



Argenta Cares 2

Algemene voorwaarden

DW18066N

Geldig vanaf
01-04-2018

Argenta Assuranties nv, afgekort "Aras nv", met maatschappelijke zetel te Belgiëlei 49-53, 2018 Antwerpen, België en ingeschreven in de Kruispuntbank van Ondernemingen onder het nummer 0404.456.148 (RPR Antwerpen, afdeling Antwerpen).

Argenta Assuranties nv – Belgiëlei 49-53 – 2018 Antwerpen
Onderneming toegelaten onder het codenummer 0858 om de verzekeringsverrichtingen van tak 2 uit te oefenen

Inhoud

Inhoud	3
Voorwoord.....	5
1. Algemeen	6
1.1. Wat verstaan wij onder deze vaak voorkomende termen?	6
1.2. Wie zijn de partijen in deze overeenkomst?	8
1.3. Wat vragen we u vooraf?	8
1.4. In welke taal communiceren we met elkaar?	9
1.5. Wanneer start en eindigt deze overeenkomst?	9
1.5.1. Wat is de startdatum van deze overeenkomst?	9
1.5.2. Wat is de looptijd van deze overeenkomst.....	9
1.5.3. Wanneer kan of zal deze overeenkomst of de verzekeringsdekking tussentijds eindigen?	9
1.5.4. Wanneer en hoe kunt u deze overeenkomst opzeggen?	10
1.5.5. Wanneer en hoe kunnen wij deze overeenkomst opzeggen?	10
1.5.6. Wat als een Verzekerde overlijdt?	11
1.6. Welke verzekeringsformules zijn er?.....	11
1.7. Hoe wordt de premie samengesteld en wanneer moet u ze betalen?	11
1.7.1. Hoe wordt uw premie samengesteld?	11
1.7.2. Hoeveel bedraagt de basispremie?	11
1.7.4. Wanneer betaalt u uw premie?	12
1.7.5. Aanpassing van de premies, vrijstellingen en prestaties.....	13
1.8. Wat als u toch niet tevreden bent?	13
2. Wanneer kunt u een beroep doen op deze hospitalisatieverzekering?	15
2.1. Hospitalisatie en Dagopname	15
2.2. Behandelingen die verzekerd zijn	15
2.3. Andere waarborgen (buiten dit contract om)	15
2.4. Wachtijd.....	16
2.4.1. Basiswaarborg en opties 1, 2, 3.....	16
2.4.2. Argenta Cares 2 Protect	16
2.4.3. Argenta Cares 2 Cover	16
2.5. Vrije keuze van arts en instelling.....	17
2.6. Kamerkeuze.....	17
2.7. Opname in het buitenland	17
3. Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?	18
3.1. Basiswaarborg	18
3.1.1. Liggeld in een Ziekenhuis	18
3.1.2. Liggeld in een psychiatrische inrichting of psychiatrische afdeling van een Ziekenhuis.....	18

3.1.3. Liggeld in een tbc-sanatorium.....	18
3.1.4. Operatiekosten	19
3.1.5. Bijkomende kosten	19
3.1.6. Tandverzorging	19
3.1.7. Esthetische behandeling.....	19
3.1.8. Ziekenvervoerkosten	19
3.1.9. Donoren	19
3.1.10. Prothesen en implantaten.....	20
3.1.11. Rooming-in.....	20
3.1.12. Vruchtbaarheidsbehandelingen	20
3.1.13. Thuisbevalling	20
3.1.14. Wiegendoodtest.....	20
3.1.15. Homeopathische geneeskundige hulp.....	20
3.2. Hoe maakt u de basiswaarborg nog completer?	20
3.2.1. Optie 1: revalidatie.....	21
3.2.2. Optie 2: verhoging van de bijkomende forfaitaire uitkering.....	21
3.2.3. Optie 3: verhoging van de tussenkomst voor prestaties buiten Nomenclatuur	21
3.2.4. Argenta Cares 2 Protect	21
3.2.5. Argenta Cares 2 Cover	21
4. Welke kosten komen niet voor vergoeding in aanmerking?	24
4.1. Niet verzekerde kosten	24
4.2. Uitsluitingen	24
5. Wat moet u doen bij hospitalisatie?	25
5.1. Berichtgeving	25
5.1.1. Berichtgeving bij opname en Dagopname	25
5.1.2. Bijzondere berichtgeving bij ernstige ziekte	25
5.2. Controle	25
5.3. Declaratie.....	25
6. Hoe en wanneer wordt u vergoed?.....	27
6.1. Nomenclatuur	27
6.2. Lidmaatschap ziekenfonds.....	27
6.3. Vergoeding	27
6.4. Uitkering.....	27
Belangenconflicten	29
Overgangsbepaling voor bestaande contracten voor 1 januari 2016	31

Voorwoord

Beste cliënt

U hebt Argenta uitgekozen voor uw hospitalisatieverzekering. Daar zijn wij best fier op. Wij danken u dan ook graag voor het gestelde vertrouwen.

Een hospitalisatieverzekering is immers onmisbaar geworden.

Jaarlijks wordt 1 op de 6 Belgen gehospitaliseerd. Vanaf 65 jaar wordt dat 1 op 4. Vanaf 70 jaar zelfs 1 op 3. Ook meer dan de helft van de gezinnen met 2 kinderen jonger dan 5 jaar krijgt te maken met een ziekenhuisopname. De kans dat u vroeg of laat met een ziekenhuisopname te maken krijgt, is met andere woorden vrij groot en stijgt bovendien naargelang uw leeftijd.

Door het hoger niveau van onze gezondheidszorg (nieuwe technieken bijvoorbeeld) stijgt bovendien ook de kost van een ziekenhuisopname.

Als gezinsverzekeraar weten wij dat verzekeringen geen gemakkelijke materie zijn. Wij hebben graag dat alles duidelijk is voor u. Daarom geven wij u vooraf een toelichting bij een aantal belangrijke termen die in deze voorwaarden gebruikt worden. Waar nodig geven wij ook voorbeelden. Zo weet u wat wij bedoelen en kunnen er geen misverstanden ontstaan.

Als u na het lezen van deze voorwaarden toch met vragen blijft zitten, zal uw kantoorhouder u graag voorthelpen.

Hoe communiceren wij met elkaar?

Alle voor u bestemde berichten bezorgen wij rechtsgeldig aan het laatst door ons gekende adres. Wilt u ons daarom elke adreswijziging onmiddellijk meedelen!

Een andere manier om rechtsgeldig met u als verzekeringnemer of als verzekerde te communiceren, is via de rekeninguittreksels van de overeengekomen financiële rekening.

Kennisgevingen aan ons, de verzekeraar, moeten gebeuren op het adres van de maatschappelijke zetel: Belgiëlei 49-53 – 2018 Antwerpen.

1. Algemeen

1.1. Wat verstaan wij onder deze vaak voorkomende termen?

A.G.A.

Met "A.G.A." wordt de Algemene Geneeskundig Adviseur bedoeld. De A.G.A. is onze adviserende arts. Hij beoordeelt de gezondheidsverklaring en de medische verslagen. Wij kunnen op elk ogenblik bij hem advies inwinnen. Hij kan zich laten bijstaan door plaatselijke medische adviseurs.

Dagopname of Daghospitalisatie

Onder "Dagopname" of "Daghospitalisatie" verstaan we een verblijf in een Ziekenhuis zonder overnachting waarvoor forfaitair een ligdagprijs wordt aangerekend.

Declaratie

Een "Declaratie" is een kostenstaat (bijvoorbeeld een ziekenhuisfactuur of een afrekening voor ziekenvervoerskosten) waarvoor in het kader van deze overeenkomst een terugbetaling wordt gevraagd.

Gezinsleden

"Gezinsleden" zijn:

- de inwonende wettige echtgeno(o)t(e) of inwonende partner van de verzekeringnemer;
- de inwonende kinderen of pleegkinderen van de Verzekeringnemer;
- de inwonende kleinkinderen van de Verzekeringnemer, op voorwaarde dat de Verzekeringnemer officieel zorg voor hen draagt;
- de niet-inwonende minderjarige kinderen van de Verzekeringnemer in geval de Verzekeringnemer gescheiden is of gescheiden leeft van de moeder of de vader van de kinderen.

Inwonen bij de Verzekeringnemer wil zeggen dat het Gezinslid zijn wettelijk hoofdverblijf heeft in dezelfde woning als de Verzekeringnemer en dat hij met hem in normaal gezinsverband samenleeft.

Nomenclatuur

Met "Nomenclatuur" wordt de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen bedoeld. De Nomenclatuur is een lijst die onderzoeken en behandelingen uitgevoerd door een erkende arts codeert. Deze onderzoeken of behandelingen worden geheel of gedeeltelijk vergoed door de ziekteverzekering. De lijst en de wijzigingen worden in het Belgisch Staatsblad gepubliceerd.

Ongeval

Een 'ongeval' is een plotselinge en onvoorziene gebeurtenis met een externe oorzaak die leidt tot een fysiek letsel.

Rooming-in

Onder "Rooming-in" verstaan we de overnachting van een persoon, ouder of begeleider op dezelfde kamer van een kind jonger dan 18 jaar of van een mentaal gehandicapte.

Twee- en meerpersoonskamers

Onder "Twee- en meerpersoonskamers" bedoelen we kamers in een Ziekenhuis voor respectievelijk twee of meer personen.

Als we op onze verzekeringsdocumenten (polisvoorwaarden, bijzondere voorwaarden,...) spreken over "meerpersoonskamers" wordt dit opgewaardeerd naar tweepersoonskamers. De terminologie meer- en tweepersoonskamers wordt dus volledig gelijk getrokken en verwijzen beide naar tweepersoonskamers.

Verzekerde(n)

De "Verzekerden" zijn de personen die gedekt worden door deze hospitalisatieverzekering. Het betreft ofwel enkel de Verzekeringnemer ofwel de Verzekeringnemer samen met bepaalde Gezinsleden. In dit laatste geval wordt de Verzekeringnemer aangeduid als de hoofdverzekerde en de Gezinsleden als de medeverzekerden. Alle Verzekerden moeten vermeld staan op het verzekeringsvoorstel en op de bijzondere voorwaarden. Is dat niet zo, dan zijn ze niet verzekerd.

De vraag of uw Gezinsleden Verzekerden zijn, en dus gedekt worden door deze hospitalisatieverzekering hangt af van de verzekeringsformule die u hebt gekozen: de formule "Individueel" of de formule "Gezin" (zie hiervoor artikel 1.6 van deze algemene voorwaarden).

Wij mogen voor elke Verzekerde afzonderlijk een tussenkomst uitsluiten voor:

- behandelingen die al opgestart zijn voor de aanvang van de verzekering,
- voorafbestaande aandoeningen of voorafbestaande ziektes.

Wij melden de aanvaarding, al dan niet met eventuele uitsluitingen in de dekking, schriftelijk aan de Verzekeringnemer via de bijzondere voorwaarden.

De overeenkomst kan enkel dekking verlenen aan natuurlijke personen die op het ogenblik van onze aanvaarding maximaal 70 jaar zijn.

Alle Verzekerden moeten hun wettige woonplaats in België hebben.

Verzekeringnemer

De "Verzekeringnemer" is de persoon die de verzekering aangaat. De Verzekeringnemer staat in voor de juistheid van de verstrekte gegevens en voor alle andere verplichtingen die voortvloeien uit het onderschrijven van deze overeenkomst.

Wachttijd

De Wachttijd is de periode waarin de Verzekeraar geen dekking zal verlenen. De Wachttijd begint te lopen op de startdatum van dit contract (zie hiervoor artikel 1.5.1 van deze algemene voorwaarden). Indien een optie toegevoegd wordt na de startdatum begint de Wachttijd voor deze optie op de startdatum van de toegevoegde optie.

Ziekenhuis

Een "Ziekenhuis" is een in België gevestigde instelling die wettelijk erkend is als ziekenhuis en die instaat voor onderzoek, behandeling en verpleging van zieken of gewonden, op voorwaarde dat deze instelling of een deel ervan geen bijzondere erkenning als rust- of verzorgingstehuis verkregen heeft.

Wij beschouwen niet als Ziekenhuis:

- revalidatiecentra,
- medisch-pedagogische instellingen,
- rustoorden en instellingen voor de loutere huisvesting van bejaarden, herstellenden of kinderen,
- afdelingen en bedden van rust- en verzorgingstehuizen, ziekenhuizen en gedeelten van ziekenhuizen die “een bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis” verkregen hebben,
- psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT's).

Ziekenhuisopname of Hospitalisatie

Onder "Ziekenhuisopname" of "Hospitalisatie" verstaan we het medisch noodzakelijk verblijf in een Ziekenhuis met overnachting waarvoor een ligdagprijs wordt aangerekend.

"Ziekenhuisopname" en "Hospitalisatie" zullen in deze algemene voorwaarden dezelfde betekenis hebben en kunnen door elkaar gebruikt worden.

1.2. Wie zijn de partijen in deze overeenkomst?

De overeenkomst wordt afgesloten tussen

- ons; dat is Argenta Assuranties nv (afgekort "Aras nv"), met maatschappelijke zetel te Belgiëlei 49-53, 2018 Antwerpen, België en ingeschreven in de Kruispuntbank van Ondernemingen onder het nummer 0404.456.148 (RPR Antwerpen, afdeling Antwerpen), hierna “de Verzekeraar” of “wij” genoemd;
- en
- u, de Verzekeringnemer.

De dekking van deze hospitalisatieverzekering geldt voor alle Verzekerden.

1.3. Wat vragen we u vooraf?

Voor we u kunnen verzekeren, vragen we u de vragen en gegevens van de gezondheidsverklaring en het verzekeringsvoorstel in te vullen, te ondertekenen en te verstrekken.

Iedere Verzekerde is verplicht de vragen en de gegevens op de gezondheidsverklaring en het verzekeringsvoorstel waarheidsgetrouw en volledig te beantwoorden. Hij moet ons alle omstandigheden meedelen die een invloed kunnen hebben op de inschatting van het te verzekeren risico.

Als een vrouwelijke Verzekerde zwanger is op het ogenblik van het indienen van het verzekeringsvoorstel, dan is zij verplicht om dit te vermelden op de gezondheidsverklaring. Er zal in geen geval dekking verleend worden voor de kosten die verband houden met deze zwangerschap en bevalling.

Alle schriftelijke vragen moeten schriftelijk beantwoord worden. Als de Verzekerde niet alle vragen schriftelijk beantwoordt, kunnen wij niet tot een overeenkomst komen. Uitzonderingen hierop zijn de open vragen, die de Verzekerde naar best vermogen moet beantwoorden.

Bij bedrieglijk opzet mogen wij de wettelijke nietigheid of verbreking van de verzekering invoeren, de prestatie weigeren en de vervallen premies behouden.

1.4. In welke taal communiceren we met elkaar?

We communiceren uitsluitend in het Nederlands of in het Frans met elkaar. Dat kunt u zelf kiezen bij het afsluiten van deze overeenkomst.

1.5. Wanneer start en eindigt deze overeenkomst?

1.5.1. Wat is de startdatum van deze overeenkomst?

De startdatum is de datum vanaf wanneer deze overeenkomst loopt. De startdatum wordt in de bijzondere voorwaarden vermeld en is ten vroegste de eerste dag van de maand die volgt op de datum waarop de bijzondere voorwaarden worden verzonden. Let op: dit wil niet noodzakelijk zeggen dat u vanaf deze startdatum gedekt bent door deze verzekeringsovereenkomst. Er kunnen immers Wachttijden van toepassing zijn. Raadpleeg hiervoor artikel 2.4 van deze algemene voorwaarden.

1.5.2. Wat is de looptijd van deze overeenkomst

Behoudens tussentijdse beëindiging of opzegging door ons of uzelf, wordt deze verzekeringsovereenkomst voor het leven van de Verzekerde aangegaan.

1.5.3. Wanneer kan of zal deze overeenkomst of de verzekeringsdekking tussentijds eindigen?

Buiten de algemene, wettelijke opzeggingsmogelijkheden (zoals de minnelijke opzegging waarbij beide partijen overeenkomen om voortijdig een einde te maken aan de overeenkomst, ...) en de wettelijke nietigheidsgronden (bedrog, dwaling, ...), kunnen wij deze overeenkomst eenzijdig opzeggen of eindigt de verzekeringsdekking automatisch in de volgende gevallen:

a) Vestiging van de Verzekerde in het buitenland

De verzekeringsdekking eindigt voor de Verzekerde automatisch op de eerste dag van de maand volgend op de maand waarin hij zich buiten België vestigt.

De verzekeringsdekking eindigt voor alle Verzekerden automatisch op de eerste dag van de maand volgend op de maand waarin de Verzekeringnemer zich buiten België vestigt.

b) Wijziging gezinsverband van de Verzekerde

De verzekeringsdekking onder deze Overeenkomst eindigt voor een verzekerd Gezinslid automatisch van zodra hij of zij geen "Gezinslid" meer is ingevolge verhuizing. Het Gezinslid heeft in dergelijk geval wel het recht om de hospitalisatieverzekering verder te zetten, zoals verder bepaald hieronder.

U brengt ons schriftelijk of elektronisch op de hoogte wanneer en naar welk adres een verzekerd Gezinslid verhuist. Dat doet u binnen dertig dagen na de verhuisdatum.

Binnen dertig dagen nadat wij van de verhuizing op de hoogte werden gebracht, doen wij het Gezinslid (en de eventuele leden van zijn gezin) een nieuw verzekeringsaanbod. In dat geval, kunnen wij niet invoeren dat het risico al verwezenlijkt is. Bijvoorbeeld: indien er zich

een schadegeval voordoet tussen de beëindiging van de vorige verzekeringsovereenkomst en het sluiten van de nieuwe verzekeringsovereenkomst, kunnen wij niet weigeren om dekking te verlenen indien u ingaat op ons nieuw verzekeringsaanbod. Wanneer de adreswijziging ons laattijdig wordt gemeld, vervalt (het recht op) het verzekeringsaanbod.

Het Gezinslid beschikt over een termijn van zestig dagen vanaf de ontvangst ervan om het verzekeringsaanbod schriftelijk of elektronisch te aanvaarden. Na deze termijn vervalt het recht om het aanbod te aanvaarden.

Als het Gezinslid het verzekeringsaanbod aanvaardt, gaat de nieuwe verzekeringsovereenkomst in op het tijdstip waarop hij het voordeel van deze overeenkomst verliest.

Als het Gezinslid het verzekeringsaanbod niet aanvaardt of als de 60 dagen termijn om zijn recht tot aanvaarding uit te oefenen is vervallen, eindigt de verzekeringsdekking van deze overeenkomst voor het betreffende Gezinslid automatisch de eerste dag van de maand volgend op de maand waarin de termijn van 60 dagen is verstreken.

1.5.4. Wanneer en hoe kunt u deze overeenkomst opzeggen?

- *jaarlijks op het einde van elke verzekeringsperiode.* U zegt deze overeenkomst minstens drie maanden voor de jaarlijkse vervalddag op. De overeenkomst eindigt dan op de jaarlijkse vervalddag.
- *telkens wanneer wij u een wijziging mededelen* van de premie, de vrijstelling, de prestaties of de voorwaarden voor het volgende verzekeringsjaar. U zegt dan deze overeenkomst op binnen drie maanden na mededeling van ons bericht van wijziging. Indien de mededeling door ons minstens 4 maanden voor de jaarlijkse vervalddag gebeurde, eindigt de overeenkomst op de jaarlijkse vervalddag. Indien de mededeling door ons minder dan 4 maanden voor de jaarlijkse vervalddag gebeurde, eindigt de overeenkomst 1 maand na de ontvangst van uw opzeggingsbrief, en ten vroegste op de jaarlijkse vervalddag.
- U bezorgt ons de opzegging in alle voorgaande gevallen met een ter post aangetekende brief, bij deurwaardersexploot of door afgifte van de opzeggingsbrief tegen ontvangstbewijs.

1.5.5. Wanneer en hoe kunnen wij deze overeenkomst opzeggen?

- Als u de premie niet betaalt op de vervalddag, mogen wij deze overeenkomst per aangetekend schrijven opzeggen, overeenkomstig de bepalingen van artikel 1.7.4. van deze algemene voorwaarden.
- Als een Verzekerde onopzettelijk informatie verzwijgt of onopzettelijk informatie onjuist meedeelt (onder andere wat betreft de informatie bedoeld in artikel 1.3) mogen wij de verzekeringsdekking per aangetekend schrijven opzeggen voor de Verzekerde waarop deze informatie betrekking heeft. Wij moeten daarbij een opzegtermijn van één maand respecteren.
Het gaat om informatie over een ziekte of een aandoening die binnen twee jaar na de aanvang van deze overeenkomst door een arts wordt vastgesteld en waarvan de symptomen zich bij het aangaan van deze overeenkomst al hadden gemanifesteerd. Als wij deze verzekeringsdekking willen opzeggen, moeten wij dat doen binnen diezelfde termijn van twee jaar. Wij kunnen er binnen deze termijn ook voor kiezen om bepaalde dekkingen uit te sluiten.
- Als u of een van de Verzekerden gegevens over het risico opzettelijk verzwijgt of opzettelijk onjuist meedeelt en wij daardoor misleid werden bij de beoordeling van het risico, is deze overeenkomst nietig. De premies die al betaald werden op het ogenblik

waarop wij kennis hebben gekregen van deze misleiding, blijven van ons en worden dus niet terugbetaald.

1.5.6. Wat als een Verzekerde overlijdt?

Bij het overlijden van een Verzekerde eindigt de verzekeringsdekking alleen voor deze Verzekerde. Het einde gaat in op de dag die volgt op het overlijden.

1.6. Welke verzekeringsformules zijn er?

De formule 'Individueel'

Enkel de Verzekeringnemer is verzekerd. De Gezinsleden zijn niet verzekerd.

De formule 'Gezin'

Zowel de Verzekeringnemer als de Gezinsleden zijn verzekerd, voor zover zij vermeld staan in de bijzondere voorwaarden en het verzekeringsvoorstel.

1.7. Hoe wordt de premie samengesteld en wanneer moet u ze betalen?

1.7.1. Hoe wordt uw premie samengesteld?

Het totale bedrag van uw jaarlijkse premie is gelijk aan de som van de individuele premies per Verzekerde. De individuele premie van elke Verzekerde bestaat uit de basispremie en de eventuele bijkomende premies voor bepaalde opties.

De basispremie per Verzekerde is afhankelijk van de leeftijd van de Verzekerde. De bijkomende premies zijn afhankelijk van de eventuele opties die u kiest.

1.7.2. Hoeveel bedraagt de basispremie?

De basispremie is de premie die u voor uw verzekeringsrisico betaalt zonder de bijkomende opties. Zij hangt af van de leeftijd.

Argenta Cares 2: jaarpremie*	
<i>Leeftijd</i>	<i>Basiswaarborg</i>
0-17 jaar	€ 40,91
18-19 jaar	€ 74,38
20-29 jaar	€ 75,88
30-34 jaar	€ 126,47
35-44 jaar	€ 123,79
45-49 jaar	€ 138,64
50-59 jaar	€ 147,31
60-64 jaar	€ 289,38
65-74 jaar	€ 301,70
75-79 jaar	€ 418,26
80-84 jaar	€ 493,70
85+ jaar	€ 531,39

* Deze bedragen gelden voor het verzekeringsjaar 2018. Voor de daaropvolgende verzekeringsjaren moeten ze worden geïndexeerd om de juiste bedragen te kennen (zie artikel 1.7.5).

1.7.3. Hoeveel bedragen de premies voor de opties?

U kunt de basiswaarborg uitbreiden met opties. U betaalt dan een bijkomende premie. De opties moeten voor alle Verzekerden in het contract dezelfde zijn.

De bijkomende premies voor de opties zijn:

Argenta Cares 2: jaarpremie*					
<i>Leeftijd</i>	<i>Optie Protect</i>	<i>Optie Cover</i>	<i>Optie 1</i>	<i>Optie 2</i>	<i>Optie 3</i>
0-17 jaar	€ 27,65	€ 40,98	€ 51,58	€ 30,94	€ 20,63
18-19 jaar	€ 27,65	€ 40,98	€ 51,58	€ 30,94	€ 20,63
20-29 jaar	€ 28,21	€ 41,81	€ 52,70	€ 31,61	€ 21,08
30-34 jaar	€ 28,21	€ 41,81	€ 52,70	€ 31,61	€ 21,08
35-44 jaar	€ 27,61	€ 40,92	€ 51,58	€ 30,94	€ 20,63
45-49 jaar	€ 27,61	€ 40,92	€ 51,58	€ 30,94	€ 20,63
50-59 jaar	€ 29,34	€ 43,48	€ 53,32	€ 31,98	€ 21,33
60-64 jaar	€ 111,74	€ 161,84	€ 154,62	€ 31,98	€ 21,33
65-74 jaar	€ 116,51	€ 168,70	€ 159,59	€ 33,01	€ 22,01
75-79 jaar	€ 116,51	€ 168,70	€ 159,59	€ 33,01	€ 22,01
80-84 jaar	€ 116,51	€ 168,70	€ 159,59	€ 33,01	€ 22,01
85+ jaar	€ 116,51	€ 168,70	€ 159,59	€ 33,01	€ 22,01

* Deze bedragen gelden voor het verzekeringsjaar 2018. Voor de daaropvolgende verzekeringsjaren moeten ze worden geïndexeerd om de juiste bedragen te kennen (zie artikel 1.7.5).

1.7.4. Wanneer betaalt u uw premie?

U betaalt uw jaarlijkse premie vooruit voor het verzekeringsjaar dat komt. Dat gebeurt op 1 januari (de "vervaldag"). Een verzekeringsjaar bedraagt in principe 12 maanden. Enkel het eerste verzekeringsjaar kan daarvan afwijken en kan dus korter zijn dan de normale duurtijd van 12 maanden. De premie zal in dat geval verhoudingsgewijs berekend worden.

Een voorbeeld. Uw verzekering begint te lopen op 1 april. De vervaldag zal in dat geval 1 januari van het eerstvolgende kalenderjaar zijn. Uw premie wordt dan berekend op basis van een verkorte looptijd van 9 maanden.

De verzekeringsdekking kan pas aanvangen na volledige betaling van de premie voor het eerste verzekeringsjaar en ten vroegste op de aanvangsdatum die u in de bijzondere voorwaarden wordt meegedeeld. Let op: dit wil niet noodzakelijk zeggen dat u vanaf deze datum effectief gedekt bent door deze verzekeringsovereenkomst. Er kunnen immers Wachttijden van toepassing zijn. Raadpleeg hiervoor artikel 2.4 van deze algemene voorwaarden.

Als u de premie op de vervaldag niet betaald hebt, kunnen wij de dekking van de overeenkomst schorsen of de overeenkomst opzeggen. Daarvoor stellen we u eerst in gebreke bij deurwaardersexploot of met een ter post aangetekende brief.

De schorsing van de dekking of de opzegging gaan in na het verstrijken van een termijn van 15 dagen, te rekenen vanaf de dag volgend op de betekening of de afgifte bij de post van de aangetekende brief.

De schorsing wordt beëindigd als u de achterstallige premies betaald hebt.

Als wij de dekking geschorst hebben, kunnen wij de overeenkomst nog opzeggen indien wij ons dat recht voorbehouden hebben in de ingebrekestelling. In dat geval wordt de opzegging ten vroegste 15 dagen te rekenen vanaf de eerste dag van de schorsing van kracht. Indien wij ons die mogelijkheid niet hebben voorbehouden, gebeurt de opzegging mits een nieuwe kennisgeving.

De schorsing van de dekking doet geen afbreuk aan ons recht om de later nog te vervallen premies op te eisen op voorwaarde dat u in gebreke wordt gesteld. Dit recht wordt beperkt tot de premies voor twee opeenvolgende jaren.

1.7.5. Aanpassing van de premies, vrijstellingen en prestaties

Wij behouden ons uitdrukkelijk het recht voor om de premies (basispremies en bijkomende premies), vrijstellingen en de prestaties op de jaarlijkse premievervaldag aan te passen op grond van het indexcijfer der consumptieprijsen.

De premie en de prestaties kunnen op de jaarlijkse premievervaldag ook aangepast worden op grond van de medische index. De medische index is verbonden aan de kosten van de diensten die gedekt worden door de private ziekteverzekeringsovereenkomsten. Een aanpassing volgens de medische index kan alleen als de evolutie van dat indexcijfer het indexcijfer der consumptieprijsen overschrijdt. Deze indexcijfers worden berekend door de FOD Economie en ze worden in het Belgisch Staatsblad gepubliceerd.

Bij een indexering vergelijken wij het indexcijfer van de maand juni (bij indexering op basis van de index der consumptieprijsen) of de index van het tweede kwartaal (bij indexering op basis van de medische index) van het lopende jaar met het indexcijfer van dezelfde maand, respectievelijk hetzelfde kwartaal, van het voorbije jaar. Het verschil in de indexcijfers wordt uitgedrukt in een percentage dat vervolgens kan worden toegepast op de premie en de prestaties die van toepassing waren vóór de indexatie.

De bedragen van de (basis- of bijkomende) premies en prestaties in deze algemene voorwaarden zijn de bedragen die van toepassing waren voor het verzekeringsjaar 2016. Een overzicht van de actuele bedragen van de (basis- of bijkomende) premies en prestaties kunt u altijd opvragen of kunt u raadplegen op onze website www.argenta.be.

1.8. Wat als u toch niet tevreden bent?

Hebt u een klacht over deze verzekeringsovereenkomst of over het beheer van een schadegeval, dan kunt u die richten aan:

- Argenta Assuranties nv
t.a.v. de dienst Klachtenbeheer
Belgiëlei 49-53
2018 Antwerpen
e-mail: klachtenbeheer@argenta.be (www.argenta.be)
- Ombudsman van de Verzekeringen
De Meeûssquare 35
1000 Brussel
e-mail: info@ombudsman.as (www.ombudsman.as)

U behoudt ook altijd het recht om een gerechtelijke procedure in te leiden.

Voor alle geschillen die uit deze overeenkomst kunnen ontstaan, zijn uitsluitend de Belgische hoven en rechtbanken bevoegd.

2. Wanneer kunt u een beroep doen op deze hospitalisatieverzekering?

2.1. Hospitalisatie en Dagopname

In geval van Hospitalisatie kan u een beroep doen op deze hospitalisatieverzekering. Deze verzekering geldt alleen bij opname in een Ziekenhuis, psychiatrische inrichting of tbc-sanatorium.

Dagopnames komen ook in aanmerking voor dekking onder deze hospitalisatieverzekering. De kosten die niet gemaakt worden tijdens een Hospitalisatie of Dagopname komen niet in aanmerking voor terugbetaling.

2.2. Behandelingen die verzekerd zijn

Onder de voorwaarden en specificaties in deze algemene voorwaarden van de hospitalisatieverzekering en rekening houdend met de eventuele uitsluitingen in de bijzondere voorwaarden, dekt de verzekering de tijdens de Hospitalisatie of Dagopname gemaakte kosten van de geneeskundige behandeling van ziekten, afwijkingen, lichaamsgebreken of Ongevallen, voor zover - en vanaf het tijdstip dat - ze medisch noodzakelijk zijn.

Ook palliatieve verzorging wordt door de verzekering gedekt.

De terugbetaling van de kosten in een psychiatrische instelling wordt beperkt tot maximaal 120 dagen per Verzekerde.

Ook bevallingen en vruchtbaarheidsbehandelingen zijn verzekerd.

Een opname op basis van een sociale indicatie kan voor vergoeding in aanmerking komen. De opname mag niet dienen als rustkuur. De voorwaarde is dat de opname naar medisch oordeel enkel gebeurt om een van de volgende redenen:

- 1) Indien een Verzekerde omdat hij kamerbewoner is de noodzakelijke verpleging uitsluitend kan verkrijgen in een Ziekenhuis.
- 2) Indien een Verzekerde thuis niet de noodzakelijke verpleging kan genieten omdat het gezin waartoe de Verzekerde behoort met nog meer gezinnen in een woning verblijft.
- 3) Indien er sprake is van een besmettelijke ziekte en er acuut besmettingsgevaar is voor de overige Gezinsleden.

2.3. Andere waarborgen (buiten dit contract om)

Wij garanderen onze voordelen niet wanneer de schade al gedekt is door het gemeen recht, door een andere wetgeving of door een ander verzekeringscontract waarvan u geniet en dat dezelfde verzekeringsdekking biedt, zowel bij een Belgische verzekeringsmaatschappij als bij een Belgisch ziekenfonds.

Indien bij een schadegeval verscheidene verzekeringscontracten dezelfde verzekeringsdekking bieden en U deze polis aanspreekt, dan vergoeden Wij U binnen de grenzen van deze hospitalisatieverzekering.

Wanneer de terugbetalingen vanuit een andere wetgeving, het gemeen recht of een ander verzekeringscontract lager liggen dan onze terugbetalingen, dan hebt u recht op het verschil.

2.4. Wachtijd

2.4.1. Basiswaarborg en opties 1, 2, 3

De Wachtijd bedraagt drie maanden en gaat in vanaf de startdatum van deze overeenkomst.

Opnames of behandelingen die aanvingen voor het verstrijken van deze periode, vallen dus niet onder de verzekeringsdekking.

Uitzonderingen:

- Hospitalisaties als gevolg van een Ongeval: geen Wachtijd
- Vruchtbaarheidsbehandelingen voor een Verzekerde < 40 jaar: 9 maanden Wachtijd
- Vruchtbaarheidsbehandelingen voor een Verzekerde \geq 40 jaar: geen Wachtijd

Er is geen Wachtijd indien u, zonder onderbreking van dekking, overstapt van een groepspolis hospitalisatieverzekering tussen Argenta Spaarbank nv en ons of van een andere individuele polis hospitalisatieverzekering bij ons waarin u de hierboven vermelde Wachtijd al doorlopen hebt.

Er is evenmin een Wachtijd indien een pasgeboren Gezinslid binnen een termijn van 3 maanden na de geboorte als Verzekerde wordt opgenomen in een contract waarvan de Wachtijden al verstreken zijn. Er wordt dan dekking verleend vanaf de geboortedatum en zonder voorafgaande medische acceptatie. De jaarlijkse premie wordt herberekend vanaf de datum van de geboorte.

Voor een pasgeborene die niet binnen 3 maanden als Verzekerde wordt opgenomen, gelden de bepalingen van een gewone aansluiting.

2.4.2. Argenta Cares 2 Protect

De Wachtijd bedraagt 3 maanden en gaat in vanaf de startdatum van deze optie "Protect".

Opnames of behandelingen die aanvingen of veroorzaakt werden voor het verstrijken van deze periode, vallen dus niet onder de verzekeringsdekking.

Voorbeeld

Veronderstel dat de waarborg "Protect" wordt toegevoegd op 1 februari en u een Ongeval hebt op 1 maart. Indien u hierdoor wordt opgenomen in een revalidatiecentrum, zal er geen tussenkomst worden verleend, ook niet indien deze opname gebeurt na verloop van 3 maanden.

Indien het Ongeval gebeurt op 1 augustus, dus na het verstrijken van de Wachtijd, zal er wel tussenkomst verleend worden als u hiervoor in een revalidatiecentrum wordt opgenomen.

2.4.3. Argenta Cares 2 Cover

De Wachtijd bedraagt 6 maanden en gaat in vanaf de startdatum van deze optie "Cover".

Opnames of behandelingen die aanvingen of veroorzaakt werden voor het verstrijken van deze periode, vallen dus niet onder de verzekeringsdekking.

Voorbeeld

Veronderstel dat de waarborg “Cover” wordt toegevoegd op 1 februari en u een Ongeval hebt op 1 maart. Indien u hierdoor wordt opgenomen in een revalidatiecentrum, dan verlenen wij geen tussenkomst, ook niet indien deze opname gebeurt na verloop van 6 maanden. Indien het Ongeval gebeurt op 1 augustus, dus na het verstrijken van de Wachtijd, zullen wij wel een tussenkomst verlenen als u hiervoor in een revalidatiecentrum wordt opgenomen.

Het forfait dat uitgekeerd wordt bij de diagnose van een ernstige ziekte conform de lijst opgenomen in deze overeenkomst, wordt niet uitgekeerd indien de symptomen van deze ernstige ziekte zich al manifesteerden voor het verstrijken van de Wachtijd van 6 maanden.

Voorbeeld

Veronderstel dat de waarborg “Cover” wordt toegevoegd op 1 februari. In de loop van mei en juni worden er ernstige symptomen vastgesteld die kunnen wijzen op dementie. De officiële diagnose wordt echter maar gesteld op 5 augustus. Indien uit het medisch verslag blijkt dat de symptomen al duidelijk aanwezig waren voor 1 augustus, dus voor het verstrijken van de Wachtijd, zal het forfait niet worden uitgekeerd.

2.5. Vrije keuze van arts en instelling

Verzekerden hebben de vrije keuze van arts, specialist, kamer, Ziekenhuis, sanatorium voor tbc-verpleging en psychiatrische inrichting.

2.6. Kamerkeuze

De premie van de hospitalisatieverzekering “Argenta Cares 2” wordt bepaald in functie van het kamertype tweepersoonskamer.

Een Verzekerde mag bij opname toch kiezen om te verblijven in een eenpersoonskamer. De supplementaire kosten die hieraan verbonden zijn, worden dan uiteraard niet vergoed. Dit wil dus zeggen dat onze tussenkomst bij een verblijf in een eenpersoonskamer zal berekend worden zoals voor een verblijf in een tweepersoonskamer.

2.7. Opname in het buitenland

Ook de kosten die worden gemaakt tijdens een Hospitalisatie buiten België vergoeden we. De voorwaarde is wel dat de Verzekerde aantoont dat de kosten zijn ontstaan uiterlijk negentig dagen na de dag waarop hij voor een vakantie- of een zakenreis naar het buitenland is vertrokken.

Wij vergoeden tot maximaal 50 % meer dan wat wij hadden moeten vergoeden indien de medische behandeling in België zou hebben plaatsgehad.

Indien een Verzekerde aanspraak maakt op de vergoeding van kosten die gemaakt zijn buiten België, dan zal hij door een attest van een arts, die gevestigd is waar de kosten werden gemaakt, moeten aantonen dat de kosten medisch noodzakelijk waren. Uit dit attest zal ook moeten blijken om welke medische reden deze kosten werden gemaakt.

3. Welke kosten komen voor vergoeding in aanmerking?

3.1. Basiswaarborg

De hospitalisatieverzekering Argenta Cares 2 biedt een ruime waarborg.

De onder dit hoofdstuk 3.1 opgesomde kosten komen voor vergoeding in aanmerking conform de bepalingen opgenomen in deze algemene voorwaarden en onder de volgende beperkingen:

Bij de volgende ziekenhuizen wordt de tussenkomst in de erelonen beperkt tot maximum 200 % van de tussenkomst van de mutualiteit, ongeacht het kamertype:

- RIZIV-nummer 710110-27 Algemene Kliniek Sint-Jan vzw
- RIZIV-nummer 710723-93 Ziekenhuis Ste-Anne/St-Rémi/St-Etienne
- RIZIV-nummer 710406-22 Universitair Erasmus Ziekenhuis
- RIZIV-nummer 710332-96 CHIREC 'Centre Hospitalier Interrégional Edith Cavell'
- RIZIV-nummer 710111-26 Europa Ziekenhuizen
- RIZIV-nummer 710087-50 Iris Ziekenhuizen Zuid
- RIZIV-nummer 710403-25 Universitaire Ziekenhuizen Saint-Luc
- RIZIV-nummer 710202-32 Kliniek St-Etienne

Conform deze algemene voorwaarden wordt een tussenkomst geboden voor erelonen van de behandelende artsen indien ze vermeld worden op de ziekenhuisfactuur en dusdanig door het Ziekenhuis gefactureerd worden. Ereloonnota's voor prestaties zonder geldige Nomenclatuur opgesteld door de behandelende artsen zelf komen dus niet voor vergoeding in aanmerking.

3.1.1. Liggeld in een Ziekenhuis

Hieronder verstaan we de kamerprijs per ligdag in een Ziekenhuis, zoals bepaald overeenkomstig artikel 2.6 van deze algemene voorwaarden, met uitzondering van de kamerprijs voor de eerste drie ligdagen. Die komt niet voor vergoeding in aanmerking.

3.1.2. Liggeld in een psychiatrische inrichting of psychiatrische afdeling van een Ziekenhuis

Hieronder verstaan we de kamerprijs per ligdag in een door de wet erkende en in België gevestigde inrichting voor tijdelijke verpleging van geesteszieken, met uitzondering van de kamerprijs voor de eerste drie ligdagen. Die komt niet voor vergoeding in aanmerking.

De terugbetaling van de liggelden en kosten in een psychiatrische inrichting of psychiatrische afdeling van een Ziekenhuis wordt beperkt tot maximaal 120 dagen per Verzekerde. Bij herhaaldelijke opnames zal voor de berekening van deze termijn rekening gehouden worden met alle eerdere opnames die gebeurden onder waarborg van een hospitalisatieverzekering bij ons, ongeacht het verzekeringsjaar.

3.1.3. Liggeld in een tbc-sanatorium

Hieronder verstaan we de kamerprijs per ligdag in een door de wet erkende en in België gevestigde inrichting voor de verpleging van lijders aan tuberculose, met uitzondering van de kamerprijs voor de eerste drie ligdagen. Die komt niet voor vergoeding in aanmerking.

3.1.4. Operatiekosten

Onder een operatie verstaan we de tijdens een opname in een Ziekenhuis, een psychiatrische inrichting of een tbc-sanatorium verrichte, heelkundige ingreep.

Onder operatiekosten verstaan we de kosten van een operatie die betrekking hebben op het honorarium van de chirurg, de assistentie, het gebruik van de operatiekamer, het verdoven en de bij de operatie gebruikte verbandmiddelen.

De terugbetaling van de operatiekosten in een psychiatrische inrichting wordt beperkt tot maximaal 120 dagen per Verzekerde.

3.1.5. Bijkomende kosten

"Bijkomende kosten" zijn kosten gemaakt tijdens de opname in een Ziekenhuis, een psychiatrische inrichting of een tbc-sanatorium. Enkele voorbeelden:

- Consulten van een arts, specialist of professor
- Röntgenonderzoek
- Laboratoriumonderzoek
- Diathermie
- Hoogtezon
- Injecties
- Bloed-, urine-, faeces-, maagonderzoek en hiermee gelijk gestelde behandelingen

De terugbetaling van de bijkomende kosten in een psychiatrische inrichting wordt beperkt tot maximaal 120 dagen per Verzekerde.

3.1.6. Tandverzorging

Wij vergoeden de hospitalisatiekosten met uitzondering van alle tandprothesen en tandimplantaten.

3.1.7. Esthetische behandeling

Wij vergoeden de hospitalisatiekosten voor een esthetische behandeling die door de A.G.A. voorafgaandelijk als medisch noodzakelijk werd erkend en die het gevolg is van een Ongeval of ziekte die verzekerd wordt met dit contract.

3.1.8. Ziekenvervoerkosten

Wij vergoeden de kosten van het transport naar en van een Ziekenhuis, sanatorium of psychiatrische inrichting:

- in België: in een ambulance of helikopter, onbegrensd in aantal km per rit
- in het buitenland: in een ambulance, over maximaal 200 km per rit

3.1.9. Donoren

De verblijfkosten van de donoren, indien medisch vereist voor de behandeling van de Verzekerde, vergoeden we in zoverre de donor zich vrijwillig en bewust laat hospitaliseren met het oog op het donorschap.

3.1.10. Prothesen en implantaten

Een prothese is een kunstmatige vervanging of correctie van een lichaamsdeel, orgaan of onderdeel van een orgaan. Als de prothese helemaal in het lichaam verborgen is, wordt ze ook wel een implantaat genoemd.

De kosten voor prothesen en implantaten zullen we uitsluitend vergoeden als er volgens de Nomenclatuur ook een aanspraak op vergoeding bestaat bij het ziekenfonds. Onze vergoeding zal maximaal 150 % van de door het ziekenfonds verleende tussenkomst bedragen.

Tandheelkundige prothesen en tandheelkundige implantaten worden uitdrukkelijk uitgesloten.

3.1.11. Rooming-in

Wij vergoeden de kosten verbonden aan Rooming-in zonder maximum per aangerekende dag.

3.1.12. Vruchtbaarheidsbehandelingen

De kosten van vruchtbaarheidsbehandelingen vergoeden we tot een maximum van 750 euro per Verzekerde.

Voor de berekening van dit maximumbedrag wordt rekening gehouden met alle eerdere ziekenhuisopnames voor vruchtbaarheidsbehandelingen die gebeurden onder waarborg van een hospitalisatieverzekering bij ons, ongeacht het verzekeringsjaar.

3.1.13. Thuisbevalling

De kosten van thuisbevalling vergoeden we tegen een forfaitair bedrag van 750 euro.

3.1.14. Wiegendoodtest

De kosten van een wiegendoodtest vergoeden we.

3.1.15. Homeopathische geneeskundige hulp

Kosten, waarvoor volgens deze algemene voorwaarden recht op een vergoeding bestaat, vergoeden we ook in het kader van homeopathische geneeskundige hulp. Onze tussenkomst voor deze prestaties wordt bepaald in artikel 6.1. Daarin wordt de vergoeding bepaald voor prestaties die uw ziekenfonds niet terugbetaalt.

3.2. Hoe maakt u de basiswaarborg nog completer?

U kunt de basiswaarborg uitbreiden met opties. Daarvoor betaalt u een bijkomende premie. De opties moeten voor alle Verzekerden in het contract dezelfde zijn.

U hebt enkel recht op de opties als deze opties in de bijzondere voorwaarden of op het jaarlijkse vervalddagbericht staan.

Wij melden u de aanvaarding, al dan niet met eventuele dekkinguitsluitingen, schriftelijk via de bijzondere voorwaarden.

De volgende opties kunnen aanvullend gekozen worden.

3.2.1. Optie 1: revalidatie

Deze optie kan niet meer onderschreven worden voor nieuwe hospitalisatieverzekeringen gesloten vanaf 1 januari 2016.

In afwijking van de basiswaarborg verlenen wij een vergoeding voor kosten wegens revalidatie, gemaakt tijdens een Hospitalisatie of Dagopname, met een maximum van 750 euro per verzekeringsjaar en per Verzekerde.

Kosten wegens revalidatie buiten het kader van een Hospitalisatie of een Dagopname worden niet gedekt.

3.2.2. Optie 2: verhoging van de bijkomende forfaitaire uitkering

Deze optie kan niet meer onderschreven worden voor nieuwe hospitalisatieverzekeringen gesloten vanaf 1 januari 2016.

In aanvulling op de basiswaarborg wordt de bijkomende forfaitaire uitkering verhoogd met 37,5 euro. Dit brengt het forfait op 87,5 euro per opname met overnachting.

3.2.3. Optie 3: verhoging van de tussenkomst voor prestaties buiten Nomenclatuur

Deze optie kan niet meer onderschreven worden voor nieuwe hospitalisatieverzekeringen gesloten vanaf 1 januari 2016.

In aanvulling op de basiswaarborg verhoogt de vergoeding voor prestaties waarvoor volgens de Nomenclatuur geen terugbetaling van het ziekenfonds bestaat, van 620 euro naar 750 euro per verzekeringsjaar en per Verzekerde.

3.2.4. Argenta Cares 2 Protect

Deze optie kan niet gecombineerd worden met optie 1 tot en met 3, noch met de optie "Cover".

Met de optie "Protect" geniet u naast de ruime basisdekking nog een aantal aantrekkelijke extra's:

- De vrijstelling (de kamerprijs voor de eerste drie ligdagen) vervalt.
- De forfaitaire uitkering die u krijgt per verzekerde ziekenhuisopname wordt verhoogd tot 125 euro (bij de basiswaarborg krijgt u slechts 50 euro).
- U krijgt een forfaitaire uitkering van 25 euro bij Dagopname (maximaal 1 keer per kalendermaand per Verzekerde).
- De maximale vergoeding voor prestaties waarvoor volgens de Nomenclatuur geen tussenkomst van de mutualiteit bestaat, verhoogt van 620 euro naar 2.000 euro per verzekeringsjaar en per Verzekerde.
- In afwijking van de basiswaarborg wordt er wel een vergoeding toegekend voor kosten wegens revalidatie, gemaakt tijdens een ziekenhuisopname, of een opname in een revalidatie-instelling die volgt op een ziekenhuisopname, met een maximum van 3.000 euro per verzekeringsjaar en per Verzekerde.
Kosten wegens revalidatie buiten het kader van een opname (met overnachting) komen niet voor vergoeding in aanmerking.

3.2.5. Argenta Cares 2 Cover

Deze optie kan niet gecombineerd worden met optie 1 tot en met 3, noch met de optie "Protect".

Deze optie kan enkel onderschreven worden door een Verzekerde die op aanvangsdatum van de optie maximaal 70 jaar is.

Met de optie "Cover" geniet u naast de ruime basisdekking en naast alle extra waarborgen opgesomd in de optie Protect een bijzondere tussenkomst bij de diagnose van een in deze algemene voorwaarden opgenomen ernstige ziekte.

Wij geven nooit een forfaitaire vergoeding voor ernstige ziektes ontstaan voor of tijdens het verstrijken van de Wachtijd zoals opgenomen in de waarborguitbreiding "Argenta Cares 2 Cover".

Ernstige ziekte

Als een ernstige ziekte wordt vastgesteld, krijgt u meestal te maken met heel wat extra kosten die daarom niet altijd een medisch karakter hebben.

Als een van de navolgende ernstige ziektes wordt vastgesteld, dient u ons de bewijsstukken zoals bepaald in het document "berichtgeving ernstige ziekte" over te maken. Na aanvaarding van de bewijsstukken inzake ernstige ziekte en, voor hersenaandoeningen, mits u aan de voorwaarde tot tussenkomst voldoet, betalen wij u eenmalig een forfaitair bedrag uit. U moet geen kosten bewijzen. U mag deze vergoeding zelf besteden zoals u dat wenst.

In artikel 5.1.2 leggen wij u precies uit wat u moet doen om deze vergoeding te verkrijgen.

lijst met ernstige ziekten waarvoor wij een eenmalig forfaitaire tussenkomst voorzien			
groep	ziekte (of opsplitsing)	toelichting	bedrag
kanker	stadium I	de tumor bevindt zich nog precies op de plek waar hij ontstaan is en is niet in de omliggende weefsels doorgegroeid	500
	stadium II	de tumor is in het omliggende weefsel doorgegroeid, meestal zijn er nog geen kankercellen in lymfeklieren of andere organen	500
	stadium III	de kankercellen hebben zich verspreid in de lymfeklieren in de omgeving van de originele tumor	2.500
	stadium IV	de tumor heeft zich verspreid in de rest van het lichaam	2.500
hematologische nieuwvormingen (myeloid - lymfoid - histiocytair/dendritisch)	zonder stamceltransplantatie	kwaadaardige bloedziekten (bv. leukemie)	500
	met stamceltransplantatie		2.500
nierdialyse	wegens chronisch sterk verminderde nierfunctie	behandeling die de functie van de nieren gedeeltelijk overneemt en afvalstoffen en overtollig vocht uit het lichaam verwijdert	2.500
transplantatie	Hart	chirurgische ingreep waarbij het hart van een overledene naar het lichaam van een patiënt worden overgebracht	2.500
	longen	chirurgische ingreep waarbij één of beide long(en) van een overledene naar het lichaam van een patiënt worden overgebracht	2.500
brandwonden	graad 3 en > 15% lichaamsoppervlakte	de huid is verbrand over de volledige huiddikte	2.500
psychische stoornissen	schizofrenie	geestesziekte met langdurige of steeds terugkerende psychosen	2.500
verlamming gedurende 1 jaar	paraplegie (geen paraparese)	verlamming aan beide armen of beide benen (geen tussenkomst voor onvolledige verlamming)	2.500
	tetraplegie (geen tetraparese)	alle vier de ledematen zijn verlamd (geen tussenkomst voor onvolledige verlamming)	2.500
spier/zenuwziekten	amyotrofische laterale sclerose (ALS)	progressieve zenuwziekte met verlamningsverschijnselen	2.500
	progressieve musculaire atrofie (PMA)	progressieve zenuwziekte met verlamningsverschijnselen	2.500
	primaire laterale sclerose	progressieve zenuwziekte met verlamningsverschijnselen	2.500
	progressieve bulbair paralyse	progressieve zenuwziekte met verlamningsverschijnselen	2.500
	Duchenne spierdystrofie	progressieve spierziekte met verlamningsverschijnselen	2.500
	Becker spierdystrofie	progressieve spierziekte met verlamningsverschijnselen	2.500
	myotone dystrofie (ziekte van Steinert)	progressieve spierziekte met verlamningsverschijnselen	2.500
Hersenaandoeningen Voorwaarde tot tussenkomst: max. score van 14 op de gestandariseerde MMSE MMSE: mini mental state examination	dementie	vermindering van de hersenfunctie waarbij men hulp nodig heeft bij de activiteiten van het dagelijks leven	2.500
	ziekte van Parkinson	stoornis in de verbinding tussen hersenen en spieren met o.a. beven, spierstijfheid, bewegingstraagheid en vermindering van de hersenfunctie tot gevolg	2.500
	meervoudige systeem atrofie(MSA)	progressieve hersenaandoening	2.500
	progressieve supranucleaire paralyse	progressieve hersenaandoening	2.500
	corticobasale degeneratie	progressieve hersenaandoening	2.500

De forfaitaire vergoeding kan eenmaal per gedefinieerde groep (bijvoorbeeld "kanker") uitgekeerd worden.

Voorbeeld

Indien het forfait uitgekeerd is voor borstkanker zal het forfait niet nogmaals uitgekeerd worden als later longkanker wordt vastgesteld. Als er een harttransplantatie zou volgen, kunt u wel opnieuw deze vergoeding aanvragen.

4. Welke kosten komen niet voor vergoeding in aanmerking?

4.1. Niet verzekerde kosten

Kosten wegens preventieve geneeskunde, anticonceptie, preventieve sterilisatie, acupunctuur, thermale kuren, ergotherapie en levendecellentherapie vallen buiten deze verzekering.

Kosten wegens revalidatie zijn evenmin verzekerd, tenzij u voor een optie die revalidatie dekt (opgenomen in artikel 3.2.1 of 3.2.4 of 3.2.5), hebt gekozen.

4.2. Uitsluitingen

De verzekeringswaarborg omvat niet de kosten die het gevolg zijn van:

- ziekten of Ongevallen die in verband staan met oorlog, burgeroorlog, binnenlandse onlusten, oproer en atoomkernreacties hoe die ook mochten ontstaan, met uitzondering van de medische toepassing van atoomkernen;
- ziekten of Ongevallen die te wijten zijn aan alcoholintoxicatie, dronkenschap of het gebruik van verdovende middelen in hoofde van de Verzekerde.

5. Wat moet u doen bij hospitalisatie?

5.1. Berichtgeving

5.1.1. Berichtgeving bij opname en Dagopname

Van zodra u weet dat u wordt opgenomen, mag u dat aan ons meedelen via uw kantoorhouder. U mag dat ook doen gelijktijdig met het indienen van de declaratie (zie artikel 5.3 Declaratie).

5.1.2. Bijzondere berichtgeving bij ernstige ziekte

Indien u Argenta Cares 2 Cover hebt onderschreven en in aanmerking wenst te komen voor de uitkering van het forfaitair bedrag voor een van de ernstige ziekten opgenomen in artikel 3.2.5, moet u het document "berichtgeving van ernstige ziekte" ingevuld en in gesloten enveloppe aan onze A.G.A. bezorgen.

Dit document vindt u op onze website. U kunt het ook opvragen bij uw kantoorhouder.

Onze A.G.A. zal u laten weten welke documenten (medische verslagen, protocols,...) nodig zijn vooraleer het forfait kan worden toegekend.

Na aanvaarding van de bewijsstukken inzake ernstige ziekte en, voor hersenaandoeningen, mits u aan de voorwaarde tot tussenkomst voldoet, betalen wij u eenmalig het forfaitair bedrag uit. U moet de gemaakte kosten niet bewijzen. U mag deze vergoeding dus zelf besteden zoals u dat wenst.

5.2. Controle

Iedere vergoeding onder deze hospitalisatieverzekering, wordt slechts toegekend onder voorbehoud van ons recht om de gezondheidstoestand van de Verzekerde en de gegrondheid van de tussenkomst te controleren. De kosten van dit onderzoek zijn voor ons. Wij onthouden ons van elke controlemaatregel die, in verhouding met het onderzoek, niet noodzakelijk, niet pertinent of overmatig zou zijn. Bij een aanvraag tot uitkering van het forfaitair bedrag voor hersenaandoeningen, zal de inschaling op de gestandaardiseerde MMSE steeds gecontroleerd worden.

De Verzekeringnemer en iedere Verzekerde verbinden zich ertoe om ons op ons verzoek alle nodige inlichtingen te verstrekken..

Iedere Verzekerde machtigt de artsen die de Verzekerde behandelen of behandeld hebben om – binnen de grenzen van artikel 61 van de Wet van 4 april 2014 *betreffende de verzekeringen* – alle inlichtingen over de gezondheidstoestand van de Verzekerde via een medisch verslag mee te delen aan de A.G.A. De A.G.A. is er bij de behandeling van de gegevens altijd toe gehouden het medisch beroepsgeheim te respecteren.

5.3. Declaratie

U moet alle Declaraties bij ons indienen met vermelding van de data van de consulten en van de verpleegdagen. De bedragen van Declaraties moeten gespecificeerd zijn per consult, medicijn, verpleegdag en/of behandeling.

In ieder geval moet u de originele (ziekenhuis)factuur indienen.

Bij ons ingediende Declaraties worden niet terugbezorgd.

Wij vragen om de Declaraties indien mogelijk in te dienen binnen de 3 maanden na afloop van elk kalenderjaar, of na beëindiging van de verzekeringsdekking. Indien dit niet mogelijk is vragen wij u om ons hiervan op de hoogte te brengen zodat wij uw dossier kunnen openhouden.

6. Hoe en wanneer wordt u vergoed?

6.1. Nomenclatuur

Wij vergoeden uw kosten als er volgens de Nomenclatuur ook een aanspraak op vergoeding bestaat bij uw ziekenfonds.

Indien er volgens de Nomenclatuur voor een prestatie geen aanspraak op vergoeding bestaat bij uw ziekenfonds, dan bedraagt onze tussenkomst 100 % van de gefactureerde kosten, beperkt tot een maximum van 620 euro per kalenderjaar en per Verzekerde.

Deze beperking geldt niet voor onze tussenkomst met betrekking tot Rooming-in.

6.2. Lidmaatschap ziekenfonds

De terugbetalingen vanuit deze verzekeringsovereenkomst zijn een aanvulling op de terugbetalingen van uw ziekenfonds.

Als een Verzekerde niet geldig is aangesloten bij een ziekenfonds, zullen wij maximaal die kosten vergoeden die wij zouden hebben moeten vergoeden als de Verzekerde wel geldig was aangesloten bij een ziekenfonds.

6.3. Vergoeding

De vergoeding gebeurt op basis van de prijs, die hiervoor werd berekend op het ogenblik dat de kosten ontstaan zijn. Er zal dus nooit meer vergoed worden dan de daadwerkelijk berekende kosten.

6.4 Uitkering

Wij zullen de uitkeringen, waarop u volgens deze polis recht hebt, uiterlijk 14 dagen, nadat wij het al dan niet verschuldigd zijn ervan hebben vastgesteld, voldoen. Deze vaststelling doen wij zo spoedig mogelijk nadat u de Declaraties hebt ingediend.

Bij de beëindiging van de verzekeringsdekking worden de kosten vergoed die tot het einde van de verzekeringsperiode zijn gemaakt.

Dat wij overgaan tot uitkering houdt niets in over het al dan niet verplicht zijn tot het betalen van de uitkering. Aan de uitkering kan dan ook geen recht ontleend worden.

Onze betalingen gebeuren op de financiële rekening die u in het verzekeringsvoorstel hebt opgegeven of de financiële rekening die u in de bijzondere voorwaarden hebt opgegeven.

Als wij menen dat u geen of geen volledig recht op een vergoeding hebt, dan zullen wij u hiervan zo spoedig mogelijk, via de declaratie/afrekening facturen, op de hoogte stellen met vermelding van de reden.

6.5 Bijkomende forfaitaire uitkering

Per verzekerde Ziekenhuisopname keren wij een bijkomend forfaitair bedrag uit. Dit forfait bedraagt 50 euro per opname.

Dit forfait wordt niet uitgekeerd bij een Dagopname.

6.6 Subrogatie van rechten

Wanneer wij de schadevergoeding of kosten hebben betaald, treden wij ten belope van dit bedrag in de rechten en rechtsoverdrachten van de Verzekerde of de begunstigde. Dat betekent dat wij onze uitgaven kunnen verhalen op de derde die aansprakelijk is voor het schadegeval.

De Verzekerde, zijn erfgenamen of andere rechtverkrijgenden zijn verplicht om mee te werken aan de overgang van rechten die zij tegenover derden kunnen doen gelden.

Belangenconflicten

De bescherming van uw belang als cliënt staat bij Argenta voorop. Daarom hebben we een belangenconflictenbeleid uitgewerkt. Dat is er in de eerste plaats op gericht om conflicten te voorkomen. En als dat toch niet mogelijk is, willen we de juiste afwegingen maken. Daarbij bent u onze eerste zorg.

Wat houdt het beleid rond belangenconflicten in? We geven u graag de volledige tekst. We houden daarbij rekening met de wettelijke bepalingen en formuleringen.

Argenta is een dienstverlener die zijn cliënten bank-, verzekerings- en beleggingsdiensten aanbiedt. Net als elke andere financiële dienstverlener kan Argenta te maken krijgen met feitelijke en potentiële belangenconflicten die voortvloeien uit deze verschillende activiteiten. De bescherming van het belang van de cliënt is hierbij de eerste zorg.

Om te vermijden dat interne en externe belangenconflicten schade zouden toebrengen aan de belangen van zijn cliënten, heeft Argenta een belangenconflictenbeleid uitgewerkt. Dit beleid heeft tot doel belangenconflicten te identificeren of te beheersen en, indien het redelijkerwijs niet mogelijk is de belangenconflicten zonder schade aan de belangen van cliënten te beheren, de cliënten passende informatie te verstrekken. Het beleid heeft betrekking op alle diensten en alle medewerkers en handelsagenten van Argenta.

Het belangenconflictenbeleid is van toepassing op alle vennootschappen die deel uitmaken van de Argenta Bank- en Verzekeringsgroep ("Argenta"), inclusief zijn handelsagenten en wordt regelmatig geëvalueerd en desgevallend geactualiseerd.

Een belangenconflict is een conflict dat ontstaat wanneer er tegenstrijdige belangen zijn tussen twee of meerdere personen of entiteiten. Bij de identificatie van de mogelijke conflicten die de belangen van een cliënt wezenlijk kunnen schaden, gaat Argenta na of de onderneming of een persoon:

- wellicht financieel voordeel zal halen of financieel verlies zal vermijden ten koste van de cliënt;
- belang heeft bij de uitkomst van een aan een cliënt verstrekte dienst of van een namens de cliënt uitgevoerde verrichting dat verschilt van het belang dat de cliënt bij die uitkomst heeft;
- een financieel of ander voordeel krijgt om de belangen van een andere cliënt of groep van cliënten boven die van de cliënt te stellen;
- dezelfde activiteit uitvoert als de cliënt;
- van een andere persoon dan de cliënt, naast de gebruikelijke commissie of vergoeding, een voordeel of vergoeding ontvangt of zal ontvangen met betrekking tot een aan de cliënt verstrekte dienst.

De potentiële belangenconflicten worden opgenomen in de inventaris.

Argenta heeft een belangenconflictenregister dat regelmatig wordt geactualiseerd. Dit register bevat de details van feitelijke belangenconflicten en is een belangrijk instrument voor de identificatie en het beheer van deze belangenconflicten. Aan de hand van de effectieve belangenconflicten die in het register worden opgenomen, zal de inventaris regelmatig worden geactualiseerd.

Afhankelijk van de aard van de belangenconflicten heeft Argenta verschillende procedures en maatregelen uitgewerkt die in eerste instantie tot doel hebben belangenconflicten te voorkomen en in tweede instantie, indien voorkomen niet mogelijk is, de potentiële en effectieve belangenconflicten zo goed als mogelijk te beheersen. In geval van

belangenconflicten zal de hiërarchie altijd een zorgvuldige afweging maken tussen het belang van de cliënt en het belang van Argenta of van de handelsagent. Bij twijfel of in delicate situaties kan een beroep gedaan worden op Compliance dat in tweede lijn tussenkomt. Redelijkerwijs wordt altijd het belang van de cliënt vooropgesteld.

Dit is een beknopte beschrijving van ons beleid op het gebied van belangenconflicten. De meest recente versie van het belangenconflictenbeleid is op eenvoudige aanvraag te verkrijgen of vindt u op de website van Argenta.

Overgangsbepaling voor bestaande contracten voor 1 januari 2016

De algemene voorwaarden zoals bepaald in onderhavig document zijn van toepassing met ingang van 1 april 2018. Voor de op die datum reeds lopende polissen vervangen zij de algemene voorwaarden waarvan sprake in het document "Algemene voorwaarden DW14174N geldig vanaf 1 januari 2015". Deze nieuwe voorwaarden hebben immers tot doel de tekst transparanter en consumentvriendelijker te maken. Inhoudelijk werd er echter niet aan uw bestaande rechten en verplichtingen (zoals de premie en de dekking) onder de hospitalisatieverzekering geraakt.

Indien er toch een inhoudelijk verschil is tussen uw rechten of verplichtingen onder de oude algemene voorwaarden DW14174N geldig vanaf 1 januari 2015 en de algemene voorwaarden zoals bepaald in onderhavig document, kan u zich ten aanzien van de Verzekeraar steeds beroepen op de voor u meest gunstige voorwaarden. U kan de tekst van de oude algemene voorwaarden DW14174N geldig vanaf 1 januari 2015 steeds opvragen bij uw Argenta-kantoorhouder.