

**L'ASSOCIATION POUR LA PROMOTION DU
SERVICE SOCIAL**

**DU MINISTRE DE LA COMMUNAUTE FRANCAISE
POUR L'ENSEIGNEMENT ET LES CENTRES P.M.S. DE LA
COMMUNAUTE FRANCAISE
(A.S.B.L.)**

MISE A JOUR DU VADE-MECUM DU
DELEGUE SOCIAL.

**Adresse : « Espace 27 Septembre »
Boulevard Léopold II, 44
6^e étage, 6B/040
1080 BRUXELLES.**

**Personnes ressources : J. COLSON – Président – 02/413.39.44
A. – M. GALASSO – Trésorière – 02/413.21.92
J-L. DUVIVIER – Secrétaire – 02/413 36.44**

L'ASSOCIATION POUR LA PROMOTION DU SERVICE SOCIAL

**DU MINISTÈRE DE LA COMMUNAUTÉ FRANÇAISE
POUR L'ENSEIGNEMENT ET LES CENTRES P.M.S.
DE LA COMMUNAUTÉ FRANÇAISE
(A.S.B.L.)**

**MISE À JOUR DU VADE-MECUM
DU DÉLÉGUÉ SOCIAL**

Adresse : « Espace 27 Septembre »
Boulevard Léopold II, 44
6^e étage, 6B/040
1080 Bruxelles.

Personnes ressources : A.-M. GALASSO – Trésorière – 02/413.21.92
J. COLSON – Président – 02/413.39.44
J.-L. DUVIVIER – Secrétaire – 02/413.36.44

TABLE DES MATIERES

Avant-propos	Page 3
Les bénéficiaires de l'association pour la promotion du service social	Page 4
Les activités de l'association pour la promotion du service social	Page 5
1 - Les avances du fonds d'aide sociale	Page 6
2 – L'assurance collective des frais de soins de santé	Page 9
Les annexes 1 et 2 au présent « VADE-MECUM » et dernier avenant au contrat d'assurance collective « soins de santé – hospitalisation »	Pages 15 à 28
Les statuts de l'ASBL (texte coordonné)	Pages 29 à 32

Avant-propos

Depuis le 21 avril 1974, date de sa constitution, l' « Association pour la promotion du service social du Ministère de la Communauté française (A.S.B.L.) » n'a eu de cesse de veiller à remplir très efficacement les missions à caractère social qu'elle s'était assignées comme objectif, sous le contrôle vigilant des membres de son conseil d'administration.

C'est ainsi que, dans la perspective d'apporter une aide sociale diligente aux membres du personnel des établissements d'enseignement et des centres psycho-médico-sociaux organisés par la Communauté française, confrontés à une situation pécuniaire momentanément difficile, a été créé, au sein de l'association, un fonds d'aide sociale destiné à permettre de consentir, dans des délais très brefs, à ces membres du personnel en difficulté passagère, une avance sur traitement remboursable à court terme.

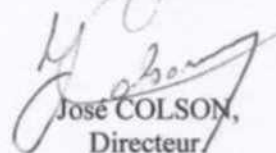
C'est encore dans le but d'accorder des avantages d'ordre social indéniables à tous les membres du personnel des établissements d'enseignement et des centres psycho-médico-sociaux du réseau de la Communauté française que l'association a, depuis le 1^{er} octobre 1985, conclu en leur faveur un contrat d'assurance collective « soins de santé » avec la « Société mutuelle des administrations publiques » (S.M.A.P., devenue aujourd'hui société ETHIAS), sise rue des Croisiers, 24, à Liège ; le nombre sans cesse croissant d'affiliés au contrat d'assurance précité témoigne d'ailleurs de l'intérêt incontestable que ce contrat représente pour tous.

Je terminerai ce bref aperçu des activités déployées par l' « Association pour la promotion du service social » en signalant que l'association dispose d'un fonds de roulement dont les crédits sont utilisés en vue de faciliter l'action du service social et garantir la réalisation rapide de certaines de ses activités.

Les quelques feuillets d'informations pratiques qui suivent sont destinés à aider les délégués sociaux dans l'accomplissement de leur mission et à éclairer les membres du personnel sur les activités de l'association dont ils peuvent être bénéficiaires.

J'en recommande la lecture attentive à chacun et chacune.

Le Président,



José COLSON,
Directeur

A. LES BENEFICIAIRES DE L'ASSOCIATION POUR LA PROMOTION DU SERVICE SOCIAL

Les **bénéficiaires de l'association pour la promotion du service social** sont les membres du personnel des établissements d'enseignement, des centres psycho-médico-sociaux et des autres établissements organisés par la Communauté française, relevant de la Direction générale des Personnels de l'Enseignement de la Communauté française, quelle que soit leur qualité (définitif, stagiaire, temporaire prioritaire, temporaire, contractuel et autre statut précaire) et à quelque catégorie qu'ils appartiennent, qui sont :

- 1° a) en activité de service ou en congé assimilé à l'activité de service ;
 - b) en disponibilité pour maladie ;
 - c) en disponibilité par défaut d'emploi ;
 - d) en disponibilité pour convenances personnelles précédant la pension de retraite ;
 - e) en non-activité pour accomplir des prestations militaires en temps de paix ;
 - f) en absence de longue durée pour raisons familiales.
- 2° les membres de la famille des membres du personnel visés au 1°, habitant sous le même toit et dont ils sont le soutien.

Les membres du personnel non soumis à un régime statutaire sont bénéficiaires de l'association pour la promotion du service social pour autant que leur employeur soit la Communauté française et que leur traitement soit liquidé à charge de crédits inscrits au budget du département pour les rémunérations du personnel.

Sont **exclus** du bénéfice de l'action de l'association pour la promotion du service social, les membres du personnel qui sont :

- a) en non-activité en raison du prononcé à leur égard d'une suspension disciplinaire ;
- b) en non-activité en raison d'une mise en non-activité disciplinaire ;
- c) en disponibilité pour mission spéciale ;
- d) en disponibilité pour convenances personnelles, hormis celle visée à l'alinéa premier, 1°, d.

Dans le cadre de la réglementation de l'association pour la promotion du service social, la famille comprend :

- 1° l'époux, l'épouse, le cohabitant ou la cohabitante ;
- 2° les enfants à leur charge (sont considérés comme enfants à charge, les enfants dont le nom est repris dans la composition de ménage des membres du personnel assistés, ainsi que ceux qui, conformément à la législation en matière d'impôts sur les revenus, sont considérés comme à charge).

Toutefois, si une situation familiale particulièrement grave le justifie, l'aide de l'association pour la promotion du service social peut être étendue à tout membre de la famille habitant sous le même toit et dont le membre du personnel assisté est l'unique soutien.

B. LES ACTIVITES DE L'ASSOCIATION POUR LA PROMOTION DU SERVICE SOCIAL

Quelle que soit l'activité considérée, tout membre du personnel qui sollicite l'intervention de l'association pour la promotion du service social est tenu d'introduire une demande écrite, soit directement, soit par l'intermédiaire du délégué social désigné pour l'établissement où il est en fonction si le membre du personnel le souhaite (l'aide du délégué social est toujours facultative).

1. AVANCES DU FONDS D'AIDE SOCIALE

A. Nature des avances

L'Association pour la promotion du service social, association sans but lucratif, accorde, sous forme d'avance sur traitement récupérable à court terme, une aide financière immédiate aux membres du personnel qui se trouvent momentanément dans une situation particulièrement difficile. Un retard imprévu dans la liquidation du traitement, un événement fortuit peuvent, en effet, causer à certains membres du personnel des embarras financiers très momentanés mais suffisamment sérieux pour réclamer une solution urgente.

B. Qui peut bénéficier de ces avances ?

Tout membre du personnel bénéficiaire de l'association pour la promotion du service social qui connaît une situation pécuniaire passagère difficile.

C. Comment solliciter ces avances ?

- a) Adresser au Président de l'association pour la promotion du service social une requête contenant les informations suivantes (adresse : Espace 27 septembre, 44, Boulevard Léopold II à 1080 Bruxelles (local 6B 040 – tél. : 02/413.21.92).
1. nom, prénom et fonction exercée par le demandeur ;
 2. établissement où il exerce sa fonction ;
 3. fonction exercée par le conjoint ;
 4. personnes composant le ménage ;
 5. relation succincte de la motivation de la requête ;
 6. montant souhaité (743,68 euros maximum).
- b) Annexer à la requête deux attestations établies sur le modèle fixé, l'une (annexe 1) est rédigée par le chef d'établissement décrivant la situation et les prestations du membre du personnel, l'autre (annexe 2) doit être établie par le requérant souscrivant un engagement pour le remboursement de l'avance consentie (voir pp. 7 et 8).

**A.S.B.L. Association pour la promotion
du service social de la Communauté française Bur 6B40/2
Boulevard Léopold II n° 44. 1080 Bruxelles**

Tél : 02/ 413.21.92

Fax : 02/ 413.34.53

Annexe : 1

FONDS D'AIDE SOCIALE.

ATTESTATION DU CHEF DE L'ETABLISSEMENT

Je soussigné(e) ¹

.....

certifie que M.

fonction :

définitif (ve), stagiaire, temporaire, temporaire prioritaire ²

est en activité de service.

Son engagement couvre la période

du au ³

Fait à, le

Signature

Cachet de l'établissement

Du chef de l'établissement

¹ Indiquer nom, prénom, fonction, établissement.

² Biffer les mentions inutiles.

³ Uniquement pour les temporaires.

*A.S.B.L. Association pour la promotion
du service social de la Communauté française Bur 6B40/2
Boulevard Léopold II n° 44. 1080 Bruxelles
TEL : 02/ 413.21.92
FAX : 02/ 413.34.53*

Annexe : 2

FONDS D'AIDE SOCIALE.

ATTESTATION DU REQUERANT.

A. Je soussigné(e).....

Nom et prénoms :

Date de naissance :

Fonction :

Situation administrative : définitive ¹, stagiaire, temporaire prioritaire

N° de matricule :

Adresse complète et n° de téléphone de l'établissement :

.....

Domicilié(e) à (code postal)

Rue :

N° de compte :

Autorise le Ministère de la Communauté française à récupérer sur les prochains paiements qui seront à me verser par celui-ci le montant de l'avance remboursable à court terme qui me serait consentie suite à la requête que j'ai introduite ce jour.

Je certifie sur l'honneur que mon traitement ou salaire est quitte et libre de toute charge.

B. Réserve à l'administration

Somme versée

Fait à, le.....

Réf.....

Signature du requérant

¹ Biffer les mentions inutiles.

2. ASSURANCE COLLECTIVE DES FRAIS DE SOINS DE SANTE

L'Association pour la promotion du service social, association sans but lucratif, a souscrit, en faveur des membres du personnel des établissements d'enseignement et des centres psycho-médico-sociaux organisés par la Communauté française, une assurance collective des frais de soins de santé auprès de la société ETHIAS, sise rue des Croisiers, 24, à 4000 LIEGE.

C. Qui peut adhérer à cette assurance collective ?

Peuvent y adhérer, pour autant qu'elles n'aient pas atteint l'âge de 65 ans le jour de leur adhésion, les personnes suivantes :

- a) les membres du personnel exerçant à quelque titre que ce soit (définitif, stagiaire, temporaire, contractuel ou autre) une fonction dans les établissements d'enseignement et les centres psycho-médico-sociaux organisés par la Communauté française (ex-Etat), relevant du Ministère de la Communauté française et dont les traitements sont liquidés à charge de crédits inscrits au budget de ce département pour la rémunération du personnel ;
- b) les personnes faisant partie du ménage du membre du personnel, à savoir : son conjoint ou son (sa) cohabitant(e) ainsi que leurs enfants et ascendants ;
- c) les enfants du membre du personnel qui ne font pas partie de son ménage mais pour lesquels celui-ci est tenu au versement d'une pension alimentaire.
- d) les anciens membres du personnel aujourd'hui admis à la retraite et bénéficiaires d'une pension à charge du Trésor public en raison de leur nomination à titre définitif dans l'enseignement ou les centres psycho-médico-sociaux organisés par la Communauté française.

D. De quoi s'agit-il ?

L'assurance hospitalisation protège les adhérents plus particulièrement en cas de problèmes de santé qui nécessitent une hospitalisation ainsi que lors de certaines maladies graves soignées en dehors d'un séjour en milieu hospitalier.

1. L'intérêt pour « celui qui en bénéficie »

Si le membre du personnel doit être hospitalisé, l'argent ne sera plus un obstacle pour choisir librement soit une chambre commune, soit une chambre particulière, selon les modalités prévues par le contrat collectif.

En bref, l'assurance hospitalisation est « un plus » pour la qualité de vie de celui qui en bénéficie.

2. Modalités d'adhésion au contrat collectif « soins de santé – hospitalisation ».

Depuis le 1^{er} janvier 2006, deux modalités d'adhésion au contrat collectif précité sont possibles :

1) Modalité 1 :

Cette modalité reprend intégralement les garanties dont les affiliés bénéficiaient jusqu'au 31 décembre 2005 ; il n'y a dès lors aucune modification au niveau des garanties offertes à partir du 1^{er} janvier 2006.

2) Modalité 2 :

Cette modalité se différencie de la modalité 1 par le fait qu'elle ne garantit en aucun cas :

- les suppléments relatifs aux frais de séjour en chambre à un lit pour convenance personnelle ;
- les honoraires et suppléments d'honoraires liés à l'occupation d'une chambre à un lit pour convenance personnelle.

Pour les hospitalisations en chambre commune ou à deux lits, les garanties de la modalité 2 seraient entièrement identiques à celles prévues par la modalité 1.

Il y a lieu de noter que :

- le choix de la modalité doit être identique pour tous les membres du ménage assurés ;
- le choix de la modalité 2 est définitif.

3. Quels sont les avantages de cette assurance collective soins de santé ?

- a) En cas d'hospitalisation consécutive à un accident, une maladie, une grossesse ou un accouchement, l'assurance vous remboursera les frais d'hospitalisation, à l'exclusion des établissements psychiatriques fermés, des établissements médico-pédagogiques, des établissements destinés au simple hébergement des personnes âgées, convalescentes ou d'enfants et des maisons de repos.

Vous serez également remboursés :

- les frais de transport appropriés et justifiés par l'urgence de l'état de santé de l'assuré ;
- les frais d'appareils orthopédiques, de prothèse (à l'exclusion de celles revêtant un caractère esthétique), de lunettes prescrites par oculiste, les soins et traitements dentaires occasionnés durant le séjour en milieu hospitalier en rapport direct avec l'hospitalisation et pour autant qu'il y ait intervention légale.

De plus, elle vous remboursera une série de frais liés à l'hospitalisation et que vous aurez supportés deux mois avant votre séjour en clinique et six mois après celui-ci. Par exemple, des frais d'examen médicaux, de soins de kinésithérapie, de médicaments, etc.

- b) En cas de survenance d'une des maladies suivantes : le cancer, la leucémie, la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques, le sida, la diphtérie, la poliomyélite, la méningite cérébrospinale, la variole, le typhus, la fièvre typhoïde et paratyphoïde, l'encéphalite, le charbon, le tétanos, le choléra, la maladie de Hodgkin, l'hépatite infectieuse, la scarlatine, le diabète ; l'assurance est étendue au remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques exposés hors milieu hospitalier et sans limite de temps.

Toutefois, les prestations reprises ci-dessus ne sont pas accordées à l'assuré si l'affection (ou l'invalidité résultant d'un accident) pour laquelle il est fait appel à l'intervention de l'assurance existait avant la date d'adhésion.

Cependant, les prestations seront accordées si, au cours de l'année qui précède l'hospitalisation ou la maladie grave justifiant la demande d'intervention, l'assuré n'a pas subi de traitement médical résultant de la cause préexistante.

4. Quelles sont les exclusions principales ?

Outre les exclusions traditionnelles (telles que la guerre, les risques nucléaires et l'acte intentionnel), les interventions de l'assurance ne sont pas accordées pour les soins résultant :

- de traitements esthétiques (sauf chirurgie plastique réparatrice en cas d'accident) ou de rajeunissement ;
- de la pratique, en tant que professionnel, d'un sport quelconque et des sports d'hiver pratiqués en compétition ;
- de la participation à une compétition sportive entraînant l'usage d'un moyen de locomotion.

5. Cette assurance hospitalisation soins de santé vous rembourse-t-elle tous les frais sans limite ?

PRESQUE ...

Cette assurance vous rembourse les frais restant à votre charge après l'intervention légale de votre mutuelle et/ou de toute autre garantie s'appliquant au même risque. En outre, les interventions sont accordées pour chaque prestation, jusqu'à concurrence du triple du montant prévu au barème des remboursements de l'INAMI.

6. Pour quel montant ?

Pour les frais liés à l'hospitalisation et pour les frais de traitement des maladies graves (cancer, sida, etc.), depuis le 1^{er} janvier 2004, plus aucun plafond n'est fixé.

7. Dans l'assurance hospitalisation soins de santé, y a-t-il une franchise ?

Oui !

8. De combien ?

74,37 euros par an et par affilié.

Si vous êtes hospitalisé plusieurs fois sur l'année civile, la franchise de 74,37 euros ne vous est applicable qu'une fois.

Ainsi, en cas de demande d'intervention :

Exemple :

En cas d'hospitalisation on constate qu'après déduction des interventions légales (mutualités, etc.) une somme de 61,97 euros reste à charge de l'assuré. Dans ce cas la Société mutuelle n'effectuera aucun remboursement, puisque le montant de la franchise (74,37 euros) dépasse les frais réels (61,97 euros).

Dans une même année civile, la même personne est hospitalisée une deuxième fois ; les frais totaux à charge de la victime s'élèvent à 495,79 euros. ETHIAS remboursera par conséquent 495,79 euros – 74,37 euros (franchise) = 421,42 euros.

Si vous avez également déclaré la première hospitalisation, le remboursement d'ETHIAS sera calculé comme suit :

- 1 ^{ère} hospitalisation	61,97 euros
- 2 ^e hospitalisation	495,79 euros
TOTAL	557,76 euros
Franchise	- 74,37 euros
	483,39 euros

Vous aurez donc tout intérêt à déclarer **chaque** hospitalisation, quelle que soit la modicité des frais.

9. Quand débutent les garanties ?

Au plus tôt, à la réception de la demande d'adhésion par l'asbl « APSS ».

10. Quelles sont les formalités à accomplir pour s'affilier ?

Adressez-vous à votre délégué social, celui-ci vous invitera à compléter la formule d'adhésion (voir pages 15 et 16) intitulée « proposition » et l'envoyer à :

ASBL Association pour la promotion du service social

Espace 27 Septembre (local 6B/040)

Boulevard Léopold II, 44 – 1080 Bruxelles (tél. : 02/413.21.92).

11. Y a-t-il un stage (délai pendant lequel l'assurance n'intervient pas) à accomplir pour bénéficier de cette assurance ?

Un délai de trois mois – douze mois en cas d'accouchement – est imposé avant de pouvoir bénéficier des avantages du contrat. Ce délai prend cours à la date d'affiliation.

Les délais d'attente sont toutefois supprimés en cas d'accident et de certaines maladies infectieuses aiguës.

12. Si vous avez déjà une assurance hospitalisation soins de santé auprès d'ETHIAS, que se passe-t-il ?

Indiquez-le sur la formule d'adhésion en rappelant le numéro de votre police et en mentionnant votre numéro de compte financier auquel ETHIAS vous remboursera le prorata de la prime.

13. Si vous avez une assurance hospitalisation soins de santé à votre mutuelle ou dans une compagnie d'assurance autre qu'ETHIAS, que se passe-t-il ?

Renvoyez à ETHIAS la formule d'adhésion complétée en indiquant la date de cessation de la garantie. Vous bénéficierez, dès le lendemain, de la garantie d'ETHIAS, sans délai de stage.

N'omettez pas, dès à présent, de prévenir votre assureur de votre intention de résiliation.

14. Quel est le montant des primes ?

a) Cette assurance peut être conclue moyennant paiement d'une prime par personne assurée et par an, déterminée comme suit :

	<u>Modalité 1</u>	<u>Modalité 2</u>
- assurés jusque 20 ans inclus	47,20 €	27,55 €
- assurés entre 21 et 64 ans inclus	188,70 €	110,13 €
- assurés entre 65 et 69 ans inclus	377,40 €	200,25 €
- assurés à partir de 70 ans	566,10 €	330,38 €

Il est précisé que :

- les montants de prime ci-avant sont à majorer de l'impôt (9,25 % actuellement) et de la cotisation Inami (10 % actuellement).
- les conditions tarifaires mentionnées ci-dessus sont d'application pendant une durée ferme de trois ans, soit pendant les exercices 2006, 2007 et 2008.

b) Mode de paiement

Le paiement des primes s'effectue uniquement au moyen du bulletin de versement envoyé à chaque titulaire par ETHIAS.

c) Changement de catégorie d'âge

La prime est calculée sur base de l'âge de l'assuré à l'échéance (1^{er} janvier). Si, en mars 2007, on atteint l'âge de 65 ans, on paiera pour toute l'année d'assurance (01.01.2007 au 31.12.2007) la prime « jusque 65 ans ». Ce n'est qu'à partir du 1^{er} janvier 2008 que la prime supérieure sera perçue.

Quelques particularités

1. En ce qui concerne les nouveau-nés, la garantie commence avec la naissance, pour autant qu'au moins un des parents soit assuré depuis trois mois et que la demande d'affiliation de l'enfant soit parvenue à ETHIAS dans le mois après la naissance. Dans ce cas, les délais de stage sont abrogés.
2. Toute modification de la composition du ménage assuré doit être signalée directement par l'agent à ETHIAS. Celle-ci régularisera la situation du dossier à la date à laquelle elle en a pris connaissance.

E. Que doit faire le délégué social ?

- Vérifier :
 1. si les points II, III, IV et V de la proposition ont été complétés par le membre du personnel ;
 2. si le membre du personnel a signé et daté la proposition ;
 3. si rien n'a été indiqué pour la « DATE D'EFFET DE LA GARANTIE » (elle sera déterminée par ETHIAS) ;
 4. si rien n'a été indiqué pour « Sceau et signature de l'asbl » (cette rubrique est réservée à l'APSS).
- Informer le membre du personnel que le remboursement de la franchise de 74,37 euros peut être obtenu intégralement en introduisant une demande auprès du service social (uniquement pour les membres du personnel dont les revenus nets cumulés du ménage ne dépassent pas 2.478,94 euros).

F. Quelques démarches administratives à accomplir dans les plus brefs délais, en cas d'hospitalisation, par tout affilié à l'assurance collective :

1. Remplissez lisiblement la déclaration pour intervention « soins de santé ». N'oubliez pas d'indiquer votre numéro de compte financier et votre numéro de police individuel.
2. Envoyez cette demande d'intervention à ETHIAS, rue des Croisiers, 24 à Liège, le plus tôt possible, même si le verso ne peut être complété immédiatement. En retour, ETHIAS vous communiquera votre numéro de dossier.
3. Adressez à ETHIAS la facture originale d'hospitalisation. Pour les autres frais, joignez les justificatifs, après remboursement de votre mutuelle ou de tout autre intervenant, en rappelant votre numéro de dossier.

G. Quelques détails pratiques ayant trait aux modalités de fonctionnement de l'assurance collective :

- Lorsqu'ETHIAS est en possession de la demande d'adhésion, elle en accuse réception au membre du personnel lui confirmant la date d'effet des garanties et en lui transmettant une copie des conditions générales du contrat.
- La facturation des primes s'effectue directement par ETHIAS auprès de l'assuré.
- La date d'échéance est fixée au 1^{er} janvier. En cas d'adhésion en cours d'année, il sera perçu le prorata de prime restant à courir jusqu'au 31 décembre suivant.
- Toute modification de la composition du ménage assuré doit être signalée directement par l'agent à ETHIAS. Celle-ci régularisera la situation du dossier à la date à laquelle elle en a pris connaissance.
- Lorsque l'agent assuré est admis à la retraite, il est transféré d'office au contrat signé par l'association pour la solidarité entre actifs et retraités (mêmes conditions et garanties). Ce transfert s'effectuera à l'échéance suivant la date à laquelle le membre du personnel aura effectivement été admis à la retraite.
- Les documents d'information, ainsi que les formules d'adhésion peuvent être obtenus auprès de l'APSS ou auprès du délégué social du membre du personnel intéressé.

H. Annexes au présent VADE-MECUM :

Vous trouverez, ci-après :

- 1°) en annexe 1, le modèle de demande d'adhésion au contrat collectif d'assurance « soins de santé – hospitalisation » auprès d'ETHIAS (qui peut être utilisé en photocopie) ;
- 2°) un exemplaire des conditions spéciales et générales relatives aux clauses contractuelles du contrat précité ainsi qu'une copie du dernier avenant audit contrat.



Demande d'adhésion SOINS DE SANTÉ

À retourner à : asbl A.P.S.S. - Secteur enseignement/C.P.M.S.) - Local 6 B 040
boulevard Léopold II 44 - 1080 Bruxelles

1 PRENEUR D'ASSURANCE

Association pour la promotion du Service social du Ministère de la Communauté française

2 IDENTITÉ DU MEMBRE DU PERSONNEL

Nom et prénom _____
M. - Mme - Mlle (biffer les mentions inutiles) - femme mariée ou veuve : nom de jeune fille

Date de naissance _____ N° d'affilié _____
si vous êtes déjà assuré(e)

Adresse _____ N° _____ Bte _____
rue - avenue - boulevard - quai - place - chaussée (biffer les mentions inutiles)

Code postal _____ Localité _____

N° téléphone privé _____ e-mail : _____

GSM _____ N° téléphone employeur _____

Votre numéro de compte _____

Fonction du candidat preneur d'assurance : _____

Temporaire Stagiaire Définitif

Employeur du candidat preneur d'assurance : _____

3 IDENTITÉ DES AUTRES PERSONNES À ASSURER

1. Nom et prénom _____
M. - Mme - Mlle (biffer les mentions inutiles) - femme mariée ou veuve : nom de jeune fille

Date de naissance _____ Sexe M F

Lien de parenté : _____

2. Nom et prénom _____

Date de naissance _____ Sexe M F

Lien de parenté : _____

3. Nom et prénom _____

Date de naissance _____ Sexe M F

Lien de parenté : _____

4. Nom et prénom _____

Date de naissance _____ Sexe M F

Lien de parenté : _____

1151 - 030 - 06 - 254

4 AUTRE ASSURANCE DE MÊME NATURE

Le proposant ou l'assuré a-t-il déjà souscrit une police d'assurance ?

oui non

Si oui, auprès de quelle compagnie : _____ n° de police _____

depuis le ____ - ____ - ____ jusqu'au ____ - ____ - ____

Si vous êtes déjà assuré auprès d'Ethias, il sera mis fin à votre affiliation et la portion de prime relative à la période non courue vous sera remboursée.

Si vous êtes assuré auprès d'une autre compagnie, vous pouvez résilier ce contrat par lettre recommandée.

Toute fausse déclaration, omission ou réticence pourrait entraîner la déchéance du droit à la garantie.

Date de prise d'effet souhaitée : ____ - ____ - ____

La proposition d'assurance n'engage, ni le candidat preneur d'assurance, ni Ethias à conclure le contrat. Si dans les trente jours de la réception de la proposition, Ethias n'a pas notifié au candidat preneur soit une offre d'assurance, soit la subordination de l'assurance à une demande d'enquête, soit son refus d'assurer, elle s'oblige, sous peine de dommages et intérêts, à conclure le contrat. La signature de la proposition ne fait pas courir la couverture.

Toute plainte relative au contrat d'assurance peut être adressée à :

- Ethias - Service 1200 - rue des Croisiers 24 - 4000 Liège - fax 04 220 30 90 - gestion-des-plaintes@ethias.be
- Ombudsman des assurances - square de Meeûs 35 - 1000 Bruxelles - fax 02 547 59 75 - ombudsman@upea.be
- Office de Contrôle des Assurances - avenue de Cortenbergh 61 - 1000 Bruxelles - fax 02 736 88 17.

L'introduction d'une plainte ne porte pas préjudice à la possibilité pour le candidat preneur d'assurance d'intenter une action en justice. La loi belge est applicable au contrat d'assurance.

Ethias rassemble des données à caractère personnel vous concernant pour les finalités suivantes : évaluation des risques, gestion des contrats et des sinistres et toutes opérations de promotion de ses services et de fidélisation. Ces données peuvent être communiquées aux entreprises faisant partie du groupe Ethias à des fins de promotion commerciale.

Vous pouvez avoir accès aux données vous concernant, en obtenir la rectification éventuelle et vous opposer gratuitement à leur utilisation à des fins de promotion commerciale. Vous opposez-vous à cette utilisation ? _____

Les données relatives à la santé sont utilisées pour l'acceptation des risques souscrits à Ethias, pour déterminer l'étendue des garanties du contrat et pour la gestion du contrat et des sinistres. Les destinataires de ces données sont les personnes chargées, au sein de Ethias, de ces missions. Vous pouvez, à tout moment, retirer votre accord pour que ces données soient traitées par les personnes susmentionnées.

J'autorise Ethias à traiter les données relatives à la santé me concernant.

Fait à _____

le _____

Signature du membre du personnel

Sceau et signature de l'A.S.B.L.



Rue des Croisiers 24
4000 LIEGE
Tél. 04/220.31.11
Fax 04/220.30.05
<http://www.smap.be>
e-mail : info@smap.be

AVVENE 2

Société mutuelle des administrations publiques

Associations d'assurances mutuelles

Agréées sous les n° 0165, 0660, 0661, 0662

(A.R. des 4 et 13 juillet 1979, M.B. du 14 juillet 1979)

Numéro de police	: 4.046.274	Inspecteur	:
N° d'affilié	: 654.179	Avenant n°	:
Police remplacée n°	:		

CONDITIONS SPECIALES

ASSURES

Sont assurées par la présente police les personnes réunissant les conditions d'affiliation énumérées ci-après :

1. tout membre du personnel ainsi que son conjoint ou assimilé affilié à la présente police avant l'âge de 65 ans jusqu'à la fin de l'année civile au cours de laquelle celui-ci atteint cette limite d'âge;
2. tout membre du personnel ainsi que son conjoint ou assimilé au-delà de 65 ans pour autant que la date d'affiliation à la présente police soit antérieure à cette limite d'âge, jusqu'à son décès;
3. les enfants des personnes mentionnées ci-avant auxquels s'applique la législation relative aux allocations familiales ou qui, ne bénéficiant plus de ces allocations, restent à charge desdites personnes ou domiciliées avec celles-ci.

Il est précisé qu'en cas de décès de l'assuré ouvrant le droit à l'affiliation, le conjoint ou assimilé et ses enfants à charge pourront continuer à bénéficier des garanties du contrat aussi longtemps qu'un remariage n'intervient pas.

GARANTIES

- A. Pour chaque prestation accordée à l'article 1 des conditions générales, la garantie de la Société mutuelle est accordée jusqu'à concurrence du triple du montant de l'intervention légale.
- B. Pour les frais ne donnant lieu à aucune intervention légale (articles 1.A.2., 1.B.2. et 1.C.2. des conditions générales) sont d'application :
 - a) une intervention à concurrence de 2.500,00 € par assuré et par année calendrier pour l'ensemble des frais non remboursables de viscosynthèse et de matériel d'endoprothèse, de matériel à usage unique utilisé au cours d'une intervention chirurgicale et de frais de médicaments non remboursables ou repris sous la catégorie "D" dans la nomenclature de l'INAMI;
 - b) une intervention de 50% pour les frais de traitement homéopathique, d'acupuncture, d'ostéopathie ou de chiropraxie si aucune intervention légale n'est accordée pour ces prestations.
- C. Le remboursement des frais de séjour d'un parent dans la chambre d'un enfant hospitalisé âgé de moins de 14 ans est limité à 25,00 € par nuit.
- D. L'intervention dans les frais de séjour d'un donneur est accordée à concurrence de 1.250,00 €.
- E. Les frais de transport liés aux maladies graves (article 1.C.2.b. des conditions générales) sont remboursés à concurrence d'un plafond global de 250,00 € par personne et par année calendrier.
- F. Pour les hospitalisations consécutives à une affection psychique, psychiatrique ou mentale, l'intervention de la Société mutuelle n'est octroyée que pour des périodes de séjour cumulées ne dépassant pas deux ans, à compter à partir du premier jour qui donne droit à un remboursement.
- G. L'intervention pour les frais obstétricaux est accordée pendant une période maximum de douze jours et à concurrence de maximum 500,00 €.



Rue des Croisiers 24
4000 LIEGE
Tél. 04/220.31.11
Fax 04/220.30.05
<http://www.smap.be>
e-mail : info@smap.be

Société mutuelle des administrations publiques

Associations d'assurances mutuelles

Agreées sous les n° 0165, 0660, 0661, 0662

(A.R. des 4 et 13 juillet 1979, M.B. du 14 juillet 1979)

FRANCHISE

La franchise est fixée à 74,37 € par assuré et par année calendrier.

Cette franchise n'est d'application que si l'assuré choisit une chambre à un lit pour convenance personnelle.

Aucune franchise n'est d'application dans le cas d'une maladie grave.

Dans le cas où la franchise est d'application pour une hospitalisation ininterrompue ayant lieu à cheval sur deux années calendrier consécutives, la Société mutuelle n'appliquera la franchise qu'une seule fois.

Lorsque plusieurs membres d'une même famille assurée par le présent contrat sont hospitalisés en même temps suite à un accident, la Société mutuelle appliquera une seule fois la franchise pour tous les membres de la famille et non séparément pour chaque membre.

PRIME

Les garanties de la présente police sont accordées moyennant le paiement d'une prime annuelle déterminée sur base des primes individuelles suivantes :

- assurés jusque 21 ans	26,25 €
- assurés entre 21 et 65 ans	105,00 €
- assurés entre 65 et 70 ans	210,00 €
- assurés au-delà de 70 ans	315,00 €

Ces primes sont à majorer des taxes légales.



Rue des Croisiers 24
4000 LIEGE
Tél. 04/220.31.11
Fax 04/220.30.05
<http://www.smap.be>
e-mail : info@smap.be

Société mutuelle des administrations publiques

Associations d'assurances mutuelles

Agréées sous les n° 0165, 0660, 0661, 0662

(A.R. des 4 et 13 juillet 1979, M.B. du 14 juillet 1979)

CONDITIONS GENERALES

DEFINITIONS

Pour l'interprétation des conditions générales, particulières et spéciales de la présente police, on entend par:

Société mutuelle la Société mutuelle des administrations publiques, caisse commune pour l'assurance contre les accidents droit commun et la responsabilité civile.

Preneur d'assurance la ou les personnes, physiques ou morales qui souscrivent l'assurance au bénéfice des assurés tels que définis au littera ci-après et qui est ou sont tenu(s) au paiement de la prime.

Assurés les personnes désignées aux conditions spéciales, pour lesquelles la Société mutuelle reçoit une demande d'adhésion et qui dans ces conditions bénéficient des garanties mentionnées dans la police.

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

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

Franchise partie des frais qui, en tout état de cause, reste à charge de l'assuré et dont le montant est défini dans les conditions spéciales.

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

Hospitalisation tout séjour médicalement nécessaire dans un hôpital pour lequel une indemnité de séjour est facturée. Cette notion comprend à la fois le séjour d'au moins une nuit et le concept "one day clinic", pour autant que les conditions suivantes soient réunies :

- la salle d'opération ou la salle de plâtrage a été effectivement utilisée ou un lit d'hôpital a été effectivement utilisé à l'exclusion du séjour dans les salles d'attente, les salles d'examen et les espaces réservés aux services de consultation externe des établissements hospitaliers;
- il doit s'agir des prestations dans le cadre des mini- et maxi- forfaits ainsi que dans le cadre des forfaits A, B, C, D repris dans l'accord national entre les établissements hospitaliers et le service de soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie invalidité.

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

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



Rue des Croisiers 24
4000 LIEGE
Tél. 04/220.31.11
Fax 04/220.30.05
<http://www.smap.be>
e-mail : info@smap.be

Société mutuelle des administrations publiques

Associations d'assurances mutuelles

Agréées sous les n° 0165, 0660, 0661, 0662

(A.R. des 4 et 13 juillet 1979, M.B. du 14 juillet 1979)

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

Intervention légale

- *pour les frais exposés en Belgique :*
tout remboursement prévu dans le cadre des législations belges relatives à l'assurance obligatoire maladie invalidité (régime des salariés), aux accidents du travail et aux maladies professionnelles ;
- *pour les frais exposés à l'étranger :*
tout remboursement prévu par une convention conclue avec ce pays et relative à la sécurité sociale des travailleurs salariés ou, à défaut, un montant fictif égal au remboursement prévu par les législations belges applicables aux travailleurs salariés.

OBJET DE L'ASSURANCE

Article 1

A. En cas d'hospitalisation :

Cette assurance garantit, à concurrence des montants repris dans le chapitre "garanties" des conditions spéciales, le remboursement des frais de soins de santé mentionnés ci-dessous après déduction éventuelle des interventions légales et extra-légales et la franchise éventuelle reprise aux conditions spéciales restant à charge des assurés.

1. En cas d'hospitalisation, à la suite d'une maladie, d'un accident, d'une grossesse ou d'un accouchement, la Société mutuelle rembourse, à concurrence des limites définies au chapitre "garanties" des conditions spéciales, les frais de soins de santé, pour autant qu'ils donnent lieu à une intervention légale dans le cadre des prestations reprises à la nomenclature de l'INAMI et soient encourus pendant le séjour dans un hôpital reconnu ou dans une institution de soins palliatifs reconnue.

Ainsi, la Société mutuelle rembourse :

- a) les frais de séjour, en ce compris les suppléments relatifs aux chambres à un ou deux lits;
 - b) les coûts des prestations médicales, les honoraires et suppléments d'honoraires;
 - c) les coûts des prestations paramédicales;
 - d) les frais de produits pharmaceutiques, bandages, matériel médical et autres adjuvants médicaux;
 - e) les frais de chirurgie et d'anesthésie;
 - f) les frais d'utilisation de la salle d'opération et de la salle d'accouchement;
 - g) les frais de soins dentaires, de prothèses dentaires, de prothèses thérapeutiques ainsi que d'appareils orthopédiques, lunettes, appareils auditifs, prothèses médicales et membres artificiels, dans la mesure où ceux-ci ont été placés durant l'hospitalisation et sont en rapport direct avec la raison de l'hospitalisation. Les prothèses de nature purement esthétiques ne sont pas remboursées;
 - h) les frais médicaux relatifs au nouveau-né encourus pendant l'hospitalisation de la mère et consécutifs à un accouchement couvert, en ce compris les frais médicaux relatifs à l'achat de cellules souches;
 - i) le test de la mort subite.
2. Qu'ils donnent lieu ou non à aucune intervention légale, sont également couverts :
 - a) les frais non remboursables de viscosynthèse et de matériel d'endoprothèse;
 - b) le matériel à usage unique utilisé au cours d'une intervention chirurgicale;
 - c) les frais de médicaments non remboursables ou repris sous la catégorie "D" dans la nomenclature de l'INAMI;
 - d) les traitements homéopathiques, de chiropraxie, d'ostéopathie et d'acupuncture;
 - e) les frais :
 - de transport approprié urgent vers l'hôpital;
 - de transport approprié en cas d'hospitalisation, justifié pour raisons médicales;
 - le service mobile d'urgence (SMUR);
 - f) les frais de séjour du donneur en cas de transplantation d'un organe ou d'un tissu en faveur de l'assuré;



Rue des Croisiers 24
4000 LIEGE
Tél. 04/220.31.11
Fax 04/220.30.05
<http://www.smap.be>
e-mail : info@smap.be

Société mutuelle des administrations publiques

Associations d'assurances mutuelles

Agréées sous les n° 0165, 0660, 0661, 0662

(A.R. des 4 et 13 juillet 1979, M.B. du 14 juillet 1979)

- g) les frais de séjour d'un parent dans la chambre d'un enfant de moins de 14 ans (rooming-in);
- h) les frais de morgue pris en compte sur la facture de l'hôpital.

B. Pré- et post- hospitalisation :

1. Il s'agit des frais médicaux encourus pendant une période de 60 jours avant l'hospitalisation et de 180 jours après l'hospitalisation, en rapport direct avec la raison de l'hospitalisation et donnant lieu à une intervention légale de prestations reprises dans la nomenclature de l'INAMI.

Sont couverts pendant cette période :

- a) les frais de prestations médicales dispensées suite à une visite ou une consultation d'un médecin;
 - b) les frais de prestations paramédicales prescrites par un médecin;
 - c) les frais de remèdes médicaux prescrits par un médecin;
 - d) les frais de prothèses médicales;
 - e) les frais de membres artificiels.
2. Qu'ils donnent lieu ou non à une intervention légale, sont également couverts :
 - a) les médicaments non remboursables ou repris sous la catégorie "D" dans la nomenclature INAMI;
 - b) les traitements homéopathiques, la chiropraxie, l'ostéopathie et l'acupuncture;
 - c) les frais de bandage et de matériel médical, à l'exclusion de tout type de produit généralement disponible dans le commerce non médical.

C. En cas de "maladie grave" :

1. En cas de survenance des maladies suivantes : cancer, leucémie, tuberculose, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, maladie de Parkinson, diphtérie, poliomyélite, méningite cérébro-spinale, variole, typhus, encéphalite, charbon, tétanos, choléra, maladie de Hodgkin, sida, hépatite infectieuse, scarlatine, diabète, affections rénales nécessitant une dialyse, maladie de Crohn, mucoviscidose, maladie d'Alzheimer, malaria, maladie de Pompe, maladie de Creutzfeld-Jacob et dystrophie musculaire progressive, l'assurance est étendue aux frais de soins de santé dispensés en dehors du milieu hospitalier, donnant lieu à une intervention légale des prestations reprises dans la nomenclature INAMI et en rapport direct avec la maladie.

Sont ainsi couverts :

- a) les frais relatifs aux soins spéciaux, aux analyses et examens nécessités par la maladie;
 - b) les frais de prestations médicales, les honoraires et suppléments d'honoraires;
 - c) les frais de prestations paramédicales;
 - d) les frais de location de matériel divers;
 - e) les médicaments;
2. Qu'une intervention légale soit accordée ou non, sont également couverts :
 - a) les médicaments non remboursables ou repris sous la catégorie "D" dans la nomenclature INAMI;
 - b) les frais de transport;
 - c) les traitements homéopathiques, la chiropraxie, l'ostéopathie et l'acupuncture;
 - d) les frais de produits pharmaceutiques, bandage, matériel médical et autres moyens médicaux, à l'exclusion de tout type de produit généralement disponible dans le commerce non médical;
 - e) tous les autres frais pour lesquels la Société mutuelle a marqué préalablement son accord.

D. Accouchement à domicile, accouchement en polyclinique et soins obstétriques :

Cette assurance est également d'application pour les frais médicaux relatifs à un accouchement à domicile, d'un accouchement en polyclinique et pour les soins obstétriques. Dès lors, en cas d'accouchement à domicile ou d'accouchement en polyclinique, les garanties du chapitre "pré et post hospitalisation" telles que mentionnées à l'article 1 B. ci-dessus sont également d'application, en ce compris les frais médicaux pour le nouveau-né.

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



Rue des Croisiers 24
4000 LIEGE
Tél. 04/220.31.11
Fax 04/220.30.05
<http://www.smap.be>
e-mail : info@smap.be

Société mutuelle des administrations publiques

Associations d'assurances mutuelles

Agréées sous les n° 0165, 0660, 0661, 0662

(A.R. des 4 et 13 juillet 1979, M.B. du 14 juillet 1979)

SINISTRES

Article 2

a) *Déclaration*

Dans ce cas, l'assuré doit, aussi rapidement que possible en faire la déclaration à la Société mutuelle par écrit au moyen du document prévu à cet effet.

L'assuré doit joindre à cette déclaration tout document, certificat et rapport qui est de nature à prouver l'existence et le degré de gravité de l'événement. La Société mutuelle pourra réclamer à l'assuré toute pièce qu'elle jugerait nécessaire.

b) *Transmission des justificatifs de frais*

L'assuré envoie à la Société mutuelle l'original de toute pièce justificative (facture d'hospitalisation, attestations de remboursement de la mutualité de l'assuré, reçus de pharmacies, etc). Une copie ne suffit pas.

Sur transmission des documents visés aux points a) et b) ci-dessus, la Société mutuelle rembourse le montant des frais visés à l'article 1, sous déduction :

- du montant de l'intervention légale ou d'un montant fictif identique dans le cas où, pour une raison quelconque, l'assuré ne peut prétendre à ladite intervention;
- du montant d'autres remboursements déjà perçus et des indemnités garanties par toute autre assurance hospitalisation complémentaire ou libre auprès de la mutuelle à laquelle est affilié l'assuré;
- du montant de la franchise contractuelle.

c) *Devoirs de l'assuré en cas de sinistre :*

L'assuré doit prendre toutes les mesures raisonnables pour prévenir et atténuer les conséquences du sinistre.

d) *Sanctions :*

- Si l'assuré ne remplit pas une des obligations du présent article et qu'il en résulte un préjudice pour la Société mutuelle, celle-ci a le droit de prétendre à une réduction de sa prestation à concurrence du préjudice qu'elle a subi ;
- La Société mutuelle peut décliner la garantie si elle peut démontrer que, dans une intention frauduleuse, l'assuré n'a pas exécuté les obligations énoncées au présent article.

e) *Cessation du paiement des indemnités :*

En cas de résiliation du contrat d'assurance, les interventions de la Société mutuelle cessent à partir de la date de fin du contrat.

DELAI D'ATTENTE

Article 3

Le délai d'attente est la période prenant cours à l'affiliation et pendant laquelle la Société mutuelle n'est redevable d'aucune prestation.

1. Le délai d'attente général est de trois mois. Ce stage est toutefois supprimé pour :

- a) les accidents ;
- b) 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, encéphalite, charbon et tétanos ;
- c) les personnes qui bénéficiaient d'une assurance garantissant les mêmes avantages que la présente police pour autant qu'il se soit écoulé une période de trois mois, douze mois en cas d'accouchement, depuis la souscription de cette assurance ;
- d) le conjoint en cas de mariage et le nouveau-né en cas de naissance, d'une personne déjà assurée pour autant que l'affiliation se fasse dans le mois qui suit la date de l'événement.

2. Pour les grossesses et accouchements, le délai d'attente est fixé à douze mois à l'exception des personnes visées au littéra 1. d) du présent article.



Rue des Croisiers 24
4000 LIEGE
Tél. 04/220.31.11
Fax 04/220.30.05
<http://www.smap.be>
e-mail : info@smap.be

Société mutuelle des administrations publiques
Associations d'assurances mutuelles
Agrées sous les n° 0165, 0660, 0661, 0662
(A.R. des 4 et 13 juillet 1979, M.B. du 14 juillet 1979)

ETATS PREEXISTANTS

Article 4

Les prestations prévues à l'article 1 ne sont pas accordées aux assurés si l'affection (ou l'invalidité résultant d'un accident) pour laquelle il est fait appel à l'intervention de l'assurance existait avant la date d'adhésion à la présente police, même si les premières manifestations de l'affection n'ont pas permis de poser un diagnostic précis ou n'est pas couverte par un contrat d'assurance en cours.

L'aggravation de la maladie ou de l'affection est toutefois prise en considération lorsque l'assuré s'est affilié à la police depuis plus d'un an et n'a fait l'objet durant cette période d'aucun traitement médical résultant de la maladie ou de l'affection préexistante. La maladie ou l'affection découverte après trois ans d'affiliation à la police d'assurance, même si cette maladie ou affection existait avant la conclusion de cette police, est couverte.

EXCLUSIONS

Article 5

Les prestations résultant :

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

EXPERTISE MEDICALE

Article 6

Les prestations visées à l'article 1 ne sont accordées que sous réserve du droit pour la Société mutuelle de faire contrôler à tout moment par un médecin agréé par la Société mutuelle, l'état de santé de l'assuré. Le médecin choisi par l'assuré remet à l'assuré qui en fait la demande les certificats médicaux nécessaires à l'exécution du contrat.



Rue des Croisiers 24
4000 LIEGE
Tél. 04/220.31.11
Fax 04/220.30.05
<http://www.smap.be>
e-mail : info@smap.be

Société mutuelle des administrations publiques

Associations d'assurances mutuelles

Agréées sous les n° 0165, 0660, 0661, 0662

(A.R. des 4 et 13 juillet 1979, M.B. du 14 juillet 1979)

LIMITES TERRITORIALES

Article 7

Il n'y a aucune limite territoriale, cette assurance est d'application dans le monde entier.

ENTREE EN VIGUEUR ET DUREE DE L'ASSURANCE

Article 8

L'assurance entre en vigueur au jour indiqué dans la police, à la condition expresse que celle-ci soit retournée signée par le preneur d'assurance à la Société mutuelle.

Les projets de police établis par la Société mutuelle ne peuvent être considérés, même après signature du proposant comme constituant une preuve ou un commencement de preuve d'une convention d'assurance.

L'existence d'une telle convention ne peut être admise entre les parties que par la production d'une police signée par la Société mutuelle et par le preneur d'assurance. Il en est de même en ce qui concerne les projets d'avenant.

L'assurance est conclue pour une première période qui prend fin à la première échéance annuelle.

Le contrat est renouvelé à l'échéance par reconduction tacite pour des périodes successives d'un an sauf lorsque une des parties s'y oppose par lettre recommandée envoyée par la poste au moins trois mois avant l'échéance du contrat.

L'assurance d'une durée inférieure à une année ne se renouvellera pas de plein droit.

PRIMES

Article 9

Les garanties de l'assurance sont accordées moyennant le paiement d'une prime annuelle déterminée sur la base des primes individuelles mentionnées aux conditions spéciales.

Le preneur d'assurance communiquera à la Société mutuelle la liste nominative (nom, prénoms, date de naissance) des personnes à assurer tout d'abord à la souscription de la police accompagnée des demandes d'adhésion et, ensuite, à chaque échéance annuelle suivante.

Le preneur d'assurance communiquera également :

- les nouvelles affiliations et les démissions qui surviendraient dans le cours de l'année d'assurance. En ce qui concerne les nouveaux affiliés, ils bénéficieront des garanties de la police dès le jour où la Société mutuelle reçoit la communication de leur affiliation ;
- les modifications dans la composition de la famille des assurés, susceptibles de modifier la prime (naissance, décès, mariage, etc.). Les modifications de prime et de garanties interviendront à la date même de l'événement, pour autant que la demande soit introduite dans le mois.

A chaque échéance, il sera perçu une prime provisoire d'après la liste nominative dont question ci avant : cette prime sera régularisée en fonction des nouvelles adhésions et modifications survenues dans le courant de l'année d'assurance.

La prime est le prix de l'assurance. Elle est quérable et payable d'avance sur présentation de la facture ou de l'avis d'échéance.

Tous impôts, taxes et cotisations établis ou à établir du chef des primes perçues ou des sommes assurées sont et seront exclusivement à charge de l'assuré.

Ces impôts, taxes et cotisations sont perçus en même temps que les primes.

Article 10

En cas de non-paiement de la prime, la garantie est suspendue ou le contrat est résilié par lettre recommandée comprenant sommation à payer dans un délai de quinze jours à compter à partir du lendemain de son dépôt à la poste.

La suspension ou la résiliation n'a d'effet qu'à l'expiration dudit délai.



Rue des Croisiers 24
4000 LIEGE
Tél. 04/220.31.11
Fax 04/220.30.05
<http://www.smap.be>
e-mail : info@smap.be

Société mutuelle des administrations publiques

Associations d'assurances mutuelles

Agréées sous les n° 0165, 0660, 0661, 0662

(A.R. des 4 et 13 juillet 1979, M.B. du 14 juillet 1979)

Si la garantie est suspendue :

- a) le paiement des primes échues met fin à la suspension ;
- b) à défaut de paiement, la Société mutuelle peut résilier le contrat. Dans ce cas, la résiliation prend effet à l'expiration d'un délai de quinze jours à dater du premier jour de suspension de la garantie. La prime impayée et les primes venues à échéance pendant le temps de la suspension sont acquises à la Société mutuelle à titre d'indemnités forfaitaires limitées à deux années consécutives.

Article 11

En cas d'hospitalisation ou de maladie grave :

- a) avant d'avoir payé la première prime ;
- b) ou après la date de suspension indiquée à l'article 10.

l'assuré ne peut faire appel à intervention et la prime payée après le début de l'hospitalisation ou de la maladie grave ne donne pas droit à une prise en charge des frais exposés à l'occasion de celles-ci.

De plus, chaque interruption de la garantie entraîne l'application de nouveaux délais d'attente, identiques à ceux renseignés à l'article 3.

MODIFICATION DU TARIF

Article 12

Si la Société mutuelle augmente son tarif, l'adaptation tarifaire est d'application à partir de l'échéance annuelle qui suit la date de sa notification au preneur d'assurance.

Le preneur d'assurance peut toutefois résilier le contrat dans les trois mois de sa notification.

Si l'adaptation tarifaire lui est notifiée moins de quatre mois avant l'échéance annuelle, le preneur d'assurance conserve la faculté de résilier le contrat dans un délai de trois mois à compter du jour de ladite notification.

Si la Société mutuelle réduit son tarif, le preneur d'assurance en bénéficiera à partir de l'échéance annuelle suivante.

SUBROGATION

Article 13

Par le seul fait du présent contrat, les assurés subrogent la Société mutuelle dans tous leurs droits et actions contre toutes personnes responsables du sinistre à quelque titre que ce soit et ce, jusqu'à concurrence des sommes payées ou à payer en raison du sinistre.

A la demande de la Société mutuelle, ils réitéreront cette subrogation par acte séparé. Il est toutefois entendu qu'aucun recours ne sera exercé par la Société mutuelle contre les assurés, même contre les parents ou tuteurs des assurés mineurs d'âge, sauf quand la responsabilité en cause est couverte par une autre assurance ou qu'elle résulte d'un fait volontaire.

TAXES, IMPOTS ET COTISATIONS

Article 14

Les frais de poursuites en paiement des primes et des suppléments de primes, ceux de contrats d'assurance et d'avenants, les droits de timbre et d'enregistrement, les amendes et autres accessoires sont à charge du preneur d'assurance.

Il en est de même du coût des pièces et documents à fournir par le preneur d'assurance à l'occasion d'un sinistre.

Tous impôts, taxes et frais établis ou à établir, sous une dénomination quelconque, par quelque autorité que ce soit, à charge de la Société mutuelle, du chef des primes perçues ou des sommes assurées, sont et seront exclusivement supportés par le preneur d'assurance et les assurés et seront perçus en même temps que la prime.



Rue des Croisiers 24
4000 LIEGE
Tél. 04/220.31.11
Fax 04/220.30.05
<http://www.smap.be>
e-mail : info@smap.be

Société mutuelle des administrations publiques

Associations d'assurances mutuelles

Agréées sous les n° 0165, 0660, 0661, 0662

(A.R. des 4 et 13 juillet 1979, M.B. du 14 juillet 1979)

JURIDICTION - DOMICILE

Article 15

Toutes les contestations entre les assurés et la Société mutuelle auxquelles donnerait lieu l'exécution du présent contrat, soit en demandant, soit en défendant, seront soumises aux tribunaux compétents.

Les amendes fiscales et les frais d'enregistrement qui seraient dus en raison de la production en justice du contrat d'assurance, des avenants et, éventuellement, de la proposition d'assurance, seront à charge de la partie succombante.

Article 16

Pour être valables, les communications ou notifications destinées à la Société mutuelle doivent être faites à son siège en Belgique; celles destinées au preneur d'assurance sont valablement faites à l'adresse indiquée par celui-ci dans le contrat ou à l'adresse qu'il aurait notifiée ultérieurement à la Société mutuelle.

DISPOSITIONS GENERALES

Article 17

- a) Il est de convention expresse entre les parties que la lettre recommandée dont il est question dans différents articles de la police, constitue, par dérogation à l'article 1139 du Code civil, une mise en demeure suffisante et qu'il sera définitivement justifié de l'envoi de cette lettre par le récépissé de la poste, et de son contenu par les copies de lettres ou les dossiers de la Société mutuelle.
- b) Le preneur d'assurance s'oblige à la réception de toutes lettres et correspondances recommandées ou autres que lui adresseraient la Société mutuelle ou ses mandataires autorisés ; il sera responsable de toute infraction à cette obligation. En cas de refus d'acceptation de ces lettres et correspondances, elles seront considérées comme lui étant parvenues.
- c) Les clauses, conditions et stipulations, tant manuscrites qu'imprimées, de la présente police et de ses avenants sont de convention expresse et ne pourront dans aucun cas être réputées comminatoires, l'assurance n'étant contractée que sous la foi de leur pleine et entière exécution.
- d) Le preneur d'assurance reconnaît avoir reçu un exemplaire de nos statuts et en avoir pris connaissance. Il déclare y adhérer sans réserve. Ces statuts forment donc, conjointement avec les conditions générales, particulières et spéciales de la présente police, la base du contrat d'assurance.
- e) Les conditions particulières et spéciales complètent les conditions générales et les abrogent dans la mesure où elles leur seraient contraires.

N° affilié: 654179	N° police: 4.046.274	Inspecteur:
N° police remplacée:	N° avenant: 1	1152- br

OBJET DE L'AVENANT

De commun accord entre les parties, il est déclaré et convenu que les dispositions suivantes sont d'application à dater du 1^{er} janvier 2006 dans le cadre du contrat d'assurance n° 4.046.274.

1. Au niveau des conditions de garanties

L'assuré ouvrant le droit à la garantie a le choix entre les deux modalités suivantes étant entendu que ce choix doit être identique pour lui et les membres de sa famille.

- **Modalité 1** : cette modalité reprend intégralement les conditions de garanties prévues dans le contrat initial ;
- **Modalité 2** : cette modalité se différencie de la modalité 1 par le fait que ne sont en aucun cas garantis :
 - les suppléments relatifs au séjour en chambre à un lit pour convenance personnelle ;
 - les honoraires et suppléments d'honoraires liés à l'occupation d'une chambre à un lit pour convenance personnelle.

Pour les hospitalisations en chambres communes ou à deux lits, les garanties sont identiques à celles prévues par la modalité 1.

Il est expressément convenu que le choix de la modalité 2 est définitif. Par contre, les personnes qui ont opté pour la modalité 1 ont la faculté de passer à la modalité 2 à l'échéance annuelle moyennant demande expresse trois mois au moins avant ladite échéance annuelle ; dans ce cas, le transfert doit concerner l'ensemble des membres de la famille assurés.

2. Au niveau des conditions tarifaires

Il est précisé que le chapitre « PRIME » des conditions spéciales est abrogé et remplacé par le suivant :
PRIME

L'assurance est conclue moyennant le paiement des primes annuelles individuelles suivantes :

	<u>Modalité 1</u>	<u>Modalité 2</u>
-assurés jusque 20 ans inclus	47,20 €	27,55 €
-assurés entre 21 et 64 ans inclus	188,70 €	110,13 €
-assurés entre 65 et 69 ans inclus	377,40 €	220,25 €
-assurés à partir de 70 ans	566,10 €	330,38 €

ASSURANCE

N° affilié: 654179	N° police: 4.046.274	Inspecteur:
N° police remplacée:	N° avenant: 1	1152- br

Il est précisé que :

- les montants de prime ci-avant sont à majorer de l'impôt (9,25% actuellement) et de la cotisation Inami (10% actuellement).
- les conditions tarifaires faisant l'objet du présent avenant sont d'application pendant une durée ferme de trois ans, soit pendant les exercices 2006, 2007 et 2008.

Il n'est pas autrement dérogé au contrat d'assurance n° 4.046.274.

Association pour la promotion du service social
du Ministère de la Communauté française
(secteur : enseignement et centres psycho-médico-sociaux)

(A.P.S.S.)

- A.S.B.L. -

STATUTS

(texte coordonné)

Titre Ier. – Dénomination, siège, objet, durée.

Article 1.

L'association prend pour dénomination : « Association pour la promotion du service social du Ministère de la Communauté française (secteur : enseignement et centres psycho-médico-sociaux) », en abrégé : « A.P.S.S. ».

Article 2.

Le siège de l'association est situé à 1080 BRUXELLES, Boulevard Léopold II, 44 (arrondissement judiciaire de BRUXELLES). Le siège pourra être transféré en tout autre endroit sur simple décision du conseil d'administration.

Article 3.

L'association a pour objet de mener toutes actions et de prendre toutes mesures susceptibles de favoriser le fonctionnement et le développement du service social du Ministère de la Communauté française (secteur : enseignement et centres psycho-médico-sociaux) ».

Article 4.

L'association est constituée pour une durée illimitée. Elle peut être dissoute dans les formes et conditions prévues par la loi du 27 juin 1921 sur les associations sans but lucratif, telle qu'elle a été modifiée par la loi du 2 mai 2002.

Titre II. – Associés.

Article 5.

Le nombre de membres associés est fixé à dix au minimum. L'admission de nouveaux membres associés est prononcée par le conseil d'administration. Ils sont choisis parmi les membres du personnel définitifs et/ou contractuels affectés au Secrétariat général, à la Direction générale des Personnels de l'Enseignement de la Communauté française et au Service général de conception, de coordination et des relations sociales du Ministère de la Communauté française et/ou les membres du personnel retraités, ayant exercé leurs fonctions au sein des administrations précitées.

Article 6.

La démission, la radiation ou l'exclusion des associés est régie par l'article 12 de la loi du 27 juin 1921 précitée, tel qu'il a été modifié par la loi du 2 mai 2002.

Titre III. – Administration.

Article 7.

L'association est administrée par un conseil d'administration composé de cinq membres nommés par l'assemblée générale des membres associés et révocables par elle. Ils sont choisis parmi les membres associés.

La durée du mandat des administrateurs est fixée à quatre ans. Il est renouvelable.

Tout administrateur désigné pour pourvoir à une vacance survenue en cours de mandat n'est nommé que pour le temps nécessaire à l'achèvement de celui-ci.

Article 8.

Le conseil d'administration procède à la désignation d'un président, d'un vice-président, d'un secrétaire et d'un trésorier.

Article 9.

Le président du conseil d'administration convoque celui-ci chaque fois qu'il le juge nécessaire et au moins une fois par an ; il doit le convoquer dans la huitaine, lorsque trois administrateurs au moins lui en font la demande par écrit.

La présence de trois administrateurs est nécessaire pour la validité des délibérations.

Le conseil ne peut délibérer que sur les points inscrits à l'ordre du jour annexé aux convocations. Les décisions au conseil sont prises à la majorité des voix des membres présents.

Il est dressé procès-verbal des séances du conseil dans un registre tenu au siège social ; les procès-verbaux sont signés par le président et le secrétaire.

Article 10.

Le conseil d'administration a les pouvoirs les plus étendus pour assurer la bonne marche de l'association. Tout ce qui n'est pas réservé à l'assemblée générale par la loi et par les présents statuts, est de la compétence du conseil d'administration.

Article 11.

Le conseil peut déléguer la gestion journalière de l'association, avec usage de la signature afférente à cette gestion, à un administrateur dont il fixera les pouvoirs.

Tous les actes autres que ceux qui relèvent d'une délégation sociale sont signés par le président et le secrétaire.

Titre IV. – Assemblée générale.

Article 12.

L'assemblée générale ordinaire des membres associés se réunit chaque année au siège social dans le courant du premier semestre. La convocation se fait par écrit huit jours au moins avant la date fixée.

Une assemblée générale extraordinaire des membres associés peut être convoquée par le conseil d'administration chaque fois qu'il le juge nécessaire ; elle doit l'être lorsqu'un cinquième au moins des associés en font la demande écrite au président.

Les décisions sont prises à la majorité des associés présents. En cas de parité des voix, la proposition mise au vote est rejetée.

Il est tenu procès-verbal des assemblées générales dans un registre déposé au siège social. Les procès-verbaux sont signés par le président et le secrétaire.

Les résolutions prises par l'assemblée générale sont communiquées par écrit aux associés dans les dix jours.

Article 13.

Sont réservées à l'assemblée générale les délibérations portant sur :

- 1° la nomination et la révocation des administrateurs, la révocation des membres associés ;
- 2° l'approbation des budgets et des comptes.

Titre V. – Dispositions financières.

Article 14.

L'année sociale commence le 1^{er} janvier et finit le 31 décembre.

Les livres et comptes sont arrêtés à cette dernière date. Le conseil d'administration soumet tous les ans à l'approbation de l'assemblée générale ordinaire des membres associés le compte des recettes et dépenses de l'exercice écoulé, le budget de l'exercice suivant ainsi qu'un rapport sur l'activité morale et la situation financière de l'association.

L'adoption des comptes par l'assemblée générale vaut décharge pour le conseil d'administration.

Article 15.

L'avoir social se compose :

- 1° de dons ;
- 2° du produit des activités organisées par l'association.

Les membres associés ne paient aucune cotisation.

Article 16.

Les héritiers d'un associé décédé ne peuvent faire valoir aucune prétention sur le fonds social, ni demander des comptes, ni apposer des scellés, ni faire inventaire.

Titre VI. – Modifications aux statuts.

Article 17.

L'assemblée générale peut modifier les statuts dans les conditions fixées par l'article 8 de la loi du 27 juin précitée, tel qu'il a été modifié par la loi du 2 mai 2002.

Titre VII. – Dissolution.

Article 18.

La dissolution de l'association peut être prononcée par l'assemblée générale des membres associés dans les conditions fixées par l'article 20 de la loi du 27 juin précitée, tel qu'il a été modifié par la loi du 2 mai 2002.

Article 19.

En cas de dissolution soit volontaire, soit judiciaire, l'assemblée générale des membres associés nomme un ou plusieurs liquidateurs et détermine leurs pouvoirs ; après acquittement du passif, elle fixe la destination à donner au patrimoine de l'association, cette destination devant avoir un objet similaire à la présente association.