

# AMBUMUT en AMBUMUT PLUS

## Algemene voorwaarden vanaf 1 januari 2023

Dit document beschrijft de werking van de verzekering voor ambulante medische kosten en onze wederzijdse verbintenissen. Het geeft de inhoud van de waarborgen alsmede de beperkingen en uitsluitingen nauwkeurig weer.

*Lees het aandachtig.*

	<b>Page</b>
Definities	3-4
Hoe kan ik aansluiten?	4
Vanaf wanneer treedt de verzekering in werking en wat is de duur ervan?	4-5
Wanneer kan ik mijn verzekering schorsen?	5
Wat zijn de wachttermijnen en wanneer kunnen deze worden opgeheven?	5-6
Zijn er territoriale grenzen?	6
Wat zijn de waarborgen en terugbetalingsvoorwaarden?	6-7
In welke gevallen is er geen tussenkomst?	8
Hoe wordt de tussenkomst berekend?	8
Welke verplichtingen heeft de verzekerde ?	8
Wat moet de verzekerde doen om een tussenkomst te bekomen?	8
Wat bij overlijden van de verzekerde?	8
Hoeveel tijd heb ik om de kosten in te dienen?	9
Hoeveel bedraagt de premie?	9
Indexering en tariefwijzigingen	9
Wanneer moet ik de premie betalen?	9
Wanneer kan de Verzekeringsmaatschappij voor Onderlinge Bijstand Solidaris Brabant sommige tussenkomsten terugvorderen?	9-10
Wat bij betwisting?	10
Wettelijke informatie	10

## Voorwerp van de verzekering:

Deze verzekering heeft tot doel om onder de hierna bepaalde voorwaarden aan de verzekerden een tegemoetkoming te verlenen in de ambulante medische kosten, en meer in het bijzonder:

- waarborg Ambumut: om tegemoet te komen in het remgeld van de meeste ambulante zorg zoals opgenomen in de nomenclatuur, in de kosten van bepaalde alternatieve therapieën, in de kosten van materiaal voor correctie van het gezichtsvermogen, hoorapparaten, en bij geboorte
- waarborg Ambumut Plus: om tegemoet te komen in de kosten van ambulante zorg, geneesmiddelen en andere medische benodigdheden als gevolg van het optreden van een ernstige ziekte.

## 1. Definities

### 1.1. Verzekeringnemer

De natuurlijke persoon die als gerechtigde bij Solidaris Brabant is aangesloten, die heeft ingetekend op het contract en de premie moet betalen.

### 1.2. Verzekerde

Alle personen die als zodanig zijn aangeduid in de bijzondere voorwaarden en die het risico lopen op het optreden van de verzekerde gebeurtenis.

### 1.3. Gerechtigde

De natuurlijke persoon die door zijn beroepsbezigheid of daarmee gelijkgestelde situatie rechten (kan) openen in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, en die is aangesloten als gerechtigde bij Solidaris Brabant.

### 1.4. Mutualistisch gezin

Het gezin dat bestaat uit een gerechtigde en de personen die te zinnen laste zijn ingeschreven in de zin van artikel 2 van het koninklijk besluit van 2 maart 2011.

### 1.5. Solidaris Brabant

De Federatie van Socialistische Mutualiteiten van Brabant.

### 1.6. Soins ambulatoires

De zorg die buiten een ziekenhuisopname of dagopname wordt verstrekt.

### 1.7. Nomenclature

Alle verstrekkingen bedoeld in artikel 35 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, met inbegrip van de geneeskundige verstrekkingen die (geheel of gedeeltelijk) worden vergoed (koninklijk besluit van 14 september 1984 en latere wijzigingen).

### 1.8. Ernstige ziekte

Een van de volgende ziektes, die chronisch en invaliderend is en constante zorg vereist in direct verband met de ziekte:

- kanker
- leukemie
- levercirrose als gevolg van hepatitis
- ernstige chronische aandoeningen van het zenuwstelsel, spierstelsel en de weefsels zoals multiple sclerose, de ziekte van Parkinson, amyotrofe lateraalsclerose, spierdystrofie, sclerodermie, sarcoïdose, meningitis
- aids
- insuline-afhankelijke diabetes
- hemofilie
- colitis ulcerosa en de ziekte van Crohn
- mucoviscidose
- nierinsufficiëntie waarvoor dialyse nodig is
- de ziekte van Alzheimer
- de ziekte van Pompe
- encefalitis
- tetanus, malaria, tuberculose, vlektyfus, tyfeuze en paratyfeuze koorts, difterie, cholera, miltvuur, pokken, brucellose, poliomyelitis
- de ziekte van Creutzfeldt-Jacob
- ebola.

### 1.9. Kosten

Alle kosten die blijken uit de documenten die zijn opgenomen in de toepasselijke wetgeving.

### 1.10. Remgeld (persoonlijk aandeel)

De kosten van ambulante zorg als bedoeld in artikel 35 van de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, die wettelijk ten laste blijft van de verzekerde na tussenkomst van de verplichte verzekering.

### 1.11. Wachtijd

De periode die begint op de ingangsdatum van het verzekeringscontract en gedurende welke de verzekerde de waarborgen nog niet geniet.

### 1.12. Ongeval

Een plotse gebeurtenis die de fysieke integriteit van de verzekerde aantast door de onverwachte inwerking van een externe kracht onafhankelijk van zijn wil.

### 1.13. Wettelijke tegemoetkoming

Elke ontvangen terugbetaling:

- hetzij krachtens de Belgische wetgeving betreffende:
  - a) de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen ingericht door de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 en haar uitvoeringsbesluiten en door het koninklijk besluit van 30 juni 1964
  - b) de arbeidsongevallen (wet van 10 april 1971 en uitvoeringsbesluiten) en de beroepsziekten (wet van 3 juni 1970 en koninklijke uitvoeringsbesluiten);
- hetzij in toepassing van een bepaling van gemeen recht;
- hetzij in toepassing van de Europese verordeningen nr.1408/71, 574/72 en 883/04 of een multilateraal of bilateraal sociale zekerheidsverdrag dat België heeft gesloten.

### 1.14. Extra-wettelijke tegemoetkoming

Elke ontvangen terugbetaling krachtens persoonlijke, familiale of collectieve overeenkomsten met inbegrip van de aanvullende verzekering.

### 1.15. Aanvullende verzekering

Het geheel van diensten bedoeld in artikel 3, 1ste lid, b) en c) van de wet van 6 augustus 1990, evenals de diensten bedoeld in artikel 67, 5de lid, van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (I), georganiseerd door Solidaris Brabant ten behoeve van haar leden.

### 1.16. Gelijkaardige verzekering of waarborg

Voor de waarborg Ambumut

Elke verzekering tot vergoeding van schade die het volgende verleent:

- een terugbetaling van minstens 50 % van het remgeld voor ambulante zorg vermeld in de nomenclatuur
- een tegemoetkoming bij alle of een deel van de alternatieve therapieën die gedekt zijn door onderhavig contract
- een tegemoetkoming van minimaal € 250,00 per jaar voor bepaalde medische hulpmiddelen zoals corrigerende glazen, lenzen, hoorapparaten ...
- een forfait van € 200,00 of meer bij een geboorte.

Voor de waarborg Ambumut Plus

Elke verzekering tot vergoeding van schade die voorziet in een tegemoetkoming in de kosten van ambulante medische zorg, geneesmiddelen en andere medische benodigdheden in geval van een ernstige ziekte zoals vermeld in punt 1.8.

## 2. Aansluitingsvoorwaarden

De aansluiting bij de verzekering en het genot van de verzekeringswaarborg zijn voorbehouden aan de leden van Solidaris Brabant die onderworpen zijn aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en in het genot zijn van de tussenkomsten van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, en van wie de mogelijkheid om te genieten van de voordelen van de aanvullende verzekering niet is opgeheven wegens niet-betaling van de bijdragen voor de aanvullende verzekering gedurende een ononderbroken periode van minstens 24 maanden of die in regel zijn met de betaling sinds de aanvang van de periode bedoeld in artikel 2quater, derde lid, van het koninklijk besluit van 7 maart 1991 tot uitvoering van artikel 2, §§ 2 en 3, artikel 14, § 3, en artikel 19, derde en vierde lid, van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, voor de diensten die erin bedoeld worden.

Alle personen die het mutualistisch gezin vormen, moeten verplicht op het contract worden ingeschreven.

Deze verplichting is echter niet van toepassing op personen die al gedekt zijn door een soortgelijke verzekering of waarborg.

Het verzoek om aansluiting mag niet worden geweigerd, behalve wanneer een eerste aansluiting bij de Ambumut- of Ambumut Plus-verzekering of een andere verzekering aangeboden door de VMOBSB is beëindigd wegens de opzegging van het contract door de VMOBSB in een van volgende hypothesen:

- de verzekerde of de verzekeringnemer heeft de belangen van de maatschappij van onderlinge bijstand moedwillig morele of financiële schade berokkend
- de verzekerde of de verzekeringnemer heeft de maatschappij van onderlinge bijstand moedwillig verkeerde informatie meegedeeld over de aansluiting of een aanvraag om verzekeringstegemoetkoming, om een onterechte terugbetaling te ontvangen.

De verzekeringnemer geeft aan of hij wil inschrijven op:

- alleen de waarborg Ambumut
- de waarborgen Ambumut en Ambumut Plus samen.

Deze keuze is van toepassing op alle verzekerden in hetzelfde contract, behalve in geval van de bovenstaande vrijstelling.

Het contract is jaarlijks herzienbaar met ingang op 1 januari van het volgende jaar. De aanvraag daartoe moet schriftelijk gebeuren en aan de VMOBSB worden gericht volgens de voorziene modaliteiten:

- voor een verzoek om opzegging, wanneer de verzekeringnemer de waarborg AMBUMUT PLUS wenst te beëindigen
- of voor een nieuwe aansluiting, wanneer de verzekeringnemer de waarborg AMBUMUT PLUS aan zijn contract wenst toe te voegen.

Het wijzigingsverzoek moet uiterlijk op het einde van de voorlaatste maand van het jaar bij de VMOBSB toekomen. Bij een nieuwe aansluiting, moet de premie met betrekking tot de AMBUMUTPLUS-waarborg betaald zijn binnen dezelfde termijn en volgens dezelfde modaliteiten als de premie voor de AMBUMUT-waarborg.

## 3. Aansluitingsformaliteiten

Om aan te sluiten, bezorgt de verzekeringnemer het ingevulde en door hem ondertekende verzekeringsvoorstel alsook de vragenlijst van de behoefteanalyse aan de verzekeraar.

Daarnaast moet een medische vragenlijst worden ingevuld voor alle te verzekeren personen voor de waarborg Ambumut Plus.

Het contract treedt ten vroegste in werking op de eerste dag van de maand nadat de verzekeraar de volgende documenten heeft ontvangen:

- voor de waarborg Ambumut alleen: het volledig ingevulde en ondertekende verzekeringsvoorstel en de vragenlijst van de behoefteanalyse
- voor de waarborgen Ambumut en Ambumut Plus samen: het verzekeringsvoorstel, de vragenlijst van de behoefteanalyse en de medische vragenlijst, alle drie volledig ingevuld en ondertekend.

De datum van ontvangst die de VMOBSB tijdens het scannen op de documenten aanbrengt, heeft bewijskracht tussen de partijen.

Na ontvangst van deze documenten stuurt de verzekeraar aan de verzekeringnemer:

- een document met de identiteit van de verzekerde personen, de ingangsdatum van het contract, de datum van het recht, de premieberekening en een herhaling van enkele essentiële bepalingen van het contract ("bijzondere voorwaarden")
- een uitnodiging om de eerste (jaarlijkse of driemaandelijks) premie te betalen.

De verzekeringnemer blijft vrij om de gevraagde betaling al dan niet uit te voeren en af te zien van het contract; het contract zal echter pas daadwerkelijk ingaan voor zover de VMOBSB de eerste (jaarlijkse of driemaandelijks) premie ontvangen heeft binnen de betalingstermijn die per brief werd meegedeeld.

#### **4. Duur en einde van het verzekeringscontract**

Het contract wordt voor levenslang gesloten.

De verzekeringnemer mag het op elk moment opzeggen. De opzegging treedt pas in na afloop van een termijn van drie maanden met ingang van de eerste dag van de maand die volgt op de dag na de kennisgeving, het ontvangstbewijs of, in geval van een aangetekende brief, na afgifte op de post. Dit geldt voor alle verzekerde personen.

Wanneer de verzekeringnemer het contract in de geëigende vorm opzegt, wordt het deel van de betaalde premie met betrekking tot het tijdvak na de opzegging terugbetaald.

Onverminderd het bovenstaande wordt het contract beëindigd wanneer de verzekeringnemer of de verzekerde:

- geen lid meer is van Solidaris Brabant
- niet meer is onderworpen aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen of zijn recht op een tegemoetkoming ervan heeft verloren
- de mogelijkheid om van de voordelen van de aanvullende verzekering te genieten, heeft verloren wegens de niet-betaling van de bijdragen voor de aanvullende verzekering gedurende een ononderbroken periode van minstens 24 maanden, of een betalingsachterstand van 6 maanden vertoont sinds de aanvang van de periode bedoeld in artikel 2<sup>quater</sup>, derde lid, van het voornoemde koninklijk besluit van 7 maart 1991, voor de diensten die erin bedoeld worden.

In afwijking van de voorgaande alinea kan geen enkele persoon voor 1 januari 2022 de hoedanigheid verwerven van een lid van Solidaris Brabant van wie de mogelijkheid om te genieten van de aanvullende verzekering opgeheven is.

Desgevallend behoudt de persoon tijdens de periode die loopt van de 25e maand van niet-betaling van de bijdragen van de aanvullende verzekering tot 31 december 2021, de hoedanigheid van lid van de Solidaris Brabant van wie de mogelijkheid om te genieten van de aanvullende verzekering is opgeschort.

- de hoedanigheid van lid van de VMOBSB verliest of ervan wordt uitgesloten, conform artikel 5 en/of 6 van de statuten van de VMOBSB

- moedwillig verkeerde informatie heeft meegedeeld over de intekening of de terugbetalingsverzoeken om een onterechte terugbetaling te ontvangen.

Overeenkomstig de toepasselijke wettelijke bepalingen eindigt het contract ook:

- wanneer een premie of deel van de premie op de eindvervaldag niet wordt betaald, nadat de verzekeringnemer in gebreke is gesteld (inclusief de premie voor een persoon die ten laste van de verzekeringnemer is ingeschreven na het ingaan van het contract en automatisch hieraan is toegevoegd in toepassing van het beginsel van verplichte aansluiting van alle leden van het mutualistisch gezin)
- bij het overlijden van de verzekeringnemer of de verzekerde
- wanneer er bedrog of een poging tot bedrog werd gepleegd
- wanneer de verzekerde op de jaarlijkse vervaldatum niet langer is geregistreerd onder hetzelfde aansluitingsnummer als de verzekeringnemer. De dekking kan echter door deze persoon of de gerechtigde bij wie hij is ingeschreven onder dezelfde voorwaarden worden voortgezet voor de berekening van de premie en de datum van het recht, indien er geen onderbreking is tussen de twee contracten.

In geval van inschrijving van een persoon ten laste van de verzekeringnemer na het ingaan van het contract, gaat de waarborg voor deze nieuwe verzekerde ten vroegste in op de eerste dag van het kwartaal volgend op dat waarin de VMOBSB op de hoogte is gebracht van deze inschrijving.

Op dezelfde dag begint de wachttijd.

Bij uitzondering is de pasgeborene of een pas geadopteerd kind jonger dan 3 jaar die nieuw ten laste van de verzekeringnemer worden ingeschreven, verzekerd van bij de geboorte of vanaf de adoptiedatum, op voorwaarde dat de verzekeraar op de hoogte is gebracht binnen 3 maanden na de geboorte of adoptie; de wachttijd hoeft niet meer te worden doorlopen als dit al door de verzekeringnemer is gedaan.

#### **5. Aanpassing van het contract**

Zonder afbreuk te doen aan de tariefvoorwaarden en de dekking, kan de verzekeraar bepalingen in de algemene voorwaarden aanpassen die niet essentieel zijn voor de verzekeringnemer, namelijk de terugbetalingsmodaliteiten, de voor te leggen documenten en de administratieve bepalingen.

De verzekeraar brengt de verzekeringnemer schriftelijk op de hoogte van deze wijzigingen.

Zij zijn tegenstelbaar aan de verzekeringnemer en de verzekerde vanaf 1 januari volgend op die kennisgeving, behoudens het recht van de verzekeringnemer om het contract op te zeggen overeenkomstig punt 4.

## 6. Opschorting

In geval van hechtenis van de verzekerde, kan de verzekering worden opgeschort op verzoek van de verzekeringnemer.

De opschorting van het contract moet door middel van een aangetekende brief worden gevraagd. In dat geval wordt de verzekering opgeschort vanaf het einde van de maand die volgt op de maand waarin de opschorting is gevraagd (de datum op de poststempel geldt als bewijs). De premie voor het verzekeringstijdvak waarop de opschorting slaat, wordt aan de verzekeringnemer terugbetaald.

De verzekering treedt opnieuw in werking vanaf de eerste dag van de maand die volgt op het verzoek van de verzekerde om een einde te stellen aan dit opschortingstijdvak en op voorwaarde dat hij dit verzoek aangetekend indient binnen 90 dagen na het einde van het opschortingsmotief en dat hij zijn premie betaalt binnen 15 dagen na het betalingsverzoek door de VMOBSB.

## 7. Wachtijd

Voor alle waarborgen en voor alle verzekerde personen begint de wachtijd op de ingangsdatum van het contract voor de bepaalde waarborg.

De duur van de wachtijd bedraagt 6 maanden voor de waarborg Ambumut, met uitzondering van de volgende waarborgen:

- correctie of verbetering van het gezichtsvermogen,
- correctie of verbetering van het gehoor,
- geboorteforfeit.

Voor deze waarborgen wordt de tegemoetkoming alleen verleend voor kosten die worden gemaakt na verloop van een wachtijd van 12 maanden, en bij een geboorte na het verstrijken van een wachtijd van 12 maanden.

De wachtijd is niet van toepassing:

- bij ongevallen die gebeurden nadat op de verzekering werd ingeschreven, voor wat de kosten in verband met dat ongeval betreft
- voor de verzekerde die op de dag vóór de inwerking-treding van het contract een verzekering met soortgelijke waarborgen had bij een andere verzekeringsmaatschappij, waarmee hij langer dan 6 maanden verzekerd was geweest (waarborg "remgeld" en alternatieve therapieën) of 12 maanden (waarborgen "correctie of verbetering van het gezichtsvermogen", "correctie of verbetering van het gehoor" en "geboorteforfeit".)

Er mag geen onderbreking zijn tussen de einddatum van de vorige dekking en de ingangsdatum van het contract bij de maatschappij van onderlinge bijstand. Deze voorwaarden worden gecontroleerd op basis van een attest van de betrokken verzekeringsmaatschappij. Als de duur van de dekking van de vergelijkbare verzekering minder dan 6 of 12 maanden bedraagt, wordt dit in mindering gebracht op de duur van de te vervullen wachtijd.

De duur van de wachtijd is 6 maanden voor de waarborg Ambumut Plus.

Er is geen tussenkomst in de kosten gemaakt tijdens de wachtijd, behoudens het bepaalde in 9.2. .

De wachtijd is niet van toepassing op de verzekerde die, de dag voordat het contract van kracht werd, een verzekering had met soortgelijke waarborgen bij een andere verzekeringsmaatschappij, waarmee hij langer dan 6 maanden verzekerd was. Er mag geen onderbreking zijn tussen de einddatum van de vorige dekking en de ingangsdatum van het contract met de maatschappij van onderlinge bijstand. Deze voorwaarden worden gecontroleerd op basis van een attest van de betreffende verzekeringsmaatschappij. Als de dekking van de vergelijkbare verzekering minder dan 6 maanden bedraagt, wordt deze periode in mindering gebracht op de duur van de te vervullen wachtijd.

De verzekeringsperiode die wordt gedekt door een Ambumut- of Ambumut Plus-contract dat is opgezegd na het niet betalen van de verzekeringspremie door de verzekeringnemer, kan nooit in aanmerking komen voor een vrijstelling of verkorte wachtijd in het geval van een nieuwe aansluiting bij de verzekering.

## 8. Territoriaal werkingsgebied

De waarborg is van toepassing op de zorg verleend in België en op de benodigdheden en het materiaal afgeleverd in België.

## 9. Beschrijving van de waarborgen en terugbetalingsvoorwaarden

### 9.1. Waarborg Ambumut

#### Remgelden

De verzekering vergoedt 75% van het remgeld van de onderstaande zorgverstrekkingen volgens de nomenclatuur, die worden geattesteerd tijdens de periode waarin de waarborg is verworven:

- artikel 2: raadplegingen, bezoeken, adviezen en technische verstrekkingen van huisartsen en specialisten
- artikel 3: medisch-technische handelingen
- artikel 7: kinesitherapie
- artikel 8: verpleegkundige zorg
- artikel 9: verstrekkingen van vroedvrouwen
- artikel 11: speciale verstrekkingen
- artikel 17, 17bis, 17ter en 17quater: medische beeldvorming
- artikel 18: radio- en radiumtherapie, nucleaire geneeskunde
- artikel 20: inwendige geneeskunde
- artikel 21: dermato-venereologie
- artikel 22: fysiotherapie
- artikel 26: bijkomend honorarium voor dringende verstrekkingen
- artikel 27: bandagisterie
- artikel 29: orthopedie
- artikel 30: logopedie.

De terugbetaling wordt berekend en driemaandelijks uitgevoerd op basis van de gegevens die zijn ingevoerd of meegedeeld aan Solidaris Brabant om de tussenkomst van de verplichte ziekteverzekering te verkrijgen.

### Alternatieve therapieën

De verzekering betaalt een tegemoetkoming voor:

- de psychotherapiebehandelingen verstrekt door een licentiaat in de psychologie ingeschreven bij de Psychologencommissie
- consulten van erkende dietisten, die niet vergoed worden door de verplichte ziekteverzekering
- logopediebehandelingen die niet vergoed worden door de verplichte ziekteverzekering
- osteopathische en chiropractische behandelingen bij een osteopaat die is vermeld op de lijst van het Nationaal Intermutualistisch College of lid is van de APMMO (beroepsvereniging voor manuele en osteopathische geneeskunde), of bij een chiropractor die lid is van een erkende vereniging.

De tegemoetkoming bedraagt 75% van de kosten ten laste van de verzekerde, met een maximum van € 500,00 per verzekeringsjaar en per verzekerde. De tegemoetkoming wordt aangevraagd met het formulier "Verzoek om terugbetaling" dat door de verzekerde en de zorgverlener moet worden ingevuld, en samen met een originele factuur of ereloonnota moet worden ingediend.

### Correctie of verbetering van het gezichtsvermogen

Onder deze waarborg worden vergoed: corrigerende glazen (met uitzondering van monturen van corrigerende brillen en glazen en monturen van zonnebrillen), contactlenzen, intraoculaire lenzen geplaatst tijdens een ambulante ingreep, laserbehandeling en keratotomie voorgeschreven door een erkende oogarts, gefactureerd en afgeleverd/uitgevoerd binnen 12 maanden na de voorschrijfdatum.

De tegemoetkoming bedraagt 75% van de kosten ten laste van de verzekerde. De tegemoetkoming wordt aangevraagd door middel van het voorschrift van de oogarts en de gedetailleerde originele factuur of ereloonnota van de opticien of zorgverlener. Terugbetalingsvoorwaarden:

- Corrigerende brillenglazen en/of contactlenzen: De tegemoetkoming bedraagt maximaal € 500,00 voor alle kosten die de verzekerde tijdens een verzekeringsjaar heeft gemaakt. Wanneer de kosten van corrigerende brillenglazen en/of contactlenzen die gedurende een verzekeringsjaar zijn gemaakt, vergoed zijn, kan een nieuwe tussenkomst van de waarborg "correctie of verbetering van het gezichtsvermogen" op zijn vroegst weer worden toegekend voor uitgaven die zijn gedaan tijdens het 3de daaropvolgende verzekeringsjaar. Deze tijdslimiet is niet van toepassing op kosten die verband houden met een zichtcorrectie die ten minste 0,5 dioptrie verschilt van de eerder vergoede kosten (met afgifte van een nieuw medisch voorschrift).

Intraoculaire lenzen, laserbehandeling en keratotomie: De tegemoetkoming in deze kosten bedraagt maximaal € 1.000,00 voor alle kosten die de verzekerde tijdens een verzekeringsjaar maakt.

Wanneer de kosten van intraoculaire lenzen, laserbehandeling en/of keratotomie die in de loop van een verzekeringsjaar worden toegekend, zijn vergoed, kan een nieuwe tegemoetkoming van de waarborg "correctie of verbetering van het gezichtsvermogen"

op zijn vroegst pas weer worden toegekend voor kosten gemaakt tijdens het 6de daaropvolgende verzekeringsjaar.

Er is geen cumulatie van de vergoeding voor beide soorten kosten wanneer ze in hetzelfde jaar worden gemaakt.

### Correctie of verbetering van het gehoor

De verzekering biedt een tegemoetkoming voor hoortoestellen, met uitzondering van cochleaire implantaten en hoortoestellen met beengeleiding (implantaat en geluidsprocessor (extern), gefactureerd en afgeleverd door een erkende audioloog binnen 12 maanden na de voorschrijfdatum.

De tegemoetkoming bedraagt 75% van de kosten ten laste van de verzekerde met een maximum van € 1.000,00 per verzekeringsjaar en per verzekerde. De tegemoetkoming wordt aangevraagd door middel van het voorschrift van een erkende KNO-arts en de gedetailleerde originele factuur van de audioloog.

Er is geen tegemoetkoming voor batterijen of andere accessoires voor hoortoestellen.

Wanneer de tijdens een verzekeringsjaar gemaakte hoortoestelkosten worden vergoed, kan een nieuwe tegemoetkoming van de waarborg 'Correctie of verbetering van het gehoor' ten vroegste pas weer worden toegekend voor kosten die gemaakt worden in de loop van het 6de daaropvolgende verzekeringsjaar.

### Geboorteforfeit

Per kind wordt een forfaitair bedrag van € 250,00 betaald voor zorg, verzorgingsproducten en -materiaal en assistentie die nodig zijn bij de geboorte van een kind, op voorwaarde dat het kind is ingeschreven als persoon ten laste van een van beide ouders die door Ambumut is verzekerd en dat de geboorte plaatsvindt na het verstrijken van de wachttijd van die ouder. Het forfaitaire bedrag wordt betaald aan de verzekeringnemer van het contract dat het kind en de ouder verzekert, op vertoon van een geboortebewijs dat is uitgereikt door de bevoegde overheid.

## **9.2. Ambumut Plus**

De verzekering Ambumut Plus komt tegemoet in de kosten van ambulante zorg en behandelingen die nodig zijn voor de diagnose en de behandeling van een van de in punt 1.8 vermelde ziekten.

De waarborg is uitsluitend van toepassing op ziekten die worden gediagnosticeerd na het ingaan van het contract en na het verstrijken van de wachttijd (indien van toepassing), door middel van een getuigschrift van een arts met vermelding van de naam van de ziekte en de datum van de diagnose, vergezeld van een verslag over biologische onderzoeken, anatomopathologische onderzoeken, medische beeldvorming of andere technische onderzoeken.

De verzekering betaalt de volgende kosten terug:

- voor de door een arts-specialist voorgeschreven verzorging en onderzoeken in België, op voorwaarde dat ze zijn opgenomen in de RIZIV-nomenclatuur: het saldo van het remgeld, na tussenkomst van de Ambumut-waarborg, en de supplementen tot 1 x de tussenkomst van de verplichte ziekteverzekering

- de kosten van geneesmiddelen voorgeschreven door een arts-specialist voor de behandeling van de ernstige ziekte, en afgeleverd in België, met een maximum van € 1250,00 per verzekeringsjaar
- de kosten van enterale voeding voorgeschreven door een arts en afgeleverd in België, met een maximum van € 1500,00 per verzekeringsjaar
- de kosten van verbanden en kompressen voorgeschreven door een arts en afgeleverd in België, tot € 250,00 per verzekeringsjaar
- de kosten voor het huren van medisch en sanitair materiaal, met uitzondering van de bedragen betaald als waarborg
- de kosten van haarprothesen, op voorschrift van een arts-oncoloog.

De tegemoetkoming van de verzekering wordt berekend op basis van het bedrag van de werkelijk gemaakte kosten minus het bedrag van de wettelijke en extra-wettelijke tegemoetkomingen waarop de verzekerde aanspraak maakt, of zou kunnen maken, als er geen reden voor opschorting of uitsluiting was die te wijten is aan hemzelf of aan de gerechtigde van wie hij een persoon ten laste is. De tegemoetkoming wordt verleend op voorlegging van de volgende originele bewijsstukken:

- kwijtschriften van het ziekenfonds (voor de zorg)
- facturen en ereloonnota's (voor de zorg, medische benodigdheden, haarprothesen en huur van medisch materiaal)
- BVAC (voor de geneesmiddelen).

Zodra de ziekte door de arts-expert van de VMOBSB als 'ernstig' wordt erkend, is de waarborg verkregen voor een periode van 6 opeenvolgende kwartalen, waarbij het eerste kwartaal het kwartaal is waarin de diagnose werd gesteld. In afwijking van punt 7 is het recht op terugbetaling tijdens deze periode verworven, zelfs als de periode begint tijdens de wachttijd, maar in geen geval omvat het de kosten die zijn gemaakt voordat het contract is ingegaan.

Deze periode kan worden hernieuwd zolang de erkenningsvoorwaarden zijn vervuld.

## **10. Beperkingen van de tegemoetkoming**

De totale vergoeding van de waarborg Ambumut voor de verschillende voorziene tegemoetkomingen is begrensd tot maximaal € 1500,00 per verzekeringsjaar en per verzekerde.

De totale vergoeding van de waarborg Ambumut Plus voor de zorg, geneesmiddelen en medische benodigdheden voor de behandeling gerechtvaardigd door een ernstige ziekte, is beperkt tot maximaal € 6500,00 per verzekeringsjaar en per verzekerde.

Wanneer het eerste verzekeringsjaar onvolledig is, worden deze plafonds verlaagd in verhouding tot het aantal maanden in de periode die begint op de dag waarop het contract is ingegaan en eindigt op 31 december van hetzelfde jaar.

## **11. Gevallen waarin geen tegemoetkoming wordt verleend**

Algemene uitsluitingen:

Worden niet gedekt: de kosten van behandelingen die betrekking hebben op een ziekte of ongeval te wijten aan:

- dronkenschap, alcoholverslaving of alcoholvergiftiging; een opzettelijk feit of een opzettelijke daad van de verzekerde behalve voor de redding van personen of goederen, of aan de vrijwillige verzwaring van het risico door de verzekerde;
- niet-therapeutisch gebruik van verdovende middelen, hallucinogenen of andere drugs evenals drugverslaving;
- oorlogsfeiten, burgeroorlog of gelijkaardige feiten; de waarborg blijft evenwel verworven tijdens de 14 dagen na het begin van de vijandelijkheden indien de verzekerde verrast werd door het uitbreken van een oorlogstoestand tijdens een reis in het buitenland
- vrijwillige deelneming aan gewelddaden van collectieve oorsprong (behalve wanneer de verzekerde het bewijs levert dat hij niet actief en vrijwillig aan deze gebeurtenissen deelnam), of deelneming aan misdaden of wanbedrijven
- een zware fout of opzettelijke daad van de verzekerde bezoldigde sportbeoefening met inbegrip van de trainingen
- kernreacties, radioactiviteit, ioniserende stralingen.

Er is evenmin een tegemoetkoming voorzien voor de kosten met betrekking tot:

- zorg of behandelingen met een zuiver esthetisch doel
- verjongingskuren, kuurverblijven, thalassotherapie ...
- behandelingen, zorg of medische hulpmiddelen waarvan het nut niet wetenschappelijk is bewezen, of die niet noodzakelijk zijn voor het herstel van de gezondheid
- de kosten die volgens de Belgische wetgeving niet aan de patiënt gefactureerd mogen worden.

Specifieke uitsluitingen voor de waarborg Ambumut:

De verzekering komt niet tegemoet voor:

- geneesmiddelen, farmaceutische specialiteiten of medicamenteuze behandelingen van eender welke aard.

Speciale uitsluitingen voor de waarborg Ambumut Plus:

De verzekering komt niet tegemoet voor:

- zorg, geneesmiddelen, benodigdheden of andere verstrekkingen die worden geleverd in het kader van een ziekenhuisopname
- de kosten in verband met een ernstige ziekte die op de ingangsdatum van de waarborg reeds bestond.

## **12. Plichten van de verzekeringnemer en de verzekerde**

### **12.1 meldingsplicht: de verzekeringnemer en de verzekerde zijn verplicht om:**

- hun verklaringen en mededelingen schriftelijk of elektronisch in te dienen bij de zetel van de verzekeraar
- de verzekeraar zo spoedig mogelijk op de hoogte te brengen van de datum vanaf wanneer de voorafgaande voorwaarden voor het behoud van het contract niet langer vervuld zijn



- c) de verzekeraar zo spoedig mogelijk op de hoogte te brengen van het bestaan van een overeenkomst die een gelijkaardig of identiek risico volledig of gedeeltelijk dekt
- d) aan de verzekeraar alle gevraagde inlichtingen te bezorgen, die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van het contract en het onderzoek van het recht op tegemoetkomingen, en in het bijzonder om gevolg te geven aan verzoeken van de arts-expert van de VMOBSB om informatie of om voorlegging van medische documenten.

Elke wijziging in de samenstelling van het mutualistisch gezin moet binnen 30 dagen na de wijziging aan de VMOBSB worden gemeld.

## 12.2. Betaling van de vergoeding

Bij overlijden wordt de tegemoetkoming toegekend aan:

- de overlevende echtgenoot of wettelijk samenwonende partner
- bij ontstentenis aan de natuurlijke personen die kunnen bewijzen dat zij de wettige erfgenamen zijn.

De tegemoetkoming wordt in dat geval uitgekeerd

- hetzij aan de notaris belast met de vereffening van de nalatenschap
- hetzij aan een van de vermelde erfgenamen op basis van een gewettigde volmacht van alle andere erfgenamen die hetzij in een notariële akte, hetzij in de erfrechtsverklaring staan vermeld
- bij ontstentenis aan de natuurlijke personen die de medische kosten werkelijk hebben betaald.

## 13. Verjaring

De bewijsstukken van de uitgaven die voor terugbetaling in aanmerking komen, moeten binnen 3 jaar vanaf de dag waarop de zorg werd verleend bij de maatschappij van onderlinge bijstand worden ingediend.

## 14. Premies

### 14.1. Algemeenheden

De verzekeringnemer dient de premie voor alle verzekerden te betalen op de vervalldag.

De premie is vooruitbetaalbaar volgens de gekozen periodiciteit.

### 14.2. Premiebedrag

De premie dekt één verzekeringsjaar. Het eerste verzekeringsjaar eindigt op 31 december van het jaar waarin het contract in werking is getreden. Vervolgens, stemt elk verzekeringsjaar overeen met een kalenderjaar.

De premie wordt berekend in functie van de leeftijd van elk van de verzekerden op de ingangsdatum van het contract en vervolgens van hun leeftijd op 1 januari.

De premie voor het eerste verzekeringsjaar is evenredig met de periode tussen de 1ste dag van het contract en 31 december.

Alle belastingen, heffingen of bijdragen die door de wet of enige andere bepaling uit de regelgeving worden opgelegd, zijn of zullen uitsluitend voor rekening van de verzekeringnemer zijn.

Onder voorbehoud van toepassing van de herzieningsclausule vastgesteld in punt 14.3.2. en van de indexeringsclausule voorzien in punt 14.3.1. gelden op 1 januari 2023 de volgende premies:

Bedrag van de jaarlijkse premie (EUR, inclusief alle belastingen)			
Leeftijd op de premieervaldag (ingangsdatum van het contract en vervolgens telkens op 1 januari)	Ambumut	Ambumut Plus	Totaal (waarborgen Ambumut + Ambumut Plus)
Van 0 tot 4 jaar			
Van 5 tot 19 jaar	205,56	1,68	207,24
Van 20 tot 34 jaar	228,12	5,52	233,64
Van 35 tot 49 jaar	250,92	14,76	265,68
Van 50 tot 64 jaar	551,04	47,04	598,08
Vanaf 65 jaar	675,60	67,80	743,40

## 14.3. Aanpassing en herziening van de premie

### 14.3.1. Premie-indexering

De individuele premies worden elk jaar op 1 januari aangepast aan de evolutie van het specifieke indexcijfer op basis van de waarden vastgesteld bij artikel 6, § 3, tweede en zesde lid en §4 van het koninklijk besluit van 1 februari 2010 tot vaststelling van de specifieke indexcijfers bedoeld in artikel 204, §3 van de wet van 4 april 2014 op de verzekeringen (waarde die looststaat van de leeftijdsklassen), voor de waarborg Ambulante zorg.

De premies mogen ten hoogste worden aangepast aan het percentage van de evolutie tussen het laatst gepubliceerde specifieke indexcijfer en het specifieke indexcijfer van het voorafgaande jaar, voor zover deze variatie de evolutie van het indexcijfer van de consumptieprijzen in de loop van dezelfde periode overschrijdt. Zo niet, dan worden de premies aangepast in functie van de evolutie van het indexcijfer van de consumptieprijzen van de maand september.

De bekomen bedragen worden door twaalf gedeeld en naar beneden afgerond tot de eurocent. De bekomen bedragen worden vervolgens opnieuw vermenigvuldigd met twaalf.

De verzekeraar stelt de verzekeringnemer schriftelijk in kennis van elke premieherziening of - aanpassing.

### 14.3.2. Premieherziening

Buiten de jaarlijkse indexering, mag de premie voor het contract na het sluiten van het contract slechts worden aangepast door tussenkomst van de Controledienst voor de Ziekenfondsen, indien deze vaststelt of indien de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge bijstand hem ervan informeert dat de toepassing van het tarief verlieslatend is of dreigt te worden en dat hij eist dat de verzekeraar dat tarief in evenwicht brengt, overeenkomstig artikel 504 van de wet van 13 maart 2016 op het statuut van en het toezicht op de verzekerings- of herverzekeringsondernemingen.

Een tariefverhoging geldt voor alle premies van lopende contracten, met vervalddag vanaf de eerste dag van de tweede maand volgend op de kennisgeving van de beslissing van de Controledienst voor de Ziekenfondsen, zonder afbreuk te doen aan het recht van de verzekeringnemer om het contact op te zeggen.

### 14.4. Premiebetaling

- de jaarpremie is jaarlijks en vooraf betaalbaar in de centrale zetel van de maatschappij van onderlinge bijstand
- de betaling kan per kwartaal worden opgesplitst op voorwaarde dat er een bankdomiciliëring wordt genomen
- er kan slechts één betalingswijze worden gekozen voor alle verzekerden. In het geval van domiciliëring moet een eerste betaling altijd gebeuren door middel van een overschrijving
- de betaaldatum en de premiebedragen worden tijdig aan de verzekeringnemer meegedeeld
- ingeval de premie of de fractie van de premie niet is betaald, wordt het contract opgezegd op voorwaarde dat de verzekeringnemer in gebreke is gesteld.

### 15. Sanctie

De maatschappij van onderlinge bijstand is niet verplicht verstrekkingen toe te staan aan een verzekerde die een verplichting die onderhavig verzekeringscontract met zich meebrengt, overtreedt.

### 16. Terugvordering van onterecht uitbetaalde vergoedingen

De VMOBSB behoudt zich het recht voor de terugbetaling te vragen van ten onrechte uitbetaalde vergoedingen.

### 17. Betwistingen – Geschillen

De verzekeraar, de verzekeringnemer en de verzekerde werken samen om het recht op verstrekkingen te bepalen, dat vastgesteld wordt op basis van de verstrekte inlichtingen. De verzekeringnemer en de verzekerde staan toe dat de verzekeraar de nodige informatie inwint en verbinden zich ertoe mee te werken aan de goede uitvoering van de informatie- en onderzoeksmaatregelen waartoe het onderzoek naar het recht op uitkering aanleiding geeft.

De terugbetaling van de verstrekkingen wordt slechts verleend onder voorbehoud van het recht, voor de maatschappij van onderlinge bijstand om de gezondheidstoestand van de verzekerde te allen tijde te laten controleren door de controlearts. Bovendien zal de verzekerde de behandelende arts toestaan om alle informatie over zijn of haar gezondheidstoestand te verstrekken aan de controlearts.

Elke betwisting van medische aard tussen de verzekerde en de maatschappij van onderlinge bijstand zal worden voorgelegd, enerzijds aan de behandelende arts van de verzekerde en anderzijds aan de controlearts van de maatschappij van onderlinge bijstand.

Bij onenigheid zullen zij samen een derde arts aanduiden wiens beslissing onherroepelijk zal zijn. Bij onenigheid over de aanduiding van een derde arts, gebeurt de aanstelling op verzoek van de meest gereede partij, door de voorzitter van de rechtbank van eerste aanleg van zijn woonplaats of maatschappelijke zetel.

Elk van de partijen neemt de honoraria en kosten van zijn of haar arts ten laste. De honoraria en kosten van de derde arts worden in twee gedeeld.

Bij blijvende onenigheid kan de maatschappij van onderlinge bijstand aan de verzekerde voorstellen om dat geschil te onderwerpen aan de procedure voorzien in artikel 1678 van het Gerechtelijk Wetboek. Op onderhavige verzekering is uitsluitend het Belgische recht van toepassing.

## 18. Wettelijke informatie

### 18.1. Communicatiewijzen en talen

De Verzekeringsmaatschappij voor Onderlinge Bijstand Solidaris Brabant (VMOBSB) communiceert met de verzekerden via verschillende kanalen:

- per brief en per e-mail op [brabant@solidaris.be](mailto:brabant@solidaris.be)
- per telefoon op 02 506 99 25
- via de agentschappen van de Solidaris Brabant

Alle communicatie verloopt in het Nederlands of in het Frans, volgens de keuze van de verzekeringnemer.

De documenten zijn beschikbaar in het Nederlands en het Frans. De contractuele documenten worden opgesteld in de taal die de verzekeringnemer in zijn contacten met de Solidaris Brabant gebruikt.

### 18.2. Beleid inzake belangenconflicten

De Verzekeringsmaatschappij voor Onderlinge Bijstand Solidaris Brabant (VMOBSB) streeft ernaar om belangenconflicten in al haar verzekerings- en distributieactiviteiten te voorkomen.

Ons beleid inzake belangenconflicten kan u raadplegen op de website <https://www.fmsb.be/nl/juridische-informatie-en-privacy-van-vmobb>