

**CONTRAT D'ASSURANCE
COMPLEMENTAIRE SANTÉ**

N° DE CONTRAT: 910.039/501

DATE D'EFFET : 1^{er} Janvier 2020

Entre « L'Association »,

AFILIATYS Asbl

105 avenue des Nerviens 1049 Bruxelles,
Belgique

d'une part,

« L'Assureur »,

AWP HEALTH & LIFE S.A.

Société Anonyme au capital de 65 190 446 euros

immatriculée au R.C.S. de Bobigny, sous le numéro 401 154 679

régie par le Code des assurances dont le siège social est situé à cette adresse :

Eurosquare 2, 7 rue Dora Maar, 93400 Saint-Ouen, France

Autorité chargée du contrôle d'AWP Health & Life S.A. :

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4 Place de Budapest, CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09

d'autre part,

Et « Le Gestionnaire »

AWP Health & Life Services Limited

15 Joyce Way

Park West Business Campus

Nangor Road

Dublin 12

D'UN COMMUN ACCORD ENTRE LES PARTIES, IL EST CONVENU CE QUI SUIT :

PRÉAMBULE

Suite à l'appel d'offre lancé par l'Association dénommée AFILIATYS Asbl, cette dernière a souscrit, auprès d'AWP Health & Life S.A., pour le compte de ses Adhérents et leurs Ayants-Droit, un régime frais de santé garantissant des remboursements complémentaires aux prestations en nature servies par le Régime Commun d'Assurance Maladie Invalidité dit RCAM.

La gestion de ce régime est confiée à AWP Health&Life Services Limited.

Les droits et les obligations qui en résultent,

- pour l'Association souscriptrice du contrat dénommée ci-après Afiliatys,
- pour l'adhérent qui est la personne physique ayant adhéré à l'Association, dénommé « l'Assuré » ou « l'Adhérent »,
- pour l'Assureur AWP Health & Life S.A., dénommé « l'Assureur »,
- pour le Gestionnaire AWP Health & Life Services Limited, dénommé « le Gestionnaire »,

sont fixés par le présent contrat régi par le droit Belge.

Conformément au périmètre décrit dans l'appel d'offre, l'Assureur et le Gestionnaire se sont engagés à une reprise du portefeuille existant d'assurés. Sauf impossibilité matérielle, ces derniers ont dûment été informés du changement d'assureur et de gestionnaire à compter de la date d'effet du présent contrat via une communication officielle de l'Association en date du 10 Avril 2019.

Les termes et conditions décrits dans le présent contrat s'appliquent aux Assurés affiliés à compter de la date d'effet.

SOMMAIRE

Titre I – Objet et bases du contrat	5
Article 1 – Objet du contrat	5
Article 2 – Effet, durée et renouvellement du contrat	5
Article 3 – Effet, durée et renouvellement du certificat d’adhésion	5
Article 4 – Obligations de AFILIATYS et de son adhérent	6
Article 5 – Autres dispositions	7
Titre II – Les Assurés	14
Article 6 – Catégorie de personnel à affilier	14
Article 7 – Conditions d’admission	14
Article 8 – Entrée en vigueur des garanties	14
Article 9 – Cessation ou suspension des garanties	15
Titre III – Les garanties et prestations	16
Article 10 – Bénéficiaires des garanties	16
Article 11 – Prestations garanties	16
Article 12 - FORMULE HOSPI SAFE MALADIE/ACCIDENT	18
Article 13 - FORMULE HOSPI SAFE MALADIE	18
Article 14 - FORMULE HOSPI SAFE PLUS	19
Article 15 – Changement de formule	20
Titre IV – Déchéance de garanties et exclusions	22
Article 16 – Déchéance de garanties	22
Article 17 – Risques exclus	22
Article 18 – Prestations exclues	22
Titre V – Les cotisations	24
Article 19 – Taux et base de calcul	24
Article 20 – Paiement des cotisations	25
Article 21 – Non-paiement des cotisations	25
Titre VI – Définitions	26
Titre VII – Formalités en cas de sinistre	27
ANNEXE I	28
APPEL D’OFFRES RELATIF AUX ASSURANCES COMPLEMENTAIRES AU REGIME COMMUN D’ASSURANCES MALADIE DES INSTITUTIONS EUROPEENNES LANCE PAR AFILIATYS POUR LA PERIODE ALLANT DU 1^{er} JANVIER 2020 au 31 DECEMBRE 2030	28
ANNEXE II	36
EXTRAIT DU RÈGLEMENT N° 31 (C.E.E) 11 (C.E.E.A.)	36

fixant le statut des fonctionnaires et le régime applicable aux autres agents de la Communauté économique européenne et de la Communauté européenne de l'énergie atomique _____ 36

ANNEXE III _____ 39

Le Régime Commun d'Assurance Maladie Invalidité – RCAM (Statutaire) _____ 39

TITRE I – OBJET ET BASES DU CONTRAT

ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat d'Assurance Collective est régi par la réglementation Belge en matière d'assurance. Les déclarations, tant de l'Afiliatys en tant que preneur d'assurance, ainsi que des Assurés, lui servent de base.

Il a pour objet de faire bénéficier les membres adhérents à Afiliatys mentionnés à l'article 6 ainsi que leurs ayant droits **de remboursements de frais médicaux complémentaires aux prestations servies par le Régime Commun d'Assurance Maladie Invalidité dit RCAM.**

Le contrat est constitué par ordre de priorité :

- de la présente police d'assurance signée par les parties ;
- puis de l'ensemble de ses annexes dans l'ordre de priorité suivant :
 - o Annexe 1 : Appel d'Offres
 - o Annexe 2 : Extrait du règlement N o 31 (C.E.E) 11 (C.E.E.A.) fixant le statut des fonctionnaires et le régime applicable aux autres agents de la Communauté économique européenne et de la Communauté européenne de l'énergie atomique ;
 - o Annexe 3 : Le RCAM Statutaire
- enfin de la Notice d'information remise aux Adhérents par le Gestionnaire pour le compte de l'Assureur qui précise les garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur et d'application et les formalités à accomplir en cas de sinistre.

ARTICLE 2 – EFFET, DUREE ET RENOUVELLEMENT DU CONTRAT

Le contrat prend effet le 1^{er} Janvier 2020 pour une période se terminant le 31 décembre 2029, sous réserve de sa signature par Afiliatys.

Le présent contrat peut prendre fin à tout moment à l'initiative de l'Assureur :

- suite à une liquidation judiciaire de Afiliatys
- Ou en cas de dissolution de l'Association

Dans ce cadre, l'Assureur pourra proposer, conformément aux réglementations en vigueur à date, des solutions d'assurance alternatives aux Adhérents couverts au titre du présent contrat.

ARTICLE 3 – EFFET, DUREE ET RENOUVELLEMENT DU CERTIFICAT D'ADHESION

Effet, durée et renouvellement du certificat d'adhésion

Pour l'Assuré, l'adhésion à l'assurance est constatée **par un formulaire d'adhésion signé par l'Adhérent** qui mentionne notamment :

- le numéro d'adhésion,
- la date d'effet de l'assurance,
- la catégorie d'Assurés,
- la catégorie de bénéficiaires,
- la zone de couverture,
- la formule choisie,
- le montant des cotisations.

Pour l'Assuré, l'assurance prend effet à la date mentionnée sur le certificat d'adhésion, et au plus tôt le 1^{er} Janvier 2020, pour une période se terminant douze (12) mois plus tard.

Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction à chaque date anniversaire pour une durée d'un an, sauf résiliation par l'Adhérent au moyen d'une lettre recommandée avec Accusé réception envoyée au Gestionnaire au plus tard deux (2) mois avant échéance. La résiliation ne devient effective qu'à l'issue de ce délai.

Le certificat d'adhésion peut également prendre fin dans l'un des cas suivants :

- en cas de non-paiement des cotisations par l'Adhérent,
- suite à un redressement ou à une liquidation judiciaire de Afiliatys
- à la date à laquelle l'Assuré n'est plus adhérent à Afiliatys suite à sa demande expresse.
- en cas de résiliation du contrat groupe.

ARTICLE 4 – OBLIGATIONS DE AFILIATYS ET DE SON ADHERENT

4.1 Obligations de Afiliatys

Afiliatys s'engage à :

- conclure avec l'Assureur le présent contrat d'assurance, conformément à l'article 3 de ses Statuts ;
- promouvoir auprès de ses membres présents et futurs, le présent contrat ;
- informer ses membres présents et futurs des prestations offertes via le présent contrat ;

4.2 Obligations du Gestionnaire

Le Gestionnaire s'engage à :

- à informer tous les membres présents et futurs adhérents définis au présent contrat et déclarés comme tel à l'Assureur, le cas échéant, leurs personnes à charges et/ou bénéficiaires, de leurs droits en matière de protection des données personnelles en conformité avec le Règlement Général de Protection des Données (Règlement (UE) 2016/679)
- Fournir la notice d'information établie par l'Assureur résumant les garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur et d'application, et les formalités à accomplir notamment en cas de sinistre.
- informer par écrit les Assurés, des modifications qu'il est prévu, le cas échéant, d'apporter à leurs droits et obligations, notamment avant toute réduction de garanties, toute modification tarifaire ou résiliation du contrat.

4.3 Obligations de l'Adhérent

4.3.1 Lors de sa demande d'adhésion, l'Adhérent s'engage :

- à remettre au Gestionnaire un formulaire d'adhésion signé sur lequel figurent notamment la catégorie de personnes adhérentes à assurer et déclarée comme telle à l'Assureur et la formule retenue;
- à certifier de son affiliation à Afiliatys
- lorsque le départ à la retraite est prévu dans les 6 mois qui suivent la demande d'affiliation, à remplir un questionnaire médical dûment complété pour chacune des personnes à assurer.

Les modalités d'adhésion sont décrites à l'article 7.

Si un questionnaire médical est demandé, l'Adhérent s'oblige à déclarer exactement toutes les circonstances connues de lui au jour de l'affiliation permettant à l'Assureur d'apprécier le risque.

L'Adhérent doit pouvoir justifier à tout moment ses déclarations en cas de demande de l'Assureur.

Lorsque l'omission ou l'inexactitude est intentionnelle lors de l'affiliation, l'Assureur n'est pas tenu de ses obligations contractuelles envers l'Assuré et ses Ayants-droit et pourra, à ce titre, refuser de délivrer la prestation. L'Assureur est, en outre, en droit de demander soit la nullité, soit la résiliation de l'adhésion individuelle.

Lorsque l'omission ou l'inexactitude dans la déclaration ne sont pas intentionnelles, le contrat n'est pas nul. L'Assureur propose, dans le délai d'un mois à compter du jour où il a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude, la modification du contrat avec effet au jour où il a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude. Si l'assureur apporte la preuve qu'il n'aurait en aucun cas assuré le risque, il peut résilier le contrat dans le même délai. Si la proposition de modification du contrat est refusée par le Souscripteur ou si, au terme d'un délai d'un mois à compter de la réception de cette proposition, cette dernière n'est pas acceptée, l'Assureur peut résilier le contrat dans les quinze jours.

4.3.2 En cours de contrat, l'Adhérent s'engage à :

- régler sa cotisation dans les modalités prévues à l'Article 20 ;
- informer l'Assureur en cas de modification de sa situation personnelle ou celle de ses Ayants-droit.

ARTICLE 5 – AUTRES DISPOSITIONS

5.1 Clause de globalisation des résultats

Au titre de chaque exercice civil et de l'ensemble des contrats de même nature auquel le présent contrat appartient, l'Assureur établit des comptes de résultats communs en fonction des ressources et des charges qui leur sont imputables.

5.2 Révision

Les conditions du présent contrat tiennent compte des dispositions législatives et réglementaires en vigueur à la date d'effet de celui-ci.

Toutefois, si celles-ci venaient à être modifiées en cours de contrat, l'Assureur se réserve la possibilité de procéder à une révision du contrat, au plus tôt, à compter de la date d'effet des nouvelles dispositions.

Afiliatys conserve néanmoins la possibilité de demander dans les douze mois suivant la proposition de l'Assureur la résiliation du contrat sans délai de préavis.

La résiliation prendra alors effet le premier jour du mois civil suivant la demande de Afiliatys ou à compter de la date de modification proposée si elle est postérieure.

Dans ce dernier cas, les conditions de garanties et de cotisations sont maintenues jusqu'à la date de résiliation sur les bases en vigueur avant lesdites modifications.

Le Gestionnaire informe les Assurés de la résiliation.

5.3 Champ de couverture des garanties

Les garanties peuvent intervenir, 24 heures sur 24, tant dans la vie privée que dans la vie professionnelle en cas de maladie et/ou d'accident en fonction de la formule retenue par l'Adhérent et dans la zone géographique telle qu'indiquée à l'Article 11.1.3.

Par dérogation, les frais de soins de santé ayant pour origine un accident ou une maladie professionnelle affectant un fonctionnaire ou autre agent des institutions Européennes et donnant lieu à un remboursement intégral en application de l'article 73 du Statut des fonctionnaires et autres agents de l'Union Européenne (Annexe 2), sont exclus de la présente couverture.

5.4 Prescription

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles 88 et 89 de la loi Belge du 4 avril 2014 comme suit :

« Section X. - Prescription

Délai de prescription

Art. 88. § 1er. Le délai de prescription de toute action dérivant du contrat d'assurance est de trois ans. En assurance sur la vie, le délai est de trente ans en ce qui concerne l'action relative à la réserve formée, à la date de la résiliation ou de l'arrivée du terme, par les primes payées, déduction faite des sommes consommées.

Le délai court à partir du jour de l'événement qui donne ouverture à l'action. Toutefois, lorsque celui à qui appartient l'action prouve qu'il n'a eu connaissance de cet événement qu'à une date ultérieure, le délai ne commence à courir qu'à cette date, sans pouvoir excéder cinq ans à dater de l'événement, le cas de fraude excepté.

En matière d'assurance de la responsabilité, le délai court, en ce qui concerne l'action récursoire de l'assuré contre l'assureur, à partir de la demande en justice de la personne lésée, soit qu'il s'agisse d'une demande originaire d'indemnisation, soit qu'il s'agisse d'une demande ultérieure ensuite de l'aggravation du dommage ou de la survenance d'un dommage nouveau.

En matière d'assurance de personnes, le délai court, en ce qui concerne l'action du bénéficiaire, à partir du jour où celui-ci a connaissance à la fois de l'existence du contrat, de sa qualité de bénéficiaire et de la survenance de l'événement duquel dépend l'exigibilité des prestations d'assurance.

§ 2. Sous réserve de dispositions légales particulières, l'action résultant du droit propre que la personne lésée possède contre l'assureur en vertu de l'article 150 se prescrit par cinq ans à compter du fait générateur du dommage ou, s'il y a infraction pénale à compter du jour où celle-ci a été commise.

Toutefois, lorsque la personne lésée prouve qu'elle n'a eu connaissance de son droit envers l'assureur qu'à une date ultérieure, le délai ne commence à courir qu'à cette date, sans pouvoir excéder dix ans à compter du fait générateur du dommage ou, s'il y a infraction pénale, du jour où celle-ci a été commise.

§ 3. L'action récursoire de l'assureur contre l'assuré se prescrit par trois ans à compter du jour du paiement par l'assureur, le cas de fraude excepté.

Suspension et interruption de la prescription

Art. 89. § 1er. La prescription contre les mineurs, interdits et autres incapables ne court pas jusqu'au jour de la majorité ou de la levée de l'incapacité.

§ 2. La prescription ne court pas contre l'assuré, le bénéficiaire ou la personne lésée qui se trouve par force majeure dans l'impossibilité d'agir dans les délais prescrits.

§ 3. Si la déclaration de sinistre a été faite en temps utile, la prescription est interrompue jusqu'au moment où l'assureur a fait connaître sa décision par écrit à l'autre partie.

§ 4. L'interruption ou la suspension de la prescription de l'action de la personne lésée contre un assuré entraîne l'interruption ou la suspension de la prescription de son action contre l'assureur. L'interruption ou la suspension de la prescription de l'action de la personne lésée contre l'assureur entraîne l'interruption ou la suspension de la prescription de son action contre l'assuré.

§ 5. La prescription de l'action visée à l'article 88, § 2, est interrompue dès que l'assureur est informé de la volonté de la personne lésée d'obtenir l'indemnisation de son préjudice. Cette interruption cesse au moment où l'assureur fait connaître par écrit, à la personne lésée, sa décision d'indemnisation ou son refus. »

5.5 Droit de subrogation

L'Assureur est subrogé dans les droits de Afiliatys ou de l'Assuré qui ne peuvent renoncer totalement ou partiellement sans l'accord préalable de l'Assureur à une action récursoire contre tous les tiers responsables d'un accident ou d'une maladie ayant entraîné la mise en œuvre des prestations dans le cadre du présent contrat.

L'Assureur renonce à toute action récursoire contre Afiliatys.

5.6 Réclamation

En cas de difficultés, l'Association souscriptrice ou les Assurés doivent d'abord consulter l'interlocuteur habituel d'AWP Health & Life S.A..

Si, sa réponse ne satisfait pas à l'attente des Assurés ou d'Afiliatys, ces derniers peuvent adresser une réclamation par simple lettre ou courriel à :

AWP Health & Life S.A.

Relations Clients

Eurosquare 2

7 rue Dora Maar

93400 Saint-Ouen

France

Courriel : client.care@allianzworldwidecare.com

AWP Health & Life S.A. adhère à la charte de la médiation de l'Assurance. Aussi, en cas de désaccord persistant et définitif, Afiliatys ou l'Assuré ont la faculté, après épuisement des voies de traitement internes indiquées ci-dessus, de faire appel au **Médiateur de l'Assurance**, dont les coordonnées postales sont les suivantes :

La Médiation de l'Assurance

TSA 50 110

75 441 Paris Cedex 09

<https://www.mediation-assurance.org/>

et ceci sans préjudice des autres voies d'actions légales ni de la procédure d'arbitrage décrite à l'article 5.7.

5.7 Arbitrage

5.7.1 Litiges entre les Parties

En l'absence de résolution amiable entre les Parties, tous différends découlant du présent contrat ou en relation avec celui-ci seront tranchés définitivement suivant le règlement d'arbitrage du CEPANI avec désignation d'un seul arbitre, si les deux parties se déclarent d'accord avec sa désignation. A défaut, chaque partie désigne un arbitre et les deux arbitres désignent à leur tour un troisième arbitre, conformément à la procédure prévue par le règlement. Si une des parties ne désigne pas son arbitre ou si les arbitres ne peuvent se mettre d'accord sur la désignation d'un troisième arbitre, celui-ci sera désigné, à la demande de la partie la plus diligente, par le président du tribunal de première instance de Bruxelles.

Le lieu de l'arbitrage sera Bruxelles et la langue de la procédure sera en principe le Français.

Les parties excluent explicitement toute action en annulation de la sentence arbitrale.

Les frais de la procédure d'arbitrage sont assumés par chacune des parties pour la moitié.

5.7.2 Litiges avec les assurés relatifs à un aspect médical

En l'absence de résolution amiable d'un différend de nature médicale entre un Assuré et l'Assureur, tout litige sera soumis à l'appréciation d'un médecin arbitre désigné conjointement par le médecin de l'Assuré et le Médecin Conseil de l'Assureur.

A défaut de cette désignation, le médecin arbitre sera désigné à la demande de la partie la plus diligente par le Président du Tribunal de Première Instance de Bruxelles.

La décision rendue par le médecin arbitre est réputée ferme et définitive et a vocation à s'appliquer aux deux parties.

Chaque partie assume les honoraires et frais du médecin qu'il a choisi pour désigner le médecin Arbitre.

En revanche, les frais engendrés par la procédure d'arbitrage sont assumés par chacune des parties pour moitié.

5.8 Protection des Données Personnelles

Les Données Personnelles relatives aux Parties au présent contrat, aux assurés, le cas échéant, à leurs personnes à charge et/ou leurs bénéficiaires ou à toute personne physique identifiée ou identifiable, y compris le signataire du présent contrat ou tout autre document contractuel en lien avec celui-ci, sont utilisées dans la seule finalité de l'exécution et la gestion du présent contrat. Ces personnes concernées sont désignées ci-après par le terme « Data Subject ».

Les mesures de traitement, automatisé ou non, concernent notamment la collecte, le traitement, l'archivage, l'enregistrement, l'organisation, la limitation et la minimisation des données, l'adaptation ou l'altération, les conditions de retrait, d'utilisation, de consultation et de transferts, la diffusion ou la mise à disposition, la sécurité des données personnelles et sont mise en œuvre conformément à la loi française 78-17 du 06.01.1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et toutes les lois et réglementations applicables au traitement des données à caractère personnel, y compris le règlement général sur la protection des données (règlement (UE) 2016/679) ci-après « le Règlement », les lois sectorielles et les directives et codes d'usages applicables publiés par les autorités de contrôle.

Le Data Subject dispose à tout moment des droits d'accès, de rectification, de suppression, de portabilité de ses données personnelles, ainsi que des droits de restriction et d'objection quant au traitement de ses données personnelles.

En outre, dans le cadre de l'exécution du présent contrat, les données personnelles traitées peuvent faire l'objet de transferts hors de l'Union Européenne. Ces transferts sont opérés dans le respect des différents aspects de protection des données personnelles et de la sécurité de l'information prévus par le Règlement.

Les termes utilisés dans la présente clause correspondent à ceux utilisés par le Règlement. Les «Données personnelles» correspondent à toutes les données personnelles et / ou sensibles concernant les Data Subject

Tous les avenants nécessaires, selon les cas, aux contrats existants et futurs, les accords de protection de données avec des sous-traitants et accords de transfert de données, relatifs à la collecte, au traitement, à l'utilisation, l'archivage , et aux transferts de données mises à disposition par l'Assureur aux sous-traitants ou collectées par ces derniers pour le compte de l'Assureur sont conclus dans le respect des différents aspects de protection des données personnelles et de la sécurité de l'information prévus par le Règlement.

Si le Data Subject souhaite exercer ces droits en matière de protection des données personnelles tels que prévus par la présente clause, une demande doit être formulée à :

AWP Health & Life S.A.
Information Technology and Civil Liberties
Eurosquare 2
7 rue Dora Maar
93400 Saint Ouen
France
Email: informatique.libertes@allianzworldwidecare.com

L'Assureur étudiera les demandes correspondantes dans le champ d'application du Règlement et répondra en justifiant pour il accède à la demande ou refuse celle-ci.

Les Data Subjects ont également le droit de déposer une plainte auprès de l'autorité de contrôle compétente en matière de Données Personnelles, si elles considèrent que le traitement de leurs données n'est pas légal ou qu'elles ne sont pas en phase avec la réponse apportée suite à la demande d'exercice de leurs droits.

Si le Data Subject a des interrogations concernant l'utilisation de ses données personnelles et/ou sensibles dans le cadre de ce contrat, il peut contacter l'Assureur par e-mail ou par courrier :

AWP Health & Life S.A.
Data Protection Officer
Eurosquare 2
7 rue Dora Maar
93400 Saint Ouen
France
E-mail: AWC.DataPrivacyOfficer@allianz.com

Autorité de contrôle

En vertu de l'article 51 du Règlement, l'autorité publique indépendante établie par un État membre est compétente pour contrôler le traitement des données à caractère personnel dès lors que:

- le responsable du traitement ou le sous-traitant est établi sur le territoire de l'État membre de cette autorité de contrôle;
- les Data Subjects résidant dans l'État membre de cette autorité de contrôle sont substantiellement affectés ou susceptibles d'être substantiellement affectés par le traitement; ou
- une plainte a été déposée auprès de cette autorité de contrôle;

5.9 Traitement de Données

Les Données Personnelles en lien avec le présent contrat sont collectées, traitées et utilisées uniquement aux fins de l'exécution et la gestion du dit contrat et conformément aux obligations et réglementation en matière de protection des Données Personnelles.

5.9.1 Obligations des Parties

Les parties s'engagent à:

- Traiter les Données Personnelles uniquement dans le cadre de leurs obligations définies au présent contrat;
- Traiter les Données Personnelles conformément aux obligations issues des lois en matière de protection des données, y compris le Règlement;
- Mettre en oeuvre et maintenir les mesures de sécurité techniques et organisationnelles rendues nécessaires face aux risques de destruction, perte, altération ou diffusion accidentelle ou illégale inhérents aux traitements de données personnelles et sensibles;
- A mettre en place, avec leurs sous-traitants ayant accès aux Données Personnelles, des procédures qui respectent et maintiennent la confidentialité et la sécurité des dites données. Toute personne ayant accès à ces données devra les traiter conformément aux lois applicables en matière de protection des données, y compris le Règlement;
- A ce que les traitements de données personnelles effectués à la fois dans et en dehors de l'Espace Economique Européen (EEE) soit encadrés par des accords (Data Transfer Agreements) permettant de certifier le respect de la confidentialité et la sécurité des données telles que prévues par la réglementation. Aucune donnée personnelle ou sensibles ne sera divulguée à des personnes n'étant pas autorisées à les traiter. Des rapports complets et vérifiés concernant les transferts de Données Personnelles en dehors de l'Espace Economique Européen devront être établis et conservés, afin qu'ils puissent être fournis sur demande.
- A supprimer (et s'assurer de la suppression par ses sous-traitants) les données personnelles d'un Data Subject lorsque celui-ci ne répond plus à cette définition dans le cadre du présent contrat dès lors et jusqu'à ce que les Parties n'aient plus besoin de conserver de telles Données, dans les limites prévues par les lois applicables en matière de durée de conservation, y compris le Règlement.
- Dans l'hypothèse où un Data Subject exerce ses droits en envoyant directement une demande à l'une des Parties, celle-ci doit immédiatement en informer l'autre Partie et lui indiquer si elle est en capacité de traiter et répondre à la demande.
- Notifier sans délai à l'autre Partie l'existence d'un traitement non autorisé ou illégal ou toute faille de sécurité en lien avec les données personnelles.
 - En cas de violations présumées sur la protection des données, de violations de données, de pertes de données ou de tout autre incident important, informer l'autre Partie et son DPO, sans retard injustifié, et dans les **24 heures qui suivent**.
- sauf dans les cas où la loi l'interdit, notifier à l'autre Partie toute demande relative à des données à caractère personnel émanant d'une autorité chargée de l'application de la loi avant de fournir ces données;
- à la demande raisonnable de l'une des parties, le cas échéant, la partie requise accepte de soumettre ses installations de traitement de données, ses fichiers de données et la documentation nécessaires au traitement des données personnelles à l'examen, à la vérification et / ou à la certification par la partie requérante (ou agents d'inspection ou auditeurs, sélectionnés par la partie requérante et auxquels l'assureur ne peut raisonnablement objecter) pour s'assurer du respect de la législation applicable en matière de protection des données, y compris le règlement et la présente section, moyennant un préavis raisonnable et pendant les heures normales d'ouverture.

Sur demande écrite, et au plus une fois par an, les Parties peuvent, si elles le souhaitent :

- Organiser une réunion entre leurs équipes dédiées afin de traiter des questions de sécurité des données personnelles;
- Compléter un questionnaire permettant d'évaluer le degré de conformité aux lois applicables en matière de protection des données personnelles, y compris le Règlement.

5.9.2 Confidentialité

Chaque Partie s'engage à ne jamais divulguer à qui que ce soit et à considérer comme confidentielle toute information à caractère confidentiel reçue ou obtenue directement ou indirectement à la suite de la conclusion ou de l'exécution du présent contrat, sauf autorisation expresse écrite de l'autre Partie.

Chaque partie peut cependant divulguer des informations confidentielles:

- à ses employés, dirigeants, auditeurs externes, conseillers professionnels, consultants qui ont besoin de connaître ces informations afin de permettre à la partie d'exécuter ses obligations en vertu du présent

contrat. La partie doit fournir les efforts raisonnables pour s'assurer que ses employés, dirigeants, vérificateurs externes, conseillers professionnels, consultants auxquels elle divulgue des renseignements confidentiels se conforment à cette section.

- lorsque cela est requis par la loi, une décision judiciaire ou une autorité gouvernementale ou réglementaire à condition que, sous réserve des obligations légales ou réglementaires applicables à la partie destinataire, la partie destinataire informe l'autre partie qu'elle propose de divulguer les Informations confidentielles;
- lorsque les Informations Confidentielles sont déjà ou tombent dans le domaine public autrement que par suite d'une violation de la présente section.
- lorsque l'information confidentielle est déjà connue de la partie dans des circonstances où elle n'était liée par autre forme d'obligation de confidentialité.

En outre, les Parties s'engagent à considérer comme strictement confidentielles toutes les questions qui ne sont généralement pas dans le domaine public et, en particulier, le secret des affaires et de l'entreprise de l'autre partie contractuel, informations qui ne peuvent être utilisées que dans le cadre de la relation contractuelle et - dans la mesure où elles ne sont pas nécessaires pour atteindre l'objectif du contrat - ces informations ne doivent pas être enregistrées, divulguées ou utilisées.

En cas de manquement ou de présomption d'infraction à ses obligations en vertu du présent article, la partie doit en informer l'autre partie dans les meilleurs délais et fournir tous les efforts raisonnables, à ses frais, pour remédier ou atténuer les effets d'une telle violation.

Afin de mener ses activités de traitement sur les données personnelles, les Parties ne doivent faire appel qu'à des salariés qui ont reçu une formation adéquate et qui sont assujettis à l'obligation individuelle de respecter le secret des données. Les Parties doivent s'assurer que l'obligation de confidentialité perdure au-delà de la fin du contrat de travail des dits salariés. Le respect de ces obligations peut être vérifié par chaque Partie, sur demande, au moyen d'un formulaire de déclaration signé.

Chaque Partie veille à ce que leurs sous-traitants et, le cas échéant, les sous-traitants de ces derniers, exige de leur personnel les mêmes obligations de confidentialité et s'engagent à vérifier, sur demande, le respect de cette obligation vis-à-vis de la Partie concernée.

5.9.3 Sécurité de l'Information

Chaque partie doit garantir le respect des mesures de sécurité techniques et organisationnelles nécessaires pour protéger et sécuriser les données personnelles recueillies, traitées et utilisées par chaque partie et/ou les processeurs de données tiers. Ces derniers vérifient régulièrement la conformité de ces mesures et fournissent à la partie qui le demande une documentation adéquate.

Chaque partie doit mettre en œuvre et/ou s'assurer de la mise en œuvre par les tiers qui traitent ou contrôlent les données pour leur compte les mesures de sécurité adéquates, dont au minimum les contrôles suivants :

- empêcher les personnes non autorisées d'accéder aux systèmes de traitement de données, afin de traiter ou d'utiliser les données personnelles (contrôle d'accès),
- empêcher l'utilisation de systèmes de traitement de données sans autorisation (contrôle d'accès),
- veiller à ce que les personnes autorisées à utiliser le système de traitement de données aient accès uniquement aux données qu'elles sont autorisées à traiter et que les données personnelles ne peuvent être lues, copiées, modifiées ou supprimées sans autorisation, pendant le traitement, l'utilisation et après l'enregistrement (contrôle d'accès),
- s'assurer que les données personnelles ne peuvent être lues, copiées, modifiées ou supprimées sans autorisation pendant le transfert ou le transport électronique ou lors d'un enregistrement sur un support de stockage de données et qu'il est possible de vérifier quelles parties des données doivent être transférées à l'aide d'installations de transmission (contrôle de la divulgation),
- s'assurer qu'il est possible, après réalisation, de vérifier si les données personnelles ont été enregistrées, modifiées ou supprimées des systèmes de traitement de données et, le cas échéant, par qui (contrôle d'entrée),

- veiller à ce que les données personnelles traitées pour le compte de tiers soient traitées strictement conformément aux instructions du Responsable de données (contrôle du traitement),
- veiller à ce que les données personnelles soient protégées contre la destruction accidentelle ou la perte (contrôle de validité),
- s'assurer que les données collectées à des fins différentes peuvent être traitées séparément

Chaque Partie garantit que la conformité à ces mesures de sécurité techniques et organisationnelles sera assurée nonobstant le lieu où les activités de traitement des données personnelles seront effectivement réalisées.

Toutes les mesures de sécurité appropriées nécessaires pour protéger et sécuriser correctement les données personnelles et sensibles collectées, traitées et utilisées sont mises en œuvre conformément à la loi n°78-17 du 6 Janvier 1978 sur les technologies de l'information, les fichiers de données et les libertés civiles et les lois et règlements relatifs à la protection et au traitement des données personnelles, et notamment aux données sensibles, le cas échéant, la mise en œuvre du secret médical traitement des données conformément au règlement, la Convention AERAS (assurance et prêts à risque accru pour la santé), entrée en vigueur en 2006, révisé le 1er février 2011 et le 2 février 2015 et le code de conduite qui y est annexé ainsi que le Code d'Éthique médicale.

5.10 Clause de limitation ou d'exclusion pour cause de sanction

L'Assureur ne sera pas tenu comme engagé par la couverture d'une garantie d'assurance (ou de réassurance), ni par le règlement d'un sinistre ou la fourniture de prestations au titre des présentes dispositions si cette couverture, ce règlement ou ces prestations l'exposent à une quelconque sanction, interdiction ou restriction au titre de résolutions des Nations-Unies en matière de sanctions économiques ou commerciales, ou en vertu des lois et réglementations de l'Union Européenne, des États-Unis d'Amérique ou de toute autre juridiction.

TITRE II – LES ASSURES

ARTICLE 6 – CATEGORIE DE PERSONNEL A AFFILIER

Dès lors qu'ils sont adhérents à Afiliatys, sont admissibles au titre du présent contrat:

- les fonctionnaires et les autres agents des Institutions, Agences et autres Organes de l'Union Européenne qui sont actifs ou ayant couvert une position statutaire au sein de ces organismes ;
- les membres du personnel actifs de la BEI, d'Eurocontrol, de l'Institut Universitaire Européen de Florence, des Ecoles Européennes, et de tout organisme à vocation communautaire créé par un acte d'une Institution des Communautés européennes ;
- Les retraités de l'ensemble de ces Institutions, Agences et organes de l'Union Européenne selon les modalités précisées à l'article 7.

ARTICLE 7 – CONDITIONS D'ADMISSION

Par principe, aucune formalité médicale n'est exigée par l'Assureur au moment de l'adhésion.

Cependant, la prise en charge des frais médicaux liés à des pathologies existantes avant l'adhésion peut être refusée durant le délai de carence décrit à l'article 8.2.

Par exception, les personnes adhérant au présent contrat dans les 6 mois précédant leur passage à la retraite dans leur régime de base, doivent remplir un questionnaire médical validé par le Médecin Conseil de l'Assureur.

L'affiliation de ces personnes doit se faire au plus tard le jour du départ à la retraite.

Le cas échéant, l'Assureur peut demander l'accomplissement de formalités médicales ou la production de toute information complémentaire. Ainsi, un examen médical, aux frais de l'Assureur, peut être demandé.

L'Assureur se réserve le droit, au vu des documents et renseignements précités, de limiter les garanties du contrat ou de refuser l'adhésion.

Les Adhérents, ainsi que leurs Ayants-Droit le cas échéant, prennent la qualité d'Assurés une fois admis à l'Assurance.

ARTICLE 8 – ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES

Lorsque le contrat a pris effet, la couverture est effective pour chaque personne qui prend la qualité d'Assuré aux dates suivantes :

8.1 personne affiliée lors de la prise d'effet du contrat :

- dès cette dernière date, selon les termes et conditions du contrat collectif en vigueur chez le précédent Assureur au moment de leur affiliation.

8.2 personne affiliée postérieurement à la date d'effet du contrat :

- A compter du lendemain de l'acceptation de la demande d'affiliation par l'Assureur.
- **Néanmoins, pour tous les frais de soins de santé exposés à raison d'une maladie ou d'un accident qui avaient fait l'objet d'un premier diagnostic médical avant leur affiliation, le droit aux prestations prend effet à l'expiration d'un délai de carence de vingt-quatre (24) mois à compter de leur date d'affiliation.**

Ce délai de carence n'est pas applicable aux Adhérents qui rejoignent le contrat dans les treize (13) premiers mois suivant leur prise de fonctions au sein des Institutions Européennes mentionnées à l'article 6.

8.3 Les garanties au profit des membres de la famille définis à l'Article 10.2 prennent effet en même temps que celles en faveur de l'Adhérent ou, postérieurement, dès que les intéressés remplissent les conditions telles qu'elles sont requises.

ARTICLE 9 – CESSATION OU SUSPENSION DES GARANTIES

9.1 Sauf en cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi, l'Assuré une fois admis, ne peut être exclu de l'Assurance contre son gré tant qu'il fait partie de la catégorie de personnes adhérentes à assurer.

Mais les garanties cessent en tout état de cause:

9.1.1 pour chaque Assuré :

- A la date à laquelle l'Assuré n'est plus membre de Afiliatys
- En cas de non paiement des cotisations selon les modalités décrites à l'Article 21.

9.1.2 pour la totalité des Assurés appartenant à la catégorie de personnes précitée :

- à la date de résiliation du présent contrat.

9.2 Les garanties au profit des membres de la famille définis à l'Article 10 cessent (ou sont suspendues) en même temps que celles de l'Adhérent sauf pour les bénéficiaires d'une pension de survie (veuf, veuve, orphelin, orpheline, enfants handicapés de plus de 26 ans reconnus comme étant à charge des parents par le RCAM) ouverte à la suite du décès d'une des personnes ayant souscrit au présent contrat à titre d'assuré principal.

La cessation (ou la suspension) des garanties entraîne, tant pour l'assuré que pour les membres de sa famille, la suppression du droit aux prestations pour tous les actes et soins intervenus à compter de la date de cessation, même s'ils ont débuté ou ont été prescrits avant ladite date.

TITRE III – LES GARANTIES ET PRESTATIONS

ARTICLE 10 – BENEFICIAIRES DES GARANTIES

Les catégories de bénéficiaires indiquées au présent contrat sont :

- **Les Assurés:**
 - o membres d’Afiliatys
 - o étant ou ayant été assujettis au RCAM

- **Leurs Ayants droit :**
 - o bénéficiant d’une prise en charge par un régime de base

Les ayants-droit éligibles sont les membres de la famille de l’Assuré principal, listés ci-après:

- le conjoint ou le concubin déclaré ;
- les enfants à charge conformément au règles du RCAM
- les bénéficiaires d’une pension de survie (veuf, veuve, orphelin, orpheline) ouverte à la suite du décès d’une des personnes ayant souscrit au présent contrat à titre d’assuré principal ;

Les définitions de ces termes suivent celles des statuts Européens reproduits en Annexe.

Des données personnelles et/ ou d'autres données sensibles sont nécessaires pour la souscription, l'administration et la gestion du présent contrat. Les personnes à charge et/ou les bénéficiaires tels que définis ci-dessus sont considérés comme des «Data Subjects» aux fins de l'application du Règlement sur la Protection des Données tel que défini au présent contrat.

ARTICLE 11 – PRESTATIONS GARANTIES

11.1 Nature

11.1.1 La garantie consiste à rembourser les frais engagés par l’Assuré, **en complément des prestations en nature versées par le RCAM ou tout autre régime de base** sauf indication contraire figurant au présent contrat. Les remboursements sont effectués sur la base de la prise en charge du RCAM.

Le contrat propose trois (3) formules différentes comme suit :

- Formule « Hospi Safe Maladie/Accident » offrant une prise en charge en cas d’hospitalisation causée par une maladie ou un accident ;
- Formule « Hospi Safe Maladie » offrant une prise en charge en cas d’hospitalisation causée par une maladie uniquement ;
- Formule « Hospi Safe Plus » offrant une prise en charge en cas d’hospitalisation causée par une maladie ou un accident ainsi que la prise en charge de certains frais de soins ambulatoires listés à l’Article 14.1.

Les garanties et taux de remboursements afférents varient selon la formule choisie par l’Assuré et ses Ayants-Droit et sont décrits respectivement aux articles 12, 13 et 14.

Par principe, les formules peuvent être choisies librement par les Ayants-droit, indépendamment de la formule retenue par l’Assuré.

L’Association s’engage au sein d’un accord conclu en marge du présent contrat avec l’Assureur à étudier l’impact de cette liberté de choix des plans au sein d’une même famille, et le cas échéant, à en réviser les termes.

Les soins doivent être reconnus par les autorités médicales locales et prodigués par des praticiens exerçant dans le champ de leur agrément (en règle vis à vis des dispositions législatives, réglementaires ou autres concernant l’exercice de la profession dans le pays concerné).

Si le conjoint (ou partenaire de PACS ou concubin) est salarié, les prestations versées par l'Assureur sont complémentaires à celles de tout régime Frais de Santé dont il pourrait bénéficier personnellement.

11.1.2 Il est précisé qu'en cas d'hospitalisation, sont garantis les frais portant sur :

- l'hospitalisation médicale en établissement public ou privé,
- l'hospitalisation et l'intervention chirurgicales. Les actes dispensés sous anesthésie générale ou concernant la chirurgie des traumatismes et les actes de chirurgie effectués sous anesthésie locale sont réputés actes de chirurgie,
- les frais médicaux et paramédicaux annexes effectués dans le cadre d'une hospitalisation,
- le transport du malade.

Le transport est couvert, à l'intérieur d'un même pays, en cas d'hospitalisation entre la résidence du malade ou le lieu de l'accident et l'établissement hospitalier le plus proche situé dans le même pays.

Il est également couvert si l'état du malade nécessite son transfert ultérieur de l'établissement d'accueil vers un autre établissement le plus proche.

11.1.3 Les frais médicaux sont couverts dans le monde entier.

Toutefois, en dehors de l'Espace Economique Européen, la prise en charge effectuée par l'Assureur n'excèdera pas la limite globale de 25000 € (EUR) par personne et par année civile.

11.2 Déclaration des frais de santé

La demande de remboursement de l'Assuré doit être accompagnée du bordereau de décompte du RCAM.

Le Gestionnaire peut demander, si nécessaire, toute autre pièce nécessaire à l'application de cette garantie.

Toute information fournie par l'Assuré ou l'une des personnes à sa charge qui s'avèrera erronée, falsifiée, exagérée ou encore tous agissements frauduleux ou dolosifs de leur part entraîneront la responsabilité directe de l'Assuré et la répétition des sommes indûment payées par l'Assureur sur la base de ces données incorrectes.

11.3 Montant des prestations

Le montant des prestations est déterminé pour chacun des postes de frais en fonction des critères de prise en charge du RCAM et selon les modalités prévues par le présent contrat.

En l'absence de prise par le RCAM, le montant des prestations est évalué en fonction du caractère raisonnable ou habituel. Ce caractère raisonnable et habituel est apprécié en fonction de la pratique médicale prévalant dans le pays où les soins sont dispensés (type de traitement, qualité des soins et des équipements, zone géographique et pays) et est soumis à des normes de codification et de tarification des actes et des traitements référencés ou nomenclaturés dans chaque pays.

Le caractère déraisonnable et inhabituel peut donc entraîner un refus de prise en charge ou une limitation du montant du remboursement.

11.4 Limitation aux frais réels

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'Assuré après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir une indemnisation complémentaire en adressant le détail du (des) remboursement(s) effectué(s) par le (s) autre(s) organisme(s).

Pour l'application des dispositions ci-dessus, la limitation au montant des frais restant à charge de l'Assuré est déterminée par l'Assureur pour chacun des actes ou postes de frais.

ARTICLE 12 - FORMULE HOSPI SAFE MALADIE/ACCIDENT

12.1 Garanties

- Les frais de soins de santé pendant une hospitalisation liée soit à une maladie, soit à un accident, comportant au moins une nuit et les frais d'intervention chirurgicale **tels que repris dans le RCAM** (entre autres, les frais de séjour, en ce y compris dans une chambre seule, les frais de prestations médicales et paramédicales, les honoraires chirurgicaux, les frais de salles d'opération, de salle de plâtre, de pansement, d'imagerie médicale...);
- Les interventions chirurgicales prévues dans les annexes du RCAM qui peuvent être également effectuées en hospitalisation de jour (One Day Clinic) sont assimilées à une hospitalisation d'au moins une nuit ;
- Les frais de soins de santé ambulatoires (visites du médecin, médicaments sur prescription) sont pris en charge s'ils sont directement liés à la cause de l'hospitalisation et exposés dans un délai de deux mois précédant l'hospitalisation ou six mois postérieurs à celle-ci, tels que décrits dans le RCAM ;
- Les frais de transports médicalement nécessaires et directement liés à l'hospitalisation ;
- Les séjours de révalidation et rééducation fonctionnelle postopératoires médicalement nécessaires effectués dans les six mois suivant l'hospitalisation couverte ;
- Les frais de séjour de soins dans les services d'urgence d'un hôpital sont remboursables pour autant qu'ils soient liés à une hospitalisation comme décrit ci-dessus et exposés dans un délai de deux mois précédant l'hospitalisation ou six mois postérieurs à celle-ci.

12.2 Remboursements

La prise en charge est égale à 100% de la différence entre les frais exposés par l'Assuré et les remboursements qu'il a préalablement obtenus auprès:

- du Régime Commun d'Assurances Maladie des Communautés européennes (RCAM) et/ou de toute assurance privée; et, le cas échéant, après déduction :
 - des remboursements de frais perçus ou auxquels le bénéficiaire peut prétendre au titre d'une autre assurance maladie, légale ou réglementaire (voir l'article 72 § 4 du statut reproduit en Annexe 2) et/ou
 - des remboursements obtenus au titre de la part complémentaire mise à charge du RCAM, conformément à l'article 72 § 3 du Statut reproduit en Annexe 2.

Le taux de remboursement complémentaire à charge de l'entreprise d'assurances pour séjours de révalidation et rééducation fonctionnelle postopératoires ne peut excéder 20% des frais exposés.

ARTICLE 13 - FORMULE HOSPI SAFE MALADIE

13.1 Garanties

Sont pris en charge l'ensemble des frais et interventions mentionnés à l'article 12.1 concernant une hospitalisation lorsque le fait générateur à l'origine de cette dernière est une maladie uniquement.

A contrario, les frais et interventions découlant d'une hospitalisation ayant pour origine un accident ne sont pas pris en charge au titre de cette formule.

13.2 Remboursements

La prise en charge est égale à 100% de la différence entre les frais exposés par l'Assuré et les remboursements qu'il a préalablement obtenus auprès:

- du Régime Commun d'Assurances Maladie des Communautés européennes (RCAM) et/ou de toute assurance privée; et, le cas échéant, après déduction :

- des remboursements de frais perçus ou auxquels le bénéficiaire peut prétendre au titre d'une autre assurance maladie, légale ou réglementaire (voir l'article 72 § 4 du statut reproduit en Annexe 2) et/ou
- des remboursements obtenus au titre de la part complémentaire mise à charge du RCAM, conformément à l'article 72 § 3 du Statut reproduit en Annexe 2.

Le taux de remboursement complémentaire à charge de l'entreprise d'assurances pour séjours de revalidation et rééducation fonctionnelle postopératoires ne peut excéder 20% des frais exposés.

ARTICLE 14 - FORMULE HOSPI SAFE PLUS

14.1 Garanties

Cette formule doit couvrir en plus de la formule de base indiquée à l'article 12, les dépenses de soins de santé ambulatoires indiquées en dehors d'une hospitalisation et de la période pré et post-hospitalisation.

14.1.1 Frais remboursables en complément du remboursement du RCAM (Cf. annexe 3)

Sont couverts les frais relatifs aux :

- Consultations et visites médicales et produits pharmaceutiques prescrits ;
- soins dentaires (entre autres, soins d'orthodontie, prothèses et matériel dentaires, bridges, couronnes et implants...);
- traitement divers énumérés au chapitre 8, point 2 des dispositions générales d'exécution relatives au remboursement des frais médicaux du RCAM (Cf. annexe 2) ;
- soins de santé et médicaments en relation avec une maladie des yeux, les verres et montures, les lentilles et prothèses oculaires ;
- soins de santé et appareils en relations directe avec l'audition ;
- appareils orthopédiques (entre autres : chaussures orthopédiques, bas élastiques pour les veines variqueuses, membres artificiels et leurs segments, béquilles, fauteuils roulants et appareils auxiliaires idoines et/ou similaires...)
- frais de biologie clinique, de radiologie et d'imagerie médicale
- Les frais de traitements et de contrôle médical exposés pendant les cures thermales conformément aux règles du RCAM

14.1.2 Frais remboursables sans intervention du RCAM

Sont couverts les frais relatifs aux :

- logopédie pour des raisons non médicales (sur base du décompte du RCAM reprenant le refus de remboursement et une copie de la facture originale). Cette garantie est limitée aux enfants jusqu'à l'âge de 12 ans (compris) ;
- produits pharmaceutiques dans le cadre de la prévention au-delà de la limite du RCAM (sur base du décompte du RCAM reprenant le refus de remboursement et une copie de la facture originale)
- traitement ou programme diététique (sur base de la facture originale)
- abonnement fitness, club de sport ou piscine (sur base de la facture originale) à condition que l'abonnement compte au moins 6 mois ou 26 sessions.

14.2 Remboursements

14.2.1 Taux de remboursement des soins pris en charge par le RCAM

Pour les soins de santé visés au point 14.1.1, le remboursement complémentaire devra être au minimum égal à 80 % de la différence entre les frais exposés et les remboursements obtenus conformément à l'énumération figurant audit point.

Pour les consultations, visites médicales, produits pharmaceutiques et pour les frais de biologie clinique, de radiologie et d'imagerie médicale, le remboursement maximal sera de 1250 EUR par personne et par année calendaire avec une franchise par année calendaire en fonction de l'âge de l'assuré au premier janvier de :

- 0 EUR pour les enfants jusqu'à 18 ans (compris)
- 50 EUR pour les personnes de 19 à 60 ans (compris)
- 100 EUR pour les personnes à partir de 61 ans

En tout état de cause, le taux de remboursement complémentaire ne pourra excéder 20% des frais exposés; Cette limitation ne concerne pas les soins-dentaires évoqués en point 2 de l'article 14.1.1.

En outre, des plafonds de prise en charge sont appliqués dans le cadre de cette formule Hospi Safe Plus comme suit :

- 200 EUR (après remboursement par le RCAM) par monture de lunettes
- les frais dentaires (soins dentaires, orthodontie, prothèses dentaires) dont le montant total par année calendaire (après remboursement par le RCAM) dépasse :
 - o 800 EUR la première année et la deuxième année
 - o 1 600 EUR la troisième année
 - o 2 400 EUR la quatrième année
 - o 3 200 EUR à partir de la cinquième année
- 20 EUR par jour pour les frais de traitement et de contrôle médical exposés pendant les cures thermales

14.2.2 Taux de remboursement des soins non pris en charge par le RCAM

La prise en charge des soins visés à l'article 14.1.2 s'élève à :

- logopédie pour des raisons non médicales : 80 % de la facture pour un maximum de 30 sessions par personne et par an et 1250 EUR par personne par année calendaire ;
- produits pharmaceutiques dans le cadre de la prévention au-delà de la limite du RCAM : 80% de la facture ;
- traitement diététiques: remboursement de 20 % de la facture avec un maximum de 50 EUR par personne par année calendaire
- abonnement fitness, club de sport ou piscine : remboursement de 20% de la facture avec un maximum de 50 EUR par personne et par année calendaire.

ARTICLE 15 – CHANGEMENT DE FORMULE

L'Assuré peut demander, à tout moment, à faire évoluer à la hausse son niveau de couverture en changeant de formule. Toutefois, si elle est acceptée par l'Assureur, la modification du niveau de couverture n'interviendra qu'au moment du renouvellement de son adhésion l'année suivante.

15.1 Au profit d'une formule supérieure

La durée minimale d'affiliation à une couverture supérieure est d'un an. Cette condition n'est pas applicable aux personnes déjà affiliées lors de la prise d'effet du présent contrat ni aux personnes optant pour la formule Hospi Safe Maladie/Accident lors de leur passage en retraite.

Le passage de la formule Hospi Safe Maladie et/ou Hospi Safe Maladie Accident à la formule Hospi Safe Plus est conditionnée à une évaluation médicale de l'Assuré par le biais d'un questionnaire médical.

Dans ce cas, l'Assureur peut demander l'accomplissement de formalités médicales ou la production de toute information complémentaire. Ainsi, un examen médical, aux frais de l'Assureur, peut être demandé.

L'Assureur se réserve le droit, au vu des documents et renseignements précités, de limiter les garanties du contrat.

15.2 Au profit d'une formule inférieure

L'Assuré peut demander, à tout moment, à diminuer son niveau de couverture en changeant de formule. Toutefois, la modification du niveau de couverture n'interviendra qu'au moment du renouvellement de son adhésion l'année suivante.

Cette diminution n'est pas soumise à des formalités médicales.

La durée minimale d'affiliation à une couverture inférieure est de deux ans.

TITRE IV – DECHEANCE DE GARANTIES ET EXCLUSIONS

ARTICLE 16 – DECHEANCE DE GARANTIES

La personne assurée est déchu de tout droit à prestations si elle fait volontairement une fausse déclaration sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences ou montants du sinistre.

La déchéance est également appliquée si l'assuré utilise sciemment des documents inexacts comme justificatifs.

ARTICLE 17 – RISQUES EXCLUS

Les frais engagés ne sont pas pris en charge par l'Assureur s'ils résultent des faits suivants :

- survenant par événement de guerre, c'est-à-dire résultant directement ou indirectement d'une action offensive ou défensive d'une puissance belligérante ou de tout autre événement à caractère militaire ; survenant à la suite d'émeutes, de troubles civils, de tous actes de violence collectifs d'inspiration politique, idéologique ou sociale, accompagnés ou non de rébellion contre l'autorité ou tous pouvoirs institués, si l'assuré y a pris une part active et volontaire ;
- résultant de la participation volontaire à un crime ou un délit ;
- résultant d'une tentative de suicide ;
- causé intentionnellement par l'assuré ou le bénéficiaire ou résultant de tout acte notoirement téméraire, sauf en cas de sauvetage de personnes ou de biens ;
- résultant d'alcoolisme ou de toxicomanie ainsi que les maladies ou accidents et leurs conséquences survenus à l'assuré alors qu'il se trouve en état d'ivresse ou sous l'influence de l'alcool, de stupéfiants, de produits hallucinogènes ou d'autres drogues ou ceux causés par l'abus de médicaments, à condition qu'il soit médicalement démontré qu'il existe un rapport de causalité entre ces états et les faits survenus ;
- 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 de combustibles nucléaires, produits ou déchets radioactifs, ainsi que les dommages résultant directement ou indirectement de toute source de radiations ionisantes.
- Les prestations dues en conséquence de la participation active de l'Assuré à un acte de terrorisme ;
- Les garanties du contrat ne sont pas acquises pour un sinistre résultant des dommages causés par des armes ou des engins destinés à exploser par une modification de structure du noyau atomique.

ARTICLE 18 – PRESTATIONS EXCLUES

Il est précisé que ne sont pas pris en charge par le présent contrat :

- Les frais de soins de santé se rapportant à un accident ou à une maladie professionnelle survenant à un fonctionnaire ou autre agent des Institutions des Communautés européennes, et donnant lieu au remboursement intégral conformément à l'article 73 du statut des fonctionnaires des Communautés européennes.
- Les frais de soins de santé dont la cause fait l'objet d'une exclusion sur la base du questionnaire médical rempli par certains assurés tels que décrits à l'article 7.
- Les frais de soins de santé pour une hospitalisation en cours à la date d'affiliation de l'assuré.
- Les frais de soins de santé pour toute forme de stérilisation, les suites et conséquences.
- Pour les traitements et les soins esthétiques.
- Les frais d'infirmière pour soins donnés à domicile, excepté les soins spéciaux donnés sur prescription médicale (par exemple injections, renouvellement de pansements, etc.) et limités aux risques couverts.

- Les frais de cures thermales non remboursés par le RCAM, à l'exception des séjours de revalidation et rééducation fonctionnels post-opératoires prévues aux articles 12.1 et 13.1.;

TITRE V – LES COTISATIONS

ARTICLE 19 – TAUX ET BASE DE CALCUL

19.1 Cotisations

Les taux de cotisations incluant la taxe annuelle sur les opérations d'assurance applicable en Belgique et contributions sont fixés comme suit :

FORMULE HOSPI SAFE MALADIE/ACCIDENT

Age	0-1	2-18	19-35	36-50	51-60	61+
Prime annuelle (€)	0,00	72,33	86,78	130,15	173,56	242,99

FORMULE HOSPI SAFE MALADIE

Age	0-1	2-18	19-35	36-50	51-60	61+
Prime annuelle (€)	0,00	52,51	64,21	96,15	128,32	178,41

FORMULE HOSPI SAFE PLUS

Age	0-1	2-18	19-35	36-50	51-60	61+
Prime annuelle (€)	0,00	525,07	642,07	961,51	1283,20	1784,13

La prime est calculée sur la base de l'âge de l'assuré au 1^{er} Janvier de l'année en cours.

Il est précisé que pour les Assurés qui exercent leur activité à temps partiel, la cotisation est due dans son intégralité.

19.2 Indexation

Les cotisations sont indexées automatiquement à effet de chaque 1^{er} janvier, en fonction de l'évolution annuelle des indices des prix à la consommation harmonisés (IPCH) publiés sur le site d'Eurostat et relevés au 1^{er} juillet de chaque année, et selon la formule suivante :

$$Pr = Po \times Ir / Io$$

Avec :

- Pr = prime annuelle révisée
- Po = prime figurant dans l'offre
- Io = indice du mois d'entrée en vigueur du contrat
- Ir = indice du mois de la révision des prix

Le montant de l'indexation finale est communiqué par l'Assureur à Afiliatys

19.3 Révision en cas de modification des dispositions législatives et réglementaires

Les cotisations pourront être revues conformément aux dispositions de l'Article 5.2.

19.4 Révision en fonction des résultats techniques

Conformément à l'Article 5.1, l'Assureur établit chaque année des comptes de résultats qui lui permettront, à l'issue d'une période de cinq (5) années à compter de l'entrée en vigueur du présent contrat, soit au 1^{er} janvier 2025, de proposer à Afiliatys une révision des taux de cotisation en fonction des résultats techniques constatés sur l'ensemble des exercices précédents.

Le cas échéant, l'accord des parties sur les nouveaux taux de cotisations applicables à compter du 1^{er} janvier 2025 sera matérialisé par voie d'avenant au présent contrat.

En cas de désaccord, Afiliatys pourra demander la résiliation de son contrat par lettre recommandée dans un délai d'un mois à compter de la proposition des nouveaux taux par l'Assureur. La résiliation prendra effet au premier jour du 6^e mois suivant la réception de la lettre recommandée par l'Assureur.

Afiliatys et le Gestionnaires'engagent à informer les Assurés de la résiliation.

L'Assureur percevra le prorata de cotisation du 1^{er} janvier à la date de résiliation, calculé sur la base des taux de cotisation précédemment en vigueur.

ARTICLE 20 – PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance par l'Assuré principal qui est seul responsable de leur paiement selon la cadence suivante:

- Annuellement pour les formules Hospi Safe Maladie/Accident et Hospi Safe Maladie ;
- Annuellement ou trimestriellement selon le choix de l'Assuré pour la formule Hospi Safe Plus.

ARTICLE 21 – NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

À défaut du paiement intégral des cotisations dans le mois qui suit leur échéance, **les garanties sont suspendues ou l'Adhésion de l'Assuré pourra être résiliée trente (30) jours après l'envoi par l'Assureur d'une lettre recommandée constituant la mise en demeure.**

Cette mise en demeure rappelle la date d'échéance de la prime et le montant de celle-ci. Elle rappelle également les conséquences du défaut du paiement de la prime dans le délai de (30) jours, le point de départ de ce délai et précise que la suspension de la garantie ou la résiliation du contrat prend effet à compter du lendemain du jour où le délai prend fin, sans que cela ne porte préjudice à la garantie relative à un événement assuré survenu antérieurement.

TITRE VI – DEFINITIONS

Les termes et expressions utilisés dans le présent contrat ont le sens mentionné ci-dessous :

Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action brusque, soudaine et inattendue d'une cause extérieure, à l'exclusion d'une maladie aiguë ou chronique.

Auxiliaires médicaux

Infirmiers, aides-soignants et autre personnel médical diplômé d'État.

Cure thermale

Une cure thermale est un séjour d'au moins 10 jours et d'au maximum 21 jours, effectué dans un établissement spécialisé qui prodigue ses soins sous contrôle médical avec des eaux prises à la source avant qu'elles ne perdent les propriétés biologiques et pharmacodynamiques qu'elles tirent de leur richesse en ions et en oligoéléments.

Frais d'accouchement

Frais médicaux (incluant chambre double) engagés relatifs à l'accouchement vaginal ou par césarienne si cette dernière est médicalement nécessaire ou habituelle dans le pays de naissance. Toute complication, ainsi que la chambre particulière, seront prises en charge par la garantie « hospitalisation ».

Hôpital

Hôpital médical ou chirurgical légalement et régulièrement agréé dans le pays où il se trouve et placé sous la direction et le contrôle permanent d'un médecin résident.

Pays d'expatriation

Le pays, hors du pays d'origine, dans lequel l'Assuré exerce une activité professionnelle.

Pays d'origine

Le pays figurant sur le passeport du bénéficiaire de l'assurance et/ou le pays déclaré comme pays d'origine sur la Demande Individuelle d'Affiliation.

Prothèse dentaire

Soins prothétiques, y compris pose de couronnes, d'inlays, d'onlays, d'incrustations et d'implants, ainsi que tous les traitements nécessaires, y compris le remboursement des frais de laboratoire et des composants.

Prothèse médicale

Appareil acoustique, auxiliaire de phonation (larynx électronique), fauteuil roulant et aide à la mobilité personnelle, membre artificiel, produit à stomie, soutien à hernie, bandage abdominal, bas de compression élastique ou semelle orthopédique et tout autre appareil médicalement prescrit.

Traitement dentaire d'urgence suite à un accident

Le traitement doit être administré dans les quinze jours et consiste à remplacer les dents saines et naturelles perdues ou endommagées.

Urgence

Terme utilisé en cas d'accident, de catastrophe naturelle, de commencement ou d'aggravation soudaine d'une maladie grave nécessitant des mesures et un traitement d'ordre médical immédiats à l'attention de l'Assuré ou de l'une des personnes à sa charge. Seul un traitement médical pratiqué par un médecin, généraliste ou spécialiste et une hospitalisation intervenant dans les vingt-quatre heures suivant la cause directe de l'urgence seront considérés comme conditions nécessaires au remboursement.

TITRE VII – FORMALITES EN CAS DE SINISTRE**En cas d'hospitalisation,**

- Les bordereaux de décompte du RCAM

En cas de maladie,

- Les bordereaux de décompte du RCAM

En cas d'accouchement à domicile,

- un extrait d'acte de naissance de l'enfant,

L'Assureur peut demander tout autre justificatif destiné à compléter le dossier.

Évaluation des Dossiers de Sinistres

Dans le cadre de l'analyse d'un dossier, l'expert médical de l'assureur peut être amené à demander toute pièce justificative nécessaire pour traiter le sinistre. Si les documents fournis s'avèrent incomplets ou soulèvent un doute l'expert médical de l'Assureur est habilité à demander des données aux organisations et personnes suivantes dans le cadre du respect de l'Article 5 ci-dessus :

- Médecins,
- Hôpitaux,
- Autres institutions médicales,
- Maisons de soins,
- Personnel soignant,
- Autres assureurs,
- les organismes d'assurance maladie de base,
- Les organisations d'assurance professionnelle, et
- Organismes officiels

Dans l'hypothèse où les assurés, y compris les ayant-droits et/ou bénéficiaires, tels que définis au présent contrat, rejettent explicitement la collecte de leurs données personnelles dans le cadre du traitement des sinistres ou révoquent leur consentement, l'Assureur ne pourra être tenu responsable du non-paiement des prestations.

En tout état de cause, l'Assureur ne pourra être tenu responsable par Afiliatys de l'impossibilité d'exécuter les prestations prévues par le présent contrat.

Toute fraude, inexactitude ou dissimulation relative à toute question affectant l'assurance ou en rapport avec un sinistre peut engendrer la résiliation du contrat d'assurance et avoir pour conséquence le non-paiement des prestations qui y seraient liées.

Les annexes ci-après sont considérées comme faisant partie intégrante du présent contrat.

Fait en trois exemplaires, à Paris, le 11 Décembre 2019.

Pour l'Association
Afiliatys Asbl

Pour l'Assureur
AWP Health & Life SA

Pour le Gestionnaire
AWP Health & Life Services Ltd

Ida Luka-Lognoné
Chief Executive Officer

Eric Morsilli
Chief Underwriting Officer

ANNEXE I

APPEL D'OFFRES RELATIF AUX ASSURANCES COMPLÉMENTAIRES AU RÉGIME COMMUN D'ASSURANCES MALADIE DES INSTITUTIONS EUROPÉENNES LANCÉ PAR AFILIATYS POUR LA PÉRIODE ALLANT DU 1^{er} JANVIER 2020 au 31 DÉCEMBRE 2030

CONDITIONS PARTICULIÈRES

I – EXECUTION DU CONTRAT

I.1. Le contractant doit fournir des services répondant à des normes de qualité élevées, conformément à l'état de la technique dans le secteur concerné et aux dispositions du présent contrat, et plus particulièrement aux conditions de l'offre.

I.2 Le contractant doit satisfaire aux exigences minimales prévues dans l'offre.

I.3 Le contractant doit obtenir tout permis ou licence requis dans l'Etat où les services doivent être fournis.

I.4 Le contractant est responsable du personnel qui exécute les services et exerce son autorité sans interférence du pouvoir adjudicateur. Le contractant doit informer son personnel :

- a) qu'il ne peut accepter d'instructions directes de la part du pouvoir adjudicateur sur son personnel
- b) que sa participation à la fourniture des services ne débouche pas sur un emploi auprès du pouvoir adjudicateur ou sur une relation contractuelle avec ce dernier.

I.5 Le contractant doit veiller à ce que le personnel exécutant le contrat ainsi que le personnel de remplacement futur possèdent les qualifications et l'expérience professionnelles requises pour fournir les services en fonction des critères de sélection énoncés dans l'offre.

I.6 A la demande motivée du pouvoir adjudicateur, le contractant doit remplacer tout personnel qui :

- a) ne possède pas l'expertise requise pour fournir les services
- b) a causé des perturbations dans les locaux du pouvoir adjudicateur

Le contractant supportera les coûts de remplacement de son personnel et est responsable de tout retard dans la fourniture résultant du remplacement du personnel.

I.7 Le contractant doit enregistrer et signaler au pouvoir adjudicateur tout problème altérant sa capacité à fournir les services exigés par l'offre. Le rapport doit décrire le problème, indiquer la date à laquelle il est apparu et les mesures prises par le contractant pour le résoudre.

II. COMMUNICATION ENTRE LES PARTIES

Toute communication d'informations, d'avis ou de documents au titre du contrat doit :

- a) être établie par écrit sur support papier ou sous forme électronique dans la langue du contrat
- b) porter le numéro du contrat
- c) être établie selon les modalités de communication indiquées à l'article ...
- d) être envoyée par courrier postal ou courrier électronique.

Si une partie demande la confirmation écrite d'un courrier électronique dans un délai raisonnable, l'autre partie doit fournir le plus rapidement possible une version originale signée, sur support papier, de la communication.

Les parties conviennent que toute communication faite par courrier électronique produit tous ses effets juridiques, partant est recevable comme élément de preuve dans des procédures judiciaires.

Toute communication est réputée effectuée au moment de sa réception par la partie destinataire, sauf si le présent contrat renvoie à la date à laquelle la communication a été envoyée.

Le contractant fournira au pouvoir adjudicateur toutes informations, données, statistiques qu'il jugera nécessaires pour la bonne connaissance et gestion de ce dossier dans les conditions visées à l'article V ci-dessus.

Ceci étant, tous les ans, au plus tard le 28 février, le contractant adressera au preneur d'assurance et, le cas échéant, au courtier, un document reprenant le compte de recettes et de dépenses de l'exercice précédent selon le schéma repris ci-dessous.

Pour les recettes :

- les primes échues (nette de taxes) durant l'exercice précédent,
- le montant prévisionnel constitué à titre de réserve de sinistres et IBNR au 1^{er} janvier de l'exercice précédent pour les sinistres non réglés au début de l'exercice précédent.

Pour les dépenses :

- les prestations versées au cours de l'exercice précédent,
- le montant prévisionnel constitué à titre de réserve de sinistres et IBNR au 31.12 de l'exercice précédent pour sinistres non réglés à la fin de l'exercice précédent,
- les frais de gestion.

A l'issue de la période de cinq ans à partir de l'entrée en vigueur du présent contrat, sur base de l'analyse des chiffres et perspectives d'évolution du contrat, le preneur d'assurance évaluera avec l'entreprise d'assurances ou, le cas échéant avec le courtier, les modalités éventuelles de révision des primes et/ou des garanties.

Une information circonstanciée aux assuré(e)s/Co assuré(e)s sur les primes proposées pour la nouvelle période de cinq années sera distribuée par la compagnie d'assurance ou, le cas échéant, le courtier au plus tard le 1^{er} octobre de l'exercice en cours, avec le bilan de la gestion pour les 5 exercices précédents.

III- RESPONSABILITE

III.1 Le pouvoir adjudicateur ne peut être tenu pour responsable des dommages ou pertes causés par le contractant, y compris les dommages ou pertes causés à des tiers à l'occasion ou par le fait de l'exécution du contrat.

III.2 Si un tiers intente une action contre le pouvoir adjudicateur en relation avec l'exécution du contrat, le contractant doit prêter assistance au pouvoir adjudicateur lors de la procédure judiciaire, notamment en intervenant à l'appui du pouvoir adjudicateur à la demande de ce dernier.

Si la responsabilité du pouvoir adjudicateur envers le tiers est établie et que cette responsabilité est causée par le contrat à l'occasion ou par le fait de l'exécution du contrat, le contractant est responsable du montant total du préjudice établi.

III.3 Si le contractant se compose d'au moins deux opérateurs économiques (ayant présenté une offre conjointe), ceux-ci sont conjointement et solidairement responsable de l'exécution du contrat à l'égard du pouvoir adjudicateur.

III.4 Le pouvoir adjudicateur n'est pas responsable des pertes ou dommages subis par le contractant à l'occasion ou par le fait de l'exécution du contrat, à moins que cette perte ou ce dommage n'ait été causé par une faute intentionnelle ou une faute grave de la part du pouvoir adjudicateur.

IV – CONFLIT D'INTERETS ET INTERETS A CARACTERE PROFESIONNEL CONTRADICTOIRES

IV.1 Le contractant doit prendre toutes les mesures nécessaires pour prévenir toute situation de conflits d'intérêts ou d'intérêts à caractère professionnel contradictoires.

IV.2 Le contractant doit notifier par écrit au pouvoir adjudicateur le plus rapidement possible toute situation qui pourrait constituer un conflit d'intérêts ou un intérêt à caractère professionnel contradictoire durant l'exécution du contrat. Le contractant doit prendre immédiatement les mesures nécessaires pour remédier à cette situation.

Le pouvoir adjudicateur peut effectuer les actions suivantes :

- a) vérifier que les mesures du contractant sont appropriées;
- b) exiger que le contractant prenne des mesures supplémentaires dans un délai imparti.

V – CONFIDENTIALITE

V.1 Le pouvoir adjudicateur et le contractant doivent traiter de manière confidentielle toute information ou tout document, sous quelque forme que ce soit, divulgué par écrit ou oralement, qui est lié à l'exécution du contrat et désigné par écrit comme étant confidentiel.

V.2 Chaque partie a l'obligation :

- a) de ne pas utiliser d'informations ou de documents confidentiels autres que le respect des obligations qui lui incombent en vertu du contrat sans l'accord préalable écrit de l'autre partie ;
- b) d'assurer la protection de ces informations ou documents confidentiels en garantissant le même niveau de protection que pour ses propres informations confidentielles et dans tous les cas avec toute la diligence nécessaire ;
- c) de ne pas divulguer, directement ou indirectement des informations ou documents confidentiels à des tiers sans l'accord préalable écrit de l'autre partie.

V.3 Les obligations de confidentialité prévues au présent article sont contraignantes pour le pouvoir adjudicateur et le contrat pendant l'exécution du contrat et tant que les informations ou le document restent confidentiels, sauf si :

- a) la partie concernée accepte de libérer plus tôt l'autre partie de l'obligation de confidentialité ;
- b) les informations ou les documents confidentiels deviennent publics par d'autres moyens qu'une violation de l'obligation de confidentialité ;
- c) la législation applicable exige la divulgation des informations ou documents confidentiels.

V.4 Le contractant doit obtenir de toute personne physique ayant le pouvoir de le représenter ou de prendre des décisions en son nom, ainsi que des tiers participant à l'exécution du contrat, l'engagement qu'ils se conformeront au présent article. A la demande du pouvoir adjudicateur, le contractant doit fournir un document attestant de cet engagement.

VI TRAITEMENT DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

VI.1 Les données à caractère personnel mentionnées dans le contrat doivent être traitées conformément au règlement (CE) n°45/2001 du Parlement européen et du Conseil du 18 décembre 2000 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard des données à caractère personnel. Ces données ne doivent être traitées qu'aux fins de l'exécution, de la gestion et du suivi du contrat.

VI.2 Le contractant doit donner à son personnel l'accès aux données dans la mesure strictement nécessaire à l'exécution, à la gestion et au suivi du contrat.

VI.3 Le contractant doit adopter des mesures de sécurité d'ordre technique et organisationnel appropriées eu égard aux risques inhérents au traitement et à la nature des données à caractère personnel concernés, afin :

- a) de prévenir l'accès par des personnes non autorisées aux systèmes informatiques de traitement des données à caractère personnel, notamment d'empêcher :
 - toute lecture, copie, modification ou tout déplacement non autorisés des supports de stockage
 - toute saisie non autorisée de données, ainsi que toute divulgation, toute modification ou tout effacement non autorisés de données à caractère personnel stockées.
 - l'utilisation par des personnes non autorisées des systèmes de traitement de données au moyen d'installations de transmission de données.
- b) de garantir que les utilisateurs autorisés d'un système de traitement de données ne puissent accéder qu'aux données à caractère personnel que leur droit d'accès leur permet de consulter ;
- c) de garder une trace des données à caractère personnel qui ont été communiquées, du moment où elles ont été communiquées et de leur destinataire ;
- d) de garantir que les données à caractère personnel qui sont traitées pour le compte de tiers ne puisse l'être que de la façon prévue par le pouvoir adjudicateur ;
- e) de garantir que, lors de la communication de données à caractère personnel et du transport de supports, de stockage, les données ne puissent être lues, copiées ou effacées sans autorisation ;
- f) de concevoir sa structure organisationnelle de manière à ce qu'elle réponde aux exigences de la protection des données ;

VII FORCE MAJEURE

VII.1 Si une partie est confrontée à un cas de force majeure, elle doit immédiatement le notifier à l'autre partie, en précisant la nature, la durée probable et les effets prévisibles de ces circonstances.

VII.2 Une partie n'est pas responsable des retards dans l'exécution de ses obligations au titre du contrat ou du non-respect de ces obligations si ce retard ou ce non-respect est le résultat d'un cas de force majeure. Si le contractant est empêché par un cas de force majeure de remplir ses obligations contractuelles son droit au non-paiement de la rémunération se limite aux services effectivement fournis.

VII.3 Les parties doivent prendre toutes mesures nécessaires pour limiter les éventuels dommages qui résulteraient d'un cas de force majeure.

VIII DOMMAGES-INTERETS

VIII.1 Retard de remboursement

Si le contractant n'exécute pas ses obligations contractuelles dans les délais fixés par le présent contrat, le pouvoir adjudicateur peut lui imposer le paiement de dommages-intérêts pour chaque jour de retard, calculé selon la formule suivante :

$$0,3 \times (V/d)$$

où

V est le prix du résultat concerné, à savoir, en l'espèce, le montant du remboursement à verser à l'assuré sur base du bordereau du RCAM,

D est la durée mentionnée pour le résultat concerné exprimé en jours.

VIII.2 Procédure

Le pouvoir adjudicateur doit notifier formellement au contractant son intention d'appliquer des dommages-intérêts et le montant calculé correspondant en le détaillant.

Le contractant fait part de ses observations dans les trente jours qui suivent la date de réception. A défaut, la décision devient exécutoire le jour suivant l'expiration du délai de présentation des observations.

Si le contractant présente des observations, le pouvoir adjudicateur doit lui notifier, en tenant compte desdites observations :

- a) le retrait de son intention d'appliquer des dommages-intérêts,
- b) sa décision finale d'appliquer des dommages-intérêts et le montant correspondant.

Les parties reconnaissent et conviennent que :

- a) toute sommes payable au titre du présent article ne constitue pas une sanction mais représente une estimation raisonnable de la juste compensation d'une non-exécution d'une obligation contractuelle dans les délais impartis,
- b) les réclamations de dommages-intérêts n'ont pas d'incidence sur la responsabilité réelle ou potentielle du contractant ou sur les droits du pouvoir adjudicateur.

IX SUSPENSION DE L'EXECUTION DU CONTRAT

IX.1 Suspension par le contractant

Si le contractant est confronté à un cas de force majeure, il peut suspendre l'exécution du contrat. Le contractant doit immédiatement notifier la suspension au pouvoir adjudicateur. La notification doit comprendre une description du cas de force majeure et indiquer le moment auquel le contractant devrait reprendre l'exécution du contrat.

Le contractant doit notifier au pouvoir adjudicateur qu'il est en mesure de reprendre l'exécution du contrat, à moins que celui-ci n'ait déjà résilié le contrat.

IX.2 Suspension par le pouvoir adjudicateur

Le pouvoir adjudicateur peut suspendre l'exécution de tout ou partie du contrat :

- a) si la procédure d'attribution du contrat ou l'exécution du contrat se révèle entachées d'erreurs substantielles, d'irrégularités ou de fraude,
- b) pour vérifier si les erreurs substantielles, les irrégularités ou les fraudes présumées ont effectivement eu lieu.

Le pouvoir adjudicateur doit notifier formellement la suspension au contractant ; la suspension prend effet à la date de la notification formelle ou une date ultérieure indiquée dans la notification formelle.

Le pouvoir adjudicateur doit notifier au contractant le plus rapidement :

- a) sa décision de lever la suspension ou
- b) son intention de résilier le contrat au titre de l'article X1 f) ou j).

Le contractant ne peut exiger d'indemnisation en cas de suspension d'une partie quelconque du contrat.

X RESILIATION DU CONTRAT

X.1 Motifs de résiliation par le pouvoir adjudicateur

Le pouvoir adjudicateur peut résilier le contrat dans les cas suivants :

- a) si la fourniture des services prévue dans le contrat n'a pas effectivement débuté dans les quinze jours suivant la date prévue à cet effet et si la nouvelle date proposée, le cas échéant, est considérée comme inacceptable par le pouvoir adjudicateur,
- b) si le contractant ne peut, par sa propre faute, obtenir un permis ou une autorisation nécessaire à l'exécution du contrat,
- c) si le contractant n'exécute pas le contrat conformément au cahier des charges ou s'il ne remplit pas une autre obligation contractuelle substantielle,
- d) si la procédure d'attribution du contrat ou l'exécution du contrat se révèle entachée d'erreurs substantielles, d'irrégularités ou de fraude,
- e) si le contractant ne respecte pas les obligations applicables en vertu de la législation sociale et du travail établies par le droit de l'Union, le droit national et les conventions collectives ou par les dispositions législatives internationales équivalentes.
- f) Si le contractant se trouve dans une situation qui pourrait constituer un conflit d'intérêts ou un intérêt à caractère professionnel contradictoire,
- g) Lorsqu'un changement juridique, financier, technique, d'organisation ou de contrôle dans la situation du contractant est susceptible d'influer de manière substantielle les conditions dans lesquelles le contrat a initialement été attribué, partant sa bonne exécution,
- h) Si le contractant se trouve dans une situation qui pourrait constituer un conflit d'intérêts ou à un intérêt à caractère professionnel contradictoire,
- i) Lorsqu'un changement juridique, financier, technique, d'organisation ou de contrôle dans la situation du contractant est susceptible d'influer de manière substantielle sur l'exécution du contrat ou de modifier de manière substantielle les conditions dans lesquelles le contrat a initialement été attribué,
- j) En cas de force majeure, si la reprise de la mise en œuvre est impossible ou si un changement nécessaire au contrat signifierait que le cahier des charges n'est plus respecté ou donnerait lieu à une inégalité de traitement en soumissionnaires ou contractants.

X.2 Motifs de résiliation par le contractant

Le contractant peut résilier le contrat :

- a) s'il détient la preuve que le pouvoir adjudicateur a commis des erreurs substantielles, des irrégularités ou une fraude dans la procédure d'attribution du contrat ou dans l'exécution du contrat,
- b) si le pouvoir adjudicateur ne respecte pas ses obligations, notamment celle de fournir au contractant les informations nécessaires à l'exécution du contrat prévue dans le cahier des charges.

X.3 Procédure de résiliation

Une partie doit notifier formellement à l'autre partie son intention de résilier le contrat en précisant les motifs de résiliation.

L'autre partie dispose d'un délai de 30 jours à compter de la date de réception pour faire part de ses observations, y compris les mesures qu'elle a prises pour assurer la continuité du respect de ses obligations contractuelles. A défaut, la décision de résiliation devient exécutoire le jour suivant l'expiration du délai de présentation des observations.

Si l'autre partie présente des observations, la partie souhaitant résilier le contrat doit lui notifier formellement le retrait de son intention de résilier ou sa décision finale de résiliation.

Dans les cas visés à l'article X.1, points a) à d) et g) à i), et X.2, la date à laquelle la résiliation prend effet doit être précisée dans la notification formelle.

Dans les cas visés à l'article X.1, points f) et j)

En outre, le contractant doit fournir toute l'assistance nécessaire, y compris les informations, documents et dossiers ainsi que les moyens élémentaires pour les interpréter afin de lui permettre de les transférer sans délai à un

nouveau contractant afin de garantir la continuité des prestations, indispensable dans un tel domaine. Les parties peuvent convenir d'établir un plan de transition précisant les modalités de l'assistance du contractant. Le contractant doit fournir cette assistance sans frais supplémentaires sauf s'il peut démontrer que cette assistance nécessite des ressources ou moyens supplémentaires substantiels auquel cas il doit fournir une estimation des frais engagés. Les parties négocieront à cet effet un arrangement de bonne foi.

L'ensemble des dispositions du paragraphe ci-dessus seront ipso jure d'application en cas de fin normale de contrat. Dans un tel cas, les parties conviendront de bonne foi d'un plan de transition six mois au moins avant l'échéance contractuelle.

X.4 Effets de la résiliation

Le contractant est responsable des dommages subis par le pouvoir adjudicateur à la suite de la résiliation du contrat, y compris le coût de désignation d'un autre contractant pour fournir les prestations idoines à moins que les dommages n'aient été causés par la situation visée à l'article X.1, point j) ou l'article X.2, Le pouvoir adjudicateur peut exiger l'indemnisation de ces dommages.

Le contractant n'a pas droit à une indemnisation des pertes résultant de la résiliation du contrat, y compris la perte de bénéfices attendus, à moins que cette perte n'ait été causée par la situation visée à l'article X.2.

Le contractant doit prendre toutes mesures nécessaires pour réduire les coûts au minimum, pour éviter les dommages et pour annuler ou réduire ses engagements.

Le contractant dispose d'un délai de 60 jours à compter de la date de résiliation pour présenter les rapports, données, statistiques...liés à la mise en œuvre du contrat et demandés par le pouvoir adjudicateur.

En cas d'offre conjointe, le pouvoir adjudicateur peut résilier le contrat conclu avec chaque membre du groupement séparément en vertu de l'article X.1, point d) et g) et dans les conditions fixées à l'article XI.2.

XI. AVENANTS

XI.1. Tout avenant au contrat doit être établi par écrit avant l'exécution de toute obligation contractuelle.

XI.2. Tout avenant ne doit apporter aucune modification au contrat qui pourrait altérer les conditions initiales de la procédure de passation de marchés ou donner lieu à une inégalité de traitement entre soumissionnaires.

XII. CESSION

XII.1. Le contractant ne peut céder les droits et obligations, y compris les créances et l'affacturage, découlant du contrat sans l'autorisation préalable écrite du pouvoir adjudicateur. En pareil cas, le contractant doit communiquer au pouvoir adjudicateur l'identité de l'ayant droit.

XII.2. Aucun droit ou obligation cédé par le contractant sans autorisation n'est opposable au pouvoir adjudicateur.

XIII. REVISION DES PRIMES

La prime annuelle reste constante pour toute la période d'affiliation de l'assuré dans une Classe déterminée pour toute la durée totale du contrat, sauf :

- a) révision technique éventuelle à l'issue d'une période de cinq années dans les conditions précisées au point II ci-dessus ;
- b) passage de l'assuré dans une Classe supérieure (19, 36, 51, 61, et 68 ans respectivement ;

- c) indexation suivant l'évolution des indices des prix à la consommation harmonisés (IPCH) publiés sur le site d'Eurostat à l'adresse suivante : <http://ec.europa.eu/eurostat.web.hicp/data/main-tables> dans la rubrique « Principaux tableaux »-« 00.Indice général »-« euro area (changing composition) » et relevé au 1^{er} juillet de chaque année.

Les primes varieront à partir du 1^{er} janvier de chaque année. Le contractant notifiera cette variation de la prime au pouvoir adjudicateur ainsi qu'aux assurés avant le 1^{er} septembre.

Pour le présent contrat les primes seront indexées pour la première fois le 1^{er} janvier 2021 sur base de l'indice ci-dessus relevé au 1^{er} juillet 2020.

La révision des primes est déterminée par la formule suivante :

$$Pr = Po \times Ir / Io$$

Où

Pr = prime annuelle révisée

Po = prime figurant dans l'offre

Io = indice du mois d'entrée en vigueur du contrat

Ir = indice du mois de la révision des prix

XIV. SERVICES FOURNIS DANS LES LOCAUX DU POUVOIR ADJUDICATEUR

Le contractant tiendra des réunions d'information, de conseil et/ou de suivi des dossiers dans les locaux de l'adjudicateur à Bruxelles et à Luxembourg ou d'autres sièges des Institutions dont les fréquences seront fixées d'un commun accord entre les parties, ou de manière ad hoc en fonction des sujets à traiter.

Le contractant sera par ailleurs invité à participer activement à des événements organisés périodiquement par les Institutions européennes dans leurs locaux au bénéfice de l'ensemble du personnel quand elles concerneront également le domaine des assurances.

Lesdits événements pourront se tenir dans différents lieux d'affectation, principalement toutefois, à Bruxelles et à Luxembourg.

XV. LANGUE DE TRAVAIL

Les langues de travail des Institutions européennes sont le français, l'anglais et l'allemand. Pour le présent contrat, la langue usuelle de travail est le français.

XVI. DIVERS

XIV.1 Le contractant informe sans délai le pouvoir adjudicateur de toute modification de sa situation (financière, technique, juridique ou organisationnelle) ou toute condamnation (pénale ou administrative).

XIV.2 Pour l'exécution du contrat, les personnes formellement indiquées par le pouvoir adjudicateur sont les seuls interlocuteurs pour le contractant. Celui-ci n'acceptera aucune demande émanant d'une autre personne sans l'accord préalable des responsables indiqués dans le contrat.

EXTRAIT DU RÈGLEMENT N° 31 (C.E.E) 11 (C.E.E.A.)

fixant le statut des fonctionnaires et le régime applicable aux autres agents de la Communauté économique européenne et de la Communauté européenne de l'énergie atomique

[...]

CHAPITRE 2

Sécurité sociale*Article 72*

1. Dans la limite de 80 % des frais exposés, et sur la base d'une réglementation établie d'un commun accord par les autorités investies du pouvoir de nomination des institutions de l'Union après avis du comité du statut, le fonctionnaire, son conjoint, lorsque celui-ci ne peut pas bénéficier de prestations de même nature et de même niveau en application de toutes autres dispositions légales ou réglementaires, ses enfants et les autres personnes à sa charge au sens de l'article 2 de l'annexe VII, sont couverts contre les risques de maladie. Ce taux est relevé à 85 % pour les prestations suivantes: consultations et visites, interventions chirurgicales, hospitalisation, produits pharmaceutiques, radiologie, analyses, examen de laboratoire et prothèses sur prescription médicale à l'exception des prothèses dentaires. Il est porté à 100% en cas de tuberculose, poliomyélite, cancer, maladie mentale et autres maladies reconnues de gravité comparable par l'autorité investie du pouvoir de nomination, ainsi que pour les examens de dépistage et en cas d'accouchement. Toutefois, les remboursements prévus à 100 % ne s'appliquent pas en cas de maladie professionnelle ou d'accident ayant entraîné l'application de l'article 73.

Le partenaire non marié d'un fonctionnaire est considéré comme son conjoint au titre du régime d'assurance maladie si les trois premières conditions prévues à l'article 1^{er}, paragraphe 2, point c), de l'annexe VII sont remplies. Les autorités investies du pouvoir de nomination des institutions peuvent, par la réglementation visée au premier alinéa, confier à l'une d'entre elles l'exercice du pouvoir de fixer les règles régissant le remboursement des frais selon la procédure prévue à l'article 110.

Le tiers de la contribution nécessaire pour assurer cette couverture est mis à la charge de l'affilié sans que cette participation puisse dépasser 2 % de son traitement de base.

1 bis. Le fonctionnaire qui cesse définitivement ses fonctions et qui n'exerce pas d'activité professionnelle lucrative, peut demander, au plus tard dans le mois qui suit la cessation de ses fonctions, de continuer à bénéficier pendant une période de six mois au maximum après la cessation de ses fonctions de la couverture contre les risques de maladie prévue au paragraphe 1. La contribution visée au paragraphe précédent est calculée sur le dernier traitement de base du fonctionnaire et supportée à raison de la moitié par celui-ci.

Par décision de l'autorité investie du pouvoir de nomination, prise après avis du médecin-conseil de l'institution, le délai d'un mois pour l'introduction de la demande ainsi que la limitation de 6 mois prévue à l'alinéa précédent ne s'appliquent pas au cas où l'intéressé est atteint d'une maladie grave ou prolongée, contractée avant la cessation de ses fonctions et déclarée à l'institution avant l'expiration de la période de 6 mois prévue à l'alinéa précédent, à condition que l'intéressé se soumette au contrôle médical organisé par l'institution.

1 ter. Le conjoint divorcé d'un fonctionnaire, l'enfant qui a cessé d'être à charge du fonctionnaire ainsi que la personne qui a cessé d'être assimilée à l'enfant à charge au sens de l'article 2 de l'annexe VII, et qui n'exercent pas d'activité professionnelle lucrative, peuvent continuer à bénéficier pendant une période d'un an au maximum de la couverture contre les risques de maladie prévue au paragraphe 1, au titre d'assurés du chef de l'affilié dont ils obtenaient le bénéfice de ces remboursements; cette couverture ne donne pas lieu à perception d'une contribution. La période susvisée court à compter soit de la date à laquelle le divorce est devenu définitif, soit à compter de la perte de la qualité d'enfant à charge ou de personne assimilée à l'enfant à charge.

2. Le fonctionnaire resté au service de l'Union jusqu'à l'âge de la retraite ou titulaire d'une allocation d'invalidité

bénéficiaire après la cessation de ses fonctions des dispositions prévues au paragraphe 1. La contribution est calculée sur la base de la pension ou de l'allocation.

Le titulaire d'une pension de survie résultant du décès d'un fonctionnaire en activité ou resté au service de l'Union jusqu'à l'âge de la retraite ou d'un titulaire d'une allocation d'invalidité bénéficie des mêmes dispositions. La contribution est calculée sur la base de la pension de survie.

2 bis. Bénéficiaire également des dispositions prévues au paragraphe 1, à condition qu'ils n'exercent pas d'activité professionnelle lucrative:

i) l'ancien fonctionnaire titulaire d'une pension d'ancienneté ayant quitté le service de l'Union avant l'âge de la retraite,

ii) le titulaire d'une pension de survie, résultant du décès d'un ancien fonctionnaire ayant quitté le service de l'Union avant l'âge de la retraite.

La contribution visée au paragraphe 1 est calculée sur la pension de l'ancien fonctionnaire avant application, le cas échéant, du coefficient de réduction prévu à l'article 9 de l'annexe VIII du statut.

Toutefois, le titulaire d'une pension d'orphelin ne bénéficie qu'à sa demande des dispositions du paragraphe 1. La contribution est calculée sur la base de la pension d'orphelin.

2 ter. S'agissant du titulaire d'une pension d'ancienneté ou d'une pension de survie, la contribution visée aux paragraphes 2 et 2 bis ne peut être inférieure à celle calculée sur le traitement de base de grade AST 1, premier échelon.

2 quater. Le fonctionnaire licencié conformément à l'article 51, non titulaire d'une pension d'ancienneté, bénéficie également des dispositions prévues au paragraphe 1 à condition qu'il n'exerce pas d'activité professionnelle lucrative et qu'il supporte pour moitié la contribution calculée sur son dernier traitement de base.

3. Si le montant des frais non remboursés pour une période de douze mois dépasse la moitié du traitement mensuel de base du fonctionnaire ou de la pension versée, un remboursement spécial est accordé par l'autorité investie du pouvoir de nomination, compte tenu de la situation de famille de l'intéressé, sur la base de la réglementation prévue au paragraphe 1 ci-dessus.

4. Le bénéficiaire est tenu de déclarer les remboursements de frais perçus ou auxquels il peut prétendre au titre d'une autre assurance-maladie, légale ou réglementaire, pour lui-même ou pour l'une des personnes couvertes de son chef.

Dans la mesure où l'ensemble des remboursements dont il pourrait bénéficier viendrait à dépasser les sommes de remboursement prévues au paragraphe 1 ci-dessus, la différence sera déduite du montant à rembourser au titre du paragraphe 1, sauf en ce qui concerne les remboursements obtenus au titre d'une assurance-maladie complémentaire privée destinée à couvrir la partie des frais non remboursable par le régime d'assurance-maladie de l'Union.

Article 73

1. Dans les conditions fixées par une réglementation établie d'un commun accord des autorités investies du pouvoir de nomination des institutions de l'Union, après avis du comité du statut, le fonctionnaire est couvert, dès le jour de son entrée en service, contre les risques de maladie professionnelle et les risques d'accident. Il participe obligatoirement, dans la limite de 0,1 % de son traitement de base, à la couverture des risques de la vie privée. Les risques non couverts sont précisés dans cette réglementation.

2. Les prestations garanties sont les suivantes:

a) En cas de décès:

Paiement aux personnes énumérées ci-après d'un capital égal à 5 fois le traitement de base annuel de l'intéressé calculé sur la base des traitements mensuels alloués pour les douze mois précédant l'accident:

— au conjoint et aux enfants du fonctionnaire décédé, conformément aux dispositions du droit de succession applicable au fonctionnaire; le montant à verser au conjoint ne peut toutefois être inférieur à 25 % du capital;

— à défaut de personnes de la catégorie visée ci-dessus, aux autres descendants, conformément aux dispositions du droit de succession applicable au fonctionnaire;

— à défaut de personnes des deux catégories visées ci-dessus, aux ascendants, conformément aux dispositions du droit de succession applicable au fonctionnaire;

— à défaut de personnes des trois catégories visées ci-dessus, à l'institution;

b) En cas d'invalidité permanente totale:

Paiement à l'intéressé d'un capital égal à huit fois son traitement de base annuel calculé sur la base des traitements mensuels alloués pour les douze mois précédant l'accident;

c) En cas d'invalidité permanente partielle:

Paiement à l'intéressé d'une partie de l'indemnité prévue à l'alinéa b) ci-dessus, calculée sur la base du barème fixé par la réglementation prévue au paragraphe 1 ci-dessus.

Dans les conditions fixées par cette réglementation une rente viagère peut être substituée aux paiements prévus ci-dessus.

Les prestations énumérées ci-dessus peuvent être cumulées avec celles qui sont prévues au chapitre 3 ci-dessous.

3. Sont en outre couverts, dans les conditions fixées par la réglementation prévue au paragraphe 1 ci-dessus, les frais médicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation, chirurgicaux, de prothèse, de radiographie, de massage, d'orthopédie, de clinique et de transport, ainsi que tous les frais similaires nécessités par l'accident ou la maladie professionnelle.

Toutefois, ce remboursement n'interviendra qu'après épuisement et en supplément de ceux que le fonctionnaire percevra par application des dispositions de l'article 72.

Le Régime Commun d'Assurance Maladie Invalidité – RCAM (Statutaire)

RÉGLEMENTATION COMMUNE

relative à la couverture des risques de maladie des fonctionnaires des Communautés européennes

L'INSTITUTION,

vu le statut des fonctionnaires des Communautés européennes ainsi que le régime applicable aux autres agents de ces Communautés, fixés par le règlement (CEE, Euratom, CECA) n° 259/19681 et modifiés en dernier lieu par le règlement (CE, Euratom) n° 723/20042, et notamment l'article 72 dudit statut et l'article 28 dudit régime,

vu la réglementation relative à la couverture des risques de maladie des fonctionnaires des

Communautés européennes, et notamment son article 30, vu l'avis du comité du statut, vu l'avis du comité de gestion de l'assurance maladie,

considérant qu'il appartient aux institutions des Communautés européennes d'arrêter, d'un commun accord, une réglementation relative à la couverture des risques de maladie applicable aux fonctionnaires de ces Communautés,

vu le commun accord des institutions des Communautés européennes¹

A ARRÊTÉ LA PRÉSENTE RÉGLEMENTATION:

¹ La présente réglementation a été arrêtée par toutes les institutions dont le commun accord a été constaté par le président de la Cour de justice des Communautés européennes le 24 novembre 2005.

PREMIÈRE PARTIE
DISPOSITIONS GÉNÉRALES TITRE I
OBJET

Article premier

En application de l'article 72 du Statut, il est institué un Régime d'assurance maladie commun aux institutions des Communautés européennes (RCAM). Ce régime garantit aux bénéficiaires, dans les limites et conditions prévues dans la présente Réglementation et dans les dispositions générales d'exécution adoptées sur la base de son article 52, le remboursement des frais exposés par suite de maladie, d'accident ou de maternité, ainsi que le versement d'une indemnité de frais funéraires.

Les bénéficiaires sont les affiliés et les personnes assurées de leur chef.

Les références faites aux institutions dans la présente Réglementation s'entendent également comme faites aux agences communautaires.

TITRE II LES AFFILIÉS
CHAPITRE 1
DISPOSITIONS COMMUNES

Article 2

Affiliation

1. Sont affiliés au présent régime:

- le fonctionnaire,
- l'agent temporaire,
- l'agent contractuel dans la mesure où il n'a pas demandé le maintien de sa couverture assurance maladie dans le pays dans lequel il a été couvert pour la dernière fois selon les dispositions prévues à l'article 112 du Régime applicable aux autres agents.

2. Sont affiliées au présent régime et aux conditions fixées par leur régime pécuniaire les personnes suivantes, qu'elles soient en activité ou après cessation de leurs fonctions:

- le président, les vice-présidents et les membres de la Commission,
- le président, les juges, les avocats généraux et le greffier de la Cour de justice,
- le président, les membres et le greffier du Tribunal de première instance,
- le président et les membres de la Cour des comptes,
- le médiateur de l'Union européenne,
- le contrôleur et le contrôleur adjoint européen de la protection des données.

3. Sont affiliés au présent régime:

- les anciens fonctionnaires, agents temporaires, bénéficiaires d'une pension d'ancienneté,
- les anciens agents contractuels bénéficiaires d'une pension d'ancienneté à condition d'avoir été employés pendant plus de trois ans en qualité d'agent contractuel,
- les bénéficiaires d'une pension d'invalidité ou d'une allocation d'invalidité,
- les personnes ayant cessé définitivement leurs fonctions en vertu des règlements 259/68, 2530/721, 1543/732, 2150/823, 1679/854, 3518/855, 2274/876, 1857/897, 2688/958, 2689/959,
- les personnes ayant cessé définitivement leurs fonctions en vertu des règlements 1746/0210, 1747/0211 et 1748/0212 du Conseil pour autant qu'elles ne bénéficient pas de revenus d'une activité professionnelle lucrative,

- les bénéficiaires d'une pension d'ancienneté anticipée ou différée à condition de n'exercer aucune activité professionnelle lucrative,
- les fonctionnaires, agents temporaires ou agents contractuels en situation de congé de convenance personnelle, à leur demande et à condition de n'exercer aucune activité professionnelle lucrative.

4. Sont affiliés au présent régime:

- le conjoint survivant ou le partenaire reconnu survivant titulaire d'une pension de survie,
- le conjoint survivant ou le partenaire reconnu survivant d'une personne visée au paragraphe 2 et aux conditions fixées par le régime pécuniaire de celle-ci,
- le conjoint divorcé survivant titulaire d'une pension de survie,
- le titulaire d'une pension d'orphelin à sa demande ou celle de son représentant légal lorsqu'il ne peut être couvert du chef d'un affilié.

-
- 1 JO L 272 du 5.12.1972, p. 1.
 - 2 JO L 155 du 11.6.1973, p. 1.
 - 3 JO L 288 du 4.8.1982, p. 1
 - 4 JO L 162 du 21.6.1985, p. 1.
 - 5 JO L 335 du 13.12.1985, p. 56.
 - 6 JO L 209 du 31.7.1987, p. 1.
 - 7 JO L 181 du 28.6.1989, p. 2.
 - 8 JO L 280 du 23.11.1995, p. 1.
 - 9 JO L 280 du 23.11.1995, p. 4.
 - 10 JO L 264 du 2.10.2002, p. 1.
 - 11 JO L 264 du 2.10.2002, p. 5.
 - 12 JO L 264 du 2.10.2002, p. 9.

Article 3

Contribution

1. Ce montant de la contribution au présent régime s'élève à 5,1% du traitement de base, de la pension d'ancienneté, de la pension ou allocation d'invalidité, de la pension de survie ou d'orphelin, de l'indemnité prévue aux règlements 1746/2002, 1747/2002 et 1748/2002 du Conseil et ce, à raison d'un tiers à la charge de l'affilié et des deux tiers à charge des institutions et organes concernés.

S'agissant du titulaire d'une pension d'ancienneté ou d'une pension de survie, la contribution ne peut être inférieure à celle calculée sur le traitement de base afférent au grade 1, premier échelon¹.

2. En cas de congé parental ou familial à plein temps, la totalité de la contribution est calculée sur le dernier traitement de base et est supportée par l'institution ou l'organe concerné.

En cas de congé parental ou familial à mi-temps, la contribution supportée par l'institution ou l'organe concerné est calculée sur la différence entre le traitement de base intégral et le traitement de base réduit en proportion.

Pour la part du traitement de base effectivement versé, la contribution de l'affilié est calculée en appliquant les mêmes pourcentages que s'il travaillait à plein temps.

3. En cas de travail à temps partiel, la contribution est calculée sur le traitement de base intégral de l'affilié selon la répartition prévue au paragraphe 1.

4. En cas de congé de convenance personnelle, l'affilié peut rester couvert par le présent régime à condition de supporter la contribution au présent régime à raison de la moitié calculée sur le dernier traitement de base actualisé afférent à son échelon dans son grade pendant la première année du congé et à raison de la totalité à partir de la deuxième année.

5. En cas de congé pour service militaire, l'affilié n'est pas couvert par le présent régime. Toutefois les personnes assurées de son chef demeurent couvertes dans les conditions suivantes:

- dans le cas visé à l'article 42, deuxième alinéa, du Statut sans que l'affilié ait à verser de contribution;
- dans le cas visé à l'article 42, troisième alinéa, du Statut pour autant que l'affilié verse sa contribution calculée sur le dernier traitement de base actualisé afférent à son échelon dans son grade.

Article 4

Affiliation obligatoire à un autre régime d'assurance maladie

Lorsqu'un fonctionnaire, agent temporaire ou agent contractuel est affecté dans un pays où, en vertu de sa législation, il est assujéti à un régime obligatoire d'assurance contre les risques de maladie, les cotisations dues à ce titre sont versées intégralement à charge du budget de l'institution dont relève l'intéressé. Dans ce cas, l'article 22 est applicable.

1 Pour la période du 1er mai 2004 au 30 avril 2006: grade D*1, premier échelon.

CHAPITRE 2 DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES APPLICABLES AUX FONCTIONNAIRES

Article 5

Détachement sans rémunération

Le fonctionnaire qui se trouve dans la position de détachement sans rémunération, prévue à l'article 39, sous f., du Statut, peut rester couvert par le présent régime jusqu'à sa démission d'office, pour autant qu'il supporte la totalité de la contribution calculée sur le traitement de base actualisé afférent à son échelon dans son grade.

Article 6

Disponibilité et retrait d'emploi

1. Le fonctionnaire bénéficiaire d'une indemnité prévue aux articles 41 ou 50 du Statut peut rester couvert par le présent régime à condition:

- de n'exercer aucune activité professionnelle lucrative
- et de supporter la contribution au présent régime à raison d'un tiers calculée sur le dernier traitement de base actualisé afférent à son échelon dans son grade.

Le fonctionnaire peut de nouveau être couvert par le présent régime sur demande écrite à la cessation de toute activité professionnelle lucrative dûment justifiée.

2. Le fonctionnaire ne jouissant ni d'une indemnité prévue aux articles 41 ou 50 du Statut ni d'une pension peut rester couvert par le présent régime à condition:

- de n'exercer aucune activité professionnelle lucrative
- et de supporter la contribution au présent régime à raison de la moitié calculée sur le dernier traitement de base actualisé afférent à son échelon dans son grade pendant les six premiers mois et à raison de la totalité à partir du 7^{ème} mois.

Le fonctionnaire peut de nouveau être couvert par le présent régime sur demande écrite à la cessation de toute activité professionnelle lucrative dûment justifiée.

Article 7

Cessation définitive des fonctions

Le fonctionnaire ayant cessé définitivement ses fonctions peut rester couvert par le présent régime pendant une période maximale de six mois à condition:

- de n'exercer aucune activité professionnelle lucrative
- et de supporter la contribution au présent régime à raison de la moitié calculée sur le dernier traitement de base actualisé afférent à son échelon dans son grade.

La demande de couverture doit être formulée avant la fin du premier mois suivant la date de la cessation définitive des fonctions.

Ces conditions ne s'appliquent pas en cas de maladie grave ou prolongée contractée avant la cessation des fonctions et déclarée à l'institution avant l'expiration de la période de six mois prévue au premier alinéa, à condition que l'intéressé se soumette au contrôle médical organisé par l'institution.

Article 8

Perte de rémunération

Le fonctionnaire qui perd le bénéfice de sa rémunération en cas d'absence irrégulière ou de mesure disciplinaire peut, sur demande écrite dans le mois suivant la date de la décision, rester couvert par le présent régime à condition de verser la contribution à raison d'un tiers calculée sur le dernier traitement de base actualisé afférent à son échelon dans son grade.

Article 9

Licenciement pour insuffisance professionnelle

Le fonctionnaire bénéficiant d'une indemnité prévue à l'article 51 du Statut peut rester couvert par le présent régime pendant la durée de versement de celle-ci, à condition:

- de n'exercer aucune activité professionnelle lucrative,
- et de supporter la contribution au présent régime à raison de la moitié, calculée sur le dernier traitement de base actualisé afférent à son échelon dans son grade.

CHAPITRE 3

DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES APPLICABLES AUX AGENTS TEMPORAIRES ET AUX AGENTS CONTRACTUELS

Article 10

Démission – fin de contrat

L'agent ayant démissionné ou en fin de contrat peut rester couvert par le présent régime pendant une période maximale de six mois à condition:

- de justifier ne pas pouvoir obtenir de remboursement au titre d'une autre assurance maladie légale ou réglementaire,
- et de supporter la contribution au présent régime à raison de la moitié calculée sur le dernier traitement de base actualisé afférent à son échelon dans son grade.

La demande de couverture doit être formulée avant la fin du premier mois suivant la date de la démission ou de la fin du contrat.

Ces conditions ne s'appliquent pas en cas de maladie grave ou prolongée contractée avant la cessation des fonctions et déclarée à l'institution avant l'expiration de la période de six mois prévue au premier alinéa, à condition que l'intéressé se soumette au contrôle médical organisé par l'institution.

Article 11

Chômage

L'agent bénéficiant des allocations de chômage communautaires est couvert par le présent régime pendant la durée de versement de celles-ci.

Cette couverture de nature complémentaire ne donne pas lieu à contribution.

L'agent peut être couvert à titre primaire par le présent régime sur demande écrite dûment justifiée en cas d'impossibilité de couverture par un autre régime d'assurance maladie légale ou réglementaire.

TITRE III
LES ASSURÉS DU CHEF DES AFFILIÉS CHAPITRE 1
LE CONJOINT ET LE PARTENAIRE RECONNU

Article 12

Assurés

Sont assurés du chef de l'affilié, suivant les conditions fixées aux articles 13 et 14:

- le conjoint de l'affilié, pour autant qu'il ne soit pas lui-même affilié au présent régime,
- le partenaire reconnu de l'affilié même si la condition prévue à l'article 1er, paragraphe 2, point c), sous iv), de l'annexe VII du Statut n'est pas remplie,
- le conjoint ou le partenaire reconnu, en situation de congé de convenance personnelle telle que prévue au Statut.

Article 13

Couverture primaire

L'assuré est couvert à titre primaire par le présent régime s'il ne dispose pas de revenus propres d'origine professionnelle ou si le niveau trop faible de ces derniers ne lui permet pas d'être couvert par un autre régime obligatoire d'assurance maladie légale ou réglementaire.

Sont considérés comme revenus d'origine professionnelle, tous salaires, traitements, honoraires, émoluments, allocations, indemnités ou pensions découlant d'une activité professionnelle présente ou antérieure, à l'exclusion des allocations ou indemnités pour frais.

Article 14

Couverture complémentaire

1. Si l'assuré dispose de revenus d'origine professionnelle, il peut être couvert à titre complémentaire par le présent régime à condition:

- que ses revenus annuels imposables, avant déduction de l'impôt et après déduction des cotisations sociales et des frais professionnels, ne soient pas supérieurs au traitement de base d'un fonctionnaire de grade 2 au premier échelon¹ affecté du coefficient correcteur fixé pour le pays dans lequel les revenus sont perçus,
- et qu'il soit couvert globalement contre les mêmes risques en application de toutes autres dispositions légales ou réglementaires.

2. Afin que l'assuré puisse continuer de bénéficier de la couverture complémentaire du présent régime, l'affilié est tenu de fournir chaque année avant la fin du premier semestre, la preuve des revenus perçus par son conjoint ou son partenaire reconnu, au titre de l'année fiscale ou calendrier précédent.

3. L'affilié est tenu de signaler tout changement intervenu dans la situation professionnelle de son conjoint ou de son partenaire reconnu pouvant entraîner d'éventuelles modifications dans les droits à couverture au titre du présent régime.

Article 15

Divorce - fin de partenariat

1. Le conjoint divorcé d'un affilié ou son partenaire reconnu dont le statut de partenaire non matrimonial est rompu peut être couvert par le présent régime pendant une période maximale de douze mois à compter de la date

officielle du divorce ou de la rupture du partenariat et à condition de ne pas exercer une activité professionnelle lucrative.

2. En cas de décès de l'affilié, si le partenaire reconnu, assuré de son chef, ne peut bénéficier d'une pension de survie, il reste couvert au titre du présent régime dans les conditions prévues au paragraphe 1.

1 Pour la période du 1er mai 2004 au 30 avril 2006: grade C*2, premier échelon.

CHAPITRE 2
LES PERSONNES À CHARGE
Article 16

Enfant à charge

1. L'enfant à charge au sens de l'article 2 de l'annexe VII du Statut est couvert par le présent régime.

Si l'enfant à charge peut bénéficier d'une prise en charge des soins médicaux au titre d'un autre régime d'assurance maladie légale ou réglementaire, le régime commun intervient à titre de régime complémentaire.

2. La limite d'âge et les exceptions à la reconnaissance de la qualité d'enfant à charge sont définies à l'article 2, paragraphe 3, point b), et paragraphe 5 de l'annexe VII du Statut.

3. L'enfant à charge n'est pas couvert par le présent régime pendant la période de son service militaire ou civil.

La couverture de cet enfant peut être accordée au-delà de 26 ans pour une période maximale de douze mois s'il n'exerce aucune activité professionnelle lucrative.

Article 17

Autres personnes à charge de l'affilié

La personne reconnue à charge de l'affilié au sens de l'article 2, paragraphes 4, de l'annexe VII du Statut peut être couverte par le présent régime à condition de ne pas pouvoir être couverte par un autre régime d'assurance maladie légale ou réglementaire.

Article 18

Prorogation

S'il n'exerce aucune activité professionnelle lucrative, le bénéficiaire peut rester couvert par le présent régime pendant une durée de douze mois maximum à compter:

- de la date à laquelle il perd la qualité d'enfant à charge ou de personne assimilée à enfant à charge;
- de la date à laquelle il perd le droit à la pension d'orphelin.

DEUXIÈME PARTIE REMBOURSEMENT
TITRE I
PRINCIPE

Article 19

Libre choix

1. Les bénéficiaires du présent régime ont le libre choix du médecin et des établissements de soins.

2. Le principe du libre choix n'implique pas automatiquement le remboursement des frais de transport ou de déplacement ainsi occasionnés; les règles de remboursement de ce type de frais sont fixées dans les dispositions générales d'exécution.

3. Le libre choix ne s'applique aux bénéficiaires de la complémentarité qu'après avoir recouru aux possibilités du régime primaire.

TITRE II RÈGLES

Article 20

Règles générales de remboursement

1. Dans le but de sauvegarder l'équilibre financier du Régime commun d'assurance maladie et dans le respect du principe de couverture sociale qui inspire l'article 72 du Statut, des plafonds de remboursement de certaines prestations peuvent être fixés dans les dispositions générales d'exécution.

Si les frais exposés par l'affilié sont inférieurs au plafond, le remboursement est calculé sur la base du montant exposé.

2. Pour les prestations pour lesquelles aucun plafond de remboursement n'est fixé, la partie des frais considérés comme excessifs au regard des coûts normaux dans le pays où les frais ont été exposés ne donne pas lieu à remboursement. La partie des frais considérés comme excessifs est déterminée au cas par cas par le Bureau liquidateur après avis du médecin conseil.

3. Les frais relatifs aux traitements considérés comme non fonctionnels ou non nécessaires par le Bureau liquidateur, après avis du médecin conseil, ne donnent pas lieu à remboursement.

4. Les frais relatifs à des prestations non prévues par les dispositions générales d'exécution de la présente réglementation peuvent être remboursés à 80% après avis du médecin conseil du Bureau liquidateur. Cette information est portée régulièrement à la connaissance des affiliés.

5. Afin d'assurer un traitement égal des prestations liquidées dans n'importe lequel des États membres de l'Union européenne, des coefficients d'égalité sont arrêtés au moins tous les deux ans par le Collège des chefs d'administration, après avis du Comité de Gestion. Ces coefficients sont portés à la connaissance des affiliés.

6. Conformément à l'article 72, paragraphe 1, du Statut, les frais sont remboursés à 100% en cas de tuberculose, poliomyélite, cancer, maladies mentales et autres maladies reconnues de gravité comparable par l'autorité investie du pouvoir de nomination après avis du médecin conseil du Bureau liquidateur.

Cet avis est émis sur la base des critères généraux fixés dans les dispositions générales d'exécution après consultation du Conseil médical.

Les frais liés aux examens de dépistage prévus dans les dispositions générales d'exécution et les frais d'accouchement sont également remboursés à 100%.

Toutefois, dans le but de sauvegarder l'équilibre financier du régime et dans le respect du principe de couverture sociale qui inspire l'article 72 du Statut, certaines prestations peuvent, à titre exceptionnel, faire l'objet de plafonds spéciaux de remboursement fixés dans les dispositions générales d'exécution.

7. Les remboursements prévus à 100% ne s'appliquent pas en cas de maladie professionnelle ou d'accident ayant entraîné l'application de l'article 73 du Statut.

Article 21

Règles particulières de remboursement de prestations hors Union européenne

1. Les frais exposés dans un pays hors Union européenne où les coûts sont particulièrement élevés,

font l'objet d'une réduction par application d'un coefficient d'assiette remboursable permettant d'appliquer les taux de remboursement sur un montant de frais rendus comparables à la moyenne des coûts dans les pays de l'Union européenne.

Ces coefficients sont établis sur la base d'indices officiels du coût de la santé comparables entre les différents pays. Ils sont révisés périodiquement et portés à la connaissance des affiliés.

2. Le coefficient d'assiette remboursable n'est pas appliqué si le montant à rembourser sur les frais exposés est inférieur ou égal au plafond de remboursement prévu à l'article 20, paragraphe 1, et à l'article 20, paragraphe 6, quatrième alinéa.

3. S'il n'existe pas de traitement médical équivalent au sein de l'Union européenne, en cas d'urgence médicale ou pour des affiliés pensionnés vivant dans un tel pays, un remboursement complémentaire est versé permettant d'atteindre un remboursement effectif de 50% du total des frais réellement exposés si, après l'application de ce coefficient d'assiette remboursable, la partie des frais non remboursés par le régime excède 50% du total des frais réellement exposés.

Ce remboursement complémentaire ne s'applique pas aux prestations soumises aux plafonds de remboursement prévus à l'article 20, paragraphe 1, et à l'article 20, paragraphe 6, quatrième alinéa.

4. En cas de maladie grave prévue à l'article 20, paragraphe 6, et s'il n'existe pas de traitement médical équivalent au sein de l'Union européenne, le coefficient d'assiette remboursable n'est pas appliqué par le Bureau liquidateur, après avis du médecin conseil requis sur l'autorisation préalable.

Article 22

Remboursements perçus au titre d'un autre régime d'assurance maladie

1. Lorsqu'un affilié ou une personne assurée de son chef peut prétendre à des remboursements de frais au titre d'une autre assurance maladie légale ou réglementaire, l'affilié est tenu:

- a) d'en faire la déclaration auprès du Bureau liquidateur;
- b) de demander ou, le cas échéant, de faire demander par priorité le remboursement garanti par l'autre régime.

Toutefois s'il y a obligation de cotisation à deux régimes, les affiliés au présent régime peuvent choisir le régime auquel ils s'adresseront pour le remboursement des prestations dont ils ont bénéficié, sachant que le régime commun intervient à titre de régime complémentaire pour les cas où il n'intervient pas comme régime primaire;

c) de joindre à chaque demande de remboursement introduite au titre du présent régime un relevé original et détaillé, accompagné de pièces justificatives, des remboursements que l'affilié ou la personne assurée de son chef a obtenus au titre de l'autre régime.

2. Le Régime commun intervient à titre de régime complémentaire dans le remboursement des prestations pour autant que l'autre régime soit intervenu préalablement pour les prestations couvertes par celui-ci.

Si une prestation n'est pas couverte par le régime primaire mais que celle-ci est couverte par le régime commun, ce dernier interviendra à titre primaire.

3. Si l'ensemble des remboursements dont bénéficie l'affilié ou une personne assurée de son chef, dépasse le remboursement prévu par le présent régime, la différence est déduite du montant à

rembourser par celui-ci.

Les remboursements obtenus au titre d'une assurance maladie complémentaire privée destinée à couvrir la partie non remboursable des frais par le présent régime ne sont pas inclus dans ce calcul.

Article 23

Exclusion du remboursement de certains frais

1. Lorsque, suite à l'examen médical d'engagement, un agent temporaire ou un agent contractuel est exclu du bénéfice du remboursement de certains frais, conformément à l'article 28, deuxième alinéa, et à l'article 93 du régime applicable aux autres agents, le résultat de cet examen est communiqué au médecin conseil du Bureau liquidateur; le médecin conseil précise au Bureau liquidateur les prestations dont les frais ne donnent pas lieu à remboursement.

2. À l'expiration d'une période de deux ans à partir de la date d'engagement de l'agent temporaire ou de l'agent contractuel, l'autorité habilitée à conclure des contrats d'engagement au nom de l'institution dont relève l'intéressé peut lever la décision d'exclusion si, de l'avis du médecin conseil de l'institution, la maladie ou l'infirmité n'est pas réapparue ou n'a pas présenté de suites exceptionnelles au cours de ladite période.

Article 24

Remboursement spécial

1. Des remboursements spéciaux peuvent être accordés au titre de l'article 72, paragraphe 3, du

Statut sur la partie des frais non remboursés et pour autant que ces frais ne dépassent pas:

- 50% du coût correspondant à 100% des plafonds de remboursement prévus à l'article 20, paragraphe 1, et à l'article 20, paragraphe 6, quatrième alinéa;
- et, pour les prestations non plafonnées, 50% du montant correspondant à 100% des dépenses effectivement remboursées selon les taux en vigueur, à l'exclusion du remboursement complémentaire prévu à l'article 21, paragraphe 3, et après application de l'article 20, paragraphe 2, et/ou de l'article 21, paragraphe 1.

Le seuil de dépassement de 50% est calculé après application éventuelle du coefficient d'égalité prévu à l'article 20, paragraphe 5.

Certaines prestations faisant l'objet d'un plafond de remboursement prévu à l'article 20, paragraphe 1, et à l'article 20, paragraphe 6, quatrième alinéa, peuvent ne pas être prises en compte dans la détermination du remboursement spécial. La liste de ces prestations est fixée dans les dispositions générales d'exécution de la présente réglementation.

2. Lorsque la partie non remboursée des frais considérés comme non excessifs et rentrant dans le champ d'application des dispositions générales d'exécution de la présente Réglementation et exposés par l'affilié pour lui-même et pour les personnes assurées de son chef dépasse, au cours d'une période de douze mois, la moitié de la moyenne des revenus mensuels de base d'origine statutaire perçus pendant ladite période, le remboursement spécial prévu à l'article 72, paragraphe 3, du Statut est déterminé de la manière suivante:

la partie non remboursée des frais précités qui dépasse la moitié de la moyenne des revenus mensuels de base d'origine statutaire est remboursée aux taux de:

- 90% lorsqu'il s'agit d'un affilié sans personne assurée de son chef;
- 100% dans les autres cas.

3. Dans le cas des affiliés qui n'ont plus droit à un traitement ou une indemnité, l'assiette du remboursement spécial est calculée sur la base de la moitié du dernier traitement mensuel de base perçu ou de la dernière indemnité mensuelle perçue.

4. Lorsque deux conjoints ou partenaires reconnus sont tous deux affiliés au présent régime, ils ont de commun accord la faculté d'opter pour le cumul des parties non remboursées de leurs frais de maladie sous réserve:

- que celui-ci se fasse dans le chef du conjoint ou partenaire affilié ayant le revenu statutaire de base le plus élevé;
- que l'autre conjoint ou partenaire renonce à l'introduction séparée d'une demande de remboursement spécial;
- que la période de douze mois prise en considération soit la même pour les deux conjoints ou partenaires.

5. La décision relative à toute demande de remboursement spécial est prise:

- soit par l'autorité investie du pouvoir de nomination de l'institution dont relève l'intéressé, sur la base d'un avis du Bureau liquidateur émis conformément aux critères généraux arrêtés par le Comité de Gestion après consultation du conseil médical, relatifs au caractère éventuellement excessif des frais exposés;
- soit par le Bureau liquidateur, sur la base des mêmes critères, s'il a été désigné à cet effet par ladite autorité.

Article 25

Indemnité forfaitaire pour frais funéraires

Les personnes suivantes bénéficient d'une indemnité forfaitaire pour frais funéraires, dont le montant est fixé par les dispositions générales d'exécution de la présente réglementation:

a) en cas de décès d'une personne assurée de son chef ou dans le cas d'un enfant mort-né:

l'affilié;

b) en cas de décès de l'affilié: le conjoint, le partenaire reconnu, les enfants ou, à défaut, toute autre personne qui justifie du paiement des frais funéraires.

TITRE III PROCÉDURES

Article 26

Enregistrement

1. Les bénéficiaires sont enregistrés, d'une part, auprès du Bureau central et, d'autre part, auprès d'un Bureau liquidateur.

2. Les bénéficiaires qui résident dans un pays dans lequel un Bureau liquidateur a été créé sont en principe enregistrés auprès de ce bureau.

Les bénéficiaires qui résident dans un pays dans lequel aucun Bureau liquidateur n'a été créé sont enregistrés auprès d'un Bureau liquidateur désigné par le Bureau central.

Article 27

Autorisation préalable

Lorsqu'en vertu de la présente Réglementation, le remboursement des frais ne peut être effectué qu'après autorisation préalable, la décision est prise par l'autorité investie du pouvoir de nomination ou par le Bureau liquidateur désigné par celle-ci, selon la procédure suivante:

- a) la demande d'autorisation préalable, accompagnée d'une prescription et/ou d'un devis du dentiste ou du médecin traitant, est présentée par l'affilié au Bureau liquidateur qui, le cas échéant, en saisit le dentiste conseil ou le médecin conseil; dans ce cas, ce dernier transmet son avis au Bureau liquidateur dans un délai de deux semaines;
- b) le Bureau liquidateur statue sur la demande s'il a été désigné à cet effet ou transmet son avis et, le cas échéant, celui du dentiste conseil ou du médecin conseil à l'autorité investie du pouvoir de nomination pour décision. L'affilié est informé immédiatement de la décision;
- c) les demandes de remboursement de frais résultant de prestations soumises à autorisation ne seront pas prises en considération si l'autorisation n'a pas été demandée préalablement aux prestations. Une exception peut être faite dans les cas d'urgence médicalement justifiée et reconnue comme telle par le médecin conseil du Bureau liquidateur.

Article 28

Demande de remboursement

Les demandes sont introduites par les affiliés auprès des bureaux liquidateurs au moyen de formulaires unifiés accompagnés de pièces justificatives originales; dans le cas des demandes de remboursement complémentaire prévues à l'article 22, il y a obligatoirement lieu de joindre une copie de la facture originale acquittée accompagnée d'un relevé détaillé original des remboursements perçus au titre d'un autre régime.

Article 29

Divorce et rupture de partenariat

Sous réserve qu'il soit couvert par le présent régime, le conjoint divorcé ou le partenaire reconnu dont le statut de partenaire non matrimonial est rompu peut introduire directement pour lui-même et, le cas échéant, pour les enfants dont il a la garde, les demandes d'autorisation préalable et de remboursement de frais, aux mêmes conditions que celles figurant aux articles 27 et 28.

Article 30

Avances

1. Des avances peuvent être octroyées aux affiliés pour leur permettre de faire face à des dépenses importantes. Elles sont attribuées principalement sous la forme d'une prise en charge en cas d'hospitalisation.
2. Les avances sur frais médicaux sont récupérées, soit sur toute somme due à l'affilié au titre du présent régime, soit sur la rémunération ou la pension, soit sur toute somme due à l'affilié par son institution, soit sur la pension de survie suite au décès de l'affilié. Toutefois, le responsable du Bureau central, après avoir informé le comptable de la Commission, peut renoncer au recouvrement d'un solde "avance" en application de l'article 73 du Règlement financier:

- soit si l'incidence financière en jeu est minime par rapport au coût administratif de l'opération,
- soit en cas d'impossibilité de récupération, notamment à la suite du décès d'un affilié.

3. La régularisation de l'avance doit intervenir en principe au plus tard trois ans après la date d'octroi de l'avance.

Article 31

Subrogation

Lorsque la cause d'un accident ou d'une maladie est imputable à un tiers, les Communautés sont, dans la limite des obligations découlant pour elles de la présente Réglementation, subrogées de plein droit à la victime ou à ses ayants droit dans leurs actions contre le tiers responsable, conformément à l'article 85 bis du Statut.

Article 32

Déchéance

1. Sauf en cas de force majeure dûment établi, l'affilié est déchu de son droit aux prestations lorsqu'il n'a pas demandé le remboursement des frais exposés pour lui-même ou pour une personne assurée de son chef dans la période de dix-huit mois qui suit la date des prestations.

2. Les demandes de remboursement spécial visé à l'article 24 sont à introduire dans un délai de douze mois à compter de la date de remboursement des frais de la dernière prestation comprise dans la période de douze mois considérée.

Article 33

Répétition de l'indu

En application de l'article 85 du Statut, toute somme indûment perçue donne lieu à répétition si le bénéficiaire a eu connaissance de l'irrégularité du versement ou si celle-ci était si évidente qu'il ne pouvait manquer d'en avoir connaissance.

Article 34

Fraude

Sans préjudice de l'article 33, l'affilié ou le bénéficiaire qui a obtenu ou tenté d'obtenir frauduleusement le remboursement de prestations pour lui-même ou pour une personne assurée de son chef est déchu automatiquement du droit au remboursement de ces prestations et s'expose à des sanctions disciplinaires.

Article 35

Voies de recours

1. Toute personne visée à la présente réglementation dispose des voies de recours prévues au titre VII du Statut.

2. Avant de prendre une décision sur une réclamation introduite sur la base de l'article 90, paragraphe 2, du Statut, l'autorité investie du pouvoir de nomination ou, selon le cas, le Conseil d'administration doit demander l'avis du Comité de Gestion.

Celui-ci peut charger son président de prendre les mesures permettant d'obtenir un complément d'informations. Lorsque le conflit est d'ordre médical, le Comité de Gestion, peut, avant de se prononcer, demander l'avis d'un médecin expert. Les frais d'expertise sont à charge du régime commun.

Le Comité de Gestion doit se prononcer dans un délai de deux mois à compter de la réception de la demande d'avis. Cet avis est transmis simultanément à l'autorité et à l'intéressé.

À défaut d'avis du Comité de Gestion dans ce délai, l'autorité investie du pouvoir de nomination ou, selon le cas, le Conseil d'administration peut arrêter sa décision.

TROISIÈME PARTIE ORGANISATION DU RÉGIME TITRE I PRINCIPES

Article 36

Organes

Le fonctionnement du présent régime est assuré par un Comité de Gestion, un Bureau central, des bureaux liquidateurs et un conseil médical.

Article 37

Secret médical

Les agents affectés aux Bureaux liquidateurs et au Bureau central, les Membres du Comité de gestion et toute personne participant aux réunions du Comité de gestion sont astreints au secret médical quant aux informations et/ou pièces dont ils ont connaissance à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions.

Ils restent soumis à cette obligation après avoir cessé leurs fonctions auprès desdits bureaux ou au sein du Comité de Gestion.

TITRE II FONCTIONNEMENT DES ORGANES

Article 38

Comité de Gestion

1. Le Comité de Gestion est composé des membres titulaires suivants:
 - quatre représentants de la Commission désignés par l'autorité investie du pouvoir de nomination,
 - un représentant de chacune des autres institutions désigné par l'autorité investie du pouvoir de nomination concernée,
 - un représentant des agences communautaires désigné d'un commun accord par les autorités investies du pouvoir de nomination concernées,
 - quatre représentants du personnel de la Commission désignés par le comité central du personnel de cette institution,
 - un représentant du personnel de chacune des autres institutions désigné par le comité du personnel concerné,
 - un représentant du personnel des agences communautaires désigné d'un commun accord par les comités du personnel concernés.
2. Sont également désignés des membres suppléants dans les mêmes conditions que celles visées au paragraphe 1.

3. Les mandats des membres titulaires et des membres suppléants couvrent une période de deux ans. Ils sont renouvelables.
4. Chaque membre titulaire, ou en son absence le membre suppléant, a voix délibérative.
5. Le Comité de Gestion arrête son règlement intérieur à la majorité des deux tiers des membres ayant voix délibérative.

Le règlement intérieur prévoit notamment les modalités relatives à:

- l'élection du président,
- l'organisation, la convocation et la périodicité des réunions,
- la désignation éventuelle d'un comité préparatoire des réunions,
- la désignation des personnes qui peuvent participer aux réunions du Comité sans voix délibérative,
- les règles régissant ses délibérations et l'émission de ses avis.

6. Le Comité de Gestion est chargé:

- a) de veiller à l'application uniforme de la présente Réglementation et d'adresser aux institutions toute suggestion ou recommandation utile à cet effet;
- b) d'examiner la situation financière du présent régime et d'adresser aux institutions toute suggestion ou recommandation utile à cet effet;
- c) d'établir un rapport annuel détaillé sur la situation financière du présent régime et de le transmettre avant le 1er juillet aux institutions et à leurs comités du personnel;
- d) le cas échéant, de proposer ou de recommander à la Commission l'adoption ou la modification des dispositions générales d'exécution de la présente Réglementation et toute mesure nécessaire au bon fonctionnement du présent régime ainsi que de présenter des propositions quant au montant du fonds de roulement nécessaire au fonctionnement du régime;
- e) de donner des avis dans les cas visés par la présente Réglementation;
- f) le cas échéant, d'émettre son avis sur toute question relevant, directement ou indirectement, de l'application des dispositions statutaires en matière de couverture des risques de maladie;
- g) d'émettre son avis sur le niveau des contributions et prestations prévues, notamment en cas de variation sensible des coûts des soins médicaux.

7. Les travaux du Comité de Gestion sont secrets.

Article 39

Bureau central

1. Le Bureau central est rattaché à la Commission.
2. Il est chargé:
 - a) de coordonner et de contrôler les travaux assurés par les bureaux liquidateurs;
 - b) de veiller à l'application uniforme des règles de liquidation des prestations;

- c) d'assurer le secrétariat du Comité de Gestion;
- d) de procéder à toute étude statistique ou analyse nécessaire au bon fonctionnement du présent régime, afin de permettre au Comité de Gestion d'avoir une vue précise de l'importance, de la répartition et de l'évolution des risques couverts et d'émettre l'avis prévu à l'article 38, paragraphe 6, point g);
- e) en liaison avec les Bureaux liquidateurs, de négocier, dans la mesure du possible, avec les représentants du corps médical et/ou les autorités, associations et établissements compétents, des accords fixant les taux applicables aux bénéficiaires, compte tenu des conditions locales et, le cas échéant, des barèmes déjà en vigueur, tant du point de vue médical que du point de vue hospitalier;
- f) de négocier, dans la mesure du possible, avec les régimes primaires des États membres, des accords généraux visant à simplifier les procédures applicables aux bénéficiaires du présent régime.

Article 40

Bureaux liquidateurs

1. Les Bureaux liquidateurs sont créés ou supprimés par la Commission, là où elle le juge nécessaire, notamment eu égard aux lieux d'affectation des fonctionnaires.
2. La création ou la suppression d'un Bureau liquidateur auprès d'une autre institution ne peut avoir lieu qu'avec l'accord de celle-ci et après avis du Comité de Gestion.
3. Les agents des Bureaux liquidateurs exercent les attributions prévues par la présente

Réglementation conformément aux directives et sous le contrôle du Chef du Bureau central.

4. Des médecins et dentistes conseils sont attachés à chaque Bureau liquidateur et chargés des tâches dévolues dans la présente Réglementation et ses dispositions générales d'exécution.

La fonction de médecin conseil attaché aux bureaux liquidateurs est incompatible avec celle de médecin conseil d'une institution.

5. Chaque Bureau liquidateur est chargé:
 - a) de recevoir et de liquider les demandes de remboursement des frais présentées par les affiliés enregistrés auprès de ce bureau et d'exécuter les paiements y afférents;
 - b) de demander, dans les cas prévus par la présente Réglementation ainsi que dans le cas où des questions de nature médicale se rapportant à la liquidation des prestations sont soulevées par le Comité de Gestion ou par le Bureau central, l'avis du médecin conseil qui peut, le cas échéant, recueillir l'avis du médecin conseil de l'institution concernée;
 - c) d'instruire les dossiers de demandes d'autorisation préalable et d'y donner la suite appropriée;
 - d) d'émettre les avis prévus à la présente Réglementation;
 - e) d'assurer le secrétariat des médecins conseils.

Article 41

Conseil médical

Le Comité de Gestion est assisté d'un Conseil médical composé d'un médecin conseil par institution et des médecins conseils de chaque Bureau liquidateur.

Le Conseil médical peut être consulté par le Comité de Gestion ou le Bureau central sur toute question de nature médicale qui se poserait dans le cadre du présent régime. Il se réunit à la demande du Comité de Gestion ou du Bureau central ou à la demande d'un des médecins conseils des bureaux liquidateurs et émet son avis dans le délai qui lui est indiqué.

QUATRIÈME PARTIE DISPOSITIONS FINANCIÈRES TITRE I GESTION

Article 42

Contributions

Les institutions et les organismes à vocation communautaire concernés versent chaque mois, sur les comptes du Régime commun d'assurance maladie, au plus tard huit jours après le paiement des rémunérations, indemnités et allocations assujetties à la contribution au présent régime, leurs propres contributions ainsi que celles des affiliés.

Article 43

Ordonnancement et contrôle

1. L'exécution des recettes et des dépenses du Régime commun d'assurance maladie s'effectue, par analogie, en conformité avec les dispositions prévues dans le Règlement financier applicable au budget général des Communautés européennes et en particulier son article 60.
2. Les recettes et les paiements ordonnancés par les Bureaux liquidateurs et le Bureau central font l'objet d'une vérification ex ante par des agents distincts de l'agent ayant initié l'opération.
3. Le Bureau central procède ou fait procéder à des contrôles ex post en vue de
 - s'assurer de la légalité et de la régularité des opérations effectuées par les Bureaux liquidateurs et du respect des principes de bonne gestion financière,
 - s'assurer, le cas échéant en collaboration avec les auditeurs internes des institutions, de la correspondance entre les contributions versées par les institutions et les recettes encaissées à ce titre par le RCAM;
4. Le Bureau central informe le Comité de Gestion sur les dispositifs de contrôle interne et sur les résultats des contrôles effectués.

TITRE II COMPTABILITÉ

Article 44

Structure comptable

1. La Commission établit, à l'initiative de son comptable, une comptabilité distincte hors budget pour suivre les opérations relatives au régime.
2. À cette fin, après avis du Comité de Gestion, le comptable de la Commission arrête un plan

comptable permettant la ventilation des opérations selon leur nature et leur origine et faisant une distinction entre l'ensemble des institutions communautaires et les différents organismes à vocation communautaire.

Ce plan comptable établit une distinction entre comptes de résultat et comptes de bilan.

3. L'exercice est divisé en douze périodes comptables correspondant aux douze mois de l'année civile.

Article 45

Documents comptables

1. Toute opération relative au régime est inscrite dans un "journal".

2. À la fin de chaque période comptable sont édités par le comptable de la Commission:

- un "extrait de compte" reprenant chronologiquement l'ensemble des opérations relatives à chaque compte mouvementé avec l'indication du solde de début et de fin de période,
- des "listes par agent" mentionnant chronologiquement pour chaque compte "avance" et chaque affilié le montant des opérations non encore régularisées à la fin de la période comptable,
- une "balance générale des comptes".

3. Après la clôture du premier semestre sont édités par le comptable de la Commission, au regard des dispositions de l'article 44, paragraphe 2:

- un "compte de résultat" présentant l'ensemble des charges et produits du semestre écoulé,
- un "bilan intercalaire" mentionnant séparément le résultat relatif à l'exercice en cours et le cumul des résultats relatifs aux exercices antérieurs et portés en réserve.

Les états semestriels sont transmis par la Commission au Comité de Gestion, à l'auditeur interne de la Commission ainsi qu'aux institutions au plus tard six semaines après la fin du premier semestre.

4. Après la clôture de chaque exercice sont édités par le comptable de la Commission, au regard des dispositions de l'article 44, paragraphe 2:

- un "compte de résultat" présentant l'ensemble des charges et produits de l'exercice;
- un "bilan" mentionnant séparément le résultat relatif à l'exercice clôturé et le cumul des résultats relatifs aux exercices antérieurs et portés en réserve.

Outre les documents précités, le comptable peut être amené à éditer tout autre document comptable exigé par le Comité de Gestion.

5. Ces états financiers annuels font l'objet d'une procédure de certification des comptes comme établi dans les dispositions générales d'exécution de la présente réglementation.

6. L'ensemble des états financiers annuels accompagnés de la note de certification, est transmis par la Commission au Comité de Gestion, ainsi qu'aux autres institutions au plus tard le 1er mai de l'exercice suivant.

TITRE III
INFORMATION FINANCIÈRE ET ÉQUILIBRE FINANCIER DU RÉGIME CHAPITRE 1
INFORMATION FINANCIÈRE

Article 46

Compte de gestion

Au plus tard pour le 1er mai de chaque exercice, la Commission fournit au Comité de Gestion, à l'auditeur interne de la Commission ainsi qu'aux autres institutions un "compte de gestion" comprenant:

- un tableau synthétique de l'évolution du résultat de l'ensemble du régime sur les cinq derniers exercices, assorti d'une prévision pour l'exercice suivant,
- un tableau mentionnant de la même façon l'évolution des charges,
- un tableau mentionnant de la même façon l'évolution des recettes,
- un tableau mentionnant de la même façon l'évolution des charges et recettes moyennes par affilié.

Article 47

Analyse financière

Au terme de chaque exercice, le Bureau central établit, sous sa responsabilité, une analyse financière de la situation du Régime. Ce document est transmis au Comité de Gestion au plus tard le 1er mai de l'exercice suivant.

Sur la base de cette analyse financière et de l'ensemble des états annuels visés aux articles 45 et 46, le Comité de Gestion établit le rapport annuel visé à l'article 38, paragraphe 6, point c).

Article 48

Gestion financière

Les Chefs d'Administration, chacun au nom de l'institution qu'il représente, sur la base des documents annuels visés aux articles 45, 46 et 47 accompagnés des observations éventuelles de l'auditeur ayant procédé à la certification des comptes et du comptable de la Commission, et sur la base du rapport du Comité de Gestion visé à l'article 38, paragraphe 6, point c), prennent acte de la bonne gestion administrative effectuée par le responsable du Bureau central, dans un délai de deux ans après dépôt des états financiers annuels et du compte de gestion.

CHAPITRE 2
ÉQUILIBRE FINANCIER DU RÉGIME

Article 49

Équilibre financier

L'objectif financier du régime est d'assurer un équilibre, sur une base périodique, entre les dépenses et les recettes découlant de l'application du Régime.

Article 50

Déficit

1. Lorsque la situation comptable fait apparaître un déficit mettant en cause l'équilibre financier du Régime, ce déficit est couvert par les réserves visées à l'article 51.

2. Dès l'apparition d'un déficit structurel ou si l'évolution de la situation financière du régime laisse présager l'apparition d'un tel déficit, le Comité de Gestion saisit d'urgence les institutions, qui, après avis du comité du Statut, décident des mesures à prendre pour rétablir l'équilibre financier.

Article 51

Réserves

1. Lorsque la situation comptable fait apparaître un excédent, celui ci est inscrit au passif du bilan du régime dans un compte intitulé "Résultats mis en réserve".

2. La Commission, après avis du Comité de Gestion, place les réserves aux meilleures conditions, en tenant compte des besoins du Régime en ce qui concerne son fonds de roulement. Le Bureau central informe régulièrement les autres institutions ainsi que le Comité de Gestion du montant des sommes ainsi placées et des modalités de placement sur la base d'un rapport annuel de gestion établi par le service de la Commission en charge de la gestion de ces placements.

Les intérêts des placements constituent des recettes du régime au titre de l'exercice de leur placement.

3. Les réserves servent en premier lieu à couvrir les déficits qui peuvent survenir. Les institutions examinent périodiquement, après avis du Comité de Gestion et du Comité du Statut, l'opportunité, compte tenu notamment de l'évolution démographique des bénéficiaires, soit d'utiliser les réserves à couvrir un accroissement éventuel des risques, soit de modifier les dispositions de la présente réglementation.

Les règles régissant le remboursement des frais fixées dans les dispositions générales d'exécution peuvent également être modifiées en fonction de l'évolution de l'équilibre financier du régime selon les modalités prévues à l'article 52.

CINQUIÈME PARTIE DISPOSITIONS FINALES

Article 52

Fixation et mise à jour des règles régissant le remboursement des frais

1. En vertu de l'article 72 paragraphe 1, troisième alinéa, du Statut, les institutions délèguent à la Commission la compétence pour fixer, par des dispositions générales d'exécution, les règles régissant le remboursement des frais dans le but de sauvegarder l'équilibre financier du régime et dans le respect du principe de couverture sociale qui inspire l'article 72, paragraphe 1, premier alinéa, du Statut.

2. Les dispositions générales d'exécution sont établies après avis du Comité de Gestion et consultation du Comité du Statut.

Article 53

Révision

1. La présente Réglementation peut être révisée, dans les conditions prévues à l'article 72, paragraphe 1, premier alinéa, du Statut, sur proposition d'une institution, d'un comité du personnel ou du Comité de Gestion.

2. Toute proposition de révision de la Réglementation fait l'objet d'un avis du Comité de Gestion.

Article 54

Abrogation

La Réglementation relative à la couverture des risques de maladie des fonctionnaires des Communautés européennes, modifiée en dernier lieu le 20 janvier 1999, à l'exception de ses annexes, est abrogée.

Les annexes de la Réglementation modifiée en dernier lieu le 20 janvier 1999 sont abrogées dès l'entrée en vigueur des dispositions générales d'exécution adoptées par la Commission.

À titre transitoire, dans l'attente de l'adoption de ces dispositions, toute référence aux "dispositions générales d'exécution" dans la présente Réglementation doit être comprise comme visant les annexes de la Réglementation mentionnée à l'alinéa précédent.

Article 55

Entrée en vigueur

La présente Réglementation entre en vigueur le premier jour du mois suivant celui au cours duquel le commun accord des institutions prévu à l'article 72 paragraphe 1, premier alinéa, du Statut a été constaté par le président de la Cour de Justice des Communautés européennes.

Elle prend effet le jour dudit commun accord.
