



Cigna International Health Services B.V.B.A.
Plantin en Moretuslei 299, 2140 Anvers, Belgique

**POLICE D'ASSURANCE COLLECTIVE N° BCVR-8673
CONTRAT D'ASSURANCE HOSPITALISATION COMPLEMENTAIRE**

Conclu entre

L'Association Internationale des Anciens des Communautés Européennes (AIACE) à Bruxelles, dénommée ci-après le preneur d'assurance, d'une part

et

Cigna Life Insurance Company of Europe SA à Bruxelles, dénommée ci-après l'entreprise d'assurances, d'autre part

Par l'intermédiaire du courtier d'assurances **Cigna International Health Services** à Anvers.

À partir du 1 juillet 2019, il a été convenu ce qui suit :

Police d'assurance collective N° BCVR-8673

Le présent contrat est applicable à partir du 1^{er} juillet 2019 aux membres de l'AIACE et leurs coassurés ayant adhéré au contrat d'assurance Maladie Complémentaire N° BCVR-8673 venant à expiration le 30 juin 2019, ainsi qu'aux nouveaux souscripteurs qui y adhéreront selon les conditions et modalités figurant dans le présent document et ses annexes. Le présent contrat remplace la police originale N° BCVR-8673 et tous les avenants successifs, mais maintient le même numéro de contrat.

Article 1 : Objet de l'assurance

La présente police est un contrat-cadre. Il a pour objet de déterminer les conditions d'un remboursement complémentaire de frais médicaux garanti par l'assureur au profit des assurés individuels ayant exposé de tels frais. Ce remboursement intervient pour autant qu'a déjà été opéré en faveur de l'assuré la prise en charge légale ou réglementaire incombant au Régime Commun d'Assurance Maladie prévu au statut des fonctionnaires des Communautés Européennes ou à tout autre Régime national ou international de sécurité sociale.

Pour la formule avec risque accident, la couverture à titre complémentaire concerne l'ensemble des frais médicaux se rapportant à toute altération de la santé médicalement constatée, quelqu'en soit l'origine, accidentelle ou non. Pour la formule sans risque accident, cette couverture concerne l'ensemble des frais médicaux se rapportant à toute altération de la santé médicalement constatée, exception faite de ceux résultant d'un accident.

La couverture ne s'étendra pas aux maladies en cours lors de la demande d'affiliation ou à des infirmités permanentes, ou à toute autre affection antérieure, sauf consentement exprès de l'assureur et moyennant un supplément de prime précisé par celui-ci. Sur production d'un certificat médical attestant la guérison de la maladie en cours, les conditions normales d'assurance retrouvent leur application entraînant suppression de l'éventuelle majoration de prime appliquée initialement à la maladie en cause.

Article 2 : Personnes à assurer

Les personnes suivantes pourvu qu'elles soient couvertes par le Régime Commun d'Assurance Maladie ou par tout autre Régime national ou international de sécurité sociale peuvent être assurées:

- a) Toute personne exerçant ou ayant exercé à titre principal une activité dans une des institutions ou organes de l'Union Européenne et bénéficiant à ce titre d'une indemnité ou d'une pension, dénommée ci-après « l'assuré » ;
- b) Les conjoints des assurés ;
- c) Les conjoints survivants des assurés bénéficiant à ce titre d'une pension.

Cette police reste ouverte aux résidents du Royaume-Uni remplissant l'une des conditions susmentionnées nonobstant les négociations liées au Brexit et l'application de celui-ci.

Police d'assurance collective N° BCVR-8673

Article 3 : Durée et résiliation

Cette police prend effet le 1 juillet 2019 pour une période de 2,5 ans se terminant le 31 décembre 2021. Elle se reconduira tacitement pour des nouvelles périodes de 12 mois, sauf résiliation par l'une des parties au plus tard 6 mois avant son expiration, par lettre recommandée à l'autre partie, avec accusé de réception, le cachet de la poste faisant foi. Ce délai de 6 mois n'est pas d'application pour la résiliation de la police par le preneur d'assurance au cas où l'assureur aurait demandé une augmentation des primes en plus de variation annuelle en fonction de l'indice des prix à la consommation harmonisés rubrique santé.

Une résiliation devenue effective entraîne l'extinction de la garantie. Les remboursements en cours à la date de la résiliation, seront réglés par l'assureur pendant un délai de 24 mois.

Article 4 : Conditions d'affiliation

L'affiliation est possible jusqu'au 67^{ème} anniversaire. Après cette date elle est également possible à condition que l'affiliation se fasse dans les douze mois qui suivent la date de cessation des fonctions auprès des C.E.

Si à la date d'affiliation d'un ancien son conjoint aurait dépassé l'âge de 67 ans, l'affiliation du conjoint est autorisée si il/ elle souscrit à la police d'assurance au même moment que l'ancien.

Les limites d'âge indiquées ci-dessus ne s'appliquent que pour l'affiliation. Il n'y a donc pas de limite d'âge pour rester assuré une fois la couverture est accordée.

Article 5 : Prise d'effet et fin de la garantie

La couverture entre en vigueur au premier jour du mois qui suit la demande d'affiliation, après acceptation par l'assureur. La prime due est calculée prorata temporis jusqu'au 31 décembre prochain.

Toute demande doit être accompagnée d'un questionnaire médical, rempli par chaque personne à assurer.

L'assuré peut demander de mettre fin à la couverture au plus tard un mois avant la date de l'échéance de la prime en avisant le courtier de sa décision par lettre recommandée. À partir du 1^{er} janvier de l'année qui suit, la garantie cesse. Dans ce cas, la prime correspondante ne vient plus à échéance.

Article 6 : Paiement des primes

Police d'assurance collective N° BCVR-8673

Les primes viennent à échéance au 1er janvier de chaque année. Elles devront être intégralement versées par l'assuré et seront encaissées par le courtier.

Si la prime n'est pas payée dans le délai de deux mois à partir du jour de l'échéance, la garantie de l'assurance cesse ses effets.

Article 7 : Nature et montant des prestations de l'assureur

- 1) Cette police couvre, selon les modalités stipulées, les frais relatifs à des maladies ayant entraîné une hospitalisation ou une intervention chirurgicale.
- 2) Pour les frais relatifs à un accident ayant entraîné une hospitalisation ou une intervention chirurgicale, l'assureur intervient seulement pour les assurés qui ont choisi la formule avec couverture accident (voir l'article 9).
- 3) Cette police couvre les frais d'hospitalisation (en clinique ou en hôpital) y compris la clinique de jour. La couverture s'étend également au remboursement des dépenses ambulatoires liées à une hospitalisation couverte dans un délai de deux mois précédant l'hospitalisation et de six mois postérieurs à l'hospitalisation :
 - Frais médicaux et paramédicaux
 - Prothèses ou appareils orthopédiques
 - Matériel médical
 - Traitements divers : homéopathie, acupuncture, chiropraxie, ostéopathie
 - Médicaments sur prescription

Pour les prestations énumérées ci-dessus, l'assureur prend à sa charge 100% de la différence entre les frais réels et les prestations du Régime Commun d'Assurance Maladie.

Toutefois dans la mesure où les prestations du Régime Commun d'Assurance Maladie sont limitées par un montant maximum remboursable, les prestations de l'assurance maladie complémentaire se limitent au même montant.

Les prestations de l'assureur suivront les augmentations futures des montants maximum remboursables par le Régime Commun d'Assurance Maladie.

- 4) On entend par « maladie » tout trouble du fonctionnement normal de l'organisme humain survenu indépendamment de la volonté de l'assuré et médicalement décelé.
- 5) Par « accident » au sens de l'assurance, on entend tout événement causé par l'action d'une force externe et qui est en même temps ou soudain ou violent ou anormal et qui porte atteinte à l'intégrité physique ou psychique de l'assuré.
- 6) Les prestations de l'assureur sont destinées à compléter celles du Régime Commun d'Assurance Maladie des fonctionnaires européens ou de tout autre Régime national ou

Police d'assurance collective N° BCVR-8673

international de sécurité sociale et elles ne sont dues que pour les frais pris en charge par le Régime Commun d'Assurance Maladie ou par tout autre Régime national ou international de sécurité sociale.

Article 8 : Paiement des prestations

Les prestations sont réglées aux assurés dans un délai maximum de quinze jours après que l'exemplaire original du décompte des frais médicaux, établi par le Régime Commun d'Assurance Maladie ou tout autre Régime national ou international de sécurité social, aura transmis au courtier. Ce décompte devra être en possession du courtier au plus tard 18 mois après la date du décompte concerné.

Le courtier établit un décompte de remboursement conformément aux prestations de l'assureur et procède, dans les délais prévus, au versement des montants complémentaires au compte bancaire de l'assuré.

Article 9 : Montants des primes

Les montants des primes par année par assuré s'élèvent à compter du 1^{er} juillet 2019 à :

1. Option par défaut :

Pas de franchise	
Hospitalisation sans couverture accident	Hospitalisation avec couverture accident
223,16 EUR	250,69 EUR

2. Sur demande explicite de l'assuré :

Avec franchise de 100 EUR	
= la première tranche de 100 EUR des frais médicaux de l'assuré est à sa charge	
Hospitalisation sans couverture accident	Hospitalisation avec couverture accident
194,43 EUR	218,43 EUR

Les primes varieront annuellement en fonction de l'indice des prix à la consommation harmonisés, rubrique santé, relevé au 1^{er} juillet de chaque année et publié par Eurostat (EUR 28). Elles seront appliquées à partir du 1^{er} janvier de chaque année.

Les primes ne peuvent autrement pas faire l'objet d'une révision pendant toute la durée initiale du contrat, jusqu'au 31 décembre 2021.

À compter du 1 janvier 2022, le montant des primes peut faire l'objet d'une révision, sur base de la rentabilité de la police d'assurance, pour chaque année d'assurance moyennant un préavis de trois mois au plus tard avant l'échéance de l'année d'assurance en cours. Cigna s'engage alors, après accord entre les deux parties, à envoyer l'avis de cette augmentation de primes à chaque assuré.

Police d'assurance collective N° BCVR-8673

Au mois de juillet de chaque année d'assurance, le courtier fournira au preneur d'assurance une analyse des sinistres payés et des primes perçues lors du premier semestre de l'année d'assurance en cours (n). Au mois de janvier, le courtier fournira au preneur d'assurance le même rapport portant sur l'année d'assurance précédente (n-1).

Article 10 : Exclusions

Ne donnent pas droit aux prestations de l'assureur :

- a) Les frais d'infirmières pour soins donnés à domicile, excepté sur ordre de médecin ;
- b) Les frais de cures de tous genres ;
- c) Les frais de maladies ou d'accidents résultant de l'usage de stupéfiants ou médicaments sans prescriptions médicale, ou de la consommation abusive de boissons alcooliques ;
- d) Les frais en rapport avec les maladies en cours lors de la demande d'affiliation ou provenant d'une infirmité ou d'affections antérieures, pour autant qu'elles aient été exclues explicitement par l'assureur au moment de l'affiliation ;
- e) Les prothèses dentaires en or ou en platine ;
- f) Les frais pour lesquels le Régime Commun d'Assurance Maladie ou tout autre Régime national ou international de sécurité sociale a refusé le remboursement ;
- g) Les frais médicaux dérivant du risque de guerre, selon les modalités ci-après :
 - 1) Si l'assuré prend part à une guerre ou à des hostilités présentant le caractère d'opérations de guerre, la garantie de l'assurance cesse ses effets ;
 - 2) Si l'assuré réside ou séjourne temporairement dans un pays qui est en guerre ou se trouve engagé dans des hostilités de cette nature, sans toutefois qu'il prenne part à cette guerre ou à ces hostilités et que les frais médicaux ont dû être exposés par suite de faits de guerre, les prestations de l'assureur ne seront payées que si leur montant total (y compris les prestations de l'assureur ne résultant pas de faits de guerre) n'excède pas, pour l'année d'assurance en question, 90% du montant total de la prime globale. Toutefois, si preuve est faite que la maladie ne résulte pas, directement ou indirectement, d'opérations de guerre ou d'hostilités de cette nature, les prestations de l'assureur seront payées aux conditions normales.Les frais médicaux encourus suite à un attentat terroriste ayant lieu dans un pays qui ne se trouve pas en état de guerre ne sont pas sujets à cette exclusion.
- h) Les frais médicaux dérivant du risque atomique : la couverture de l'assurance ne s'étend pas aux remboursements dus aux effets directs ou indirects d'une transmutation du noyau de l'atome (comme par exemple la fission, la fusion, la

radioactivité) ou aux effets de radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules atomiques.

Article 11 : Omission

En cas d'omission lors de l'affiliation, l'assureur a le droit, après un examen approfondi du dossier de l'assuré, de se délier de ses engagements vis-à-vis de l'assuré. Il est entendu qu'en cas de désaccord au sujet des résultats de cet examen, l'assuré est en droit d'intenter une action selon l'article 13.

Article 12 : Validité territoriale

Cette police est valable dans le monde entier.

Article 13 : Litiges

Cette police est régie par le droit belge. En cas de litige seuls les tribunaux belges sont compétents.

Article 14 : Monnaie

Les primes et les prestations de l'assureur sont payables en Euro.

Article 15 : Cessation de la garantie

La couverture de cette police cesse ses effets dans les cas suivants :

- À sa date d'expiration, sous réserve de l'application de l'article 3 ;
- En cas de non-paiement de la prime, en dépit d'une invitation à payer sous quinzaine adressée par le courtier par lettre recommandée avec accusé de réception conformément à l'article 6 ;
- En cas de fraude ;
- En cas de résiliation par l'assuré. Cette résiliation doit être notifiée à Cigna conformément à l'article 5.

Article 16 : Procurations

L'assureur donne procuration à Cigna, courtier-intermédiaire, pour percevoir toutes primes annuelles ou proratas auprès des assurés et pour émettre et signer les certificats d'assurance.

En ce qui concerne le règlement des remboursements il est expressément convenu que celui-ci sera effectué par l'assureur à l'intervention de Cigna.



Cette police, établie en trois exemplaires, est signée pour acceptation par les mandataires du preneur d'assurance et par l'entreprise d'assurance. Un exemplaire est destiné aux archives du preneur d'assurance, un exemplaire à celles de l'assureur et un exemplaire à celles de Cigna.

Ainsi convenu et arrêté entre les parties pour être exécuté de bonne foi.

Etabli en trois exemplaires originaux, chaque partie ayant reçu un original.

Accepté par AIACE

Date et signature

Accepté par Cigna Life Insurance Company of Europe

Date et signature

Accepté par Cigna International Health Services

Date et signature

Police d'assurance collective N° BCVR-8673