

Assurance hospitalisation

Document d'information relatif à un produit d'assurance

Argenta Assurances SA

Argenta Cares chambre individuelle



Le présent document vous donne un aperçu des couvertures et exclusions principales de cette assurance. Il n'est pas personnalisé en fonction de vos besoins individuels. Vous trouverez dans les conditions générales et particulières de votre assurance la description complète des couvertures, exclusions et limitations, ainsi que toutes les informations sur les droits et obligations de l'assureur et de l'assuré.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Cette assurance rembourse un certain nombre de frais liés à une hospitalisation médicalement nécessaire en chambre individuelle, double ou commune ou dans le cadre d'une hospitalisation de jour dans un hôpital, un établissement psychiatrique ou un sanatorium pour le traitement de la tuberculose. En option, vous pouvez assurer des garanties optionnelles.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Garantie de base

- ✓ Frais assurés liés à l'hospitalisation :
 - ✓ Prix de la journée, frais d'opération, frais supplémentaires
 - ✓ Soins dentaires, à l'exception des prothèses et implants
 - ✓ Traitement esthétique: indemnisé si reconnu comme médicalement nécessaire et consécutif à une maladie assurée ou à un accident assuré
 - ✓ Frais de transport des malades et frais de séjour des donneurs
 - ✓ Prothèses et implants
 - ✓ Rooming-in
 - ✓ Traitements de fertilité et accouchement à domicile
 - ✓ Test de mort subite du nourrisson
 - ✓ Traitements homéopathiques
- ✓ Les soins palliatifs sont également couverts par l'assurance.

Garanties optionnelles

- Frais de rééducation encourus lors d'une hospitalisation ou d'un séjour de jour (max. 750 euros par an et par assuré)
- Augmentation du montant forfaitaire supplémentaire par nuitée à 75 euros ;
- Augmentation des prestations d'intervention hors nomenclature (max. 750 euros par an et par assuré)

Les garanties sont soumises aux limites stipulées dans les conditions générales et/ou particulières.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

Garantie de base

Les frais de rééducation

Garantie de base et garanties optionnelles

- ✗ Affections/maladies préalables à la conclusion du contrat
- ✗ Frais de médecine préventive, de contraception, de stérilisation préventive, d'acupuncture, de cures thermales, d'ergothérapie et de thérapie des cellules vivantes
- ✗ 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 l'origine, à l'exception de l'application médicale de la radioactivité
- ✗ Maladies ou accidents imputables à une intoxication à l'alcool, à un état d'ébriété ou à la consommation de stupéfiants dans le chef de l'assuré



Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

Garantie de base

- ! Pour les hôpitaux listés sous l'article 3.1 des conditions générales, 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.
- ! Le prix de la chambre des 3 premiers jours d'hospitalisation n'est pas couvert par la garantie de base.
- ! 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.
- ! Les frais des traitements de la fertilité sont indemnisés jusqu'à un maximum de 750 euros par assuré.
- ! Les frais d'un accouchement à domicile sont indemnisés à hauteur d'un montant forfaitaire de 750 euros.
- ! Si la mutuelle n'intervient pas, l'indemnité de la garantie de base s'élève au maximum à 620 euros par année civile et par assuré.

Garantie de base et garanties optionnelles

- ! Des délais d'attente sont indiqués dans la police. Un délai d'attente est une période pendant laquelle l'assureur n'accorde pas de couverture.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Les hospitalisations en Belgique sont assurées.
- ✓ Les hospitalisations à l'étranger le sont également, à condition toutefois que l'assuré prouve que les frais sont survenus au plus tard 90 jours après le jour de son départ à l'étranger pour des vacances ou pour un voyage d'affaires. Nous indemnisons au maximum 50 % de plus que ce que nous aurions dû indemniser si le traitement médical avait eu lieu en Belgique.



Quelles sont mes obligations ?

- Vous devez nous fournir des informations sincères, précises et complètes sur le risque à assurer lors de la conclusion du contrat.
- Si des changements interviennent pendant la durée du contrat (p. ex.: un déménagement à l'étranger, une modification du lien familial, etc.), vous devez les signaler à votre assureur.
- Vous devez prendre toutes les mesures de précaution prévues pour éviter qu'un sinistre se produise.
- Vous devez signaler un sinistre et ses circonstances dans le délai prévu dans les conditions générales. Vous devez prendre toutes les mesures raisonnables pour éviter ou limiter les conséquences d'un sinistre.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Vous avez l'obligation de payer annuellement la prime et vous recevez pour cela une invitation à payer. Une prime fractionnée est possible moyennant certaines conditions et des coûts supplémentaires éventuels.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat est conclu à vie et n'est pas résiliable par l'assureur sous réserve des exceptions prévues par la loi. La couverture débute après l'émission de la police, après l'échéance des délais d'attente et après le paiement de la prime convenue. L'assureur peut résilier le contrat d'assurance pour non-paiement de la prime.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez résilier votre contrat d'assurance au plus tard trois mois avant la date d'échéance annuelle du contrat. La résiliation du contrat doit se faire par lettre recommandée, par exploit d'huissier ou par la remise d'une lettre de résiliation avec accusé de réception.