



**Algemene
voorwaarden**

Denta Plus

1. INHOUD

1. Begrippen en definities	3
2. Toetredingsvoorwaarden	4
3. Aanvang, duur, schorsing en beëindiging van het contract	5
a. Aanvang en duur van het contract	5
b. Schorsing en beëindiging van het contract	5
4. Wachtijd	6
a. Wachttijden	6
b. Vervallen van de wachtijd	6
5. Waarborg	6
6. Grensbedragen	7
7. Tegemoetkoming bij schadegeval buiten België	8
8. Aanvraag tot tegemoetkoming - verjaringstermijn	8
9. Uitsluitingen	8
10. Premies	8
11. Algemene bepalingen	10

1. Begrippen en definities

Conventietarief

De honoraria voor consultaties, ingrepen en behandelingen zoals die jaarlijks worden vastgelegd in een nationaal akkoord tussen de ziekenfondsen en de syndicaten van tandartsen en geneesheren.

Curatieve tandverzorging

Deze verzamelnaam omvat volgende tandzorgkundige verstrekkingen: tandextracties, verstrekkingen voor bewarende tandverzorging, verstrekkingen voor orale beeldvorming, kleine mondchirurgie en de supplementen voor dringende technische verstrekkingen.

Erkende verstrekker

De houder van een bijzondere beroepstitel in de tandheelkunde (met name de algemeen tandarts, de tandarts-specialist in de orthodontie en de tandarts-specialist in de parodontologie), de geneesheer-specialist in de stomatologie en de geneesheer met een tandheelkundig diploma.

Gelijkaardige tandzorgverzekering

Elke facultatieve verzekering die voorziet in een kostendekkende vergoeding van de kosten voor tandzorg, gelijkaardig aan die van Denta Plus. Een tandzorgverzekering is gelijkaardig aan Denta Plus wanneer premies en tegemoetkomingen gelijkaardig zijn aan die van Denta Plus en het jaarlijkse plafond voor terugbetaling ten minste 500 EUR bedraagt.

Gerechtigde

Natuurlijk persoon die door zijn/haar beroepsactiviteit of gelijkgestelde toestand rechten in de verplichte ziekteverzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen heeft of kan krijgen en die in die hoedanigheid bij een van de Liberale Mutualiteiten is aangesloten.

Geschrift

Het geheel van een boodschap in alfabetische en/of numerieke tekens die op een duurzame drager wordt gesteld en toegankelijk is voor de verzekeringnemer: zowel papieren als elektronische documenten. Een aangetekend geschrift kan op papier via de post als elektronisch via een geauthentificeerde elektronische brievenbus (eBox of Doccle) verzonden worden.

Jaarpremie

De premie verschuldigd om gedurende een heel jaar de dekking van Denta Plus te genieten. Deze bedraagt het twaalfvoud van de maandelijkse premie, vermeld in de tabellen in deze algemene voorwaarden. De jaarpremie is verschuldigd uiterlijk op de jaarlijkse vervaldatum van het contract.

Kennisgeving

Een mededeling van een beslissing of een feit van de ene aan de andere partij. De kennisgevingen tussen partijen worden per post of per e-mail uitgevoerd. De verzekeringnemer aanvaardt uitdrukkelijk dit communicatiemiddel. Het elektronisch adres is datgene die wordt vermeld in het verzekeringsvoorstel. De verzekeringnemer zal de verzekeraar verwittigen als hij een ander e-mailadres wil gebruiken.

Kleine mondchirurgie

De verstrekkingen uit artikel 14, l) van de bijlage van het Koninklijk Besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, waarvan de codes gevolgd worden door '+'.

Ongeval

Elke plotse gebeurtenis die een lichamelijke letsel veroorzaakt en waarvan de oorzaak of een van de oorzaken vreemd is aan het organisme van het slachtoffer. De letsels moeten worden vastgesteld door een geneesheer die gemachtigd is zijn praktijk uit te oefenen hetzij in België, hetzij in het land waar de verzekerde zich bevindt op het

moment van het voorval.

Orthodontie

De preventie, de diagnose, de interceptie, de planning van de behandeling en de behandeling zelf van elke afwijking in de stand van tanden en kaken en van de eventuele ermee geassocieerde functionele stoornissen, alsook het toezicht op de evolutie ervan.

Parodontologie

Differentiatie binnen de tandheelkunde die zich richt op diagnose, preventie en behandelingen van de steunweefsels van de gebitselementen: het kaakbot, het tandvlees en het parodontale ligament.

Persoon ten laste

Natuurlijk persoon die in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen niet als gerechtigde is aangesloten, maar als persoon ten laste van een gerechtigde.

Preventief gedrag

VMOB Hospitaal-Plus bepaalt of iemand al dan niet aan preventief gedrag heeft gedaan aan de hand van terugbetalingen in de verplichte ziekteverzekering voor tandverzorging in het verzekeringsjaar dat voorafgaat aan elke nieuwe terugbetalingsaanvraag. Bij minstens één dergelijke terugbetaling is er sprake van preventief gedrag.

Preventieve tandverzorging

Deze categorie van tandzorg omvat het bucco-dentaal onderzoek (mond- en tandonderzoek), het parodontaal onderzoek (DPSI-test), het profylactisch reinigen, het verwijderen van tandsteen, de verzegeling van groeven en putjes in het tandoppervlak en de raadplegingen in het kabinet van een licentiaat tandheelkunde, een tandarts die houder is van een bekwaamheidsgetuigschrift, een stomatoloog of een geneesheer-tandarts.

Prothetische behandeling

Functionele rehabilitatie van het kauwproces door het vervangen van ontbrekende of beschadigde tanden door mid-

del van een tandprothese, waarbij een tandprothese een kunstmatige vervanging van een of meerdere natuurlijke tanden is. Het kan hier gaan om een uitneembare prothese die de verzekerde persoon zelf uit de mond kan verwijderen of een vaste prothese die de verzekerde persoon niet zelf uit de mond kan verwijderen (bijvoorbeeld kroon- en brugwerk, inlay en onlay). In het kader van een prothetische behandeling beschouwt VMOB Hospitaal-Plus als een tandimplantaat: een prothetisch element aangebracht in de alveolaire kam met het oog op het bevestigen van een vaste of uitneembare tandprothese.

RIZIV (Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsuitkering)

Een openbare instelling van sociale zekerheid die onder de bevoegdheid van de Minister van Sociale Zaken valt.

Startdatum van het contract

De datum waarop het contract in werking treedt. Op deze datum gaat de wachttijd in of zijn bij vervallen van de wachttijd de waarborgen van kracht, op voorwaarde dat de volledige startpremie is betaald tegen het einde van de eerste maand van het contract. De startdatum van het contract staat vermeld in de bijzondere voorwaarden, doch valt nooit vóór de eerste dag van de maand volgend op die waarin VMOB Hospitaal-Plus het ingevulde en ondertekende verzekeringsvoorstel ontvangt.

Startpremie

De premie die overeenstemt met de leeftijd van de verzekerde op het moment dat het contract ingaat.

Vervaldag

De jaarlijkse vervaldag van de verzekeringsovereenkomst is de datum waarop het verzekeringscontract elk jaar vervalt. De jaarpremie voor het volgende verzekeringsjaar is verschuldigd, ten laatste op de jaarlijkse vervaldag. De eerste vervaldag valt een jaar na de startdatum van het contract.

Verzekeraar

Verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand (VMOB) Hospitaal-Plus met als maatschappelijke zetel Livornostraat 25 in 1050 Brussel, ondernemingsnummer 0471.459.194 en erkend door de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen (CDZ) onder het nummer 450/01 om verzekeringen aan te bieden in de takken 2 (ziekte) en 18 (bijstand).

Verzekerde

Persoon op wie het risico rust. Dit is de rechthebbende van het verzekeringscontract, tenzij anders vermeld in het verzekeringscontract.

Verzekeringnemer

De natuurlijke persoon die het contract heeft ondertekend. De verzekeringnemer is titularis van het contract en is verantwoordelijk voor het betalen van de premie voor alle verzekerden in het contract.

Verzekeringscontract

Contract gesloten tussen VMOB Hospitaal-Plus als verzekeraar en de verzekeringnemer. Het contract bestaat uit de algemene en bijzondere voorwaarden van de verzekering. Het komt tot stand op het ogenblik dat de VMOB de door de verzekeringnemer getekende polis ontvangt.

Verzekeringsjaar

Een verzekeringsjaar begint elk jaar op de dag waarop het verzekeringscontract gestart is en eindigt op de jaarlijkse vervaldag.

Wachttijd

De periode die begint te lopen vanaf de startdatum van het contract tijdens dewelke de verzekerde geen recht heeft op tegemoetkomingen door VMOB Hospitaal-Plus.

Wettelijk voorzien remgeld

Het verschil tussen het conventietarief en het bedrag van de tegemoetkoming door de verplichte ziekteverzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Wettelijke tegemoetkoming (kosten in België)

Voor kosten gemaakt in België is de wettelijke tegemoetkoming elke uitkering voorzien in het kader van de Belgische wetgeving inzake de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (algemene regeling), arbeidsongevallen en beroepsziekten.

Wettelijke tegemoetkoming (kosten in het buitenland)

Voor kosten gemaakt in het buitenland is de wettelijke tegemoetkoming elke terugbetaling waarin een met het betreffende land afgesloten overeenkomst inzake de sociale zekerheid van de loontrekkenden voorziet of bij gebrek hieraan een fictief bedrag gelijk aan de terugbetaling bepaald in de Belgische wetgeving van toepassing op de loontrekkenden.

In geval van twijfel over de betekenis van een beding, prevaleert in alle gevallen de voor de verzekeringnemer meest gunstige interpretatie. Indien de verzekeringnemer en de verzekerde niet één en dezelfde persoon zijn, prevaleert de voor de verzekerde meest gunstige interpretatie.

2. Toetredingsvoorwaarden

1.1

Wie lid is van één van de Liberale Mutualiteiten aangesloten bij VMOB Hospitaal-Plus, kan zich verzekeren bij Denta Plus, op voorwaarde dat hij/zij:

- de bijdragen voor de aanvullende diensten heeft betaald bij het ziekenfonds waar hij/zij is aangesloten;
- de hoofdverblijfplaats in België, Nederland, Frankrijk, Duitsland of het Groothertogdom Luxemburg heeft;
- de leeftijd van 66 jaar nog niet heeft bereikt.

De kandidaat-verzekerde vult het daartoe bestemde verzekeringsvoorstel in.

Deze toetredingsvoorwaarden gelden ook voor eventuele personen ten laste.

1.2

De natuurlijke persoon die, in een ziekenfonds dat is aangesloten bij VMOB Hospitaal-Plus, een lid wordt waarvan de mogelijkheid om te genieten van de voordelen van de aanvullende verzekering is opgeschort, kan zich verzekeren Denta Plus. Hij kan evenwel slechts genieten van de waarborg van deze verzekering indien hij de ervoor voorziene premies betaalt.

1.3

De persoon die, in een ziekenfonds dat is aangesloten bij VMOB Hospitaal-Plus, een lid wordt waarvan de mogelijkheid om te genieten van de voordelen van de aanvullende verzekering is opgeheven, kan zich niet verzekeren bij Denta Plus en kan dus niet genieten van de waarborg van deze verzekering.

Hij kan zich slechts verzekeren bij Denta Plus en slechts van de waarborgen zoals bedoeld in deze algemene voorwaarden genieten indien hij in regel is met de bijdragen voor de aanvullende diensten sinds de aanvang van de periode van 24 maanden waarin hij deze bijdragen moet betalen zonder van de voordelen te kunnen genieten, om opnieuw lid te kunnen worden dat kan genieten van de voordelen van de aanvullende verzekering.

Bij vertraging van 6 maanden in de betaling van deze bijdragen sinds de aanvang van de periode van 24 maanden, verliest deze persoon zijn hoedanigheid van verzekerde van VMOB Hospitaal-Plus.

Deze periode van 6 maanden wordt opgeschort:

- wanneer de persoon die niet in regel is met de betaling van de bijdragen voor de aanvullende verzekering zich in een toestand van collectieve schuldenregeling of van faillissement bevindt;
- gedurende de periode waarin de persoon de hoedanigheid van ge-

rechtigde in de aanvullende verzekering heeft verloren en persoon ten laste is van een gerechtigde die niet in regel is met de betaling van de bijdragen voor de diensten van de aanvullende verzekering.

2.

De leeftijdsvoorwaarde is niet van toepassing op wie tot onmiddellijk voorafgaand aan de toetredingsaanvraag bij Denta Plus verzekerd was bij een gelijkaardige tandzorgverzekering aangeboden door een andere mutualistische entiteit (VMOB), op voorwaarde dat:

- de kandidaat-verzekerde in orde was met het betalen van de premies van deze voorgaande verzekering;
- er geen onverzekerde periode is tussen het einde van de voorgaande verzekeringsovereenkomst en de aanvang van het contract bij VMOB Hospitaal-Plus.

Als bewijs voegt de kandidaat-verzekerde een attest van verzekering, opgemaakt door de vorige verzekeraar, bij zijn/haar ingevulde en ondertekende verzekeringsvoorstel. Dit attest moet voor alle verzekerden duidelijk aangeven wanneer de overeenkomst startte, wanneer hij is stopgezet en of alle bijdragen betaald zijn.

3.

Een verzekeringsovereenkomst bij Denta Plus kan enkel worden onderschreven door een gerechtigde of meederjarige persoon ten laste. De gerechtigde kan zichzelf verzekeren, maar ook de minderjarige personen die bij hem/haar ten laste staan voor de verplichte ziekteverzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Deze perso(o)n(en) ten laste kunnen zich bijgevolg niet alleen verzekeren.

De VMOB Hospitaal-Plus beoordeelt de leeftijdsvoorwaarde bij toetreding per persoon.

3. Aanvang, duur, schorsing en beëindiging van het contract

a) Aanvang en duur van het contract

Het contract gaat in na aanvaarding door de VMOB en op de startdatum vermeld in de bijzondere voorwaarden, op voorwaarde dat de kandidaat-verzekerde(n) aan de toetredingsvoorwaarden voldoe(t)(n). De waarborg gaat in op de startdatum van het contract, op voorwaarde dat de verzekeringnemer de startpremie heeft betaald. Deze premie moet betaald zijn voor het einde van de eerste maand van het contract.

De ontvangstdatum van het ondertekende verzekeringsaanbod door het ziekenfonds of de VMOB geldt als aansluitingsdatum.

Het contract bij Denta Plus kan nooit ingaan vóór aanvang van de aansluiting in de verplichte aanvullende verzekering bij één van de Liberale Mutualiteiten die lid is van VMOB Hospitaal-Plus.

Het spontaan betalen van een premie zonder dat men daartoe een betalingsuitnodiging heeft ontvangen, geldt niet als totstandkoming van een verzekeringscontract.

De verzekeringsovereenkomst met VMOB Hospitaal-Plus is van onbepaalde duur en duurt in principe levenslang.

b) Schorsing en beëindiging van het contract

1.1

De persoon die, in een ziekenfonds dat is aangesloten bij VMOB Hospitaal-Plus, een lid wordt waarvan de mogelijkheid om te genieten van de voordelen van de aanvullende verzekering is opgeschort, behoudt de hoedanigheid van verzekerde van de VMOB. Hij kan evenwel slechts genieten van de waarborg van de VMOB indien hij de ervoor voorziene premies betaalt.

1.2

De persoon die, in een ziekenfonds dat is aangesloten bij VMOB Hospitaal-Plus, een lid wordt waarvan de mogelijkheid om te genieten van de voordelen van de aanvullende verzekering is opgeheven, verliest zijn hoedanigheid van verzekerde van de VMOB en kan dus niet genieten van de waarborg van de VMOB, zelfs indien hij in regel was met de betaling van de premies voor de VMOB.

Hij kan slechts opnieuw verzekerde worden van de VMOB en opnieuw genieten van de waarborgen zoals bedoeld in deze algemene voorwaarden indien hij in regel is met de bijdragen voor de aanvullende diensten sinds de aanvang van de periode van 24 maanden waarin hij deze bijdragen moet betalen zonder van de voordelen te kunnen genieten, om opnieuw lid te kunnen worden dat kan genieten van de voordelen van de aanvullende verzekering.

Bij vertraging van 6 maanden in de betaling van deze bijdragen sinds de aanvang van de periode van 24 maanden, verliest deze persoon zijn hoedanigheid van verzekerde van de VMOB.

Deze periode van 6 maanden wordt opgeschort:

- wanneer de persoon die niet in regel is met de betaling van de bijdragen voor de aanvullende verzekering zich in een toestand van collectieve schuldenregeling of van faillissement bevindt;
- gedurende de periode waarin de persoon die de hoedanigheid van gerechtigde in de aanvullende verzekering heeft verloren en persoon ten laste is van een gerechtigde die niet in regel is met de betaling van de bijdragen voor de diensten van de aanvullende verzekering.

1.3

Het contract neemt van rechtswege een einde wanneer de verzekerde overlijdt. VMOB Hospitaal-Plus betaalt desgevallend de betaalde premie voor de resterende maanden van het verzeke-

ringsjaar terug aan de nabestaanden. Deze terugbetaling gebeurt binnen een termijn van 30 dagen, overeenkomstig artikel 73 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen.

2.

De verzekerde of verzekeringnemer kan het contract opzeggen, ten minste drie maanden voor de jaarlijkse vervaldag. Dit doet hij/zij met een aangetekende brief, bij deurwaardersexploot of door afgifte van de opzeggingsbrief tegen ontvangstbewijs. Het contract eindigt in dat geval op de jaarlijkse vervaldag. Wie het verzekeringscontract met VMOB Hospitaal-Plus vrijwillig opzegt en zich op een later moment opnieuw wil verzekeren, kan dit op voorwaarde dat er minstens drie jaar is verstreken tussen de opzeg en de nieuwe verzekeringsaanvraag. De wachttijden zullen opnieuw moeten worden doorlopen.

De verzekerde die als persoon ten laste is verzekerd bij Denta Plus heeft, voor zover hij/zij voldoet aan de toetredingsvoorwaarden, het recht het verzekeringscontract verder te zetten indien het contract dat werd afgesloten door de gerechtigde een einde neemt naar aanleiding van één van de gevallen zoals bedoeld in paragraaf 1 of 2.

3.

VMOB Hospitaal-Plus heeft overeenkomstig de artikelen 69 tot en met 72 van de wet van 4 april 2014 het recht het verzekeringscontract te schorsen en op te zeggen, ingeval van laattijdige of niet-betaling van de premies (zie 10. Premies). In dat geval blijven niet-betaalde premies de VMOB Hospitaal-Plus verschuldigd, beperkt tot twee opeenvolgende jaarpremies.

4. Wachttijd

a) Wachttijden

Nieuwe verzekerden moeten een wachttijd van 6 maanden doorlopen alvorens zij van VMOB Hospitaal-Plus een tegemoetkoming in de kosten voor tandzorg kunnen ontvangen.

b) Vervallen van de wachttijd

De wachttijd vervalt in volgende gevallen:

- voor de kosten van tandzorgverstrekingen die het gevolg zijn van ongevallen met traumatische letsels, op voorwaarde dat ze zich na de startdatum van het contract voordoen;
- bij personen die tot precies voor het contract bij Denta Plus een gelijkaardige tandzorgverzekering hadden, aangeboden door een andere mutualistische entiteit (VMOB) of door een privéverzekeraar. Er mag geen onderbreking zijn tussen het contract bij de vorige tandzorgverzekering en dat bij Denta Plus. De persoon moet minstens zes maanden verzekerd zijn geweest bij deze voorgaande verzekering en er de premies voor hebben betaald. Was deze periode korter, dan wordt het aantal volledige maanden van de looptijd van het contract in mindering gebracht op de wachttijden bij Denta Plus. Als bewijs voegt de kandidaat-verzekerde een attest van verzekering dat is opgemaakt door de vorige verzekeraar bij zijn/haar verzekeringsvoorstel. Dit attest moet voor alle verzekerden duidelijk aangeven wanneer het contract startte, wanneer het is stopgezet en of alle bijdragen betaald zijn;
- voor een pasgeborene of adoptiekind jonger dan drie jaar dat toetreedt in de eerste twee maanden na de geboorte of adoptie, op voorwaarde dat de gerechtigde al minstens zes maanden verzekerd is bij Denta Plus of bij een gelijkaardige voorgaande tandzorgverzekering. Was de looptijd van dit contract korter dan zes maanden, dan wordt het aantal volledige maanden in mindering gebracht op de wachttijden bij Denta Plus.

5. Waarborg

De verzekeringswaarborg begint te lopen op de startdatum van het contract, voor zover de verzekerde de wachttijden heeft doorlopen en de startpre-

mie is bepaald. De waarborgen van Denta Plus zijn door de algemene vergadering vastgelegd en kunnen enkel worden gewijzigd in overeenstemming met artikel 204 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen.

Denta Plus vergoedt de hierna genoemde kosten op basis van het gefactureerde bedrag. Er wordt daarbij geen rekening gehouden met de kosten als zij gedekt kunnen worden door:

- de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen, georganiseerd door de op 14 juli 1994 gecoördineerde wet en haar uitvoeringsbesluiten en door het KB van 30 juni 1964;
- de wetgevingen in verband met de arbeidsongevallen (wet van 10 april 1971 en haar uitvoeringsbesluiten) en de beroepsziekten (wet van 3 juni 1970 en uitvoeringsbesluiten);
- de Europese verordeningen nrs. 1408/71, 547/72 en 883/04 of door een multilaterale of bilaterale sociale zekerheidsvereenkomst gesloten door België;
- de verplichte aanvullende verzekering van de ziekenfondsen en/of de Landsbond;
- de dienst 'dringende zorg in het buitenland' van de ziekenfondsen en/of de Landsbond (Mutas).

Heeft de verzekerde, om welke reden dan ook, geen recht op bovenvermelde tegemoetkomingen, dan zal Denta Plus hem/haar op dezelfde manier vergoeden als iemand die wel recht heeft op deze tegemoetkomingen.

De terugbetaling van Denta Plus kan nooit hoger liggen dan het verschil tussen het gefactureerde bedrag en de wettelijke en reglementaire tegemoetkomingen.

Denta Plus doet volgende tegemoetkomingen voor tandzorgverstrekkingen die opgenomen zijn in het Koninklijk Besluit van 1 juni 1934 dat de uitoefening van de tandheelkunde reglementeert, het Koninklijk Besluit van 9 november 1951 ter aanvulling van het Koninklijk

besluit van 1 juni 1934 en de wet van 15 januari 2014 tot wijziging van het Koninklijk Besluit van 1 juni 1934:

1. Preventieve tandverzorging

Een tegemoetkoming van 100% van het bedrag ten laste van de verzekerde, na aftrek van andere terugbetalingen voortvloeiend uit andere reglementeringen.

2. Parodontologie

Een tegemoetkoming van 50% van het bedrag ten laste van de verzekerde na aftrek van andere terugbetalingen voortvloeiend uit andere reglementeringen of 80% indien de verzekerde aan preventief gedrag heeft gedaan.

In het eerste verzekeringsjaar wordt preventief gedrag vermoed en bedraagt de vergoeding sowieso 80% van het bedrag ten laste van de verzekerde, na aftrek van andere terugbetalingen voortvloeiend uit andere reglementeringen.

3. Orthodontie

Een tegemoetkoming van 60% van het bedrag ten laste van de verzekerde, na aftrek van andere terugbetalingen voortvloeiend uit andere reglementeringen.

4. Curatieve tandverzorging

Voor verstrekkingen waarvoor een tegemoetkoming door de verplichte ziekteverzekering is voorzien, een tegemoetkoming ten bedrage van 100% van het wettelijk voorzien remgeld en ofwel 50% van het bedrag ten laste van de verzekerde na aftrek van andere tegemoetkomingen voortvloeiend uit andere reglementeringen, ofwel 80% indien de verzekerde aan preventief gedrag heeft gedaan.

Voor verstrekkingen waarvoor geen tegemoetkoming door de verplichte ziekteverzekering is voorzien, bedraagt de tegemoetkoming van 50% van het bedrag ten laste van de verzekerde, na aftrek van andere terugbetalingen voortvloeiend uit andere reglementeringen, of 80% indien de verzekerde aan preventief gedrag heeft gedaan.

In het eerste verzekeringsjaar wordt preventief gedrag vermoed en bedraagt de vergoeding voor curatieve tandzorgverstrekkingen zonder tegemoetkoming door de verplichte ziekteverzekering sowieso 80% van het bedrag ten laste van de verzekerde, na aftrek van andere terugbetalingen voortvloeiend uit andere reglementeringen.

5. Prothetische behandelingen

Een tegemoetkoming van 50% van het bedrag ten laste van de verzekerde, na aftrek van andere terugbetalingen voortvloeiend uit andere reglementeringen of 80% indien de verzekerde aan preventief gedrag heeft gedaan.

In het eerste verzekeringsjaar wordt preventief gedrag vermoed en bedraagt de vergoeding sowieso 80% van het bedrag ten laste van de verzekerde, na aftrek van andere terugbetalingen voortvloeiend uit andere reglementeringen.

6. Grensbedragen

Tijdens het eerste verzekeringsjaar bedragen de gezamenlijke tegemoetkomingen van Denta Plus op jaarbasis maximaal 350 EUR. In het tweede verzekeringsjaar is dat 600 EUR, vanaf het derde verzekeringsjaar van het contract ligt het jaarplafond op 1025 EUR.

De tegemoetkoming in de kosten voor orthodontie, parodontologie en prothetische behandelingen is vanaf het derde verzekeringsjaar op jaarbasis ook beperkt tot 1025 EUR. Dit bedrag zit in het jaarplafond van 1025 EUR begrepen.

Indien er sprake is van een voorgaande gelijkaardige tandzorgverzekering, wordt, bij de bepaling van het jaarplafond, het aantal verzekeringsjaren bij deze voorgaande tandzorgverzekering overgenomen.

7. Tegemoetkoming bij schadegeval buiten België

Denta Plus voorziet tegemoetkomingen in de kosten voor tandzorg op het vasteland van volgende aangrenzende buurlanden van België, namelijk Frankrijk, Nederland, Duitsland en het Groothertogdom Luxemburg. Voor tandzorgverstrekingen in één van deze landen geldt dat ze moeten worden toegediend door verstrekkers met een erkenning op het grondgebied van het vasteland van deze landen.

8. Aanvraag tot tegemoetkoming – verjaringstermijn

Om een terugbetaling te bekomen, moet de verzekerde een aanvraagformulier voor tegemoetkoming op papier of elektronisch indienen. Dit formulier moet zowel door de verzekerde als door de zorgverstreker ingevuld worden. Samen met dit ingevulde formulier bezorgt de verzekerde een ingevuld getuigschrift voor verstrekte hulp, afgeleverd in het kader van een terugbetaling door de verplichte ziekteverzekering. Gaat het om een verstreking waarvoor geen wettelijke tegemoetkoming is, dan voegt de verzekerde een factuur of ereloonnota bij het formulier.

VMOB Hospitaal-Plus kan steeds extra bewijsstukken vragen als zij meent dat de haar toegezonden stukken niet volstaan om het schadegeval te beoordelen. De verzekerde dient de documenten desgevallend zo spoedig mogelijk over te maken.

De verzekerde kan de uitbetaling laten gebeuren aan een derde, maar moet uitdrukkelijk op het aanvraagformulier voor tegemoetkoming vermelden op welk rekeningnummer de uitbetaling moet gebeuren.

De aanvraag tot tegemoetkoming moet gebeuren binnen drie jaar, te rekenen vanaf de dag van het voorval dat het

vorderingsrecht doet ontstaan. Kan de verzekerde evenwel bewijzen dat hij/zij pas later van het voorval kennis kreeg, dan begint de verjaringstermijn van drie jaar te lopen vanaf dat tijdstip. Deze termijn verstrijkt echter hoe dan ook vijf jaar na het voorval.

VMOB Hospitaal-Plus kan een tegemoetkoming weigeren indien de verzekerde de bepalingen in dit hoofdstuk moedwillig niet nakomt.

9. Uitsluitingen

De volgende schadegevallen zijn niet gedekt door de waarborgen van Denta Plus, wanneer zij het gevolg zijn van:

- oorlogsfeiten, behalve wanneer de verzekerde bewijst dat hij/zij niet actief en niet vrijwillig aan deze feiten heeft deelgenomen;
- betaalde sportactiviteit, met inbegrip van de trainingen;
- rellen, burgeroorlogen of andere gewelddaden van politieke, ideologische of sociale oorsprong die al dan niet gepaard gaan met opstand tegen de overheid of een andere erkende macht, behalve wanneer de verzekerde bewijst dat hij/zij niet actief en niet vrijwillig aan deze feiten heeft deelgenomen;
- invloed van bedwelmende of verdovende middelen of andere drugs;
- vrijwillige deelname aan een misdaad of misdrijf;
- een opzettelijke handeling van de verzekerde of een vrijwillige vergroting van het risico door de verzekerde, behalve wanneer hij/zij dit deed om personen of goederen te redden;
- alcoholintoxicatie, dronkenschap, alcoholisme of toxicomanie;
- kernreacties.

Denta Plus kent geen tegemoetkoming toe voor volgende verstrekingen:

- verstrekingen uit artikel 14, l) van het Koninklijk Besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekingen inzake verplichte

verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, waarbij de codes niet worden gevolgd door '+';

- geneesmiddelen,
- tandzorgverstrekingen van esthetische of cosmetische aard (bleaching, facing), behalve wanneer hiervoor een tegemoetkoming is door de verplichte ziekteverzekering en na voorafgaand akkoord van de adviserend geneesheer van Hospitaal-Plus.

10. Premies

1.

Wie verzekerd is bij Denta Plus, betaalt daarvoor een premie. Deze premie is per verzekeringsjaar verschuldigd, maar kan in periodes van drie maanden opgevraagd worden. De premie moet betaald worden volgens de afgesproken periodiciteit.

De premie is een haalschuld. Wanneer de premie niet rechtstreeks aan VMOB Hospitaal-Plus wordt betaald, is de premiebetaling aan een derde bevrijdend indien deze de betaling vordert en hij voor de inning van de premie als lasthebber van VMOB Hospitaal-Plus optreedt.

2.

De verzekeringnemer die ervoor kiest de premie te betalen via overschrijving zal driemaandelijks of jaarlijks een overschrijvingsformulier ontvangen dat hem/haar uitnodigt de verschuldigde jaarpremie voor het volgende kwartaal of het volgende verzekeringsjaar te betalen uiterlijk op de vervaldag.

De verzekeringnemer die ervoor kiest de premie te betalen bij wijze van domiciliëring, zal dit doen per kwartaal of jaarlijks. De betaling is verschuldigd op de jaarlijkse vervaldag of binnen de eerste tien dagen van het kwartaal, afhankelijk van de gekozen wijze en periodiciteit van betaling.

De startpremie is afhankelijk van de

leeftijd van de verzekerde op de startdatum van het contract. Wanneer de verzekeringnemer de eerste premie niet tijdig betaalt, zoals voorzien in de bijzondere voorwaarden, dan wordt de waarborg niet geactiveerd.

Leeftijdsgebonden verhogingen van de premie gaan vanaf het verzekeringsjaar dat volgt op de verjaardag die aanleiding geeft tot de verhoging.

3. Verzekerden die reeds verzekerd zijn bij een van de kostendekkende hospitalisatieverzekeringen van Hospitaal-Plus, Hospitaal-Plus 100, Hospitaal-Plus 200 of Hospitaal-Plus Franchise, genieten een vermindering van vijf procent op de premie voor Denta Plus. De korting wordt berekend op de premies inclusief eventuele leeftijdstoelagen.

Eventuele taksen en belastingen die betrekking hebben op de geïnde premies zijn uitsluitend ten laste van de verzekeringnemer. Deze worden samen met de premie geïnd.

4. Met uitzondering van de jaarlijkse indexering en na wederzijds akkoord tussen VMOB Hospitaal-Plus en de verzekerde, kan die eerste de premies ingevolge artikel 204 van de wet betreffende de verzekeringen van 4 april 2014 niet meer wijzigen na het sluiten van de overeenkomst. Een wijziging van de premie kan bovendien enkel gebeuren in het belang van de verzekerde. De premies worden niettemin verhoogd rekening houdend met de ter zake geldende taksen.

Op de eerste dag van elk verzekeringsjaar kan VMOB Hospitaal-Plus de premies aanpassen op basis van de procentuele verhoging/verlaging tussen de consumptieprijzenindex (CPI) van de maand juli van de twee voorgaande jaren. Het basisjaar van het gebruikte indexcijfer is 2013 (2013 = 100).

De premie kan eveneens aangepast worden op grond van verschillende

specifieke indexcijfers die gelden voor de private ziekteverzekeringsovereenkomsten, zoals bedoeld in 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 betreffende de verzekeringen (verder “medische index(en)” genoemd). De medische indexen worden één keer per jaar berekend en worden gepubliceerd op de eerste werkdag van de maand juli (basis: 2015 = 100). De aanpassing gebeurt in functie van de procentuele verhoging van de medische index tussen die gepubliceerd het tweede jaar voorafgaand aan het jaar vanaf hetwelk de aangepaste premie van toepassing wordt en die gepubliceerd het jaar voorafgaand dit jaar.

Het waarborgtype verbonden aan Denta Plus is het waarborgtype tandzorgen.

Overeenkomstig artikel 204 van de wet van 4 april 2014 mag VMOB Hospitaal-Plus de premies voor haar verzekeringen op redelijke en proportionele wijze aanpassen:

- aan de wijzigingen in het beroep van de verzekerde wat de niet-verplichte ziektekostenverzekering, de arbeidsongeschiktheidsverzekering, de invaliditeitsverzekering en de zorgverzekering betreft;
- aan de wijzigingen in het inkomen van de verzekerde wat de arbeidsongeschiktheidsverzekering en de invaliditeitsverzekering betreft;
- wanneer de verzekerde verandert van statuut in het stelsel van sociale zekerheid wat de verplichte ziekteverzekering en de arbeidsongeschiktheidsverzekering betreft, voor zover deze wijzigingen een betekenisvolle invloed hebben op het risico en/of de kosten of de omvang van de verleende dekking.
- wanneer een reële en significante stijging van de kostprijs van de gewaarborgde prestaties of de evolutie van de gedekte risico's dit vereist.

5. Er geldt voor Denta Plus een premievrij-

stelling voor kinderen van jonger dan 8 jaar op voorwaarde dat:

- één van de ouders verzekerd is bij VMOB Hospitaal-Plus;
- het kind verzekerd is bij hetzelfde verzekeringsproduct als de ouder.

De premievrijstelling loopt tot de eerste vervaldag van het contract volgend op de 8ste verjaardag.

6. Bij laattijdig of niet-betalen van de premie stelt de VMOB Hospitaal-Plus de verzekeringnemer in gebreke per aangetekend geschrift of per deurwaardersexploot. Deze brief vermeldt het bedrag van de verschuldigde premie en maant de verzekeringnemer aan tot betaling binnen een termijn van minimum 15 dagen, te rekenen vanaf de dag die volgt op de datum van de poststempel van de brief of op de datum vermeld op het deurwaardersexploot. Deze brief vermeldt ook dat indien de verschuldigde premie niet wordt betaald binnen de periode van minimum 15 dagen, VMOB Hospitaal-Plus de waarborgen van het verzekeringscontract kan schorsen of het contract kan opzeggen wegens wanbetaling, alsook de begindatum van de schorsingsperiode en de datum waarop het contract wordt opgezegd, ingeval van blijvende wanbetaling.

Indien de premie niet betaald is binnen deze termijn van minimum 15 dagen, dan schorst VMOB Hospitaal-Plus de waarborg. De schorsing gaat in op de dag die volgt op de bovenvermelde betalingstermijn van minimum 15 dagen en duurt eveneens minstens 15 dagen. Tijdens de schorsingsperiode is de verzekerde niet gedekt door de waarborgen van Denta Plus. De schorsing eindigt zodra de verzekeringnemer de achterstallige premie(s) heeft betaald vóór het einde van de schorsingsperiode.

Heeft de verzekeringnemer ook na afloop van de schorsingsperiode de premie niet betaald, dan zal VMOB Hospitaal-Plus overgaan tot het opzeggen van het verzekeringscontract. VMOB Hospitaal-Plus vermeldt dit voornemen

tot opzegging van het contract in de bovenvermelde ingebrekestelling. Het contract eindigt desgevallend op de datum vermeld in de ingebrekestelling en wordt door VMOB Hospitaal-Plus bevestigd per gewone brief.

De maandelijkse premies, geldig vanaf 1 januari 2024, zijn de volgende voor verzekerden die geen kostendekkende hospitalisatieverzekering hebben bij Hospitaal-Plus:

Leeftijd	Leeftijd op moment van toetreden			
	0 - 39	40 - 44	45 - 59	60 ≤
0 - 3	€ 0,08	/	/	/
4 - 6	€ 4,37	/	/	/
7 - 17	€ 8,47	/	/	/
18 - 29	€ 9,11	/	/	/
30 - 39	€ 11,81	/	/	/
40 - 44	€ 11,81	€ 14,53	/	/
45 - 59	€ 16,63	€ 20,49	€ 24,00	/
60 ≤	€ 17,80	€ 21,94	€ 25,66	€ 28,27

De maandelijkse premies, geldig vanaf 1 januari 2024, zijn de volgende voor verzekerden die wel een kostendekkende hospitalisatieverzekering hebben bij Hospitaal-Plus:

Leeftijd	Leeftijd op moment van toetreden			
	0 - 39	40 - 44	45 - 59	60 ≤
0 - 3	€ 0,07	/	/	/
4 - 6	€ 4,13	/	/	/
7 - 17	€ 8,03	/	/	/
18 - 29	€ 8,64	/	/	/
30 - 39	€ 11,21	/	/	/
40 - 44	€ 11,21	€ 13,79	/	/
45 - 59	€ 15,79	€ 19,47	€ 22,78	/
60 ≤	€ 16,90	€ 20,85	€ 24,36	€ 26,83

11. Algemene bepalingen

De verzekerde is gebonden aan de bepaling in artikel 74 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen, die stelt dat de verzekerde de termijn tot melding van een schadegeval respecteert zoals die is bepaald in de verzekeringsovereenkomst, namelijk binnen 3 jaar na het schadegeval. De verzekerde is tevens gebonden aan de bepaling in artikel 75 van diezelfde wet, die stelt dat bij elke verzekering tot vergoeding van schade de verzekerde alle redelijke maatregelen moet nemen om de gevolgen van het schadegeval te voorkomen en te beperken. Het met

bedrieglijk opzet niet naleven van deze bepalingen door de verzekerde geeft VMOB Hospitaal-Plus het recht of de dekking te weigeren.

De verzekerde aanvaardt dat de aange tekende brief of het deurwaardersexploit een voldoende aanmaning vormen met betrekking tot het schorsen en opzeggen van de waarborg door Hospitaal-Plus zoals beschreven in artikel 10 van deze algemene voorwaarden. Hij/zij aanvaardt tevens dat de verzenddatum van het aangetekend schrijven en de datum van het deurwaardersexploit definitief bewezen zijn.

De verzekerde verplicht zich tot het

aanvaarden van alle geschriften, kennisgevingen en ingebrekestellingen die hem door VMOB Hospitaal-Plus per e-mail of per post worden toegezonden.

De verzekeringnemer en de verzekerde zijn verplicht:

- verklaringen en mededelingen schriftelijk in te dienen bij de maatschappelijke zetel van VMOB Hospitaal-Plus of één van de Liberale Mutualiteiten die aangesloten zijn bij VMOB Hospitaal-Plus;
- VMOB Hospitaal-Plus zo snel mogelijk op de hoogte te brengen wanneer de voorwaarden voor het behoud van het verzekeringscontract niet meer vervuld zijn;

- VMOB Hospitaal-Plus zo snel mogelijk in te lichten over het bestaan van een overeenkomst die een gelijkaardig of identiek risico gedeeltelijk of volledig dekt;
- VMOB Hospitaal-Plus alle gevraagde inlichtingen te bezorgen.

Wanneer de verzekeringnemer en/of verzekerde deze verplichtingen niet naleeft en deze tekortkoming na een schadegeval een nadeel blijkt op te leveren voor VMOB Hospitaal-Plus, kan deze zijn prestaties dienovereenkomstig verminderen.

Wanneer de schade vermoedelijk vergoed zal worden door het gemeen recht of een andere wetgeving, dan kan VMOB Hospitaal-Plus een tegemoetkoming toekennen in afwachting van de effectieve betaling van de schadevergoeding. VMOB Hospitaal-Plus treedt in dit geval wettelijk in alle rechten die de verzekerde kan doen gelden ten aanzien van de schuldenaar van de schadevergoeding, na kennisgeving.

De schikkingen die de verzekerde desgevallend zou treffen met de aansprakelijke derde of diens verzekeraar, zonder schriftelijke toestemming van de VMOB Hospitaal-Plus, zijn aan deze laatste niet tegenstelbaar, gelet op de subrogatie.

De verzekerde verbindt zich ertoe deze subrogatie zo nodig op verzoek van de VMOB Hospitaal-Plus schriftelijk te bevestigen.

De VMOB kan de terugbetaling voordere van de betaalde vergoeding ten belope van het door haar geleden nadeel, indien de subrogatie door toedoen van de verzekerde geen gevolg kan hebben.

De VMOB draagt er zorg voor dat een subrogatie de verzekerde die slechts gedeeltelijk vergoed is, niet benadeelt. In dat geval kan de verzekerde zijn rechten uitoefenen voor hetgeen hem nog verschuldigd is, bij voorrang boven de VMOB.

De VMOB Hospitaal-Plus heeft geen verhaal op de bloedverwanten in de rechte opgaande of nederdalende lijn, de echtgenoot of samenwonende partner en de aanverwanten in de rechte lijn van de verzekerde, noch op de bij hem inwonende personen, zijn gasten en zijn huispersoneel, behoudens kwaad opzet.

De verzekeringnemer en de verzekerde verklaren door het ondertekenen van het verzekeringsvoorstel dat zij VMOB Hospitaal-Plus hun uitdrukkelijke toestemming geven hun persoonlijke en medische gegevens te verzamelen en te verwerken. VMOB Hospitaal-Plus mag deze gegevens gebruiken voor het sluiten, beheren en uitvoeren van het verzekeringscontract, conform de doelstellingen van dat contract.

VMOB Hospitaal-Plus verklaart dat de medische en persoonsgegevens enkel verzameld, verwerkt en gebruikt worden voor de realisatie van die doelstellingen en dat de verzamelde gegevens en informatie passend, relevant en niet overdreven zijn, zoals het hoort in het licht van die doelstellingen. Elk gebruik van deze gegevens zal gebeuren in naleving van de Europese en Belgische privacywetgeving.

VMOB Hospitaal-Plus staat onder het toezicht van de Controledienst voor de ziekenfondsen en landsbonden van ziekenfondsen (CDZ), die haar de toelating heeft verleend verzekeringen aan te bieden in de zin van takken 2 en 18. De CDZ kende Hospitaal-Plus hiervoor het toelatingsnummer 450/01 toe.

VMOB Hospitaal-Plus is onderworpen aan volgende wetten en hun uitvoeringsbesluiten:

- de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en landsbonden van ziekenfondsen;
- de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering;
- de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen;

- de wet van 13 maart 2016 op het statuut van en het toezicht op de verzekerings- of herverzekeringsondernemingen;
- de circulaires van de Nationale Bank van België (NBB), de FSMA en de mededelingen van de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen (CDZ).

Elke klacht met betrekking tot de verzekeringen van VMOB Hospitaal-Plus kan gericht worden aan:

- de effectieve leiding van VMOB Hospitaal-Plus, Livornostraat 25, 1050 Brussel,
- Ombudsman van de verzekeringen vzw, de Meeûssquare 35, 1000 Brussel (www.ombudsman.as)

Deze algemene voorwaarden beschrijven de statutaire bepalingen van de verzekeringen van VMOB Hospitaal-Plus zoals die zijn vanaf 1 januari 2024. Bij twijfel of betwisting over de interpretatie of uitvoering van deze algemene voorwaarden, gelden enkel de statuten van VMOB Hospitaal-Plus. Deze statuten kunnen na afspraak ingekeken worden in de maatschappelijke zetel van VMOB Hospitaal-Plus, Livornostraat 25, 1050 Brussel.

