

Verzekering ambulante medische kosten

Informatiedocument over het verzekeringsproduct / Januari 2025

Onderneming: Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand Solidaris Brabant, erkend door de Controledienst van de Ziekenfondsen onder het nummer 350/03 om verzekeringen van tak 2 (ziekte) en tak 18 (hulpverlening) aan te bieden / K.B.O. 0838.221.243
Centrale zetel: Zuidstraat 111, 1000 Brussel



Ambumut

Dit document is uitsluitend bedoeld ter informatie. De volledige contractuele en precontractuele informatie wordt verstrekt met de algemene voorwaarden.

Welk soort verzekering is dit?

De verzekering Ambumut heeft tot doel om aan de verzekerden een tegemoetkoming te verlenen in de ambulante medische kosten en meer in het bijzonder 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.



Wat is verzekerd?

- ✓ **Remgelden:** vergoeding van 75% van het remgeld van bepaalde zorgverstrekingen volgens de nomenclatuur en zoals gedefinieerd in de algemene voorwaarden (www.solidaris-brabant.be/nl/extra-verzekeringen). De terugbetaling wordt berekend en driemaandelijkse uitgevoerd op basis van de gegevens die zijn ingevoerd of meegedeeld door de verplichte ziekteverzekering.
- ✓ **Alternatieve therapieën:** tegemoetkoming van 75% van de kosten ten laste van de verzekerde, met een maximum van € 500,00 per verzekeringsjaar en per verzekerde voor de psychotherapiebehandelingen; consulten van erkende diëtisten en logopediebehandelingen die niet vergoed worden door de verplichte ziekteverzekering; osteopathische en chiropractische behandelingen.
- ✓ **Correctie of verbetering van het gezichtsvermogen:** tegemoetkoming van 75% van de kosten ten laste van de verzekerde voor corrigerende brillen-glazen en/of contactlenzen (maximaal € 500,00 per verzekeringsjaar en nieuwe tussenkomst wordt op zijn vroegst weer toegekend tijdens het 3de daaropvolgende verzekeringsjaar) en intraoculaire lenzen, laserbehandeling en keratotomie (maximaal € 1000,00 per verzekeringsjaar en nieuwe tussenkomst wordt op zijn vroegst weer toegekend tijdens het 6de daaropvolgende verzekeringsjaar).
- ✓ **Correctie of verbetering van het gehoor:** tegemoetkoming van 75% van de kosten ten laste van de verzekerde met een maximum van € 1000,00 per verzekeringsjaar voor hoortoestellen.
- ✓ **Geboorteforfait:** een forfaitair bedrag van € 250,00 voor zorg, verzorgingsproducten en materiaal en assistentie die nodig zijn bij de geboorte van een kind.



Wat is niet verzekerd?

- ✗ Behandelingen die betrekking hebben op een ziekte of ongeval te wijten aan dronkenschap, alcoholverslaving of alcoholvergiftiging; een opzettelijk daad van de verzekerde; het niet-therapeutische gebruik van verdovende middelen, hallucinogenen of andere drugs, evenals drugsverslaving; oorlogsfeiten, burgeroorlog of gelijkaardige feiten; vrijwillige deelname aan gewelddaden van collectieve oorsprong; deelname aan een misdaad of delict; professionele sportbeoefening; een zware fout van de verzekerde; kernreacties.
 - ✗ Zorg of behandelingen met een zuiver esthetisch doel
 - ✗ Verjongingskuren, kuurverblijven, thalassotherapie enz.
 - ✗ 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
- De verzekering betaalt bovendien de volgende verstrekkingen niet terug:*
- ✗ geneesmiddelen, farmaceutische specialiteiten of medicamenteuze behandelingen van eender welke aard.
 - ✗ Monturen van corrigerende brillen en glazen en monturen van zonnebrillen.
 - ✗ Cochleaire implantaten en hoortoestellen met beengeleiding (implantaat en geluidsprocessor (extern)).
 - ✗ Batterijen of andere accessoires voor hoortoestellen.



Zijn er dekkingsbeperkingen?

- ! De totale vergoeding voor de verschillende voorziene tegemoetkomingen is begrensd tot maximaal € 1500,00 per verzekeringsjaar en per verzekerde.
- ! Er is geen tussenkomst in de kosten gemaakt tijdens de wachttijd. De wachttijd bedraagt 6 maanden, met uitzondering van de volgende waarborgen: correctie of verbetering van het gezichtsvermogen, correctie of verbetering van het gehoor, geboorteforfait. Voor deze waarborgen bedraagt de wachttijd 12 maanden.



Waar ben ik gedekt?

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



Wat zijn mijn verplichtingen?

- Lid zijn van Solidaris Brabant, onderworpen zijn aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en het recht op de voordelen van de aanvullende verzekering van Solidaris Brabant niet verloren hebben
- De verzekering moet worden afgesloten voor alle personen die onder het aansluitingsnummer zijn ingeschreven, behalve degenen die reeds verzekerd zijn door een gelijkaardige verzekering of waarborg
- De verzekeringspremies betalen binnen de schriftelijk meegedeelde termijnen
- De verzekeraar op de hoogte brengen van elke adreswijziging of wijziging in de gezinssamenstelling
- Bij een schadegeval de aanvraag voor een tegemoetkoming indienen samen met de nodige formulieren en bewijsstukken en dit binnen een termijn van 3 jaar vanaf de dag van de zorgverstrekking
- De verzekeraar op de hoogte brengen van de identiteit van elke andere verzekeringsmaatschappij, elk ander statuut of anderszins, die de kosten geheel of gedeeltelijk voor zijn rekening kan nemen.



Wanneer en hoe betaal ik?

De premie moet in één keer betaald worden (per overschrijving of domiciliëring), of driemaandelijks uitsluitend per domiciliëring. De betaaltermijnen worden tijdig meegedeeld. De eerste betaling moet altijd per overschrijving worden uitgevoerd.



Wanneer begint en eindigt de dekking?

Het contract wordt voor levenslang gesloten en treedt ten vroegste in werking op de eerste dag van de maand nadat de verzekeraar het volledig ingevulde en ondertekende verzekeringsvoorstel en de vragenlijst van de behoefteanalyse heeft ontvangen, en voor zover de eerste (jaarlijkse of driemaandelijkse) premie betaald wordt binnen de betalingstermijn die per brief werd meegedeeld.



Hoe zeg ik het contract op?

Het verzekeringscontract kan op elk moment worden opgezegd per aangetekende brief of door afgifte van een opzegbrief tegen ontvangstbewijs, het contract eindigt na een opzegtermijn van 3 maanden.