

Extension de la couverture
pré- et
post-hospitalisation :

DÉSORMAIS

2 et 6 mois !

MEDI-BOIS

La police hospitalisation qui se dévoue  et âme
pour votre secteur

■ Qui peut s'affilier ?	p 3
■ Quand votre affiliation commence-t-elle à courir ?	p 4
■ Délai d'attente	p 4
■ Quand et comment votre affiliation prend-elle fin ?	p 5
■ Que se passe-t-il quand votre situation professionnelle change ?	p 6
■ Garanties	p 7
1. Hospitalisation	p 7
2. Avant et après l'hospitalisation	p 8
3. Maladies graves	p 9
4. Transport des malades	p 9
5. Hospitalisation à l'étranger	p 9
■ Franchise	p 10
■ Qu'est-ce que la police ne couvre pas ?	p 10
■ Règles générales de remboursement	p 11
■ Que coûte Medi-Bois ?	p 12
■ Comment êtes-vous remboursé(e) ?	p 13
1. Déclaration	p 13
2. Demande de remboursement	p 13
■ Renseignements et respect de la vie privée	p 14
■ Litiges	p 14
■ Vous posez-vous encore des questions ?	p 15
■ Formulaire de réponse	p 16

QUI PEUT S’AFFILIER ?

Medi-Bois est une assurance hospitalisation pour les travailleurs et les travailleuses du secteur “ameublement et industrie transformatrice du bois”. C’est-à-dire : les entreprises dont le numéro ONSS commence par “055”.

Il s’agit d’une assurance facultative. Vous pouvez vous affilier vous-même ainsi que votre conjoint ou partenaire cohabitant, ainsi que vos enfants célibataires habitant chez vous.

Par “partenaire cohabitant”, on entend toute personne qui n’a aucun lien de parenté avec vous. La cohabitation doit être prouvée au moyen d’une attestation du bureau de l’état civil.

Quels enfants célibataires habitant chez vous peuvent s’affilier ?

- Tous vos enfants célibataires, qu’ils habitent chez vous ou chez un ex-partenaire.
- Tous les enfants célibataires de votre conjoint ou partenaire cohabitant, à condition qu’ils habitent chez vous.
- Les enfants adoptifs ou d’accueil sont assimilés à vos propres enfants.



QUAND VOTRE AFFILIATION COMMENCE-T-ELLE A COURIR?

Votre affiliation commence à courir le jour où Vanbreda reçoit votre bulletin d'affiliation ainsi que la preuve qu'elle peut recouvrer votre prime annuelle par voie de "domiciliation".

Quand pouvez-vous vous affilier à Medi-Bois ?

- Les travailleurs/travailleuses : à partir de la date d'embauchage par un employeur qui relève de la commission paritaire 126.
- Le conjoint : à partir du jour du mariage, mais au plus tôt le jour de l'affiliation du travailleur/ de la travailleuse.
- Le partenaire cohabitant : à partir du jour de la cohabitation officielle, mais au plus tôt le jour de l'affiliation du travailleur/de la travailleuse.
- Les enfants : à partir du jour de naissance, mais au plus tôt le jour de l'affiliation du travailleur/de la travailleuse.

Les nouveau-nés sont immédiatement assurés sans délai d'attente si au moins un des parents est assuré par Medi-Bois ou si les autres enfants du ménage sont également assurés.

La naissance ou la prise en charge d'un enfant doit être signalée dans les 2 mois. Le mariage ou la cohabitation officielle doit être également signalé(e) dans les 2 mois.

Exemple : Le travailleur se marie le 15 juillet 2020 et en envoie la preuve avant le 15 septembre 2020. Dans ce cas, la conjointe est affiliée à partir du 15 juillet 2020, sans formalité médicale ni délai d'attente.

CONSEIL

Signalez toute modification de votre situation familiale le plus rapidement possible à Vanbreda.

DÉLAI D'ATTENTE

Si vous souscrivez dans les 6 mois suivant l'embauche par votre employeur :

- vous ne devrez respecter **aucun délai d'attente**.
- vous ne devrez accomplir **aucune formalité médicale**. Cela signifie que vous ne devrez répondre à aucun questionnaire médical, ni subir d'examen médical.
- les **affections médicales préexistantes** seront aussi couvertes par l'assurance (seules les hospitalisations qui ont commencé avant la date d'affiliation ne sont pas couvertes.)

Si vous souscrivez plus de 6 mois après l'embauchage par votre employeur :

- vous devrez **respecter un délai d'attente** de 3 mois en cas d'hospitalisation et de 12 mois en cas d'accouchement.
- vous devrez accomplir des **formalités médicales**. Vous recevrez un questionnaire médical que vous complétez. Les frais d'exams médicaux éventuels sont à votre charge.
- les frais **d'affections médicales préexistantes** ne seront pas couverts par l'assurance.
- la compagnie d'assurances peut refuser l'affiliation, exclure d'avance certaines affections ou exiger une surprime.

QUAND ET COMMENT VOTRE AFFILIATION PREND-ELLE FIN ?

Votre affiliation prend fin automatiquement :

- à votre décès. La police court toutefois jusqu'à l'échéance annuelle pour les membres de votre famille qui sont affiliés.
- si une personne à charge ne répond plus aux conditions d'affiliation, son affiliation individuelle prend fin à l'échéance annuelle.
Exemple : Votre enfant se marie le 23 août 2020. L'assurance prend fin à la première échéance annuelle, soit le 1er avril 2021.
- si votre contrat de travail prend fin pour quelque motif que ce soit (licenciement, rupture, préavis, etc.) et que vous n'entrez pas au service d'un autre employeur du secteur avant l'échéance annuelle. Dans ce cas, l'assurance prend fin à la prochaine échéance.
- lorsque les parties qui ont souscrit la police résilient le contrat d'assurance (les parties sont : le Fonds de Sécurité d'Existence de l'ameublement et de l'industrie transformatrice du bois, d'une part, et Allianz Assurances d'autre part).

Dans toutes ces hypothèses, les frais médicaux afférents à une hospitalisation en cours sont encore remboursés pendant une période maximale de 180 jours après la date d'échéance.

N'oubliez pas de signaler directement à Vanbreda tout changement apporté à votre situation professionnelle (nouvel employeur, RCC, ...).

CONSEIL

Vous pouvez résilier l'assurance en adressant une lettre à Vanbreda, au moins un mois avant l'échéance. Si votre lettre de résiliation parvient à Vanbreda au plus tard le 28 ou le 29 février, l'assurance prend fin le 31 mars.

L'assureur ne peut **jamais mettre fin** à votre affiliation à cause de traitements médicaux ou d'hospitalisations répétées.

Il ne peut vous refuser une intervention ou rayer votre affiliation que dans les cas suivants :

- lorsque de faux certificats sont produits ou de fausses déclarations sont faites.
- lorsque des faits qui auraient influencé la décision de l'assureur au moment de l'affiliation ont été dissimulés intentionnellement.
- lorsqu'un cas de maladie est déclaré tardivement de façon intentionnelle ou par négligence, et qu'il n'est plus clair si le cas de maladie tombe sous la garantie ou non.
- lorsque vous quittez le secteur et que vous ne le signalez pas à Vanbreda avant l'échéance.
- lorsque la prime n'est pas payée à temps.

QUE SE PASSE-T-IL QUAND VOTRE SITUATION PROFESSIONNELLE CHANGE ?

Lorsque votre contrat de travail prend fin et que vous êtes embauché(e) par un autre employeur du même secteur avant l'échéance annuelle, votre assurance continue normalement.

Lorsque votre contrat de travail prend fin et que vous **quittez le secteur**, vous pouvez souscrire un contrat individuel Allianz Assurances.

Vous devez le faire dans les deux mois suivant l'échéance (donc avant le 1^{er} juin).

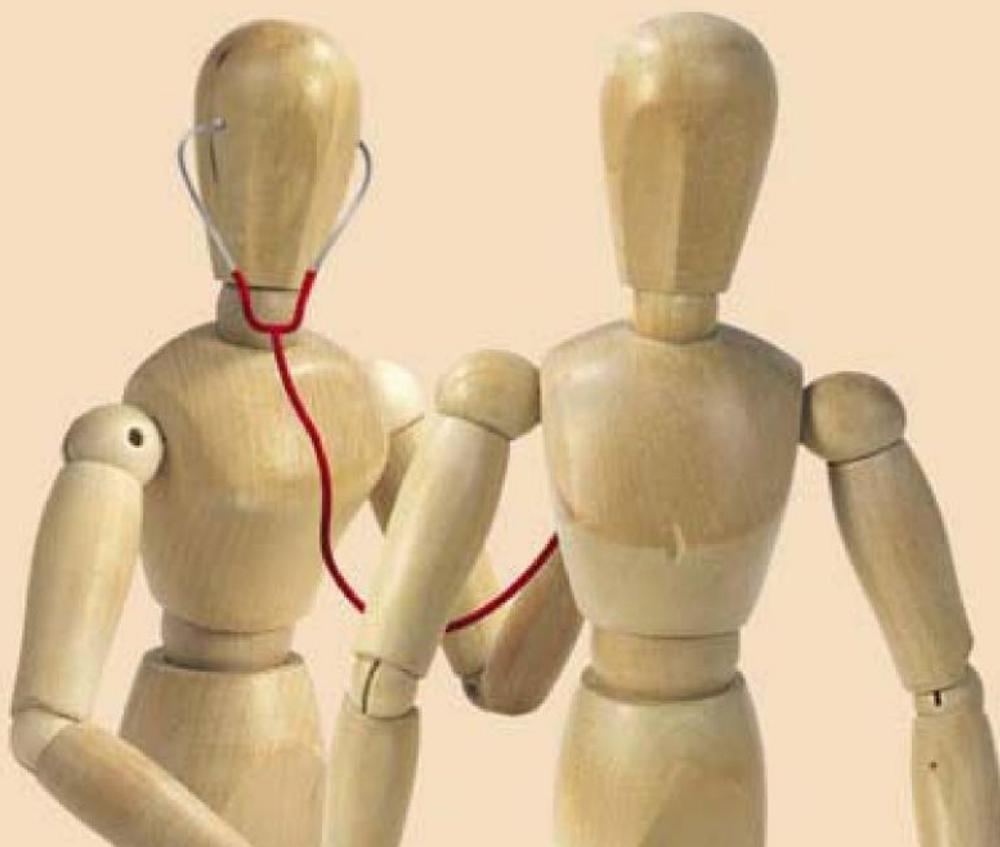
Si vous avez été affilié(e) à Medi-Bois pendant au moins trois années consécutives, **aucun délai d'attente** n'est d'application à votre nouveau contrat et vous ne devez accomplir **aucune formalité médicale**.

Attention : les primes et garanties du contrat individuel peuvent différer de celles de Medi-Bois, mais restent néanmoins intéressantes.

Si vous prenez votre **RCC ou votre pension de retraite** et que vous n'avez pas encore 65 ans, vous pouvez rester assuré(e) aux mêmes conditions.

Votre partenaire et vos enfants peuvent rester assurés également, dans la mesure où ils satisfont aux conditions d'affiliation.

Si vous, votre conjoint ou partenaire cohabitant atteignez l'âge de 65 ans, vous pouvez rester assuré(e) moyennant adaptation de la prime. A partir de l'échéance suivante (le 1^{er} avril), votre prime est portée à 501,79 euros par an (tarif au 1^{er} avril 2020).



GARANTIES DE MEDI-BOIS

L'assurance maladie obligatoire prend en charge une partie des frais d'hospitalisation. Cependant, de très nombreux suppléments et soins ne sont pas remboursés par la mutualité.

Medi-Bois intervient dans les frais supplémentaires :

- lors d'un séjour à l'hôpital, ainsi que du transport vers l'hôpital
- des soins médicaux avant et après l'hospitalisation
- des soins médicaux en cas de maladie grave.

Certains frais sont personnels ou imputables à des circonstances exceptionnelles et ne sont pas remboursés par Medi-Bois.



1. HOSPITALISATION

Qu'est-ce qu'une hospitalisation ?

Il s'agit d'un séjour à l'hôpital, qu'il s'agisse d'un séjour d'une nuit ou d'une "hospitalisation de jour".

Dans ce dernier cas, il faut toutefois avoir fait usage de la salle d'opération, de la salle de plâtrage ou d'un lit d'hôpital. Vous reconnaissez l'"hospitalisation de jour" qui entre en ligne de compte pour le remboursement lorsque la facture mentionne : forfait maxi, forfait mini ou forfait 1 jusqu'à 7 inclus, la douleur chronique de 1 jusqu'à 3 inclus.

Les séjours en salle d'attente, au service d'urgence, en chambre d'examen et en salle de consultation externe n'en font pas partie.

Qu'est-ce qui est remboursé ?

L'assureur rembourse les frais engagés au cours du séjour de l'assuré dans un hôpital, pour un traitement médicalement requis à la suite d'une maladie, d'un accident, d'une grossesse ou d'un accouchement.

L'accouchement à domicile et l'accouchement en polyclinique sont assimilés à un accouchement à l'hôpital.

Le remboursement comprend :

- les frais du séjour, c'est-à-dire le prix de la chambre, les soins administrés et les frais d'administration
- les honoraires du médecin afférents aux prestations reprises dans la nomenclature de santé de l'assurance obligatoire des soins de santé et des indemnités
- les examens et traitements repris dans la nomenclature de santé de l'assurance obligatoire des soins de santé et des indemnités
- les médicaments
- les prothèses et appareils orthopédiques en rapport direct avec la cause de l'hospitalisation
- le séjour d'un des parents dans le même hôpital que l'enfant assuré de moins de 14 ans, avec un maximum de 25 euros par jour, et un maximum de 10 jours par hospitalisation
- l'examen de mort subite du nouveau-né
- les soins palliatifs, pour autant qu'ils soient mentionnés sur la facture de l'hôpital les frais de morgue, pour autant que ces frais soient mentionnés sur la facture de l'hôpital
- le séjour du donneur d'organes ou de tissus au profit d'un assuré qui bénéficie de cette couverture, et pour autant que la transplantation soit médicalement justifiée.

Sont également indemnisés :

- les frais de transport en ambulance ou hélicoptère qui se justifient médicalement, ou pour un rapatriement nécessaire et urgent vers la Belgique
- les techniques médicales qui ne donnent pas droit à une intervention légale et les matériels médicaux qui ne donnent pas droit à une intervention légale, jusqu'au plafond de 2.500 euros par assuré(e) et par année de sinistre
- le séjour dans une clinique psychiatrique, durant une période ininterrompue ou non d'un maximum de 2 ans, à dater de la première hospitalisation donnant droit à un remboursement
- hospitalisation en cas de fécondation "in vitro" si l'AMI intervient également.

2. AVANT ET APRES L'HOSPITALISATION

Avant et après votre hospitalisation, toutes sortes d'examens et de traitements sont nécessaires. Ceux-ci coûtent également fort cher. C'est pourquoi Medi-Bois a prévu une garantie complémentaire.

Cette garantie complémentaire prévoit le remboursement des frais de soins ambulatoires médicalement nécessaires, qui sont dispensés par un médecin pendant 2 mois avant et 6 mois après l'hospitalisation couverte et qui sont repris dans la nomenclature de l'assurance maladie, ainsi que des médicaments achetés durant cette période, prescrits par un médecin et délivrés par un pharmacien.

Tous les frais avant et après l'hospitalisation sont ajoutés aux frais engagés durant l'hospitalisation, sans pour autant donner lieu à l'application d'une nouvelle franchise.

Les frais de transport du malade pendant cette période pré ou post hospitalisation ne sont toutefois pas remboursés.

Médecines douces

Sont également indemnisés : 50 % des frais d'homéopathie, de chiropraxie, d'ostéopathie et d'acupuncture à concurrence du plafond de 2.500 euros par personne assurée et par année de sinistre.

Une "année de sinistre" est la période de 12 mois qui débute le premier jour de l'hospitalisation.

3. MALADIES GRAVES

Pour **29 maladies graves**, Medi-Bois intervient dans les frais des soins médicaux.

Ces maladies sont : le SIDA, la sclérose latérale amyotrophique, le choléra, le diabète, la diphtérie, l'encéphalite, la méningite, le cancer, la poliomyélite, la leucémie, la malaria, le charbon, la mucoviscidose, la sclérose en plaques, l'affection rénale nécessitant une dialyse, la paratyphoïde, la variole, la dystrophie musculaire progressive, le tétanos, la tuberculose, la typhoïde, l'hépatite virale, le typhus exanthématique, la maladie d'Alzheimer, la maladie de Creutzfeldt-Jakob, la maladie de Crohn, la maladie de Hodgkin, la maladie de Parkinson et la maladie de Pompe.

Quels frais sont remboursés ?

Les frais ambulatoires réellement engagés pour le traitement sont remboursés.

Il s'agit de :

- tous les frais relatifs à des prestations effectuées par un médecin et qui sont reprises dans la nomenclature de l'assurance maladie obligatoire
- les médicaments achetés durant cette période, qui ont été prescrits par un médecin et délivrés par un pharmacien
- les frais d'analyses ou d'examens rendus nécessaires par la maladie
- les frais de location de toutes sortes de matériels particuliers.

Sont également indemnisés : 50 % des frais d'homéopathie, de chiropraxie, d'ostéopathie et d'acupuncture à concurrence du plafond de 2.500 euros par personne assurée et par année de sinistre.

Les frais de transport du malade ne sont pas remboursés.

4. TRANSPORT DES MALADES

Le transport des malades en ambulance ou hélicoptère est remboursé pour autant que celui-ci précède ou suive l'hospitalisation proprement dite, pour autant qu'il soit médicalement justifié ou urgent.

Le rapatriement vers la Belgique est remboursé pour autant que celui-ci soit nécessaire et urgent.

5. HOSPITALISATION A L'ETRANGER

La police est valable dans le monde entier.

En dehors de la Belgique, le remboursement est toutefois limité à un maximum de trois fois l'intervention légale (AMI).

Si aucune intervention légale n'est accordée pour l'une ou l'autre raison, le remboursement est calculé comme suit :

- les remboursements déjà reçus, de quelque nature que ce soit, sont déduits des frais engagés
- pour une hospitalisation, l'assuré reçoit au maximum 90 euros par journée d'hospitalisation
- pour les frais engagés avant et après la période d'hospitalisation, l'intervention est limitée à 50 %
- pour les soins ambulatoires relatifs à des maladies graves à l'étranger, il n'y a aucune intervention.

FRANCHISE

La franchise n'est appliquée que si vous choisissez un séjour en **chambre individuelle**.

La franchise s'élève à **400 euros** par personne et par année de sinistre. Une "année de sinistre" est la période de 12 mois après le premier jour de l'hospitalisation.

Il est question d'une hospitalisation en chambre individuelle lorsqu'au moins une journée en chambre individuelle a été facturée.

La franchise est appliquée à la somme des frais d'hospitalisation et des frais engagés pendant 2 mois avant et 6 mois après l'hospitalisation.

Il n'y a pas de franchise pour les frais relatifs à la garantie "maladies graves".

La franchise n'est due qu'une seule fois dans les situations suivantes :

- lorsque plusieurs membres d'une même famille sont impliqués dans un même accident
- les frais d'accouchement pour la mère et l'enfant, à condition que tous les membres de la famille soient assurés
- une hospitalisation ininterrompue à cheval sur 2 années de sinistre.

QU'EST-CE QUE LA POLICE NE COUVRE PAS ?

Les frais qui résultent :

- d'une guerre
- de troubles civils, d'émeutes, d'attentats, d'actes de terrorisme ou de sabotage, sauf si l'assuré n'y a pas lui-même participé
- d'un acte intentionnel de l'assuré ou d'une tentative de suicide de l'assuré
- de l'utilisation non thérapeutique de stupéfiants, de la toxicomanie, de l'alcoolisme et de l'intoxication alcoolique.

Les frais engagés pour :

- les soins ou traitements esthétiques (sauf s'ils résultent d'une maladie ou d'un accident couvert(e) par la police)
Exemple : la chirurgie esthétique après une brûlure grave est couverte.
- les traitements, techniques et matériels non scientifiquement éprouvés, les cures, additifs de bain et produits cosmétiques non couverts par l'assurance légale obligatoire
- l'assistance, la garde-malade et l'entretien de l'assuré(e)
- les frais à caractère privé : téléphone, boissons, etc.
- les traitements de fécondité, les traitements contraceptifs, l'interruption volontaire de grossesse et l'insémination artificielle*
- l'hospitalisation en cours qui a commencé avant la date d'affiliation
- les traitements dispensés avant la date d'affiliation de l'assuré(e) ou des membres de sa famille
- l'hospitalisation à l'étranger si l'assuré(e) le choisit spécifiquement

* Voir également p. 8



REGLES GENERALES DE REMBOURSEMENT

- La garantie vaut uniquement pour les frais qui sont directement en rapport avec la cause de l'hospitalisation ou avec les "maladies graves" reconnues.
- Les frais de prothèses, d'appareils orthopédiques, de lunettes prescrites par un ophtalmologue, de soins et de traitements dentaires et orthodontiques sont couverts pour autant qu'il y ait une intervention de l'assurance maladie obligatoire. En outre, l'indemnité est limitée, pour chaque prestation, à un maximum de trois fois le montant de l'intervention légale.
- Les frais des affections psychiques, psychiatriques et mentales sont remboursés durant une période d'hospitalisation ininterrompue ou non de 2 ans au maximum, à dater de la première hospitalisation donnant droit à un remboursement.
- Les interventions ne sont accordées qu'après déduction de : l'intervention légale de l'assurance maladie et de toute indemnité de n'importe quelle caisse, organisme ou institution couvrant le même risque.
- Si vous n'avez pas droit, pour quelque motif que ce soit, à l'intervention légale, on tient compte, pour le calcul de cette intervention, de l'intervention légale que vous auriez pu recevoir si vous aviez conservé votre droit à cette intervention.
- Dès que l'assureur a effectué un paiement, il est subrogé dans les droits et créances que vous auriez vis-à-vis d'un tiers (par exemple, l'assureur du conducteur responsable de l'accident de la route). Vous ne pouvez donc JAMAIS signer d'initiative, sans le consentement de Vanbreda, un document par lequel vous renoncez à vos droits.



QUE COÛTE MEDI-BOIS ?

La prime *trimestrielle* s'élève à :

- | | |
|--|-------------------------------|
| ■ pour un enfant de moins de 21 ans | 14,71 euros/trimestre |
| ■ pour un adulte de moins de 65 ans | 33,46 euros/trimestre |
| ■ pour un adulte à partir de 65 ans | 125,44 euros/trimestre |

Ces montants sont en vigueur depuis le 1^{er} avril 2011 et sont toujours applicables.

Ces primes peuvent être **indexées annuellement en fonction de l'indice médical**. S'il s'avère que les primes ne suffisent plus à rembourser tous les sinistres, elles ne peuvent être adaptées qu'après un préavis notifié par la compagnie d'assurances au Fonds de Sécurité d'Existence.

Comment la prime est-elle payée ?

Les personnes qui s'affilient durant la première quinzaine du mois (du 1^{er} au 15) paient le mois complet.

Les personnes qui s'affilient durant la deuxième quinzaine du mois, ne paient pas de prime pour ce mois-la.

La prime est perçue *chaque trimestre* à l'échéance par **domiciliation**. Cependant, l'affilié(e) peut toujours opter pour un paiement annuel.

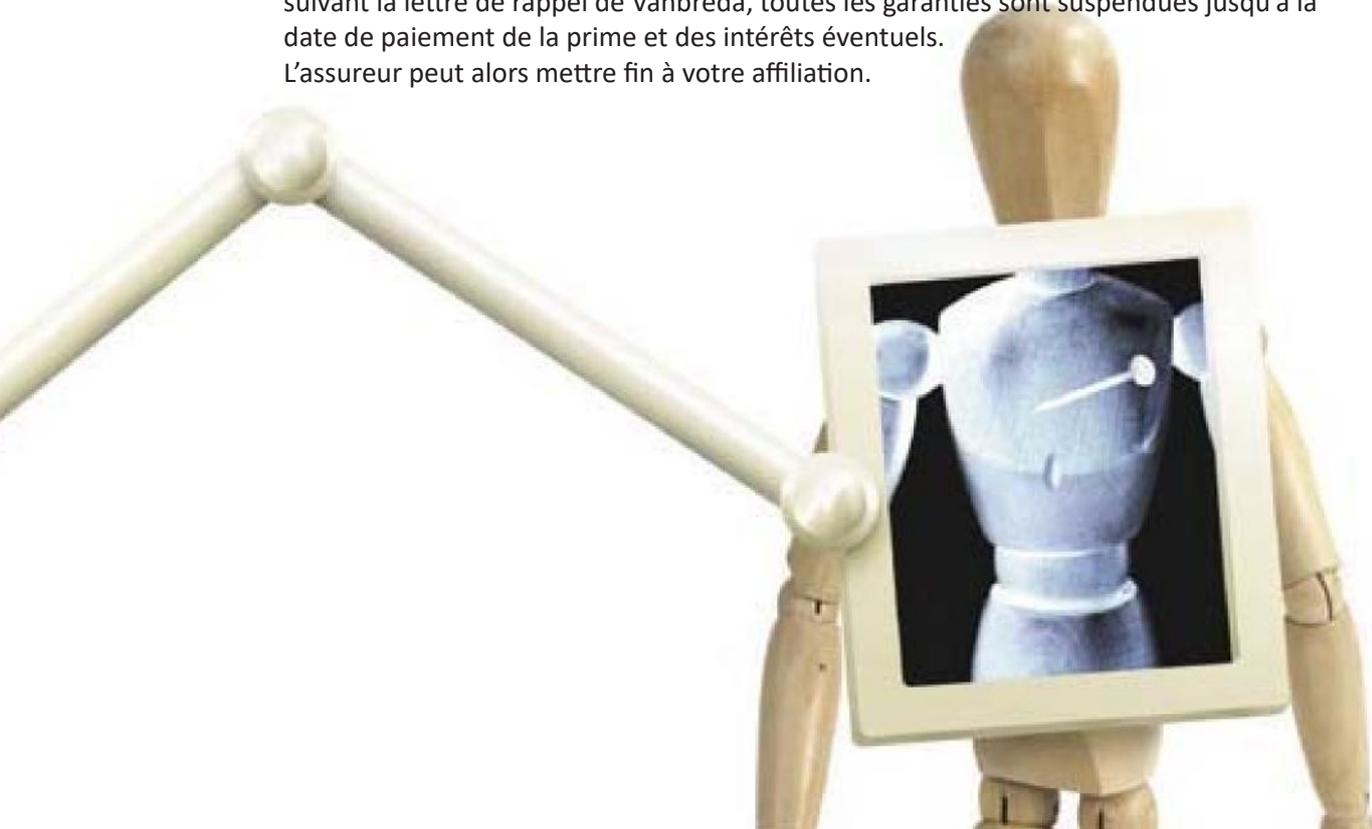
Une domiciliation est un contrat par lequel vous donnez l'autorisation à votre banque de prélever de votre compte le montant dû sur simple requête de Vanbreda. La première année d'affiliation, la prime est calculée proportionnellement au nombre de mois d'affiliation.

Dès réception de votre bulletin d'inscription, Vanbreda vous informe le plus rapidement possible du montant de la prime à payer. Dès réception de votre paiement, votre carte Medi-link vous est envoyée.

Que se passe-t-il si vous ne payez pas à temps ?

Si vous annulez la domiciliation et que vous ne payez pas votre prime dans les 15 jours suivant la lettre de rappel de Vanbreda, toutes les garanties sont suspendues jusqu'à la date de paiement de la prime et des intérêts éventuels.

L'assureur peut alors mettre fin à votre affiliation.



COMMENT SEREZ-VOUS REMBOURSE(E) ?

1. DÉCLARATION

Comment déclarer une hospitalisation (de jour) ?

- Via l'application Vanbreda Health Care
- Via le site web www.vanbreda-health.be
- Par téléphone au 03 217 69 76

Quand faire une déclaration ?

- Hospitalisation (de jour) programmée ? 15 jours avant la date d'hospitalisation
- Hospitalisation d'urgence ? Dès que possible

Que faire en cas de MALADIE GRAVE ?

- Faites une déclaration unique de votre maladie grave, accompagnée d'un rapport médical et d'un diagnostic de votre médecin traitant.
 - Comment ? Via le site web <https://www.vanbreda-health.be/fr/declaration-maladie-grave/>
 - Pourquoi ? Si le dossier de maladie grave est accepté, vos frais ambulatoires directement liés à la maladie vous seront remboursés, même s'il n'y a pas d'hospitalisation (de jour).

2. DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Comment soumettre vos frais (factures) ?

- Via l'application Vanbreda Health Care
- Via le site web www.vanbreda-health.be

Quels documents remettez-vous à Vanbreda ?

- **Facture d'hospitalisation :**
 - Avec Medi-Link : Vanbreda reçoit votre facture et la paie directement à l'hôpital.
 - Sans Medi-Link : vous recevez et payez vous-même la facture à l'hôpital. Envoyez ensuite la facture complète à Vanbreda.
- **Frais pharmaceutiques :**
 - Avec AssurPharma : faites scanner votre code-barres AssurPharma à la pharmacie et vos frais de pharmacie (attestation BVAC) sont envoyés directement par voie numérique à Vanbreda. Vous ne devez pas envoyer la version papier que vous recevez à Vanbreda.
 - Sans AssurPharma : transmettez l'attestation BVAC sous forme numérique à Vanbreda.
 - Les autres documents de la pharmacie (par exemple, les listes récapitulatives) ne sont pas acceptés pour le remboursement.
- **Services et consultations ambulatoires (spécialiste, kinésithérapeute, examen...) :**
 - Vous fournissez à Vanbreda la preuve des honoraires effectivement payés et les factures complètes et détaillées ainsi que les quittances de votre mutuelle.
 - Si vous ne recevez plus de quittances de votre mutuelle, vous pouvez obtenir auprès de votre mutuelle une liste récapitulative des prestations des prestataires de soins de santé. Cette liste ne comprend que les services fournis par les prestataires de soins de santé et **n'inclut pas les autres frais** (factures d'hospitalisation, de biologie clinique, de soins ambulatoires ou de médicaments) ni les frais déjà soumis.

Quand devez-vous envoyer vos frais ambulatoires ?

- **Frais liés à une hospitalisation (de jour) (frais pré- ou post-hospitalisation) :** après traitement de votre facture d'hospitalisation (voir ci-dessus).
- **Coûts liés à une maladie grave :** vous pouvez soumettre ces coûts directement tout au long de l'année.

RENSEIGNEMENTS ET RESPECT DE LA VIE PRIVEE

Vous devez fournir à Vanbreda tous les renseignements sur les maladies, accidents, grossesses ou accouchements qui se sont déjà produits et leurs conséquences. Vous devez donner la possibilité aux médecins désignés par Vanbreda, de recueillir des informations complémentaires et de faire des examens. Vanbreda s'engage à respecter et à protéger toutes les données qui relèvent de la vie privée.

LITIGES

Si des litiges à caractère médical surviennent entre vous et Vanbreda, nous cherchons, avant tout, un accord entre le médecin traitant et le médecin de Vanbreda. S'ils ne parviennent pas à un accord, les parties peuvent soumettre leur litige à un troisième médecin qui sera désigné comme arbitre.

Les honoraires de ce médecin-arbitre, et tous les examens spécialisés effectués pour les besoins de l'arbitrage sont supportés pour la moitié par vous et pour l'autre moitié par **Allianz Assurances**.

En cas de litige concernant les droits et obligations, seul le texte de la police fait foi. Cette brochure constitue un résumé de la police.

VOUS POSEZ-VOUS ENCORE DES QUESTIONS ?

La police d'assurance Medi-Bois a été conclue entre le **Fonds de Sécurité d'Existence de l'Ameublement et l'Industrie transformatrice du bois** et **Allianz Assurances**.

La gestion de la police a été confiée à **Vanbreda Risk & Benefits**.

Sur simple demande, nous vous envoyons la version intégrale de la police.

Callcenter : 03 217 69 77

Vous pouvez téléphoner pour obtenir des informations complémentaires ou un avis.

Nous sommes à votre disposition tous les jours ouvrables de 8 h 30 à 17 h

Spreekt u Nederlands ? Telefoon naar 03 217 69 76

Sprechen Sie Deutsch? Bitte wählen Sie 03 217 69 77

E-mail

medihout@vanbreda.be

Fax

03 235 83 51

Post

Vanbreda, Postbus 84, B-2140 Antwerpen

**VOUS SOUHAITEZ
PLUS D'INFORMATIONS ?
Appelez le 03 217 69 77**



FORMULAIRE DE RÉPONSE

Action d'affiliation Medi-Bois

Je, soussigné(e), Nom et prénom :

Date de naissance :

Adresse e-mail : Tél :

Adresse :

souhaite à partir du _____ (DD/MM/YYYY):

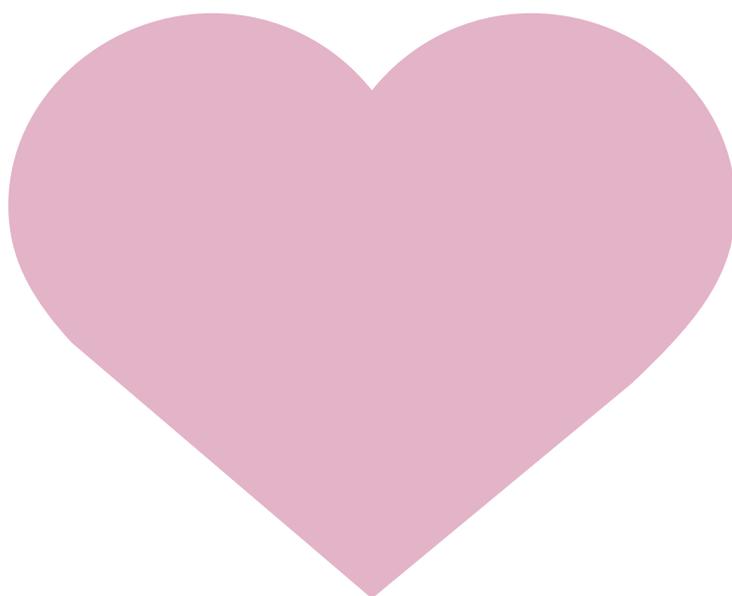
1. Affiliation du travailleur
2. Affiliation du travailleur et du partenaire
3. Affiliation du travailleur et des enfants
4. Affiliation du travailleur et de tous les membres de sa famille (partenaire + enfants)

NOM + PRÉNOM membre de la famille	DATE DE NAISSANCE	SEXE	PARTENAIRE/ ENFANT

Vous devez envoyer ce formulaire par e-mail via medihout@vanbreda.be.

Date :

Signature :



Editeur responsable: J. Daerden, President FSE -Allee Hof ter Vleest 5, 1070 Bruxelles

FGTB
Centrale Générale
Ensemble, on est plus forts



HOUTUNIE
HOUTBEWERKERS



CSC
bâtiment - industrie & énergie