REGLEMENT DE SOLIDARITE CURANOVA

I. DISPOSITIONS GENERALES

Art. 1. Quel est l'objectif de ce règlement de solidarité ?

Le présent règlement fixe les droits et obligations des affiliés et/ou de leurs ayants-droit et de Curalia, organisateur du régime de solidarité décrit ci-après, et en décrit le fonctionnement.

Art. 2. Qui sont les affiliés ?

Les affiliés sont les personnes qui ont souscrit une convention sociale de pension à laquelle, conformément aux dispositions de cette convention, ce régime de solidarité est lié.

Art. 3. Qu'est-ce qu'une cotisation de solidarité ?

Les prestations de solidarité sont financées par une cotisation de solidarité prélevée sur les sommes versées sur la convention sociale de pension. La cotisation de solidarité s'élève à 10% des sommes versées avec toutefois un minimum de 100 EUR par an.
Ce minimum peut être adapté en fonction de l'index de santé en vigueur au 1er janvier.
Pour les garanties de solidarité, le paiement INAMI est considéré comme ayant lieu l'année après l'année de prestation, sans tenir compte de la date effective de paiement de l'INAMI.

Art. 4. En quoi consiste le fonds de solidarité et à quoi sert-il ?

Les cotisations de solidarité sont versées dans un fonds de solidarité, géré séparément par l'organisateur. Le fonds n'est débité que des paiements de prestations dues en exécution de ce règlement, des primes d'assurances couvrant les prestations de solidarité et des frais administratifs à concurrence de 5 % de la cotisation de solidarité.

Art. 5. Est-ce qu'il y a des formalités médicales ?

Pour que le régime de solidarité soit d'application, l'affilié est tenu de compléter le questionnaire médical joint en annexe et de le renvoyer signé à Curalia endéans les 30 jours à dater de la réception de la convention de pension. En cas de renvoi tardif du questionnaire médical, les garanties seront acquises sur base de la date du premier versement, comme précisé à l'article 6, enregistré après la réception par Curalia du questionnaire médical. Curalia se réserve le droit, après analyse du questionnaire complété, d'imposer des formalités médicales complémentaires. L'affiliation au régime de solidarité ne dépend toutefois pas du résultat de l'examen médical. Le questionnaire médical et les formalités complémentaires éventuelles ne visent qu'à évaluer correctement les prestations à charge du fonds de solidarité.

II. PRESTATIONS DE SOLIDARITE

Art. 6. Quelles sont les prestations de solidarité offertes ?

Ce régime de solidarité offre des prestations :
- en cas de décès ;
- en cas d'invalidité ;
- en cas de maternité ;
- en cas d'incapacité de travail suite à une maladie, un accident ou une complication de la grossesse ;

de l'affilié(e).

Les garanties en cas de décès, en cas d'invalidité et en cas de maternité sont acquises à dater du 1er janvier de l'année qui suit le premier versement. La garantie en cas d'incapacité de travail est acquise à dater du 1er du mois qui suit le premier versement.
Le droit aux prestations de solidarité est prolongé pour autant qu'un versement minimum de 100 EUR ait été effectué l'année précédente.
Après la suspension du droit aux garanties de solidarité en raison du non-paiement de la cotisation de solidarité minimale, l'ensemble de ces garanties ne seront acquises que pour les sinistres survenant au plus tôt le 1er janvier qui suit un nouveau versement.

Art. 7. Description de la prestation en cas de décès.

Au cas où l'affilié décède avant son 66ème anniversaire et au plus tôt le 1er janvier de l'année qui suit le premier versement, une indemnité complémentaire est versée au(x) bénéficiaire(s) en plus de l'allocation de décès prévue dans la convention de pension.
Cette indemnité est égale à la somme des cotisations que l'affilié aurait normalement encore pu verser à l'organisme de pension jusqu'à son 66ème anniversaire, soit (66 - âge au décès) x Cotisation. La cotisation prise en considération pour le calcul de cette indemnité complémentaire en cas de décès est la somme des cotisations versées au cours des trois années calendrier précédant la date du décès, sous déduction de la cotisation de solidarité, divisée par trois. En cas de

décès, l'indemnité de solidarité est exclusivement versée au conjoint ou au cohabitant légal, à défaut, aux enfants à charge à parts égales, même si un autre bénéficiaire a été nommément désigné dans la convention de pension.
L'indemnité est versée en minimum 2 tranches égales de maximum 20.000 EUR par tranche et par année. La première tranche est versée dès que les pièces justificatives pour le droit à l'allocation ont été fournies, à savoir un extrait de l'acte de décès, une attestation médicale mentionnant la cause du décès et un acte de notoriété certifiant les droits du (des) bénéficiaire(s), au cas où ceux-ci n'ont pas été cités nominativement.

Art. 8. Description de la prestation en cas d'invalidité.
Au cas où l'affilié, suite à une maladie ou un accident survenu au plus tôt le 1er janvier de l'année qui suit le premier versement, est en invalidité totale pendant plus d'un an, le fonds de solidarité prend en charge, après cette première année d'invalidité, la poursuite du paiement des cotisations de la convention de pension, tant que l'affilié est en invalidité totale jusqu'à son 66ème anniversaire ou à la date de pension avant 66 ans.
Par invalidité totale, on entend une invalidité physiologique d'au moins 67 %. Le degré d'invalidité est fixé par un expert médical désigné par Curalia.
La cotisation prise en considération pour poursuivre le financement de la constitution de la pension, est la somme des cotisations versées au cours des trois années calendrier précédant l'accident ou la maladie à l'origine de cette invalidité, divisée par trois. Pour chaque année civile, le financement de la cotisation est pris en charge proportionnellement à la durée de l'invalidité durant l'année.

Art. 9. Description de la prestation en cas de maternité.
Au cas où l'affiliée, au plus tôt le 1er janvier de l'année qui suit le premier versement, a droit à une allocation de maternité dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, le fonds de solidarité contribue au financement de la constitution de sa pension complémentaire de retraite, à concurrence de 100 EUR par accouchement.

Art. 10. Description de la prestation en cas d'incapacité de travail.
En cas de maladie, accident ou complication due à l'état de grossesse ou à l'accouchement survenant au plus tôt le mois qui suit le premier versement, et entraînant une incapacité de travail complète, l'affilié percevra une indemnité journalière pendant au maximum une année à dater du début de la maladie, de l'accident ou de la complication, après expiration d'un délai d'attente de 30 jours pendant lequel aucune indemnité n'est due. La période assurée démarre le premier jour du mois qui suit le premier versement et se termine au moment du 66ème anniversaire de l'affilié.
Par incapacité complète de travail, on entend une invalidité d'au moins 67%.
Est considéré comme un seul sinistre: l'assuré qui est frappé, dans les 3 mois après la fin d'une incapacité de travail, d'une nouvelle incapacité de travail d'au moins 67% qui résulte du même accident ou de la même maladie. Si ce délai dépasse 3 mois, il s'agit d'un nouveau sinistre et un nouveau délai d'attente de 30 jours sera appliqué.
Le montant de l'indemnité journalière est fixé en fonction de la somme des cotisations versées au cours des trois années calendrier précédant l'accident, la maladie ou la complication à l'origine de cette incapacité de travail, divisée par trois. Si ce montant est inférieur ou égal à 1000 EUR, l'indemnité journalière s'élève à 10 EUR. L'indemnité journalière augmente de 5 EUR par tranche supplémentaire de cotisation de 500 EUR. L'année du premier versement, l'indemnité journalière est de 10 EUR.
L'indemnité journalière est payable 5 jours par semaine et est versée mensuellement. Le premier paiement est effectué avec un prorata initial le dernier jour du mois au cours duquel le droit aux prestations est acquis, et le dernier au moment où le droit à l'indemnité journalière prend fin, avec un prorata final.

Art. 10 bis. Prestataires de soins récemment diplômés.
Par dérogation aux dispositions des articles 6 et 10, pour les prestataires de soins qui affectent à ce contrat la participation de l'INAMI accordée en vertu de l'art.54 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, la période assurée pour la prestation de solidarité en cas d'incapacité de travail prend effet le premier jour du mois qui suit la réception par Curalia du contrat signé par le prestataire de soins pour autant que ce contrat soit signé durant l'année de l'obtention du diplôme ou l'année calendrier suivant celle-ci.
Le droit à cette prestation de solidarité est accordé jusqu'au 31 décembre de l'année calendrier qui suit l'obtention du diplôme, même sans paiement de la cotisation de solidarité minimale.
Pendant cette période, le montant de l'indemnité journalière est de 10 EUR. En cas de versement

personnel par l'affilié pendant cette période, le montant de l'indemnité journalière déterminé conformément aux dispositions de l'article 10, est augmenté de 10 EUR.
A partir du 1er janvier de la deuxième année calendrier qui suit l'obtention du diplôme, le droit à cette prestation de solidarité et son niveau sont déterminés conformément aux dispositions des articles 6 et 10.

Art. 11. Quels sont les risques exclus ?
Ne sont pas couverts, le décès, l'invalidité ou l'incapacité de travail résultant :
- de faits décrits dans les conditions générales comme étant exclus en cas de décès ;
- d'alcoolisme, d'intoxication, d'usage abusif de médicaments ;
- d'accidents survenus en état d'ivresse ou dans un état similaire à la suite de l'usage de produits autres que des boissons alcoolisées ;
- de dépressions, de maladies mentales, de troubles mentaux ou psychiques et de leurs conséquences.
- Burn out au-delà de 24 mois

N'est pas non plus couverte, l'indemnité journalière suite à une l'incapacité de travail :
- résultant de l'usage de motocyclettes, de la participation à des concours ou à des entraînements à des fins autres que purement récréatives, d'explorations archéologiques, spéléologiques ou sous-marines, de sports de combat ou d'aviation, d'alpinisme ;
- suite à une grossesse ou un accouchement pour la partie correspondant à la durée légale du repos de maternité tenant compte du statut social de l'affilié.

Art. 12. Déclaration de sinistre.
Chaque situation donnant droit aux prestations de solidarité, doit être déclaré par écrit à Curalia (Rue des Deux Eglises 33, 1000 Bruxelles) ou par mail à solidarity@curalia.be endéans les 6 mois à dater du jour de l'accident ou du jour où la maladie s'est déclarée.
La déclaration d'une maladie ou d'un accident doit être accompagnée d'un certificat médical mentionnant :
- la date de début et la cause de l'incapacité ;
- la nature de l'affection ;
- la durée probable et le degré d'incapacité ;
- les circonstances de l'accident.

En l'absence des informations médicales demandées dans le cadre de l'invalidité, Curalia se réserve le droit de clôturer le dossier sinistre.

Art. 13. Contrôle médical en cas de sinistre.
Curalia a le droit de contrôler à tout moment l'état de santé de l'affilié.
Si le contrôle est rendu impossible par l'affilié, Curalia peut refuser la garantie ou mettre fin à la couverture.
L'affilié autorise son médecin à communiquer au médecin-conseil de Curalia les renseignements que ce dernier juge utile.

III. DISPOSITIONS FINALES

Art. 14. Que se passe-t-il en cas de rupture d'équilibre du fonds de solidarité ?
En cas de rupture de l'équilibre, le fonds de solidarité soumet à la FSMA (Autorité des Services et Marchés Financiers) un plan contenant les mesures visant à rétablir l'équilibre dans les plus brefs délais.
Au cas où le plan échoue, il sera procédé à la dissolution et la liquidation conformément aux statuts de Curalia.

Janvier 2025