



NOTA INFORMATIVA

Nº 6 – Outubro 2010



ACIDENTES – SEGURO VAN BREDA

Os funcionários no activo estão automaticamente cobertos pelo seguro de acidentes do RCAM, que cobre 100% dos riscos referentes às despesas médicas associadas ao acidente, bem como um capital invalidez e/ou um capital-morte decorrentes de um acidente.

Esta situação altera-se com a passagem à reforma. Os pensionistas não estão cobertos pelo seguro de acidente estatutário, mas pelo regime normal do RCAM, isto é, com cobertura de 85% das despesas efectuadas inerentes ao acidente e não contemplando capitais de invalidez e/ou morte.

Todavia, todos os ex-funcionários que beneficiam de uma pensão podem subscrever – até aos 80 anos de idade – um seguro facultativo de grupo, acordado entre a AIACE-Internacional e a empresa Van Breda. Este seguro pode ser também subscrito pelos cônjuges de todos os beneficiários deste seguro. Os cônjuges sobreviventes podem manter este seguro se usufruírem de uma pensão.

Todas as informações sobre este seguro podem ser obtidas no endereço seguinte:

Van Breda

<https://www.eurprivileges.com/EUR/PUBLIC/FR/BRUSSELS/AIACE/Verzekering+Ongevallen.htm>

Logo após o acidente, deve seguir-se o seguinte procedimento:

1. Avisar por telefone, e-mail ou fax a empresa Van Breda, tão rapidamente quanto possível;
2. Enviar o certificado de acidente e o relatório médico pelo correio à empresa Van Breda logo que possível;
3. Fazer fotocópias de todas as facturas e guardar;
4. Enviar o pedido de reembolso das despesas de acidente, para o "Bureau Liquidateur" de ISPRA;
5. Enviar a cópia das facturas e o original do comprovativo do reembolso pelo RCAM à empresa Van Breda.

Nota: Não deve misturar num formulário de reembolso, despesas normais e despesas de acidente.

Os formulários mencionados nesta N.I. estão transcritos nas páginas seguintes e, em melhor formato, nos documentos apensos a esta nota.

A título informativo indica-se que em Portugal, em caso de acidente, o INEM é contactado e o doente é automaticamente transportado para um hospital público. Caso não tenha possibilidade de efectuar o pedido de 'prise en charge' junto do RCAM, deve informar os serviços do hospital de que as despesas são a seu cargo. Todavia, é útil ter consigo o documento de utente da segurança social pois facilita os contactos com a administração hospitalar.

N OTE D'INFORMATION

Assurance Collective Accidents

Police AIACE – AXA Belgium n° 719.757.143

Les accidents arrivent aux moments les moins attendus. Outre les ennuis de santé, ils peuvent entraîner en plus des soucis financiers. Dans ce but, l'AIACE a conclu par l'intermédiaire du courtier d'assurances Vanbreda International, un contrat d'assurance accidents. Cette police permet de bénéficier d'une couverture accident similaire à celle pour les fonctionnaires en activité.

I. Peuvent s'affilier

- Les anciens fonctionnaires des institutions et organes de l'Union Européenne bénéficiant d'une pension ou d'une indemnité;
- leurs conjoints ou conjoints survivants à condition que ces personnes soient couvertes par le RCAM ou une autre caisse de maladie nationale ou internationale.

II. Conditions d'affiliation

- L'affiliation est possible jusqu'à l'âge de 80 ans. La limite d'âge indiquée ne s'applique que pour l'affiliation. Une fois assuré, vous bénéficiez de la couverture à vie. A partir du 75^e anniversaire, la couverture se limite pour chaque assuré à la formule A;
- l'affiliation du conjoint peut être faite à condition que l'ancien fonctionnaire soit déjà assuré ou en fasse la demande simultanément;
- le conjoint doit souscrire la même formule d'assurance que l'ancien fonctionnaire.

III. Couverture et formules d'assurance

La police couvre les accidents dans le monde entier. Par exemple: une chute pendant votre voyage, un accident de voiture, une glissade sur le trottoir, ...

Les prestations garanties en cas d'accident sont les suivantes:

1) Paiement d'un capital décès ou invalidité selon la formule choisie

Formule A • capital décès: 2,3 fois l'indemnité ou la pension annuelle du souscripteur;
• capital invalidité: 4 fois l'indemnité ou la pension annuelle du souscripteur;

Formule B • capital décès: 3,5 fois l'indemnité ou la pension annuelle du souscripteur;
• capital invalidité: 6 fois l'indemnité ou la pension annuelle du souscripteur;

Formule C • capital décès: 5 fois l'indemnité ou la pension annuelle du souscripteur;
• capital invalidité: 8 fois l'indemnité ou la pension annuelle du souscripteur.

En cas d'invalidité permanente et partielle, le capital assuré est multiplié par le pourcentage d'invalidité permanente, fixé conformément au barème du contrat d'assurance.

2) Remboursement des frais médicaux

L'assurance rembourse tous types de frais médicaux encourus suite à un accident, après intervention du RCAM ou d'une autre caisse de maladie nationale ou internationale. Par exemple: les frais d'hospitalisation, de kinésithérapie, de médicaments, ...

IV. Conditions de primes

La prime est exprimée en un pourcentage de l'indemnité ou de la pension de base et est déduite mensuellement de la pension ou de l'indemnité du souscripteur par l'administration de l'Union Européenne.

	Ancien fonctionnaire ou conjoint		Conjoint survivant	
	SANS franchise	AVEC franchise*	SANS franchise	AVEC franchise*
Formule A	0,55%	0,47%	0,61%	0,52%
Formule B	0,80%	0,68%	0,87%	0,75%
Formule C	1,06%	0,91%	1,17%	1,01%

Ces primes sont à augmenter de 9,25 % à titre d'impôts.

* Le contrat d'assurance prévoit la possibilité d'opter pour une formule avec franchise de 5% relative au capital invalidité. Cela implique qu'une invalidité permanente partielle inférieure ou égale à 5% ne donne pas droit à un capital.

V. Exemple

Couverture sous formule C SANS franchise
Pension mensuelle: 3.000,00 EUR.

• capital décès: 3.000,00 EUR x 12 mois x 5	= 180.000,00 EUR
• capital invalidité totale: 3.000,00 EUR x 12 mois x 8	= 288.000,00 EUR
• capital invalidité partielle (p.e. 10%): 3.000,00 EUR x 12 mois x 8 x 10%	= 28.800,00 EUR
• remboursement illimité des frais accidentels	
• prime: 3.000,00 EUR x 1,06%	= 31,80 EUR
+ taxes 9,25%	= 2,94 EUR
Prime totale	= 34,74 EUR par mois

VI. Procédure à suivre en cas d'accident

En cas d'accident, nous vous conseillons d'en informer le plus tôt possible le Courtier Vanbreda International en envoyant la 'Déclaration d'accident' et le 'Certificat médical'.

Pour obtenir un remboursement, les décomptes originaux doivent être accompagnés des copies des pièces justificatives afin de permettre aux assureurs de prendre connaissance du montant de leur intervention. Il est donc indispensable avant de transmettre les factures au RCAM d'en prendre des photocopies.

Si vous voulez vous affilier, veuillez remplir et signer

- la Demande d'affiliation;
- le(s) formulaire(s) Désignation des bénéficiaires

que vous trouverez en annexe et les renvoyer

soit directement à: Vanbreda International
Plantin en Moretuslei 299
2140 Antwerpen – Belgique
Tél. + 32 3 217 65 76
Fax + 32 3 271 02 47
E-mail: eurprivileges@vanbreda.com
www.eurprivileges.com

soit par le canal de: Vanbreda International
Bd Charlemagne 1 bte 9, entrée: rue Stevin 144
1041 Bruxelles – Belgique
Tél. + 32 2 230 16 60 ou + 32 2 230 17 49
Fax + 32 2 230 78 66
E-mail: europinpool@vanbreda.com

Vanbreda Risk & Benefits (Luxembourg)
Route d'Arlon 283, L-8011 Strassen
Tél. + 352 46 54 03-1
Fax + 352 46 54 04
E-mail: info@vanbreda.lu

Pour toute autre information concernant l'Assurance Collective Accidents, prière de prendre contact avec un des bureaux susmentionnés.

DEMANDE D’AFFILIATION

Assurance Collective Accidents

Police AIACE – AXA Belgium n° 719.757.143

Identité souscripteur

N M		PRÉN M	
DATE DE NAISSANCE (J - M - A)		SEXE	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
N° DE PENSION		PENSION DE BASE	EUR
ADMIS AU BÉNÉFICE	<input type="checkbox"/> D’UNE INDEMNITÉ, À PARTIR DU <input type="checkbox"/> D’UNE PENSION D’INVALIDITÉ, À PARTIR DU <input type="checkbox"/> D’UNE PENSION D’ANCIENNETÉ, À PARTIR DU		
ADRESSE PRIVÉE: RUE		N°	BTE
	C DE POSTALE	COMMUNE	
TÉLÉPHONE			

- Je déclare par la présente vouloir être couvert(e) par ladite police en qualité de
 - une personne ayant exercé, à titre principal, une activité dans une des institutions ou organes de l’Union Européenne et bénéficiant à ce titre d’une indemnité ou d’une pension;
 - mon/ma conjoint(e) survivant d’un fonctionnaire d’une des institutions ou organes de l’Union Européenne ou d’une personne visée ci-dessus, bénéficiant à ce titre d’une pension.

Je déclare par la présente vouloir assurer mon/ma conjoint(e).

N M (DE JEUNE FILLE)	PRÉN M
DATE DE NAISSANCE (J - M - A)	

J’appartenais / mon conjoint appartenait à la Commission / au Comité Economique et Social / à la Cour de Justice / au Conseil / au Parlement Européen / à la Cour des Comptes des Communautés Européennes. ⁽¹⁾

(1) Veuillez biffer la ou les mentions inutiles.

Formule choisie

<input type="checkbox"/> FORMULE AVEC FRANCHISE	<input type="checkbox"/> FORMULE A	<input type="checkbox"/> FORMULE B	<input type="checkbox"/> FORMULE C
<input type="checkbox"/> FORMULE SANS FRANCHISE	<input type="checkbox"/> FORMULE A	<input type="checkbox"/> FORMULE B	<input type="checkbox"/> FORMULE C

Autorisation de prélèvement de prime d’assurance

TAUX _____ %

J’autorise l’administration de l’Union Européenne à prélever chaque mois sur mon indemnité ou ma pension mensuelle, la prime due pour l’Assurance Collective Accidents conclue par l’AIACE, à charge d’en verser le montant au courtier Vanbreda International.

DATE _____ SIGNATURE _____

Les données communiquées peuvent être traitées par Vanbreda International SA, Plantin en Moretuslei 299, 2140 Antwerpen, Belgique, maître du fichier, en vue du service aux assurés, la gestion des polices d’assurances et des sinistres. Uniquement à cet effet, le soussigné donne son consentement spécial quant au traitement des données médicales concernant lui/elle-même et/ou les membres de sa famille. La loi relative à la protection de la vie privée à l’égard des traitements de données à caractère personnel du 8 décembre 1992 prévoit le droit d’accès et de rectification ainsi que la possibilité de consulter le registre.

ASSURANCE DE GROUPE ACCIDENTS – POLICE AXA BELGIUM 719.757.143

Déclaration d'accident**Victime**

NOM ET PRÉNOM

ADRESSE

DATE DE NAISSANCE (J - M - A)

SEXE M F

ADRESSE E-MAIL

N° TÉLÉPHONE

BANQUE ⁽¹⁾N° DE COMPTE ⁽¹⁾CODE IBAN ⁽²⁾CODE BIC ⁽²⁾⁽¹⁾ Obligatoire⁽²⁾ Obligatoire, sauf pour la Belgique**Accident**

DATE

HEURE

LIEU

DESCRIPTION DÉTAILLÉE DES CIRCONSTANCES

Caisse de maladie RCAM UE AUTRE

NOM

N° D'AFFILIATION

ADRESSE

Tiers impliqué dans l'accident (le cas échéant)

NOM ET PRÉNOM

ADRESSE

NOM COMPAGNIE D'ASSURANCE

N° DE CONTRAT

COMMISSARIAT DE POLICE

N° DE PROCÈS-VERBAL

NOMBRE PIÈCES JOINTES

 CERTIFICAT MÉDICAL FACTURES ET HONORAIRES AUTRES

FAIT À

LE

SIGNATURE

En vue d'une gestion rapide du contrat et/ou du dossier sinistre, et uniquement à cet effet, je donne par la présente mon consentement spécifique et informé quant au traitement des données médicales concernant moi-même et/ou les membres de ma famille (Article 7 de la loi belge du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée).

A envoyer à:**Vanbreda International** • P.O. Box 69 • 2140 Antwerpen • Belgique • Tél. + 32 3 217 63 07 • Fax + 32 3 235 57 17 • E-mail gp2@vanbreda.com

SA • RPM Antwerpen • TVA BE 0414 783 183 • CBFA 13799 A-R

ASSURANCE DE GROUPE ACCIDENTS – POLICE AXA BELGIUM 719.757.143

Certificat médical

A COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Victime			
NOM ET PRÉNOM			
ADRESSE			
DATE DE NAISSANCE (J - M - A)	SEXE	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
DATE DE L'ACCIDENT	DATE DES PREMIERS SOINS		
LÉSIONS CONSTATÉES			
SUITES PRÉSUMÉES			
GUÉRISON ET DATE PROBABLE			
INCAPACITÉ PERMANENTE DE +/- % (SELON BARÈME EUROPÉEN)			
CONSISTANT EN			
TRAITEMENT			
RADIOGRAPHIE	<input type="checkbox"/> NÉCESSAIRE	<input type="checkbox"/> UTILE <input type="checkbox"/> EXÉCUTÉE	
HOSPITALISATION NÉCESSAIRE	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	
LES MALADIES OU INFIRMITÉS PRÉEXISTANTES QUI ONT AGGRAVÉ LES CONSÉQUENCES DE L'ACCIDENT SONT			
L'INTERVENTION D'UN SPÉCIALISTE PARAÎT ÊTRE			<input type="checkbox"/> UTILE <input type="checkbox"/> INUTILE
OBSERVATIONS			

Médecin traitant		
NOM		
SPÉCIALISTE EN		
ADRESSE		
FAIT À	LE	SIGNATURE DU MÉDECIN

A envoyer à:

Vanbreda International • P.O. Box 69 • 2140 Antwerpen • Belgique • Tél. + 32 3 217 63 07 • Fax + 32 3 235 57 17 • E-mail gp2@vanbreda.com

SA • RPM Antwerpen • TVA BE 0414 783 183 • CBFA 13799 A-R