



Aras Care chambre individuelle

Conditions générales

DW18067F

En vigueur à partir du
01-04-2018

Argenta Assurances SA, en abrégé « Aras SA », dont le siège social est situé en Belgique, 2018 Anvers, Belgiëlei 49-53 et enregistrée à la Banque-Carrefour des Entreprises sous le numéro 0404.456.148 (RPM Anvers, division Anvers)

Argenta Assurances SA - Belgiëlei 49-53 - 2018 Anvers
Entreprise agréée sous le numéro de code 0858 pour l'exercice des opérations d'assurance de la branche 2

Table des matières

Table des matières.....	3
Avant-propos.....	5
1. Généralités.....	6
1.1. Qu'entendons-nous par ces termes souvent utilisés?	6
1.2. Quelles sont les parties au présent contrat?	8
1.3. Que vous demandons-nous au préalable?.....	8
1.4. Dans quelle langue communiquons-nous?.....	9
1.5. Quand le présent contrat débute et se termine-t-il?.....	9
1.5.1. Quelle est la date de début du présent contrat?	9
1.5.2. Quelle est la durée du présent contrat?	9
1.5.3. Dans quels cas le présent contrat ou la couverture d'assurance peuvent-ils ou vont-ils se terminer avant l'échéance?.....	9
1.5.4. Quand et comment pouvez-vous résilier le présent contrat?	10
1.5.5. Quand et comment pouvons-nous résilier le présent contrat?	10
1.5.6. Que se passe-t-il en cas de décès d'un Assuré?	11
1.6. Quelles sont les formules d'assurance possibles?	11
1.7. Comment la prime est-elle calculée et quand devez-vous la payer?	11
1.7.1. Comment votre prime est-elle calculée?.....	11
1.7.2. À combien la prime de base s'élève-t-elle?.....	11
1.7.3. À combien les primes pour les options s'élèvent-elles?	11
1.7.4. Quand payez-vous votre prime?.....	12
1.7.5. Adaptation des primes, des franchises et des prestations	13
1.8. Que se passe-t-il si vous n'êtes pas satisfait?	13
2. Quand pouvez-vous faire appel à cette assurance hospitalisation?.....	14
2.1. Hospitalisation et Hospitalisation de Jour	14
2.2. Traitements qui sont assurés	14
2.3. Autres garanties (en dehors de ce contrat)	14
2.4. Délai d'attente	15
2.5. Libre choix du médecin et de l'établissement.....	15
2.6. Choix de la chambre	15
2.7. Hospitalisation à l'étranger	15
3. Quels frais entrent en ligne de compte pour une indemnisation?.....	17
3.1. Garantie de base	17
3.1.1. Prix de la journée dans un Hôpital	17
3.1.2. Prix de la journée dans un établissement psychiatrique ou dans le service psychiatrique d'un Hôpital	17
3.1.3. Prix de la journée dans un sanatorium pour le traitement de la tuberculose	18
3.1.4. Frais d'opération.....	18
3.1.5. Frais supplémentaires	18

3.1.6. Soins dentaires.....	18
3.1.7. Traitement esthétique.....	18
3.1.8. Frais de transport des malades	18
3.1.9. Donneurs.....	19
3.1.10 Prothèses et implants	19
3.1.11. Rooming-in.....	19
3.1.12. Traitements de fertilité	19
3.1.13. Accouchement à domicile.....	19
3.1.14. Test contre la mort subite du nourrisson.....	19
3.1.15. Traitements homéopathiques	19
3.2. Comment pouvez-vous rendre la garantie de base encore plus complète?.....	20
3.2.1. Option 1: rééducation	20
3.2.2. Option 2: augmentation du versement forfaitaire complémentaire	20
3.2.3. Option 3: augmentation de l'intervention pour des prestations hors Nomenclature	20
4. Quels frais n'entrent pas en ligne de compte pour une indemnisation?	21
4.1. Frais qui ne sont pas assurés	21
4.2. Exclusions.....	21
5. Que devez-vous faire en cas d'Hospitalisation?	22
5.1. Notification	22
5.2. Contrôle	22
5.3. Déclaration.....	22
6. Comment et quand êtes-vous indemnisé?.....	23
6.1. Nomenclature	23
6.2. Affiliation à la mutuelle	23
6.3. Indemnité.....	23
6.4 Versement.....	23
Conflits d'intérêts.....	25
Disposition transitoire pour les contrats existants avant 1 janvier 2016	27

Avant-propos

Chère Cliente, Cher Client,

Vous avez choisi Argenta pour votre assurance hospitalisation. Nous en sommes très fiers. Nous vous remercions également de la confiance que vous nous témoignez.

Il est en effet devenu indispensable de souscrire une assurance hospitalisation.

Un Belge sur 6 est hospitalisé chaque année. Dès l'âge de 65 ans, il s'agit d'un Belge sur 4. Et à partir de 70 ans, même de 1 sur 3. Plus de la moitié des familles avec 2 enfants de moins de 5 ans est également confrontée à une hospitalisation. Le risque que vous deviez tôt ou tard vous faire hospitaliser est dès lors relativement grand et augmente aussi en fonction de l'âge.

Comme le niveau de nos soins de santé ne cesse d'évoluer (nouvelles techniques par exemple), le coût d'une hospitalisation augmente lui aussi.

En notre qualité d'assureur familial, nous sommes conscients que les assurances ne sont pas une matière aisée. Nous tenons à ce que tout soit bien clair pour vous. Pour cette raison pour laquelle nous vous donnons quelques explications préalables sur certains termes importants utilisés dans les présentes conditions générales. Ces explications sont également illustrées par des exemples, le cas échéant. Cela vous permet de comprendre ce que nous voulons dire et d'éviter tout malentendu.

Votre agent se tient à votre disposition si des questions demeurent sans réponse après la lecture de ces conditions.

Comment communiquons-nous?

Toutes les notifications qui vous sont destinées sont valablement envoyées à la dernière adresse qui nous est connue. Voilà pourquoi nous vous demandons de nous signaler sans tarder tout changement d'adresse!

Les extraits du compte financier convenu représentent un autre moyen de communiquer valablement avec vous en tant que preneur d'assurance ou assuré.

Les notifications qui nous sont adressées en notre qualité d'assureur doivent être envoyées à l'adresse du siège social: Belgiëlei 49-53 – 2018 Anvers.

1. Généralités

1.1. Qu'entendons-nous par ces termes souvent utilisés?

Accident

Un « accident » est un événement soudain et imprévu dû à une cause externe et qui entraîne une lésion physique.

Assuré(s)

Les « Assurés » sont les personnes couvertes par la présente assurance hospitalisation. Il s'agit aussi bien du Preneur d'assurance seul que du Preneur d'assurance avec certains Membres de la famille. Dans ce dernier cas, le Preneur d'assurance est désigné comme l'assuré principal et les Membres de la famille, comme les co-assurés. Tous les Assurés doivent être mentionnés sur la proposition d'assurance et sur « l'avis d'acceptation ». Si ce n'est pas le cas, ils ne sont pas assurés.

La question de savoir si les Membres de votre famille sont des Assurés, et donc couverts par la présente assurance hospitalisation, dépend de la formule d'assurance que vous avez choisie: la formule « Individuel » ou « Famille » (voir à cet effet l'article 1.6 des présentes conditions générales).

Nous pouvons exclure une intervention pour chaque Assuré séparément dans les cas suivants:

- traitements qui ont déjà commencé avant l'entrée en vigueur de l'assurance,
- affections ou maladies préalables.

Nous communiquons l'acceptation, avec ou sans exclusions de couverture éventuelles, par écrit au Preneur d'assurance au moyen d'un relevé de compte. Ce relevé de compte est appelé « avis d'acceptation ».

Le contrat peut seulement accorder une couverture aux personnes physiques âgées de 64 ans maximum au moment de notre acceptation.

Tous les Assurés doivent avoir leur domicile légal en Belgique.

C.M.G.

« C.M.G. » signifie Conseiller Médical Général. Le C.M.G. est notre médecin-conseil. Il évalue la déclaration de santé Hospitalisation et les rapports médicaux. Nous pouvons obtenir un conseil de sa part à tout moment. Il peut se faire assister par des conseillers médicaux locaux.

Déclaration

Une « Déclaration » est un relevé de frais (par exemple, une facture d'hôpital ou un décompte de frais de transport de malades) pour lequel un remboursement est demandé dans le cadre du présent contrat.

Délai d'attente

Le Délai d'attente est la période pendant laquelle l'Assureur n'accordera aucune couverture. Le Délai d'attente commence à courir à la date de début du présent contrat (voir à cet effet

l'article 1.5.1 des présentes conditions générales). Si une option est ajoutée après la date de début du contrat, le Délai d'attente pour cette option commence à courir à la date de début de l'option ajoutée.

Hôpital

Un « Hôpital » est un établissement sis en Belgique qui est légalement agréé comme un hôpital et qui s'occupe d'examiner, de traiter et de soigner des personnes malades ou blessées, à condition que cet établissement ou une partie de celui-ci n'ait pas obtenu un agrément spécial de maison de repos ou de soins.

Nous ne considérons pas comme un Hôpital:

- les centres de rééducation,
- les établissements médico-pédagogiques,
- les maisons de repos et les établissements pour le simple logement de personnes âgées, de personnes en rétablissement ou d'enfants,
- les départements et les lits des maisons de repos et de soins, les hôpitaux et les parties d'hôpitaux qui ont obtenu « un agrément spécial comme maison de repos et de soins »,
- les établissements de soins psychiatriques.

Hospitalisation

Par « Hospitalisation », nous entendons le séjour médical nécessaire dans un Hôpital, avec une nuitée, pour lequel un prix par jour est facturé.

Hospitalisation de Jour

Par « Hospitalisation de Jour », nous entendons un séjour dans un Hôpital, sans nuitée, pour lequel un prix forfaitaire par jour est facturé.

Membres de la famille

Les « Membres de la famille » sont:

- le/la conjoint(e) légal(e) cohabitant(e) ou le/la partenaire cohabitant(e) du Preneur d'assurance;
- les enfants cohabitants ou enfants adoptifs du Preneur d'assurance;
- les petits-enfants cohabitants du Preneur d'assurance à condition que ce dernier s'occupe officiellement d'eux;
- les enfants mineurs non cohabitants du Preneur d'assurance si ce dernier est séparé ou vit séparé de la mère ou du père des enfants.

Cohabiter chez le Preneur d'assurance signifie que le Membre de la famille doit avoir sa résidence légale principale dans la même habitation que le Preneur d'assurance et qu'il doit normalement cohabiter familialement avec lui.

Nomenclature

Par « Nomenclature », on entend la nomenclature des prestations de santé. La Nomenclature est une liste reprenant les codes des examens et des traitements effectués par un médecin agréé. Ces examens ou traitements sont remboursés entièrement ou

partiellement par l'assurance maladie. La liste et les modifications sont publiées au Moniteur belge.

Preneur d'assurance

Le « Preneur d'assurance » est la personne qui souscrit l'assurance. Le Preneur d'assurance est responsable de l'exactitude des données transmises et du respect de toutes les autres obligations résultant de la souscription du présent contrat.

Rooming-in

Par « Rooming-in », nous entendons le fait qu'une personne, parent ou accompagnateur, passe une nuit dans la même chambre qu'un enfant de moins de 18 ans ou qu'une personne handicapée.

1.2. Quelles sont les parties au présent contrat?

Le contrat est conclu entre

- nous, à savoir Argenta Assurances SA (en abrégé « Aras SA »), dont le siège social est situé en Belgique, 2018 Anvers, Belgique 49-53 et enregistrée à la Banque-Carrefour des Entreprises sous le numéro 0404.456.148 (RPM Anvers, division Anvers), dénommé ci-après « l'Assureur » ou « nous ».

et

- vous, le Preneur d'assurance.

La couverture de la présente assurance hospitalisation s'applique à tous les Assurés.

1.3. Que vous demandons-nous au préalable?

Avant de pouvoir vous assurer, nous vous demandons de répondre aux questions et de compléter les données de la déclaration de santé Hospitalisation et de la proposition d'assurance et de signer ces documents.

Chaque Assuré est tenu de répondre aux questions et de compléter les données, de manière exhaustive et fidèle, figurant sur la déclaration de santé Hospitalisation et sur la proposition d'assurance. Il est tenu de nous signaler tous les faits qui peuvent avoir une influence sur l'évaluation du risque à assurer.

Si une Assurée est enceinte au moment où la proposition d'assurance est déposée, elle est tenue de le mentionner sur la déclaration de santé Hospitalisation. Aucune couverture ne sera accordée pour les frais relatifs à la grossesse et l'accouchement.

Il convient de répondre par écrit à toutes les questions écrites. Si l'Assuré ne répond pas par écrit à toutes les questions, nous ne pouvons pas établir de contrat, à l'exception des questions ouvertes, auxquelles l'Assuré doit répondre au mieux de ses connaissances.

En cas d'intention frauduleuse, nous pouvons invoquer la nullité légale ou la rupture de l'assurance, refuser l'intervention et conserver les primes échues.

1.4. Dans quelle langue communiquons-nous?

Nous communiquons exclusivement en français ou en néerlandais. Vous pouvez choisir vous-même la langue lors de la conclusion du contrat.

1.5. Quand le présent contrat débute et se termine-t-il?

1.5.1. Quelle est la date de début du présent contrat?

La date de début est la date à partir de laquelle le présent contrat court. La date de début est mentionnée dans l'« avis d'acceptation » et peut au plus tôt commencer le premier jour du mois qui suit la date à laquelle l'avis d'acceptation a été envoyé. Attention: cela ne veut pas nécessairement dire que vous êtes couvert par le présent contrat d'assurance à partir de cette date de début. Des Délais d'attente peuvent en effet s'appliquer. Lisez à cet effet l'article 2.4 des présentes conditions générales.

1.5.2. Quelle est la durée du présent contrat?

Sauf en cas de terminaison avant l'échéance ou résiliation par nous ou vous, le présent contrat est conclu à vie de l'Assuré.

1.5.3. Dans quels cas le présent contrat ou la couverture d'assurance peuvent-ils ou vont-ils se terminer avant l'échéance?

Sous réserve des possibilités de résiliation générales et légales (comme la résiliation amiable où les deux parties conviennent de mettre fin anticipativement au contrat, etc.) et les motifs de nullité légaux (fraude, erreur, etc.), nous pouvons résilier unilatéralement le présent contrat ou la couverture d'assurance prend fin automatiquement dans les cas suivants:

a) Établissement de l'Assuré à l'étranger

La couverture d'assurance prend fin automatiquement pour l'Assuré le premier jour du mois qui suit le mois au cours duquel il s'établit en dehors de la Belgique.

La couverture d'assurance prend fin automatiquement pour tous les Assurés le premier jour du mois qui suit le mois au cours duquel le Preneur d'assurance s'établit en dehors de la Belgique.

b) Modification du lien familial de l'Assuré

La couverture d'assurance dans le cadre du présent contrat prend fin automatiquement pour un Membre de la famille assuré dès qu'il n'est plus « Membre de la famille » suite à un déménagement. Toutefois, le Membre de la famille peut dans ce cas poursuivre l'assurance hospitalisation, comme spécifié ci-après.

Vous nous communiquez par écrit ou par voie électronique la date du déménagement d'un Membre de la famille assuré ainsi que sa nouvelle adresse, et ce, dans les trente jours qui suivent la date du déménagement.

Dans les trente jours après que nous avons été informés du déménagement, nous soumettons une nouvelle offre d'assurance au Membre de la famille (et aux membres éventuels de sa famille). Dans ce cas, nous ne pouvons pas invoquer le fait que le risque soit déjà réalisé. Exemple: si un sinistre survient entre la cessation du précédent contrat d'assurance et la conclusion du nouveau contrat d'assurance, nous ne pouvons pas refuser

d'accorder la couverture si vous donnez suite à notre nouvelle offre d'assurance. Si le changement d'adresse nous est communiqué tardivement, (le droit à) l'offre d'assurance disparaît.

Le Membre de la famille dispose d'un délai de soixante jours, à compter de sa réception, pour accepter l'offre d'assurance par voie écrite ou électronique. Passé ce délai, le droit d'accepter l'offre disparaît.

Si le Membre de la famille accepte l'offre d'assurance, le nouveau contrat d'assurance entre en vigueur au moment où il perd l'avantage du présent contrat.

Si le Membre de la famille n'accepte pas l'offre d'assurance ou si le délai de 60 jours pour exercer son droit à l'acceptation est venu à expiration, la couverture d'assurance du présent contrat pour le Membre de la famille concerné prend fin automatiquement le premier jour du mois qui suit celui au cours duquel le délai de 60 jours est venu à expiration.

1.5.4. Quand et comment pouvez-vous résilier le présent contrat?

- *Annuellement à la fin de chaque période d'assurance.* Vous résiliez le contrat au moins trois mois avant l'échéance annuelle. Le contrat prend alors fin à l'échéance annuelle.
- *Chaque fois que nous vous communiquons un changement au niveau de la prime, de la franchise, des prestations ou des conditions pour l'année d'assurance suivante.* Vous résiliez alors le contrat dans les trois mois à compter de la communication de notre avis de modification. Si notre communication a eu lieu au moins 4 mois avant l'échéance annuelle, le contrat prend fin à l'échéance annuelle. Si notre communication a eu lieu moins de 4 mois avant l'échéance annuelle, le contrat prend fin 1 mois après la date de réception de votre lettre de résiliation et au plus tôt à l'échéance annuelle.
- Vous nous faites part de la résiliation de contrat dans tous les cas susmentionnés par lettre recommandée à la poste, par exploit d'huissier ou par remise de la lettre de résiliation contre récépissé.

1.5.5. Quand et comment pouvons-nous résilier le présent contrat?

- Si vous ne payez pas la prime à l'échéance, nous pouvons résilier le présent contrat par lettre recommandée, dans les conditions visées à l'article 1.7.4. des présentes conditions générales.
- Si un Assuré dissimule involontairement des informations ou communique involontairement des informations incorrectes (notamment en ce qui concerne les informations visées à l'article 1.3), nous pouvons résilier par lettre recommandée la couverture d'assurance pour l'Assuré sur lequel portent ces informations. Nous devons pour cela respecter un délai de préavis d'un mois.
Il s'agit d'informations relatives à une maladie ou une affection qui est constatée par un médecin dans les deux ans qui suivent le début du présent contrat et dont les symptômes s'étaient déjà manifestés au moment de la conclusion du présent contrat. Si nous voulons résilier cette couverture d'assurance, nous devons le faire dans ce même délai de deux ans. Nous pouvons aussi dans ce délai opter pour l'exclusion de certaines couvertures.
- Si vous ou l'un des Assurés dissimulez intentionnellement des informations sur le risque assuré ou communiquez intentionnellement de fausses informations et que nous sommes induits en erreur au moment de l'évaluation du risque, le présent contrat est déclaré nul. Les primes qui avaient déjà été payées au moment où nous avons eu connaissance de cette tromperie, nous restent acquises et ne sont donc pas remboursées.

1.5.6. Que se passe-t-il en cas de décès d'un Assuré?

En cas de décès d'un Assuré, la couverture d'assurance prend fin pour cet Assuré uniquement, à partir du jour qui suit le jour du décès.

1.6. Quelles sont les formules d'assurance possibles?

La formule « Individuel »

Seul le Preneur d'assurance est assuré. Les Membres de la famille ne sont pas assurés.

La formule « Famille »

Tant le Preneur d'assurance que les Membres de la famille sont assurés pour autant qu'ils soient mentionnés sur l'avis d'acceptation et sur la proposition d'assurance.

1.7. Comment la prime est-elle calculée et quand devez-vous la payer?

1.7.1. Comment votre prime est-elle calculée?

Le montant total de votre prime annuelle équivaut à la somme des primes individuelles par Assuré. La prime individuelle de chaque Assuré est composée de la prime de base et des éventuelles primes complémentaires pour certaines options.

La prime de base par Assuré dépend de l'âge de l'Assuré. Les primes complémentaires dépendent des options éventuelles que vous choisissez.

1.7.2. À combien la prime de base s'élève-t-elle?

La prime de base est la prime que vous payez pour votre risque d'assurance sans les options complémentaires. Elle dépend de l'âge.

Âge	Prime en euros *
0-17	76,53
18-29	231,92
30-44	289,90
45-59	371,06
60-74	637,77
75-79	707,33
80-84	834,88
+85	898,66

* Ces montants sont valables pour l'année d'assurance 2016. Pour les années d'assurance suivantes, ils doivent être indexés afin de connaître les montants exacts (voir l'article 1.7.5).

1.7.3. À combien les primes pour les options s'élèvent-elles?

Vous pouvez étendre la garantie de base avec des options. Vous payez alors une prime complémentaire. Les options doivent être les mêmes pour tous les Assurés dans le contrat.

Les primes complémentaires pour les options sont:

Pour les explications sur les options, voir l'article 3.2	Prime en euros (0-59 ans)*	Prime en euros (à partir de 60 ans)*
option 1 (rééducation)	57,98	168,14
option 2 (augmentation de l'intervention forfaitaire)	34,78	34,78
option 3 (hors Nomenclature)	23,18	23,18

* Ces montants sont valables pour l'année d'assurance 2016. Pour les années d'assurance suivantes, ils doivent être indexés afin de connaître les montants exacts (voir l'article 1.7.5).

1.7.4. Quand payez-vous votre prime?

Vous payez votre prime annuelle anticipativement pour l'année d'assurance à venir. Le paiement se fait au 1 janvier ("l'échéance"). En principe, une année d'assurance comprend 12 mois. Il peut être dérogé à cette règle uniquement pour la première année d'assurance dont la durée peut être plus courte que la durée normale de 12 mois. La prime sera dans ce cas calculée de manière proportionnelle.

Voici un exemple. Votre assurance commence à courir le 1^{er} avril. La date d'échéance sera dans ce cas le 1^{er} janvier de la première année civile qui suit. Votre prime est alors calculée sur la base d'une durée réduite de 9 mois.

La couverture d'assurance ne peut commencer qu'après le paiement de l'intégralité de la prime pour la première année d'assurance et au plus tôt à la date de début qui vous sera communiqué dans l'avis d'acceptation. Attention: cela ne veut pas nécessairement dire que vous êtes effectivement couvert par le présent contrat d'assurance à partir de cette date. Des Délais d'attente peuvent en effet s'appliquer. Lisez à cet effet l'article 2.4 des présentes conditions générales.

Si vous n'avez pas payé la prime à l'échéance, nous pouvons suspendre la couverture du contrat ou résilier le contrat. Nous vous mettons d'abord en demeure par exploit d'huissier ou par courrier recommandé à la poste.

La suspension de la couverture ou la résiliation entre en vigueur à l'expiration d'un délai de 15 jours à compter du jour qui suit la notification ou la remise à la poste du courrier recommandé.

Il est mis fin à la suspension si vous avez payé les primes en souffrance.

Si nous avons suspendu la couverture, nous pouvons encore résilier le contrat si nous nous sommes réservé ce droit dans la mise en demeure. Dans ce cas, la résiliation prend effet au plus tôt à l'expiration d'un délai de 15 jours à compter du premier jour de la suspension. Si nous ne nous sommes pas réservé cette possibilité, la résiliation doit faire l'objet d'une nouvelle notification.

La suspension de la couverture ne porte pas préjudice à notre droit d'exiger les primes encore à échoir, à condition que vous soyez mis en demeure. Ce droit est limité aux primes pour deux années successives.

1.7.5. Adaptation des primes, des franchises et des prestations

Nous nous réservons expressément le droit d'adapter, à l'échéance annuelle de la prime, les primes (primes de base et primes complémentaires) sur la base de l'indice des prix à la consommation.

La prime peut aussi être adaptée à l'échéance annuelle de la prime sur la base de l'indice médical. L'indice médical est lié aux coûts des services qui sont couverts par les contrats privés d'assurance maladie. Il ne peut y avoir d'adaptation sur la base de l'indice médical que si l'évolution de cet indice dépasse l'indice des prix à la consommation. Ces indices sont calculés par le SPF Économie et sont publiés au Moniteur belge.

En cas d'indexation, nous comparons l'indice du mois de juin (en cas d'indexation sur la base de l'indice des prix à la consommation) ou l'indice du deuxième trimestre (en cas d'indexation sur la base de l'indice médical) de l'année en cours avec l'indice du même mois, respectivement du même trimestre, de l'année précédente. La différence entre les indices est exprimée en un pourcentage qui peut ensuite être appliqué à la prime et aux prestations qui étaient en vigueur avant l'indexation.

Les montants des primes (de base ou complémentaires) dans les présentes conditions générales sont les montants qui étaient en vigueur pour l'année d'assurance 2016. Vous pouvez toujours demander une liste des montants actuels des primes (de base et complémentaires) ou consulter cette liste sur notre site Internet www.argenta.be.

1.8. Que se passe-t-il si vous n'êtes pas satisfait?

Si vous avez une réclamation relative au présent contrat d'assurance ou à la gestion d'un sinistre, vous pouvez l'adresser à:

- Argenta Assurances SA
à l'attention du service Gestion des plaintes
Belgiëlei 49-53
2018 Anvers
e-mail: gestiondesplaintes@argenta.be (www.argenta.be)
- Ombudsman des Assurances
Square De Meeûs 35
1000 Bruxelles
e-mail: info@ombudsman.as (www.ombudsman.as)

Vous conservez toujours aussi le droit d'introduire une procédure judiciaire.

Seuls les cours et tribunaux belges sont compétents pour connaître des litiges pouvant découler du présent contrat.

2. Quand pouvez-vous faire appel à cette assurance hospitalisation?

2.1. Hospitalisation et Hospitalisation de Jour

Vous pouvez faire appel à cette assurance hospitalisation en cas d'Hospitalisation. Cette assurance est uniquement valable en cas d'hospitalisation dans un Hôpital, un établissement psychiatrique ou un sanatorium pour le traitement de la tuberculose.

Les Hospitalisations de Jour entrent aussi en ligne de compte pour une couverture dans le cadre de cette assurance hospitalisation. Les débours qui ne sont pas faits pendant une Hospitalisation ou une Hospitalisation de Jour n'entrent pas en ligne de compte pour un remboursement.

2.2. Traitements qui sont assurés

En vertu des conditions et spécifications reprises dans les présentes conditions générales de l'assurance hospitalisation et en tenant compte des exclusions éventuelles mentionnées sur l'avis d'acceptation, l'assurance couvre les débours faits pendant l'Hospitalisation ou l'Hospitalisation de Jour en rapport avec le traitement médical de maladies, d'anomalies, de défauts corporels ou d'Accidents, pour autant que (et à partir du moment où) ils sont médicalement nécessaires.

Les soins palliatifs sont également couverts par l'assurance.

Le remboursement des frais dans un établissement psychiatrique est limité à un maximum de 120 jours par Assuré.

Les accouchements et les traitements de fertilité sont également assurés.

Une hospitalisation sur la base d'une indication sociale peut entrer en ligne de compte pour une indemnisation. L'hospitalisation ne peut pas servir de cure de repos. La condition est que l'hospitalisation ait uniquement lieu sur avis médical pour l'une des raisons suivantes:

- 1) Si un Assuré, parce qu'il est locataire d'une chambre, peut uniquement bénéficier des soins nécessaires dans un Hôpital.
- 2) Si un Assuré ne peut pas bénéficier à son domicile des soins nécessaires, parce que la famille, à laquelle l'Assuré appartient, habite avec plusieurs familles supplémentaires dans un logement.
- 3) S'il est question d'une maladie contagieuse et que les autres Membres de la famille courent un risque de contamination aiguë.

2.3. Autres garanties (en dehors de ce contrat)

Nous ne garantissons pas nos avantages lorsque le sinistre est déjà couvert par le droit commun, par une autre législation ou par un autre contrat d'assurance dont vous bénéficiez et qui offre une même couverture d'assurance, aussi bien auprès d'une compagnie d'assurances belge qu'auprès d'une mutuelle belge.

Si, lors d'un sinistre, différentes assurances offrent la même couverture d'assurance et que Vous faites intervenir cette police, Nous Vous indemniserons dans les limites de cette assurance hospitalisation.

Quand les remboursements effectués en vertu d'une autre législation, du droit commun ou d'un autre contrat d'assurance sont inférieurs à nos remboursements, vous avez droit à la différence.

2.4. Délai d'attente

Le Délai d'attente est de trois mois et entre en vigueur à compter de la date de début du présent contrat.

Les hospitalisations ou traitements qui ont commencé avant l'expiration de cette période, ne relèvent dès lors pas de la couverture d'assurance.

Exceptions:

- Hospitalisations suite à un Accident: pas de Délai d'attente
- Traitements de fertilité pour un Assuré < 40 ans: 9 mois de Délai d'attente
- Traitements de fertilité pour un Assuré >= 40 ans: pas de Délai d'attente

Il n'y a pas de Délai d'attente si vous passez, sans interruption de couverture, d'une police d'assurance groupe hospitalisation entre Argenta Banque d'Épargne SA et nous ou d'une autre police individuelle d'assurance hospitalisation chez nous dans le cadre de laquelle vous avez déjà effectué le Délai d'attente susmentionné.

Il n'y a pas non plus de Délai d'attente si un Membre nouveau-né de la famille est, dans un délai de 3 mois après sa naissance, ajouté comme Assuré à un contrat dont les Délais d'attente ont déjà été effectués. La couverture est alors accordée à partir de la date de naissance et sans acceptation médicale préalable. La prime annuelle est recalculée à compter de la date de naissance.

Pour un nouveau-né qui n'est pas ajouté comme Assuré dans les 3 mois, les dispositions d'une adhésion ordinaire s'appliquent.

2.5. Libre choix du médecin et de l'établissement

Les Assurés peuvent choisir librement leur médecin, spécialiste, chambre, Hôpital, sanatorium pour le traitement de la tuberculose et établissement psychiatrique.

2.6. Choix de la chambre

En cas d'hospitalisation, un Assuré peut choisir de séjourner dans une chambre individuelle.

2.7. Hospitalisation à l'étranger

Nous indemnisons également les frais relatifs à une Hospitalisation en dehors de la Belgique, à condition toutefois que l'Assuré prouve que les frais aient été faits au plus tard nonante jours après le jour de son départ à l'étranger pour des vacances ou pour un voyage d'affaires.

Nous indemnisons jusqu'à maximum 50 % de plus que ce que nous aurions dû indemniser si le traitement médical avait eu lieu en Belgique.

Si un Assuré prétend à l'indemnisation de débours faits en dehors de la Belgique, il devra alors prouver, au moyen d'un certificat d'un médecin établi à l'endroit où les débours ont été faits, que ces frais étaient médicalement nécessaires. Ce certificat devra également attester des raisons médicales pour lesquelles ces frais ont été faits.

3. Quels frais entrent en ligne de compte pour une indemnisation?

3.1. Garantie de base

L'assurance hospitalisation Aras Care chambre individuelle propose une garantie étendue.

Les frais énumérés au chapitre 3.1 entrent en ligne de compte pour une indemnisation conformément aux dispositions reprises dans les présentes conditions générales et moyennant les restrictions suivantes:

Dans les hôpitaux suivants, l'intervention dans les honoraires est limitée à un maximum de 200 % de l'intervention de la mutuelle, quel que soit le type de chambre:

- Numéro INAMI 710110-27 Clinique Saint-Jean ASBL
- Numéro INAMI 710723-93 Hôpital Ste-Anne/St-Rémi/St-Étienne
- Numéro INAMI 710406-22 Hôpital Universitaire Érasme
- Numéro INAMI 710332-96 CHIREC « Centre Hospitalier Interrégional Édith Cavell »
- Numéro INAMI 710111-26 Cliniques de l'Europe
- Numéro INAMI 710087-50 Hôpitaux Iris Sud
- Numéro INAMI 710403-25 Hôpitaux Universitaires Saint-Luc
- Numéro INAMI 710202-32 Clinique St-Étienne

Conformément aux présentes conditions générales, une intervention est proposée pour les honoraires des médecins traitants, si ceux-ci sont mentionnés sur la facture de l'hôpital et sont facturés en tant que tels par l'Hôpital. Les notes d'honoraires pour des prestations sans Nomenclature valable, établies par les médecins traitants eux-mêmes, n'entrent par conséquent pas en ligne de compte pour une indemnisation.

3.1.1. Prix de la journée dans un Hôpital

Nous entendons ici le prix de la chambre par journée dans un Hôpital, comme défini à l'article 2.6 des présentes conditions générales, à l'exception du prix de la chambre pour les trois premiers jours d'hospitalisation. Celui-ci n'entre pas en considération pour une indemnisation.

3.1.2. Prix de la journée dans un établissement psychiatrique ou dans le service psychiatrique d'un Hôpital

Nous entendons ici le prix de la chambre par journée dans un établissement sis en Belgique et agréé par la loi pour des soins temporaires de maladies mentales, à l'exception du prix de la chambre pour les trois premiers jours d'hospitalisation. Celui-ci n'entre pas en considération pour une indemnisation.

Le remboursement des prix de la journée et des frais dans un établissement psychiatrique ou dans le service psychiatrique d'un Hôpital est limité à un maximum de 120 jours par Assuré. En cas d'hospitalisations répétées, il sera tenu compte, pour le calcul de ce délai, de toutes les hospitalisations antérieures qui ont eu lieu sous la couverture d'une assurance hospitalisation souscrite chez nous, quelle que soit l'année d'assurance.

3.1.3. Prix de la journée dans un sanatorium pour le traitement de la tuberculose

Nous entendons ici le prix de la chambre par journée dans un établissement sis en Belgique et agréé par la loi pour les soins des personnes atteintes de tuberculose, à l'exception du prix de la chambre pour les trois premiers jours d'hospitalisation. Celui-ci n'entre pas en considération pour une indemnisation.

3.1.4. Frais d'opération

Par opération, nous entendons l'intervention chirurgicale réalisée pendant un séjour dans un Hôpital, un établissement psychiatrique ou un sanatorium pour le traitement de la tuberculose.

Par frais d'opération, nous entendons les frais d'une opération qui se rapportent aux honoraires du chirurgien, à l'assistance, à l'utilisation de la salle d'opération, à l'anesthésie et aux pansements utilisés au cours de l'opération.

Le remboursement des frais d'opération dans un établissement psychiatrique est limité à un maximum de 120 jours par Assuré.

3.1.5. Frais supplémentaires

Les « frais supplémentaires » sont les débours faits pendant le séjour dans un Hôpital, un établissement psychiatrique ou un sanatorium pour le traitement de la tuberculose. Quelques exemples:

- Consultations d'un médecin, spécialiste ou professeur
- Examen radiologique
- Examen en laboratoire
- Diathermie
- Lampe à rayons ultraviolets
- Injections
- Analyse de sang, d'urine, des selles, gastroscopie et traitements assimilés

Le remboursement des frais supplémentaires dans un établissement psychiatrique est limité à un maximum de 120 jours par Assuré.

3.1.6. Soins dentaires

Nous indemnisons les frais d'hospitalisation, à l'exception de toutes les prothèses dentaires et implants dentaires.

3.1.7. Traitement esthétique

Nous indemnisons les frais d'hospitalisation pour un traitement esthétique qui a été reconnu au préalable par le C.M.G. comme médicalement nécessaire et qui est la conséquence d'un Accident ou d'une maladie assurés par ce contrat.

3.1.8. Frais de transport des malades

Nous indemnisons les frais de transport depuis et vers un Hôpital, un sanatorium ou un établissement psychiatrique:

- en ambulance, avec un maximum de 200 km par voyage

3.1.9. Donneurs

Nous indemnisons les frais de séjour des donneurs, si cela est médicalement requis pour le traitement de l'Assuré, dans la mesure où le donneur se fait hospitaliser volontairement et consciemment dans le cadre de son don.

3.1.10 Prothèses et implants

Une prothèse est un dispositif artificiel de remplacement ou de correction d'une partie du corps, d'un organe ou d'une partie d'un organe. Si la prothèse est complètement dissimulée dans le corps, elle est aussi appelée implant.

Nous indemniserons uniquement les frais de prothèses et d'implants si, en vertu de la Nomenclature, il existe également un droit à l'indemnisation auprès de la mutuelle. Notre indemnisation s'élèvera à maximum 150 % de l'intervention accordée par la mutuelle.

Les prothèses et implants dentaires sont expressément exclus.

3.1.11. Rooming-in

Nous indemnisons les frais liés au Rooming-in avec un maximum de 25 euros par jour facturé.

3.1.12. Traitements de fertilité

Nous indemnisons les frais pour les traitements de fertilité jusqu'à un maximum de 750 euros par Assuré.

Pour le calcul de ce montant maximum, il sera tenu compte de toutes les hospitalisations antérieures pour traitements de fertilité qui ont eu lieu sous la couverture d'une assurance hospitalisation souscrite chez nous, quelle que soit l'année d'assurance.

3.1.13. Accouchement à domicile

Nous indemnisons les frais d'un accouchement à domicile à hauteur d'un montant forfaitaire de 750 euros.

3.1.14. Test contre la mort subite du nourrisson

Nous indemnisons les frais d'un test contre la mort subite du nourrisson.

3.1.15. Traitements homéopathiques

Nous indemnisons également les frais pour lesquels il existe un droit à remboursement en vertu des présentes conditions générales, dans le cadre des traitements homéopathiques. Notre intervention pour ces prestations est définie à l'article 6.1. L'indemnisation y est définie pour des prestations qui ne sont pas remboursées par votre mutuelle.

3.2. Comment pouvez-vous rendre la garantie de base encore plus complète?

Vous pouvez étendre la garantie de base avec des options. Vous payez pour cela une prime complémentaire. Les options doivent être les mêmes pour tous les Assurés dans le contrat.

Vous n'avez droit aux options que si elles sont mentionnées sur l'avis d'acceptation ou sur l'avis d'échéance annuel.

Nous vous communiquons l'acceptation, avec ou sans exclusions de couverture éventuelles, par écrit au moyen d'un extrait de compte.

Les options suivantes peuvent être choisies en complément de la garantie de base.

3.2.1. Option 1: rééducation

En dérogation à la garantie de base, nous octroyons une indemnisation pour des frais de rééducation durant une Hospitalisation ou Hospitalisation de Jour, avec un maximum de 750 euros par année d'assurance et par Assuré.

Les frais de rééducation qui n'entrent pas dans le cadre d'une Hospitalisation ou d'une Hospitalisation de Jour ne sont pas couverts.

3.2.2. Option 2: augmentation du versement forfaitaire complémentaire

En complément de la garantie de base, le versement forfaitaire complémentaire est majoré de 37,5 euros, ce qui porte le forfait à 75 euros par hospitalisation avec nuitée.

3.2.3. Option 3: augmentation de l'intervention pour des prestations hors Nomenclature

En complément de la garantie de base, l'indemnisation pour des prestations pour lesquelles aucun remboursement n'est accordé par la mutuelle en vertu de la Nomenclature est majorée de 620 à 750 euros par année d'assurance et par Assuré.

4. Quels frais n'entrent pas en ligne de compte pour une indemnisation?

4.1. Frais qui ne sont pas assurés

Les frais de médecine préventive, de contraception, de stérilisation préventive, d'acupuncture, de cures thermales, d'ergothérapie et de thérapie des cellules vivantes ne relèvent pas de cette assurance.

Les frais de rééducation ne sont pas assurés non plus, sauf si vous avez choisi l'option couvrant cette rééducation (voir l'article 3.2.1).

4.2. Exclusions

La couverture d'assurance n'englobe pas les frais consécutifs aux:

- maladies ou Accidents liés à des faits de guerre, de guerre civile, des troubles civils, des émeutes ainsi qu'aux réactions nucléaires quelle qu'en soit son origine, à l'exception de l'application médicale de la radioactivité;
- maladies ou Accidents imputables à une intoxication à l'alcool, un état d'ébriété ou la consommation de stupéfiants dans le chef de l'Assuré.

5. Que devez-vous faire en cas d'Hospitalisation?

5.1. Notification

Dès que vous savez que vous allez être hospitalisé, vous devez nous le signaler par votre agence. Vous pouvez aussi le faire en même temps que la soumission de la déclaration (voir l'article 5.3 Déclaration).

5.2. Contrôle

Toute indemnisation sous cette assurance hospitalisation ne sera octroyé que sous réserve de notre droit de procéder au contrôle de l'état de santé de l'Assuré et du bien-fondé de l'intervention. Nous prenons en charge les coûts de cet examen. Nous n'imposerons aucune mesure de contrôle inutile, non pertinente ou excessive par rapport à l'examen. Le Preneur d'assurance et chaque Assuré s'engagent à nous fournir tous les renseignements nécessaires, à notre demande, et à se soumettre à tout moment à un examen effectué par notre médecin de contrôle.

Dans les limites de l'article 61 de la Loi du 4 avril 2014 *relative aux assurances*, chaque Assuré autorise les médecins qui traitent ou ont traité l'Assuré à transmettre au C.M.G., par le biais d'un rapport médical, tous les renseignements portant sur son état de santé. Le C.M.G. est tenu de respecter en toutes circonstances le secret médical lors du traitement des données.

5.3. Déclaration

Vous devez nous transmettre toutes les Déclarations en mentionnant les dates des consultations et des journées d'hospitalisation. Les montants des Déclarations doivent être spécifiés par consultation, médicament, journée d'hospitalisation et/ou traitement.

Vous devez dans tous les cas introduire la facture originale (de l'Hôpital).

Les Déclarations qui nous sont transmises, ne sont pas restituées.

Nous demandons d'introduire les Déclarations si possible dans les 3 mois qui suivent la fin de chaque année civile, ou après la cessation de la couverture d'assurance. Si cela n'est pas possible, nous vous demandons de nous le signaler afin que nous puissions garder votre dossier ouvert.

6. Comment et quand êtes-vous indemnisé?

6.1. Nomenclature

Nous indemnisons vos frais s'il existe aussi un droit à l'indemnisation auprès de votre mutuelle en vertu de la Nomenclature.

Si, en vertu de la Nomenclature, il n'existe pas de droit à l'indemnisation pour une prestation auprès de votre mutuelle, notre intervention s'élève à 100 % des coûts facturés, avec une limite fixée à un maximum de 620 euros par année civile et par Assuré.

Cette limite ne s'applique pas à notre intervention relative au Rooming-in.

6.2. Affiliation à la mutuelle

Les remboursements découlant du présent contrat d'assurance constituent un complément aux remboursements de votre mutuelle.

Si un Assuré n'est pas valablement affilié à une mutuelle, nous indemniserons au maximum les frais que nous aurions dû indemniser si l'Assuré avait été valablement affilié à une mutuelle.

6.3. Indemnité

L'indemnité est définie sur la base du prix qui est calculé au moment où les frais ont été faits. Il n'y aura donc jamais d'indemnisation plus élevée que les frais réellement calculés.

6.4 Versement

Nous nous acquitterons des versements, auxquels vous avez droit en vertu de cette police, au plus tard 14 jours après que nous avons constaté que ces sommes sont dues ou non. Nous établissons ce constat le plus rapidement possible après que vous avez introduit les Déclarations.

À la cessation de la couverture d'assurance, les frais qui sont faits jusqu'à la fin de la période d'assurance sont indemnisés.

Le fait que nous procédions au versement n'implique pas que nous soyons tenus au paiement des versements. Aucun droit ne peut être déduit du simple fait du versement.

Nos paiements sont effectués sur le compte financier que vous avez mentionné dans la proposition d'assurance ou sur le compte financier que vous avez indiqué dans le formulaire de mutation le plus récent.

Si nous estimons que vous n'avez pas droit ou pas entièrement droit à une indemnité, nous vous le signalerons le plus rapidement possible, par le biais d'un extrait de compte, en mentionnant le motif.

6.5 Versement forfaitaire complémentaire

Par Hospitalisation couverte, nous versons un montant forfaitaire supplémentaire. Ce forfait s'élève à 37,5 euros par hospitalisation.

Ce forfait n'est pas versé en cas d'Hospitalisation de Jour.

6.6 Subrogation des droits

Quand nous avons payé l'indemnisation ou les coûts afférents au sinistre, nous bénéficions, à concurrence de ce montant, des droits et créances de l'Assuré ou du bénéficiaire. Cela signifie que nous pouvons récupérer les débours que nous avons faits auprès du tiers responsable du sinistre.

L'Assuré, ses héritiers et autres ayants-droit sont tenus de collaborer à la transmission des droits qu'ils peuvent faire valoir à l'égard de tiers.

Conflits d'intérêts

Argenta accorde une grande importance à la protection de vos intérêts en tant que client. Pour cette raison, nous avons élaboré une politique en matière de conflits d'intérêts qui sert avant tout à éviter tout conflit. Et si cela ne s'avère pas possible, nous tenons quand même à évaluer correctement la situation. Car vous êtes notre première préoccupation.

Qu'implique la politique en matière de conflits d'intérêts? Nous pouvons vous soumettre l'intégralité du texte. Nous tenons ainsi compte des dispositions et formulations légales en la matière.

Argenta propose à ses clients des services bancaires, d'assurances et d'investissements. Comme tout autre prestataire de services financiers, Argenta peut être confronté à des conflits d'intérêts factuels et potentiels qui découlent de ces différentes activités. La protection de l'intérêt du client est sa première préoccupation.

Pour éviter que des conflits d'intérêts internes et externes ne nuisent aux intérêts de ses clients, Argenta a élaboré une politique ayant pour objectif d'identifier ou de contrôler les conflits d'intérêts et, s'il n'est raisonnablement pas possible de gérer les conflits d'intérêts sans porter préjudice aux intérêts des clients, de leur fournir des informations appropriées. La politique concerne tous les services et tous les collaborateurs et agents commerciaux d'Argenta.

La présente politique s'applique à toutes les sociétés faisant partie du groupe de bancassurance Argenta Bank- en Verzekeringsgroep (« Argenta »), y compris ses agents commerciaux, et est régulièrement évaluée et, le cas échéant, actualisée.

Un conflit d'intérêts est un conflit qui survient lorsque deux ou plusieurs personnes ou entités ont des intérêts contraires. En identifiant les conflits éventuels susceptibles de nuire réellement aux intérêts d'un client, Argenta vérifie si l'entreprise ou une personne:

- est susceptible de retirer un avantage financier ou d'éviter une perte financière aux dépens du client;
- a un intérêt dans le résultat d'un service fourni à un client ou d'une opération exécutée au nom du client qui est différent de l'intérêt du client dans ce résultat;
- bénéficie d'un avantage financier ou autre à faire passer les intérêts d'un autre client ou groupe de clients avant ceux du client;
- exerce la même activité que le client;
- reçoit ou recevra d'une personne autre que le client, en plus de la commission ou rémunération habituelle, un avantage ou une rémunération en rapport avec le service fourni au client.

Les conflits d'intérêts potentiels sont répertoriés dans l'inventaire.

Argenta dispose d'un registre de conflits d'intérêts qui est régulièrement actualisé. Ce registre qui reprend le détail des conflits d'intérêts factuels est un instrument important pour l'identification et la gestion de ces conflits d'intérêts. L'inventaire sera actualisé régulièrement sur la base des conflits d'intérêts effectifs qui sont mentionnés dans le registre.

En fonction de la nature des conflits d'intérêts, Argenta a élaboré différentes procédures et mesures qui ont pour but, en premier lieu, de les prévenir et, en second lieu, si la prévention n'est pas possible, de gérer le mieux possible les conflits d'intérêts potentiels et effectifs. En cas de conflit d'intérêts, la hiérarchie veillera toujours à prendre soigneusement en considération l'intérêt du client et l'intérêt d'Argenta ou de l'agent commercial. En cas de doute ou de situation délicate, il peut être fait appel au service Compliance qui intervient en deuxième ligne. L'intérêt du client sera toujours privilégié dans la mesure du raisonnable.

C'est là un résumé succinct de notre politique en matière de conflits d'intérêts. La version la plus récente de la politique en matière de conflits d'intérêts est disponible sur simple demande ou peut être consultée sur le site Internet d'Argenta.

Disposition transitoire pour les contrats existants avant 1 janvier 2016

Les conditions générales décrites dans le présent document sont applicables à partir du 1er avril 2018. Ces conditions générales remplacent, pour les polices existantes à cette date, les conditions générales décrites dans le document "Conditions générales DW14174F d'application à partir du 1er janvier 2015". Ces nouvelles conditions visent à rendre le texte des conditions générales plus transparent et plus avantageux pour le consommateur. Vos droits et obligations existants (comme la prime et la couverture) sous l'assurance hospitalisation n'ont cependant pas été modifiés substantiellement.

Néanmoins, si vous êtes d'avis qu'il y aurait une divergence de fond entre vos droits ou obligations sous les anciennes conditions générales DW14174F d'application à partir du 1er janvier 2015 et les présentes conditions générales, vous pouvez à tout moment invoquer les conditions les plus favorables pour vous vis-à-vis de l'Assureur. Vous pouvez à tout moment obtenir les anciennes conditions générales DW14174F d'application à partir du 1er janvier 2015 auprès de votre agent Argenta.