

AMBUMUT et AMBUMUT PLUS

Conditions générales au 1er janvier 2026

Ce document décrit le fonctionnement du contrat d'assurance soins ambulatoires et précise nos engagements réciproques. Il détaille le contenu des garanties ainsi que les limitations et exclusions de celles-ci. *Lisez-le attentivement.*

Table des matières

| | Page |
|---|--------|
| Définitions | 3 à 4 |
| Comment puis-je m'affilier ? | 4 |
| Quand l'assurance prend-elle cours et quelle en est la durée ? | 4 à 5 |
| Puis-je suspendre l'assurance ? | 5 |
| Quelle est la période de stage et dans quelles conditions peut-il être supprimé ? | 5 à 6 |
| Y a-t-il des limites territoriales ? | 6 |
| Quelles sont les garanties et les conditions de remboursement ? | 6 à 8 |
| Dans quels cas n'y a-t-il pas d'intervention ? | 8 |
| Comment l'intervention est-elle calculée ? | 8 |
| Quelles sont les obligations de l'assuré ? | 8 |
| Que doit faire l'assuré pour obtenir une intervention ? | 8 |
| Que se passe-t-il en cas de décès de l'assuré ? | 8 |
| Combien de temps ai-je pour introduire mes frais ? | 9 |
| Quel est le montant de la prime ? | 9 |
| Indexation et modifications tarifaires | 9 |
| Quand dois-je payer la prime ? | 9 |
| Quand Solidaris Brabant Assurances peut-elle réclamer des indus ? | 9 à 10 |
| Que faire en cas de contestation ? | 10 |
| Informations légales | 10 |

Objet du contrat

L'objet de l'assurance est, dans les conditions définies ci-après, d'octroyer aux assurés une intervention dans des frais médicaux ambulatoires, et plus précisément :

- garantie Ambumut : d'intervenir dans le ticket modérateur de la plupart des soins ambulatoires visés à la nomenclature, dans les frais de certaines thérapies alternatives, dans le coût du matériel de correction de la vue, d'appareils auditifs, ainsi qu'en cas de naissance ;
- garantie Ambumut Plus : d'intervenir dans le coût des soins ambulatoires, des médicaments et d'autres fournitures médicales nécessités par la survenance d'une maladie grave.

1. Définitions

1.1. Preneur d'assurance

La personne physique inscrite à Solidaris Brabant en qualité de titulaire, qui a souscrit le contrat et qui est tenue au paiement de la prime.

1.2. Personne assurée

Toute personne désignée comme telle dans les conditions particulières, et sur la tête de laquelle repose le risque de survenance de l'évènement assuré.

1.3. Titulaire

La personne physique qui, par son activité professionnelle ou sa situation assimilée, ouvre ou peut ouvrir des droits en assurance obligatoire soins de santé et indemnités, et qui est inscrite en qualité de titulaire auprès de Solidaris Brabant.

1.4. Ménage mutualiste

Le ménage constitué par un titulaire et les personnes inscrites à sa charge, au sens de l'article 2 de l'arrêté royal du 2 mars 2011.

1.5. Solidaris Brabant

Solidaris Brabant.

1.6. Soins ambulatoires

Les soins prodigués en dehors d'une hospitalisation et en dehors d'une hospitalisation de jour.

1.7. Nomenclature

L'ensemble des prestations visées à l'article 35 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, reprenant les prestations médicales qui sont (entièvement ou partiellement) indemnisées (arrêté royal du 14 septembre 1984 et modifications ultérieures).

1.8. Maladie grave

Une des maladies suivantes, qui présente un caractère chronique et invalidant et nécessite des soins constants en relation directe avec la maladie :

- Cancer ;
- Leucémie ;
- Cirrhose du foie suite à une hépatite ;
- Affections chroniques graves du système nerveux, du système musculaire et des tissus comme la Sclérose en plaques, la Maladie de Parkinson, Sclérose amyotrophique latérale, dystrophie musculaire, sclérodermie, sarcoïdose, méningites ;
- SIDA
- Diabète insulo-dépendant ;
- Hémophilie ;
- Rectocolite et maladie de Crohn ;
- Mucoviscidose ;
- Insuffisance rénale nécessitant une dialyse ;
- la Maladie d'Alzheimer ;
- la Maladie de Pompe ;
- Encéphalite ;
- Tétanos, malaria, tuberculose, thypus exanthématique, fièvre typhoïde et paratyphoïde, diptétrie, choléra, maladie de charbon, variole, brucellose poliomyélite ;
- la Maladie de Creutzfeldt-Jacob ;
- Ebola.

1.9. Frais

Tout coût attesté par les documents prévus dans la ou les réglementation(s) applicable(s).

1.10. Ticket modérateurs (quote-part personnelle)

Le coût des soins ambulatoires visés à l'article 35 de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, qui reste légalement à charge de l'assuré après intervention de l'Assurance Obligatoire.

1.11. Stage

La période débutant à la date de prise de cours du contrat d'assurance et pendant laquelle l'assuré ne peut prétendre aux garanties.

1.12. Accident

Un événement soudain qui porte atteinte à l'intégrité physique de l'assuré par l'action subite d'une force extérieure indépendante de sa volonté.

1.13. Intervention légale

Tout remboursement perçu :

- soit en vertu des législations belges relatives :
 - a) à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités telle qu'organisée par la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et ses arrêtés d'exécution et par l'arrêté royal du 30 juin 1964
 - b) aux accidents de travail (loi du 10 avril 1971 et arrêtés d'exécution) et aux maladies professionnelles (loi du 3 juin 1970 et A.R. d'exécution) ;
- soit en application d'une disposition de droit commun ;
- soit en vertu des règlements européens n°1408/71, 574/72 et 883/04 ou d'une convention multilatérale ou bilatérale de sécurité sociale par la Belgique.

1.14. Intervention extralégale

Tout remboursement perçu en vertu de conventions personnelles, familiales ou collectives, en ce compris l'assurance complémentaire.

1.15. Assurance complémentaire

L'ensemble des services visés à l'article 3, alinéa 1^{er}, b) et c) de la loi du 6 août 1990, ainsi que les services visés à l'article 67, alinéa 5, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I), organisés par Solidaris Brabant à l'intention de ses membres.

1.16. Assurance ou garantie similaire :

Pour la garantie Ambumut :

Toute assurance de type indemnitaire qui accorde :

- un remboursement d'au moins 50 % dans les tickets modérateurs des soins ambulatoires de la nomenclature ;
- une intervention dans tout ou partie des thérapies alternatives couvertes par le présent contrat ;
- une intervention d'un minimum de 250,00 EUR par an dans certains adjuvants médicaux comme : verres correcteurs, lentilles, appareils auditifs, etc.
- et un forfait de 200,00 EUR ou plus, en cas de naissance.

Pour la garantie Ambumut Plus :

Toute assurance de type indemnitaire qui accorde une intervention dans le coût des soins médicaux ambulatoires, les médicaments et autres fournitures médicales en cas de survenance d'une maladie grave telle qu'énumérée au point 1.8.

2. Conditions de Souscription

La souscription au contrat d'assurance et le bénéfice de sa garantie sont réservés aux membres de la Fédération des Mutualités Socialistes du Brabant qui sont assujettis à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et qui bénéficient de l'intervention de celle-ci, et dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire n'a pas été supprimée en raison du non paiement des cotisations pour l'assurance complémentaire durant une période consécutive d'au moins 24 mois, ou qui sont en ordre de paiement depuis que la période visée à l'article 2quater, alinéa 3, de l'arrêté royal du 7 mars 1991 portant exécution de l'article 2, §§ 2 et 3, article 14, § 3, et article 19, alinéa 3 et 4, de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales des mutualités, a été entamée pour les services qui y sont visés.

Le contrat est obligatoirement souscrit pour l'ensemble des personnes composant le ménage mutualiste.

Toutefois, cette obligation n'est pas applicable à la personne qui est déjà couverte par une assurance ou une garantie similaire.

La demande de souscription ne peut être refusée, sauf lorsqu'une première affiliation à l'assurance Ambumut ou

Ambumut Plus ou à une autre assurance proposée par la Société Mutualiste d'Assurances Solidaris Brabant (SMASB) a pris fin en raison de la résiliation du contrat par la Société Mutualiste d'Assurances Solidaris Brabant (SMASB) dans une des hypothèses suivantes :

- l'assuré ou le preneur d'assurance a volontairement occasionné un préjudice moral ou financier aux intérêts de la société mutualiste,
- l'assuré ou le preneur d'assurance a délibérément communiqué à la société mutualiste une information incorrecte concernant la souscription ou une demande d'intervention de l'assurance, en vue d'obtenir un remboursement indu.

Le preneur d'assurance indique son choix de souscrire :

- soit à la garantie « Ambumut » seule,
- soit aux garanties combinées « Ambumut et Ambumut Plus ».

Ce choix s'applique à toutes les personnes assurées dans le même contrat, sauf dispense prévue ci-dessus. Il est révisable annuellement avec effet au 1^{er} janvier suivant, par demande écrite à adresser à Solidaris Brabant Assurances selon les formalités prévues :

- pour une demande de résiliation, lorsque le preneur souhaite mettre fin à la garantie « Ambumut Plus »,
- ou pour une nouvelle souscription, lorsque le preneur souhaite ajouter la garantie « Ambumut Plus » à son contrat.

La demande de modification du contrat doit parvenir à la Société Mutualiste des Assurances Solidaris Brabant (SMASB) au plus tard pour la fin de l'avant-dernier mois de l'année. En cas de nouvelle souscription, la prime afférente à la garantie Ambumut Plus devra être payée dans les mêmes délais et selon les mêmes modalités que la prime relative à la garantie Ambumut.

3. Formalités de souscription

Pour souscrire au contrat, le preneur d'assurance adresse à l'assureur la proposition d'assurance complétée et signée, ainsi que le questionnaire d'analyse des besoins.

Le contrat débute, au plus tôt, le premier jour du mois qui suit celui au cours duquel l'assureur a reçu :

- pour les garanties « Ambumut et Ambumut Plus » : la proposition d'assurance et le questionnaire d'analyse des besoins, dûment complétés et signés.

La date de réception apposée sur les documents lors de leur digitalisation par la Société Mutualiste des Assurances Solidaris Brabant (SMASB) fait foi.

Après réception de ces documents, l'assureur adresse au preneur :

- un document reprenant l'identité des personnes assurées, la date de début du contrat, la date de droit, le calcul de la prime et un rappel de certaines clauses essentielles du contrat (« conditions particulières »),

- une invitation de paiement de la première prime (annuelle ou trimestrielle).

Le preneur d'assurance conserve la liberté d'effectuer ou pas le paiement demandé et de renoncer au contrat ; cependant, celui-ci ne prendra effectivement cours que si la première prime (annuelle ou trimestrielle) parvient à la Société Mutualiste des Assurances Solidaris Brabant (SMASB) dans le délai de paiement communiqué par courrier.

4. Durée et fin du contrat d'assurance

Le contrat est conclu à vie.

Le preneur d'assurance peut le résilier à tout moment. La résiliation n'a d'effet qu'à l'expiration d'un délai de trois mois prenant cours le 1^{er} jour du mois qui suit la date de la signification, du récépissé ou, dans le cas d'une lettre recommandée, de son dépôt à la poste. Elle vaut pour toutes les personnes assurées.

En cas de résiliation en bonne et due forme, la partie de la prime payée relative à la période postérieure à la fin du contrat est remboursée.

Sans préjudice de ce qui précède, le contrat prend fin lorsque le preneur d'assurance ou l'assuré :

1. n'est plus membre de Solidaris Brabant ;
2. n'est plus assujetti à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ou a perdu son droit à l'intervention de celle-ci ;
3. a perdu la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire en raison du non paiement des cotisations pour l'assurance complémentaire durant une période consécutive d'au moins 24 mois, ou est en retard de paiement de 6 mois depuis que la période visée à l'article 2 quater, alinéa 3, de l'arrêté royal précité du 7 mars 1991 a été entamée pour les services qui y sont visés ;
4. perd sa qualité de membre de la Société Mutualiste des Assurances Solidaris Brabant (SMASB) ou en est exclu, conformément aux articles 5 et/ou 6 des statuts de la Société Mutualiste d'Assurances Solidaris Brabant (SMASB) ;
5. a délibérément communiqué une information incorrecte concernant la souscription ou les demandes de remboursements, en vue d'obtenir un remboursement indû.

Conformément aux dispositions légales applicables, le contrat prend également fin :

1. lorsqu'une prime ou la fraction de prime venue à échéance n'est pas payée, après que le preneur d'assurance ait été mis en demeure (en ce compris la prime relative à une personne qui a été inscrite à charge du preneur d'assurance après la prise de cours du contrat, et ajoutée automatiquement à celui-ci en application du principe d'affiliation obligatoire de tous les membres du ménage mutualiste) ;
2. en cas de décès du preneur d'assurance ou de la personne assurée ;
3. en cas de fraude ou de tentative de fraude ;
4. lorsqu'à l'échéance annuelle, la personne assurée n'est

plus inscrite sous le même numéro d'affiliation que le preneur d'assurance. La couverture peut cependant être poursuivie par cette personne ou le titulaire auprès duquel elle est inscrite aux mêmes conditions en terme de calcul de la prime et de date de droit, s'il n'y a pas d'interruption entre les deux contrats.

En cas d'inscription d'une personne à charge du preneur d'assurance après la prise de cours du contrat, la garantie pour ce nouvel assuré prend effet au plus tôt le 1^{er} jour du trimestre qui suit celui au cours duquel la Société Mutualiste d'Assurances Solidaris Brabant (SMASB) a été informée de cette inscription.

Le même jour débute le stage d'attente.

Par exception, le nouveau-né ou un enfant adopté de moins de 3 ans nouvellement inscrit à charge du preneur d'assurance, est assuré dès sa naissance ou à la date de son adoption à condition que l'assureur en ait été informé dans les 3 mois qui suivent la naissance ou l'adoption ; le stage ne doit plus être accompli, s'il a été effectué par le preneur d'assurance.

5. Adaptation du contrat

Sans porter atteinte aux conditions tarifaires ni de couverture, l'assureur peut adapter les dispositions des conditions générales qui ne présentent pas un caractère essentiel dans le chef du preneur d'assurance, à savoir les modalités de remboursement, les documents à produire et les dispositions administratives.

L'assureur informe le preneur d'assurance de ces modifications par écrit.

Elles sont opposables au preneur d'assurance et à l'assuré à partir du 1er janvier qui suit cette communication, sous réserve du droit du preneur d'assurance de résilier le contrat conformément au point 4.

6. Suspension

En cas de détention de l'assuré, l'assurance peut être suspendue à la demande du preneur d'assurance. La suspension du contrat doit être demandée par courrier recommandé. Dans ce cas, l'assurance est suspendue à partir de la fin du mois suivant celui au cours duquel la suspension est demandée (la date du cachet de la poste faisant foi). La prime relative à la période d'assurance qui est frappée de suspension, est remboursée au preneur d'assurance.

L'assurance reprend son effet à partir du 1er jour du mois qui suit la demande de l'assuré de mettre fin à cette période de suspension et à condition qu'il en fasse la demande par recommandé dans les 90 jours qui suivent la fin du motif de la suspension et qu'il s'acquitte de sa prime dans les 15 jours de la demande de paiement par la Société Mutualiste d'Assurances Solidaris Brabant (SMASB).

7. Stage

Pour chacune des garanties, et pour chaque personne assurée, le stage d'attente débute le jour de prise de cours du contrat pour ladite garantie.

La période de stage est de 6 mois pour la garantie « Ambumut », à l'exception des garanties suivantes :

- correction et amélioration de la vue,
- correction et amélioration de l'audition,
- forfait naissance.

Pour ces garanties, l'intervention n'est acquise que pour les frais encourus à l'expiration d'une période d'attente de 12 mois, et en cas de naissance survenant après l'expiration d'une période d'attente de 12 mois.

Le stage n'est pas d'application :

- en cas d'accident survenu après la date de souscription à l'assurance, pour les frais en lien avec cet accident ;
- pour l'assuré qui, la veille de la prise d'effet du contrat, bénéficiait d'une assurance présentant des garanties similaires auprès d'une autre compagnie d'assurances, par laquelle il était couvert depuis plus de 6 mois (garantie « tickets modérateurs » et thérapies alternatives) ou de 12 mois (garanties « correction ou amélioration de la vue », « correction ou amélioration de l'audition » et « forfait en cas de naissance »). Il ne peut y avoir aucune interruption entre la date de fin de la couverture précédente et le début du contrat auprès de la société mutualiste. Ces conditions sont vérifiées sur base d'une attestation de la compagnie d'assurances concernée. Si la durée de couverture de l'assurance similaire est inférieure à 6 ou 12 mois, elle est portée en diminution de la durée du stage d'attente à accomplir.

La période de stage est de 6 mois pour la garantie « Ambumut Plus ».

Il n'y a pas d'intervention dans les frais encourus durant la période de stage, sous réserve de ce qui est prévu à la disposition 9.2.

Le stage n'est pas d'application pour l'assuré qui, la veille de la prise d'effet du contrat, bénéficiait d'une assurance présentant des garanties similaires auprès d'une autre compagnie d'assurances, par laquelle il était couvert depuis plus de 6 mois. Il ne peut y avoir aucune interruption entre la date de fin de la couverture précédente et le début du contrat auprès de la société mutualiste. Ces conditions sont vérifiées sur base d'une attestation de la compagnie d'assurances concernée. Si la durée de couverture de l'assurance similaire est inférieure à 6 mois, elle est portée en diminution de la durée du stage d'attente à accomplir.

La période d'assurance couverte par un contrat « Ambumut » ou « Ambumut Plus » résilié suite au non paiement de la prime d'assurance par le preneur, ne peut jamais entrer en ligne de compte pour l'obtention d'une dispense ou réduction de stage, en cas de nouvelle souscription à l'assurance.

8. Étendue territoriale

La garantie s'applique aux soins prodigués en Belgique et aux fournitures et matériel délivrés en Belgique.

9. Description des garanties et conditions de remboursement

9.1. Garantie « Ambumut »

Tickets modérateurs

L'assurance rembourse 75 % du ticket modérateur des prestations de soins de la nomenclature énumérées ci-dessous, qui sont attestées au cours de la période durant laquelle la garantie est acquise :

- article 2 : consultations, visites, conseils et prestations techniques des médecins généralistes et spécialistes ;
- article 3 : actes techniques médicaux ;
- article 7 : kinésithérapie ;
- article 8 : soins infirmiers ;
- article 9 : prestations des sages-femmes ;
- article 11 : prestations spéciales ;
- article 17, 17bis, 17ter et 17quater : imagerie médicale
- article 18 : radio et radiumthérapie, médecine nucléaire ;
- article 20 : médecine interne ;
- article 21 : dermatovénérologie ;
- article 22 : physiothérapie ;
- article 26 : suppléments d'urgence ;
- article 27 : bandagisterie ;
- article 29 : orthopédie ;
- article 30 : logopédie.

Le remboursement est calculé et effectué trimestriellement sur base des données introduites ou communiquées à la Société Mutualiste d'Assurances Solidaris Brabant (SMASB) en vue de l'obtention de l'intervention de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Thérapies alternatives

L'assurance intervient dans :

- les traitements de psychothérapie prodigués par un licencié en psychologie enregistré auprès de la Commission des psychologues ;
- les consultations de diététiciens agréés, non remboursées par l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- les traitements de logopédie non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- les séances d'ostéopathie et de chiropraxie auprès d'un ostéopathe repris sur la liste fixée par le Collège intermutualiste national ou membre de l'APMMO (Association professionnelle de médecine manuelle et ostéopathique), ou d'un chiropracteur membre d'une association agréée.

L'intervention est de 75 % des frais à charge de l'assuré, avec un maximum de 500,00 EUR par année d'assurance et par assuré. Elle est demandée au moyen d'un formulaire de « Demande de remboursement » qui doit être complété par l'assuré et par le prestataire de soins, accompagné d'une facture ou note d'honoraire originale.

Correction ou amélioration de la vue

Sont indemnisés à ce titre les verres correcteurs (à l'exclusion des montures de lunettes correctrices et des verres et montures de lunettes solaires), les lentilles de contact, les lentilles intra-oculaires placées dans le cadre d'une intervention ambulatoire, le traitement au laser et la kératotomie prescrits par un ophtalmologue reconnu, facturés et délivrés/réalisés dans les 12 mois suivant la date de prescription.

L'intervention est de 75 % des frais à charge de l'assuré. Elle est demandée au moyen de la prescription de l'ophtalmologue et de la facture ou note d'honoraire originale détaillée de l'opticien ou du prestataire de soins. Conditions de remboursement :

- Verres correcteurs de lunettes et/ou lentilles de contact : L'intervention est plafonnée à 500,00 EUR pour l'ensemble des frais exposés par l'assuré au cours d'une année d'assurance.

Lorsque les frais de verres correcteurs de lunettes et/ou de lentilles de contact, exposés au cours d'une année d'assurance, sont indemnisés, une nouvelle intervention de la garantie « correction ou amélioration de la vue » ne pourra au plus tôt être accordée que pour des frais exposés au cours de la 3e année d'assurance suivante.

Ce délai n'est pas d'application pour des frais qui concernent une correction de la vue qui diffère d'au moins 0,5 dioptrie par rapport aux frais précédemment indemnisés (sur production d'une nouvelle prescription médicale).

- Lentilles intra-oculaires, traitement au laser et kératotomie :

L'intervention dans ces frais est plafonnée à 1.000,00 EUR pour l'ensemble des frais exposés par l'assuré au cours d'une année d'assurance. Lorsque les frais de lentilles intra-oculaires, traitement au laser et/ou kératotomie consentis au cours d'une année d'assurance, sont indemnisés, une nouvelle intervention de la garantie « correction ou amélioration de la vue » ne pourra au plus tôt être accordée que pour des frais exposés au cours de la 6ème année d'assurance suivante.

Il n'y a pas de cumul d'indemnisation pour les deux types de frais lorsqu'ils sont exposés la même année.

Correction ou amélioration de l'audition

L'assurance accorde une intervention dans les appareils auditifs, à l'exception des implants cochléaires et de appareils à conduction osseuse (implant et processeur sonore (externe)), facturés et délivrés par un audiologue agréé dans les 12 mois après la date de prescription.

L'intervention est de 75 % des frais à charge de l'assuré, avec un maximum de 1.000,00 EUR par année d'assurance et par assuré. Elle est demandée au moyen de la prescription d'un oto-rhino-laryngologue reconnu et de la facture originale détaillée de l'audiologue.

Il n'y a pas d'intervention dans les piles ou autre accessoires pour les appareils auditifs.

Lorsque les frais d'appareil auditif, exposés au cours d'une année d'assurance, sont indemnisés, une nouvelle intervention de la garantie « correction ou amélioration de l'audition » ne pourra au plus tôt être accordée que pour des frais exposés au cours de la 6e année d'assurance suivante.

Forfait en cas de naissance

Une intervention forfaitaire de 250,00 EUR par enfant sera accordée pour les soins, produits et matériel de soins et l'assistance nécessités par la naissance d'un enfant, pour autant que l'enfant soit inscrit à charge d'un de ses parents assuré par Ambumut et que la naissance intervienne après

expiration du stage dans le chef de ce parent. Le forfait est payé au preneur d'assurance du contrat qui assure l'enfant et le parent, sur présentation d'une attestation de naissance délivrée par les autorités compétentes.

9.2. Ambumut Plus

L'assurance « Ambumut Plus » intervient dans les frais de soins et de traitements ambulatoires nécessités par le diagnostic et le traitement d'une des maladies énumérées au point 1.8.

La garantie s'applique exclusivement aux maladies dont le diagnostic est posé après la prise de cours du contrat et après l'expiration de la période de stage (s'il est applicable), au moyen d'une attestation d'un médecin mentionnant le nom de la maladie et la date du diagnostic, accompagné d'un rapport d'examen biologique, anatomopathologique, d'imagerie médicale ou d'autres examens techniques.

L'assurance rembourse :

- pour les prestations de soins et les examens prescrits par un médecin spécialiste et effectués en Belgique, pour autant qu'ils soient repris dans la nomenclature INAMI : le solde du ticket modérateur, après l'intervention de la garantie « Ambumut », et les suppléments à concurrence d'1 x l'intervention de l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- les frais de médicaments prescrits par un médecin spécialiste pour le traitement de la maladie grave, et délivrés en Belgique, avec un maximum de 1.250,00 EUR par année d'assurance ;
- les frais de nourriture entérale prescrite par un médecin et délivrée en Belgique, avec un maximum de 1.500,00 EUR par année d'assurance ;
- les frais de pansements et compresses prescrits par un médecin et délivrés en Belgique, à concurrence de 250,00 EUR par année d'assurance ;
- les frais de location de matériel médical et sanitaire, à l'exclusion des montants payés à titre de garantie ;
- les frais de prothèses capillaires, sur prescription d'un médecin oncologue.

L'intervention de l'assurance est calculée sur base du montant des frais réellement exposés diminué du montant des interventions légales et extra-légales auxquelles l'assuré peut prétendre, ou pourrait prétendre s'il n'y avait de cause de suspension ou d'exclusion imputable à son fait ou à celui du titulaire dont il est personne à charge. L'intervention est accordée sur base de la production des documents justificatifs originaux suivants :

- quittances de la Mutuelle (pour les soins)
- factures et notes d'honoraires (pour les soins, les fournitures médicales, prothèses capillaires et la location de matériel médical),
- BVAC (pour les médicaments).

Une fois la maladie reconnue comme « grave » par le médecin-expert de la Société Mutualiste d'Assurances Solidaris Brabant (SMASB), la garantie est acquise pour

une période de 6 trimestres consécutifs, le premier trimestre étant celui au cours duquel le diagnostic a été posé. Par dérogation au point 7, le droit aux remboursements est acquis durant cette période, même si elle débute durant la période de stage, mais il ne s'étend en aucun cas aux frais encourus avant la prise de cours du contrat.

Cette période est renouvelable pour autant que les conditions de reconnaissance soient toujours remplies.

10. Limitations de l'intervention

L'indemnisation totale du chef de la garantie « Ambumut » pour les différentes interventions prévues, est limitée au plafond de 1.500,00 EUR par année d'assurance et par assuré.

L'indemnisation totale du chef de la garantie « Ambumut Plus » dans les soins, médicaments et fournitures médicales justifiés par le traitement d'une maladie grave, est limitée au plafond de 6.500,00 EUR par année d'assurance et par assuré.

Lorsque la première année d'assurance est incomplète, ces plafonds sont réduits en proportion du nombre de mois que compte la période débutant le jour de prise de cours du contrat, et se terminant le 31 décembre de la même année.

11. Cas de non-intervention

Exclusions générales :

Ne sont pas couverts, les frais de traitements afférents à une maladie ou un accident résultant :

- d'ivresse, alcoolisme ou intoxication alcoolique
- d'un fait ou d'un acte intentionnel de l'assuré sauf en cas de sauvetage de personnes ou de biens, ou de l'aggravation volontaire du risque par l'assuré. L'acte intentionnel au sens de la présente clause est l'acte commis volontairement et sciemment qui cause un dommage raisonnablement prévisible. La tentative de suicide, telle que définie par l'article 5,61° de la loi du 4 avril 2014, est exclue
- de l'usage non thérapeutique de stupéfiants, d'hallucinogènes ou d'autres drogues ainsi que de toxicomanie
- d'un fait de guerre, de guerre civile ou des faits de même nature; toutefois la garantie reste acquise pendant 14 jours après le début des hostilités si l'assuré a été surpris par le déclenchement d'un état de guerre au cours d'un voyage en pays étranger
- de la participation volontaire à des actes de violence d'inspiration collective (sauf la preuve à apporter par l'assuré qu'il ne prenait pas part active et volontaire à ces événements), ou de la participation à un crime ou un délit
- d'une faute grave ou délibérément commise par l'assuré
- de la pratique rémunérée de tout sport, en ce compris les entraînements

- des réactions nucléaires, radioactivité, radiations ionisantes.

Il n'y a pas non plus d'intervention pour :

- les soins ou traitements qui ont une finalité purement esthétique,
- les cures de rajeunissement, de thermalisme, thalassothérapie, etc.
- les traitements, soins ou fournitures médicales dont l'utilité n'est pas scientifiquement démontrée, ou qui ne sont pas nécessaires au rétablissement de la santé,
- les frais qui, en application de la législation belge, ne peuvent pas être facturés au patient.

Exclusions spécifiques à la garantie « Ambumut » :

L'assurance n'intervient pas pour :

- les médicaments, spécialités pharmaceutiques ou traitements médicamenteux de toute nature.

Exclusions spécifiques à la garantie « Ambumut Plus » :

L'assurance n'intervient pas pour :

- les soins, médicaments, fournitures ou autres prestations délivrés dans le cadre d'une hospitalisation,
- les frais relatifs à toute maladie grave existant à la date de prise de cours de la garantie.

12. Obligations du preneur d'assurance et de la personne assurée

12.1

Le preneur d'assurance et la personne assurée sont tenus :

- a) de faire les déclarations et communications par écrit ou par voie électronique au siège de l'assureur,
- b) d'aviser l'assureur, au plus tôt, de la date à laquelle les conditions préalables au maintien du contrat ne sont plus réunies,
- c) d'aviser l'assureur de l'existence d'une convention couvrant un risque similaire ou identique, soit totalement, soit partiellement,
- d) de fournir à l'assureur tout renseignement demandé, nécessaire à l'exécution du contrat et à l'examen du droit aux interventions, et en particulier, de donner suite aux demandes d'information ou de production de document médical émanant du médecin-expert de la Société Mutualiste d'Assurances Solidaris Brabant (SMASB).

Toute modification dans la composition du ménage mutualiste doit être signalée à la Société Mutualiste d'Assurances Solidaris Brabant (SMASB) dans un délai de 30 jours à dater de la modification.

12.2. Paiement de l'indemnité

L'indemnité d'assurance est payée au preneur d'assurance.

En cas de décès, l'intervention sera accordée :

- à son conjoint ou cohabitant légal survivant;
- à défaut, aux personnes physiques qui peuvent prouver qu'elles sont héritières légales.

L'intervention sera alors versée :

- soit au notaire désigné pour liquider la succession,
- soit à un des héritiers mentionnés sur la base d'une procuration légalisée de l'ensemble des autres héritiers mentionnés soit à l'acte notarié, soit encore à l'acte d'hérédité.
- à défaut, aux personnes physiques ayant supporté effectivement les frais médicaux.

| | | Montant de la prime annuelle (EUR, toutes taxes comprises) | |
|---|---------|--|--|
| Age à l'échéance de la prime (date de prise de cours du contrat et ensuite, le 1 ^{er} janvier de chaque année) | Ambumut | Ambumut Plus | Total (garanties Ambumut + Ambumut Plus) |
| De 0 à 4 ans | / | / | / |
| De 5 à 19 ans | 258,72 | 1,92 | 260,64 |
| De 20 à 34 ans | 287,16 | 6,72 | 293,88 |
| De 35 à 49 ans | 315,84 | 18,36 | 334,20 |
| De 50 à 64 ans | 693,84 | 59,04 | 752,88 |
| A partir de 65 ans | 850,56 | 85,08 | 935,64 |

13. Prescription

Les pièces justificatives des dépenses pouvant donner lieu à remboursement doivent être introduites à la société mutualiste dans un délai de 3 ans à partir du jour de la prestation des soins.

14. Primes

14.1. Généralités

Le preneur d'assurance est tenu de payer la prime pour l'ensemble des assurés à l'échéance.

La prime est payable anticipativement selon la périodicité choisie.

14.2. Montant des primes

La prime couvre une année d'assurance. La première année d'assurance se termine le 31 décembre de l'année au cours de laquelle le contrat est entré en vigueur. Ensuite, chaque année d'assurance correspond à l'année civile.

La prime est calculée en fonction de l'âge de chacun des assurés à la date d'effet du contrat et ensuite, de leur âge au 1^{er} janvier.

La prime pour la première année d'assurance est proportionnelle à la période comprise entre le 1^{er} jour du contrat et le 31 décembre.

Tout impôt, taxe, contribution ou cotisation imposé par la loi ou toute autre disposition réglementaire, est ou sera exclusivement à charge du preneur d'assurance.

Sous réserve d'application de la clause de révision établie au point 14.3.2, et de l'indexation prévue au point 14.3.1, les primes applicables au 1^{er} janvier 2026 sont les suivantes :

14.3. Adaptation et révision de la prime

14.3.1. Indexation de la prime

Les primes individuelles sont indexées chaque année avec effet au 1^{er} janvier, à l'évolution de l'indice spécifique résultant des valeurs définies à l'article 6, §3, alinéa 2 et 6, §4, de l'arrêté royal du 1^{er} février 2010 déterminant les indices spécifiques visés à l'article 204, §3, de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances (valeurs indépendantes des catégories d'âge), pour la garantie « soins ambulatoires ».

Les primes peuvent au maximum être adaptées au pourcentage d'évolution entre le dernier indice spécifique publié, et l'indice spécifique de l'année qui précède, pour autant que cette variation dépasse l'évolution des prix à la consommation au cours de la même période. Si ce n'est pas le cas, les primes sont adaptées en fonction de l'évolution de l'indice des prix à la consommation du mois de juin.

La prime indexée pour l'année « n » est calculée en multipliant la prime de l'année « n-1 » par le rapport entre l'index de l'année « n-1 » et celui de l'année « n-2 ». Au 1^{er} janvier 2026, la prime est adaptée en fonction de l'évolution de l'indice des prix à la consommation du mois de septembre 2024 à juin 2025.

Les montants obtenus sont divisés par douze et arrondis au centime d'euro inférieur. Ensuite, ces montants sont à nouveau multipliés par douze.

L'assureur informe le preneur d'assurance par écrit de toute adaptation ou révision de la prime.

14.3.2. Révision de la prime

En dehors de l'indexation annuelle, la prime du contrat ne peut être adaptée après la conclusion de celui-ci, qu'à l'intervention de l'Office de Contrôle des Mutualités, si celui-ci constate ou si la Société Mutualiste d'Assurances l'informe que l'application du tarif donne lieu ou risque de donner lieu à des pertes et qu'il exige que l'assureur mette ce tarif en équilibre, conformément à l'article 504 de la loi

du 13 mars 2016 relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance. Le relèvement d'un tarif s'applique aux primes des contrats en cours, qui viennent à échéance à partir du premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision de l'Office de Contrôle des Mutualités, sans préjudice du droit du preneur de résilier le contrat.

14.4. Paiement des primes

- La prime est annuelle et payable par anticipation au siège central de la société mutualiste.
- Le fractionnement du paiement par trimestre est possible moyennant obligatoirement une domiciliation bancaire.
- Un seul mode de paiement peut être choisi pour la prime de l'ensemble des personnes assurées. En cas de domiciliation, un premier paiement doit toujours être effectué par virement.
- Les dates de paiement et les montants de prime sont communiqués en temps utile au preneur d'assurance.
- En cas de non-paiement de la prime ou d'une fraction de la prime, le contrat sera résilié pour autant que le preneur d'assurance ait été mis en demeure.

15. Sanctions

La société mutualiste n'est tenue à aucune prestation à l'égard d'un assuré qui enfreint une obligation découlant du présent contrat d'assurance.

16. Récupérations d'indemnités indûment payées

La Société Mutualiste d'Assurances Solidaris Brabant (SMASB) se réserve le droit de demander et de poursuivre envers le preneur d'assurance le remboursement des indemnités payées indûment.

17. Contestations - Litiges

L'assureur, le preneur d'assurance et la personne assurée collaborent en vue de déterminer le droit aux prestations, qui est établi sur base des renseignements fournis. Le preneur d'assurance et la personne assurée autorisent l'assureur à solliciter les informations nécessaires et s'engagent à collaborer à la bonne exécution des mesures d'information et d'investigation auxquelles l'examen du droit aux prestations donne lieu.

Le remboursement des prestations ne sera accordé que sous réserve du droit, pour la société mutualiste, de faire contrôler à tout moment par le médecin contrôleur l'état de santé de l'assuré. De plus, l'assuré autorisera le médecin traitant à fournir au médecin contrôleur tous renseignements relatifs à son état de santé.

Toute contestation de nature médicale entre l'assuré et la société mutualiste sera soumise, d'une part, au médecin traitant de l'assuré et, d'autre part, au médecin contrôleur de la société mutualiste.

En cas de désaccord, ils désigneront en commun un troisième médecin qui décidera irrévocablement. En cas de désaccord quant à la désignation d'un tiers médecin,

ladite désignation se fera à la demande de la partie la plus diligente, par le président du tribunal de première instance de son domicile ou siège social.

Chacune des parties supporte les honoraires et frais de son médecin. Les honoraires et frais du troisième médecin sont partagés par moitié.

Au cas où le désaccord persisterait, la société mutualiste pourra proposer à l'assuré de soumettre ce litige à la procédure prévue à l'article 1678 du Code Judiciaire. Seule le droit belge est applicable à la présente assurance.

18. Informations légales

18.1. Modes de communication et langues employées

La Société Mutualiste d'Assurances Solidaris Brabant (SMASB) communique avec les assurés à travers différents canaux :

- par courrier ordinaire et par e-mail à l'adresse brabant@solidaris.be
- par téléphone au 02 506 96 11
- par l'intermédiaire des agences de Solidaris Brabant.

Toute communication se tient en français ou néerlandais, au choix de l'assuré.

Les documents sont disponibles en français ou en néerlandais. Les documents contractuels sont établis dans la langue utilisée par le preneur d'assurance dans ses contacts avec Solidaris Brabant.

18.2. Politique en matière de conflits d'intérêts

La Société Mutualiste d'Assurances Solidaris Brabant (SMASB) s'efforce d'éviter les conflits d'intérêts dans toutes ses activités d'assurance et de distribution.

Notre politique de conflits d'intérêts peut être consultée sur le site internet <https://www.fmsb.be/fr/informations-légales-et-vie-privée-concernant-la-smab>