

Belangrijk: dit informatiedocument heeft tot doel u een overzicht te geven van de belangrijkste dekkingen en uitsluitingen van deze verzekering. Dit document is niet afgestemd op uw specifieke behoeften en de in dit document opgenomen informatie is niet exhaustief. Voor bijkomende inlichtingen over de verzekering en uw verplichtingen kunt u de precontractuele en contractuele voorwaarden betreffende deze verzekering raadplegen.

Welk soort verzekering is dit?

De verzekering « ambulante medische zorgen » waarborgt de terugbetaling van de ambulante medische kosten (buiten een ziekenhuisopname) die, na aftrek van de wettelijke tegemoetkomingen, ten laste blijven van de verzekerden.



Wat is verzekerd?

- ✓ De verzekerbare populatie wordt door de verzekeringnemer gedefinieerd op basis van door Ethias vastgestelde criteria.
- ✓ De medische kosten van curatieve en/of diagnostische aard die medisch noodzakelijk zijn en die worden verstrekt door erkende en voldoende bewezen therapeutische zorgverstrekkers. Kunnen met name worden gedekt:
 - de kosten van medische prestaties verstrekt naar aanleiding van een bezoek of een raadpleging (met inbegrip van behandelingen van refractieve oogchirurgie, behandelingen van homeopathie, acupunctuur, osteopathie, chiropraxie en medisch begeleide vruchtbaarheidsbehandelingen);
 - de kosten van paramedische prestaties voorgeschreven door een arts (verpleegkundige zorg, kinesitherapie, fysiotherapie...);
 - de kosten van medische adjuvantia en medische hulpmiddelen voorgeschreven door een arts (hoorapparaten, herniaverbanden, orthopedische zolen, spalken, krukken...). De erkende apps op mHealthBelgium worden gelijkgesteld met medische hulpmiddelen;
 - de kosten van brilglazen of contactlenzen voorgeschreven door een oogarts;
 - de kosten van medische protheses;
 - de kosten van kunstledematen;
 - de kosten van geneesmiddelen en homeopathische producten voorgeschreven door een arts;
 - de tandbehandelingskosten;
 - de kosten van parodontologische zorgen;
 - de kosten van orthodontische behandelingen;
 - de kosten van tandprothesen;
 - de kosten van brilmonturen;
 - de kosten van de medische check-up of jaarlijkse gezondheidscontrole in het ziekenhuis of in een gespecialiseerd centrum niettegenstaande het preventieve karakter ervan.

De tussenkomstplafonds en -limieten worden met de verzekeringnemer overeengekomen.



Wat is niet verzekerd?

- ✗ De prestaties die voortvloeien uit esthetische of verjongingsbehandelingen.
- ✗ De prestaties die voortvloeien uit een psychotherapeutische of psychosomatische behandeling.
- ✗ De prestaties die voortvloeien uit ongevallen van de verzekerde in staat van dronkenschap, alcoholintoxicatie of onder invloed van drugs, narcotica of verdovende middelen gebruikt zonder medisch voorschrift.
- ✗ De prestaties die voortvloeien uit ziekten die (deels) te wijten zijn aan alcoholisme, verslaving of het overmatig gebruik van geneesmiddelen.
- ✗ De prestaties die voortvloeien uit de ontwenning als gevolg van het gebruik van alcohol, drugs, verdovende middelen of iedere andere stof waaraan verslaving optreedt.
- ✗ De prestaties die voortvloeien uit sterilisatie, contraceptie.
- ✗ De prestaties die voortvloeien uit een schadegeval dat met opzet door de verzekerde veroorzaakt is, de deelname van de verzekerde aan misdaden of misdrijven en aan weddenschappen of uitdagingen. Er wordt gepreciseerd dat de prestaties als gevolg van een zelfmoordpoging gedekt blijven.
- ✗ De prestaties die voortvloeien uit de beoefening van een sport of activiteit op een niet-toegelaten plaats.



Zijn er dekingsbeperkingen?

! Wachtijd

- Verzekerden die automatisch aangesloten zijn: geen enkele wachtijd.
- Verzekerden waarvan de aansluiting facultatief is en waarvan de aansluiting bevestigd wordt binnen de twee maanden na de datum waarop het recht tot aansluiting ontstaat:
 - een wachtijd van 6 maanden voor brillen en lenzen, gehoorprothesen, parodontale zorg, tandzorgen, tandprothesen, bruggen, kronen, implantaten en orthodontische behandelingen;
 - geen enkele wachtijd voor de andere kosten.

Voor de verzekerden waarvan de aansluiting facultatief is en niet bevestigd wordt binnen de twee maanden nadat het recht op aansluiting zich opent, treedt de aansluiting in werking op de eerste dag van de dertiende maand volgend op de maand waarin de aansluitingsaanvraag wordt bevestigd en zijn de bovenvermelde wachtijden van toepassing.



Waar ben ik gedekt?

- ✓ De verzekering is van toepassing over de hele wereld.

Voor kosten in het buitenland wordt er verduidelijkt dat Ethias tussenkomt:

- wanneer de verzekerde in het buitenland geplande verzorging geniet waarvoor hij/zij vooraf het akkoord van de mutualiteit heeft gekregen;
- wanneer de verzekerde in het buitenland is en zijn/haar medische toestand dringende en onvoorziene medische zorg vereist;
- wanneer de verzekerde medische verzorging geniet in het land waar hij/zij verblijft.



Wat zijn mijn verplichtingen?

- **Bij het sluiten van het contract:** de lijst van verzekerden meedelen.
- **In de loop van het contract:** elke wijziging in de lijst van verzekerden meedelen (in geval van overlijden, ...).
- **Bij een schadegeval**

Aangifte: De verzekerde moet zo snel mogelijk zijn aanvraag tot tussenkomst aan Ethias richten. Ethias zal van de verzekerde alle documenten kunnen eisen die zij noodzakelijk acht.

Overmaken van de kostenbewijsstukken: Ethias stelt de verzekerde verschillende tools ter beschikking om een aanvraag tot tussenkomst in te dienen, kostenbewijzen door te sturen, zijn dossier te raadplegen, zoals:

- AssurPharma, een elektronisch systeem om BVAC-attesten elektronisch te verzenden en zo de terugbetaling van farmaceutische kosten te vergemakkelijken;
- AssurMed, beveiligd digitaal transmissiesysteem waarmee verzekerden de getuigschriften van verstrekte hulp van hun huisarts of tandarts digitaal naar Ethias kunnen sturen;
- de Klantzone Gezondheidszorg, een onlinedienst waarmee verzekerden hun dekking kunnen raadplegen, hun dossier en hun schadegevallen kunnen opvolgen, in alle vertrouwelijkheid, waar en wanneer ze maar willen.



Wanneer en hoe betaal ik?

U hebt de verplichting om de premie jaarlijks voor de vervaldag te betalen en u ontvangt hiertoe een factuur. Onder bepaalde voorwaarden is een gespreide premiebetaling mogelijk.

De premies kunnen integraal aan de verzekeringnemer worden gefactureerd of op een met de verzekeringnemer overeengekomen wijze: tussen de verzekeringnemer en de verzekerde of integraal aan de verzekerden.



Wanneer begint en eindigt de dekking?

De waarborgen gaan in op de dag na de betaling van de eerste premie en ten vroegste om 00:00 uur van de aanvangsdatum die in de bijzondere en/of speciale voorwaarden is vermeld.

De overeenkomst wordt afgesloten voor de duur van één jaar.

Op iedere jaarlijkse vervaldag wordt de overeenkomst stilzwijgend verlengd voor opeenvolgende periodes van één jaar, op voorwaarde dat deze niet opgezegd is door de verzekeringnemer.



Hoe zeg ik mijn contract op?

U kunt uw verzekeringscontract uiterlijk drie maanden voor de jaarlijkse vervaldag van het contract opzeggen.

Het contract moet worden opgezegd bij aangetekende zending, bij deurwaardersexploot of door de afgifte van de opzeggingsbrief tegen ontvangstbewijs.

Facultatieve verzekerden kunnen elke maand, op schriftelijk verzoek, hun schrapping aanvragen, en dit zonder een opzegtermijn te moeten respecteren.