtés au 30 avril 2021

	Effectif assuré principal (effectif à fin de période)				Effectif assuré principal + bénéficiaires (effectif à fin de période)			
	2019	2020	4 mois 2021	Evolution (%)	2019	2020	4 mois 2021	Evolution (%)
RD	361	382	410	7%	740	788	830	5%
Total	361	382	410	7%	740	788	830	5%

Coefficient familial	2,05	2,06	2,02
-----------------------------	-------------	-------------	-------------

Age moyen des assurés	2019	2020	4 mois 2021
RD	40,2	40,2	40,2
Total	40,2	40,2	40,2

Répartition des cotisants en 2021

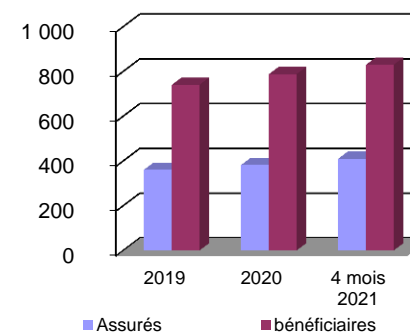


BASE SEULE
100%

■ BASE SEULE

Evolution des effectifs

Nbre

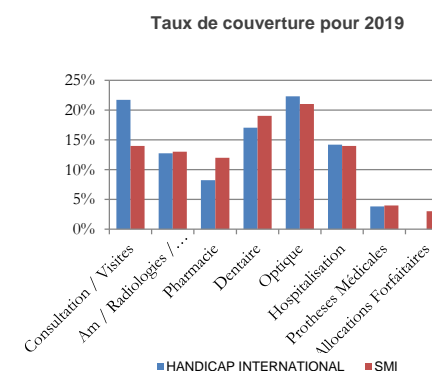
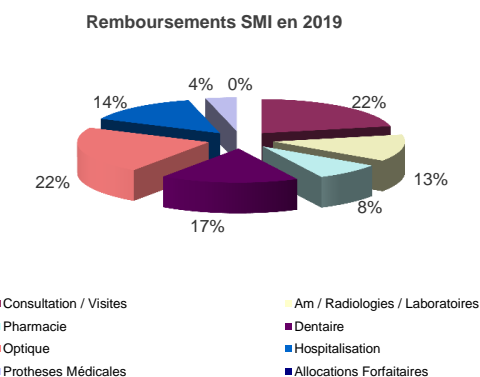
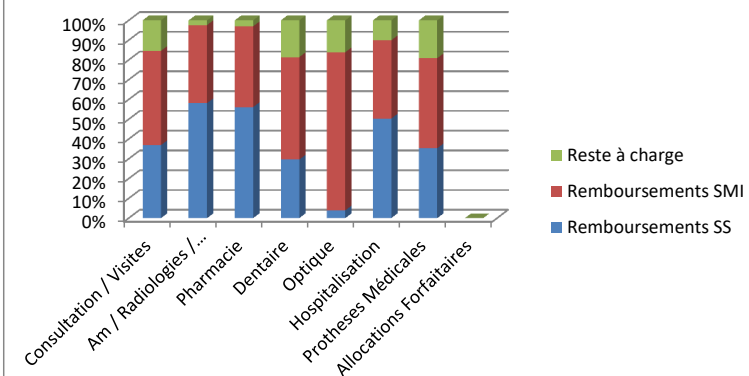


Prestations réglées

HANDICAP INTERNATIONAL

Exercice 2019
Montants arrêtés au 30 avril 2021

Grands postes	Dépenses engagées	Remboursements SS	Remboursements SMI	Reste à charge	Répartition	Poids portefeuille SMI
Consultation / Visites	125 165	46 186	59 684	19 296	22%	14%
Am / Radiologies / Laboratoires	89 043	51 789	35 121	2 133	13%	13%
Pharmacie	55 320	31 075	22 581	1 665	8%	12%
Dentaire	90 366	26 751	46 814	16 801	17%	19%
Optique	76 813	3 014	61 413	12 387	22%	21%
Hospitalisation	98 649	49 671	39 020	9 958	14%	14%
Protheses Médicales	23 201	8 196	10 570	4 435	4%	4%
Allocations Forfaitaires	0	0	0	0	0%	3%
Total	558 558	216 681	275 202	66 676		
Prestations par bénéficiaire	0	0	0	0		

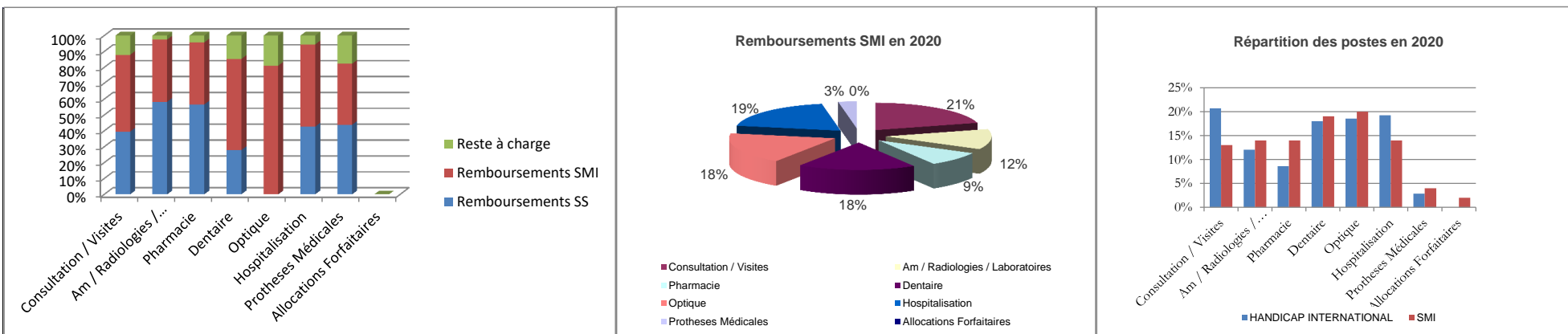


Prestations réglées

HANDICAP INTERNATIONAL

Exercice 2020
Montants arrêtés au 30 avril 2021

Grands postes	Dépenses engagées	Remboursements SS	Remboursements SMI	Reste à charge	Répartition	Poids portefeuille SMI
Consultation / Visites	110 882	43 829	53 647	13 405	21%	13%
Am / Radiologies / Laboratoires	79 516	46 385	31 130	2 001	12%	14%
Pharmacie	56 925	32 214	22 261	2 450	9%	14%
Dentaire	81 357	22 655	46 687	12 014	18%	19%
Optique	59 355	70	48 061	11 224	19%	20%
Hospitalisation	96 250	41 082	49 798	5 369	19%	14%
Protheses Médicales	19 298	8 462	7 411	3 426	3%	4%
Allocations Forfaitaires	0	0	0	0	0%	2%
Total	503 582	194 698	258 995	49 890		
Prestations par bénéficiaire	0	0	0	0		



Prestations réglées

Exercices 2020 et 2021

4 mois 2019 : montants arrêtés au 30 avril 2019

4 mois 2020 : montants arrêtés au 30 avril 2020

4 mois 2021 : montants arrêtés au 30 avril 2021

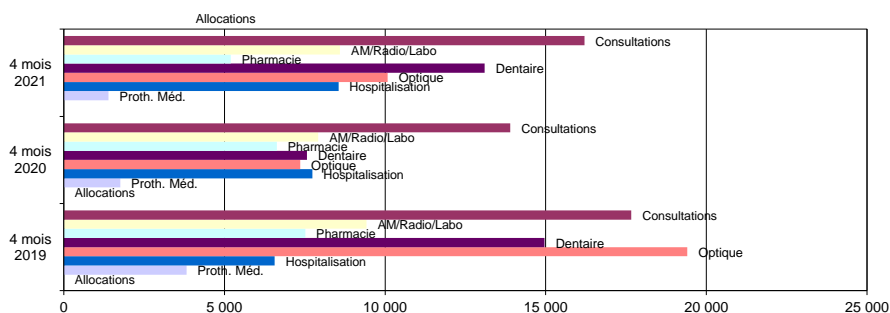
HANDICAP INTERNATIONAL

Grands postes	Dépenses engagées					Remboursements SS					Remboursements SMI					Reste à charge				
	4 mois 2019	4 mois 2020	4 mois 2021	Evol. VS 2019 (%)	Evol. VS 2020 (%)	4 mois 2019	4 mois 2020	4 mois 2021	Evol. VS 2019 (%)	Evol. VS 2020 (%)	4 mois 2019	4 mois 2020	4 mois 2021	Evol. VS 2019 (%)	Evol. VS 2020 (%)	4 mois 2019	4 mois 2020	4 mois 2021	Evol. VS 2019 (%)	Evol. VS 2020 (%)
Consultation / Visites	37 537	29 043	31 677	-16%	9%	14 692	12 303	11 569	-21%	-6%	17 665	13 901	16 207	-8%	17%	5 180	2 839	3 901	-25%	37%
Am / Radiologies / Laboratoires	23 595	20 076	21 804	-8%	9%	13 820	12 052	12 905	-7%	7%	9 420	7 913	8 596	-9%	9%	355	112	303	-15%	171%
Pharmacie	16 698	16 624	13 723	-18%	-17%	9 134	9 241	7 740	-15%	-16%	7 517	6 633	5 200	-31%	-22%	46	751	784	1604%	4%
Dentaire	28 278	14 233	23 069	-18%	62%	7 534	4 421	6 436	-15%	46%	14 966	7 570	13 103	-12%	73%	5 778	2 242	3 529	-39%	57%
Optique	25 690	8 903	14 899	-42%	67%	1 669	2	22	-99%	1333%	19 408	7 357	10 080	-48%	37%	4 613	1 544	4 797	4%	211%
Hospitalisation	17 785	17 864	16 001	-10%	-10%	10 749	9 145	6 074	-43%	-34%	6 565	7 740	8 550	30%	10%	470	979	1 376	193%	41%
Prothèses Médicales	7 781	4 449	3 719	-52%	-16%	2 914	2 137	1 495	-49%	-30%	3 817	1 758	1 394	-63%	-21%	1 050	554	829	-21%	50%
Allocations Forfaitaires	0	0	0	-	-	0	0	0	-	-	0	0	0	-	-	0	0	0	-	-

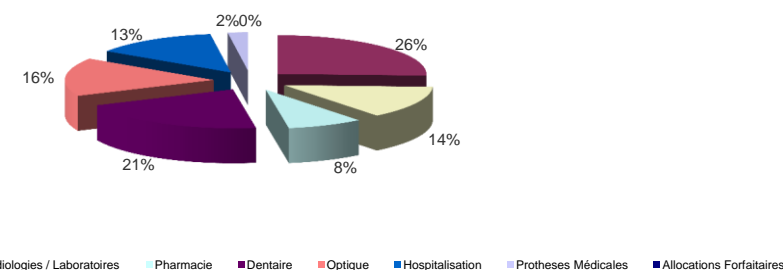
Total	157 364	111 193	124 892	-21%	12%	60 513	49 300	46 241	-24%	-6%	79 359	52 872	63 131	-20%	19%	17 492	9 021	15 519	-11%	72%
-------	---------	---------	---------	------	-----	--------	--------	--------	------	-----	--------	--------	--------	------	-----	--------	-------	--------	------	-----

Prestations par bénéficiaire	0	0	0	-	-	0	0	0	-	-	0	0	0	-	-	0	0	0	-	-
------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Evolution des remboursements SMI



Remboursements SMI en 2021



Compte de résultats estimé (P/C)

HANDICAP INTERNATIONAL

Exercices 2018 à 2020
Comptes arrêtés au 30 avril 2021

	Cotisations TTC	Prélèvements obligatoires	Cotisations HT	Coûts de gestion et d'acquisition (*). Taux : 10%	Cotisations nettes	Prestations	Provisions sur prestations	Forfait patientèle	PSAP Contribution Covid	Prestations totales estimées	Résultat technique	Rapport Prestations / Cotisations
2018	312 065	36 559	275 505	27 551	247 955	269 321	0	2 260	0	271 581	-23 626	110%
RD	312 065	36 559	275 505	27 551	247 955	269 321	0	2 260	0	271 581	-23 626	110%
2019	308 636	36 158	272 477	27 248	245 230	275 202	0	2 180	0	277 381	-32 152	113%
RD	308 636	36 158	272 477	27 248	245 230	275 202	0	2 180	0	277 381	-32 152	113%
2020	319 748	37 461	282 288	28 229	254 059	258 995	2 797	2 258	11 009	275 060	-21 001	108%
RD	319 748	37 461	282 288	28 229	254 059	258 995	2 797	2 258	11 009	275 060	-21 001	108%
Total	940 449	110 178	830 270	83 027	747 243	803 517	2 797	6 698	11 009	824 022	-76 779	110%

(*) Pour 2020, la ventilation des frais se décompose de la manière suivante : frais de gestion : 28229, frais d'acquisition : 0, total : 28229. Ces frais recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont les remboursements, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est à dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

Assurance Décès - Perte totale et irréversible d'autonomie - Incapacité temporaire et permanente

Contrat A31320001

SwissLife
Prévoyance et Santé
Siège social :
7 rue Belgrand
92300 Levallois-Perret
SA au capital social de
150 000 000 €

Entreprise régie par le code
des assurances
322 215 021 RCS Nanterre



PARTIE II - CONDITIONS PARTICULIERES

ARTICLE 1 - PRISE D'EFFET DU CONTRAT

Le présent Contrat prend effet le 1^{er} janvier 2016, il annule et remplace celui émis en date du 29 novembre 2006, sous le même numéro.

ARTICLE 2 - PERSONNES ASSUREES

2.1 Est couvert par le présent Contrat l'ensemble des membres du personnel du Souscripteur appartenant à la catégorie suivante :

L'ensemble des personnels de l'entreprise affiliés à l'AGIRC.

2.2 Le Souscripteur déclare qu'il n'y a pas, à la date d'effet du contrat, d'autres arrêts de travail que ceux éventuellement en cours au 31 décembre 2015 au titre du contrat N° A31320001, émis le 29 novembre 2006.

ARTICLE 3 - PRESTATIONS GARANTIES

GARANTIES	PRESTATIONS
DECES	
DECES TOUTES CAUSES	
Capital selon la situation familiale de l'Adhérent au jour du sinistre : <ul style="list-style-type: none"> · Célibataire, veuf ou divorcé sans personne à charge · Marié, partenaire lié par un PACS, concubin notoire sans personne à charge · Majoration par personne à charge <p>Par personne à charge on entend celles définies au § 7.2.2 de l'Art.7 du Titre I des Conditions générales ainsi que les ascendants pris en compte par l'Administration fiscale pour la détermination du quotient familial.</p>	<p>170 % du Salaire de référence (Tranches A et B)</p> <p>220 % du Salaire de référence (Tranches A et B)</p> <p>70 % du Salaire de référence (Tranches A et B)</p>
PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE	
Versement par anticipation du capital qui aurait été versé en cas de « Décès toutes causes »	100 du capital « Décès toutes causes »
RENTE EDUCATION	
<ul style="list-style-type: none"> - Rente en fonction de l'âge de l'enfant à charge : <ul style="list-style-type: none"> · jusqu'au 12^{ème} anniversaire · du 12^{ème} au 19^{ème} anniversaire · au-delà du 19^{ème} anniversaire 	<p>5 % du Salaire de référence (Tranches A et B)</p> <p>7 % du Salaire de référence (Tranches A et B)</p> <p>10 % du Salaire de référence (Tranches A et B)</p>
ALLOCATION OBSEQUES	
Allocation en cas de décès : du conjoint de l'Adhérent, de son partenaire de PACS, de son concubin notoire ou d'un enfant à charge	<p>50 % du PMSS</p> <p>50 % du PMSS</p>
INCAPACITE TEMPORAIRE - INCAPACITE PERMANENTE	
INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL	
L'indemnité journalière est versée à compter du :	31 ^{ème} jour d'arrêt de travail
Indemnités journalières sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale à ce titre]	100 % de la 365 ^{ème} partie du Salaire de référence net (Tranches A et B)

Assurance Décès - Perte totale et irréversible d'autonomie - Incapacité temporaire et permanente

Contrat A31320001

SwissLife
Prévoyance et Santé
Siège social :
7 rue Belgrand
92300 Levallois-Perret
SA au capital social de
150 000 000 €

Entreprise régie par le code
des assurances
322 215 021 RCS Nanterre

INCAPACITE PERMANENTE PARTIELLE OU TOTALE DE TRAVAIL	
<p>■ Incapacité permanente ne résultant pas d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle</p> <p>Les prestations sont versées sous déduction des versements de même nature effectués par la Sécurité sociale, et du salaire partiel éventuel, en fonction du classement en :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1^{ère} catégorie d'invalidité 2^{ème} catégorie d'invalidité 3^{ème} catégorie d'invalidité 	<p>100 % du Salaire de référence net (Tranches A et B)</p> <p>100 % du Salaire de référence net (Tranches A et B)</p> <p>100 % du Salaire de référence net (Tranches A et B)</p>
<p>■ Incapacité permanente résultant d'un Accident du travail ou d'une Maladie professionnelle (AT-MP)</p> <p>Les prestations sont versées sous déduction des versements de même nature effectués par la Sécurité sociale, et du salaire partiel éventuel, en fonction du taux d'invalidité « n » :</p> <ul style="list-style-type: none"> $n \geq 66\%$ $33\% \leq n < 66\%$ $n < 33\%$ 	<p>100 % du Salaire de référence net (Tranches A et B)</p> <p>100 % du Salaire de référence net (Tranches A et B)</p> <p>Néant</p>

AGIRC : association générale des institutions de retraite des cadres

ARRCO : association pour le régime de retraite complémentaire des salariés

PASS : plafond annuel d'assujettissement à la Sécurité sociale

PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale

ARTICLE 4 - COTISATIONS

4.1 Les cotisations sont versées par le Souscripteur trimestriellement à terme échu, en Euro.

4.2 Les cotisations relatives à l'ensemble des garanties du présent Contrat sont fixées à :

1,50 % de la tranche A du Salaire de référence

1,85 % de la tranche B du Salaire de référence

Les cotisations sont payables par trimestre civil, à terme échu.

RESULTATS TECHNIQUES**PREVOYANCE**

<u>Exercice</u>	<u>Primes</u>	<u>Prestations</u>	<u>Provisions *</u>	<u>Chargements</u>	<u>Ratio</u>
	(1)	(2)	(3)	(4)	$\frac{[(2)+(3)+(4)]}{(1)}$
2012	88 305	21 869	0	10 340	0,36
2013	89 805	72 747	132 063	10 518	2,40
2014	94 200	183 500	120 393	11 053	3,34
2015	105 409	44 560	79 877	12 362	1,30
2016	135 912	120 848	191 692	16 126	2,42
2017	144 874	69 065	107 083	17 198	1,33
2018	171 951	138 396	253 099	21 741	2,40
2019	170 807	25 757	73 440	21 599	0,71
2020	192 559	6 945	167 434	24 359	1,03
Total	1 193 822	683 685	1 125 081	145 296	1,64

* Les provisions sont actualisées à la fin de chaque trimestre.