



**Conditions
générales**

Denta Plus

1. SOMMAIRE

1. Concepts et définitions	3
2. Conditions d'affiliation	4
3. Entrée en vigueur, durée, suspension et résiliation du contrat	5
a. Entrée en vigueur et durée du contrat	5
b. Suspension et résiliation du contrat	5
4. Période d'attente	6
a. Périodes d'attente	6
b. Suppression de la période d'attente	6
5. Garantie	6
6. Plafonds	7
7. Remboursement en cas de dommage à l'étranger	7
8. Demande de remboursement – délai de prescription	7
9. Exclusions	8
10. Primes	8
11. Dispositions générales	10

1. Concepts et définitions

Accident

Tout événement soudain causant une lésion corporelle et dont la cause ou une des causes est extérieure à l'organisme de la victime. Les lésions corporelles doivent être constatées par un médecin autorisé à pratiquer soit en Belgique, soit dans le pays où l'assuré se trouve au moment de l'accident.

Année d'assurance

Une année d'assurance commence chaque année le jour où le contrat d'assurance est entré en vigueur et se termine à l'échéance annuelle.

Assurance de soins dentaires similaire

Toute assurance facultative qui prévoit une intervention couvrant les frais de soins dentaires et qui est similaire à celle de Denta Plus. Une assurance de soins dentaires est jugée similaire à celle de Denta Plus si les interventions sont comparables à celles de Denta Plus et si le plafond annuel de remboursement est de 500 EUR minimum.

Assuré

Personne sur qui repose le risque. C'est le titulaire du contrat d'assurance, sauf si mentionné autrement dans le contrat d'assurance.

Assureur

La société mutualiste d'assurance (SMA) Hôpital Plus, dont le siège social est situé Rue de Livourne 25 à 1050 Bruxelles, numéro d'entreprise 0471.459.194 et agréé par l'Office de contrôle des mutualités (OCM) sous le numéro 450/01 pour proposer des assurances de types branche 2 (maladie) et branche 18 (assistance).

Comportement préventif

La SMA Hôpital Plus détermine si une personne a adopté ou non un comportement préventif sur base des remboursements effectués dans le cadre de l'assurance obligatoire pour soins dentaires au cours de l'année d'assurance

précédant toute nouvelle demande de remboursement. S'il y a eu au moins un remboursement de ce type, on parle de comportement préventif.

Contrat d'assurance

Contrat conclu entre la SMA Hôpital Plus en tant qu'assureur et le preneur d'assurance. Le contrat se compose des conditions générales et particulières de l'assurance. Le contrat est conclu au moment où la SMA reçoit la police signée par le preneur d'assurance.

Date d'entrée en vigueur du contrat

Date à laquelle le contrat entre en vigueur. C'est à cette date que débute la période d'attente ou, en cas de suppression de la période d'attente, que les garanties entrent en vigueur, à condition que la totalité de la prime de départ ait été payée avant la fin du premier mois du contrat. La date d'entrée en vigueur du contrat est indiquée dans les conditions générales, mais ne tombe jamais avant le premier jour du mois suivant celui où la SMA Hôpital Plus a reçu la proposition d'assurance complétée et signée.

Echéance

L'échéance annuelle du contrat d'assurance est la date à laquelle le contrat d'assurance arrive chaque année à échéance. La prime annuelle pour l'année d'assurance suivante doit être payée au plus tard à l'échéance annuelle. La première échéance tombe un an après la date d'entrée en vigueur du contrat.

Écrit

L'ensemble d'un message en caractères alphanumériques apposé sur un support durable et accessible pour le preneur d'assurance. Il peut s'agir de documents au format papier ou électronique. Un écrit recommandé peut être envoyé au format papier par voie postale ou au format électronique par l'intermédiaire d'une boîte électronique authentifiée (eBox ou Doccle).

INAMI (Institut national d'assurance maladie-invalidité)

Institut public de sécurité sociale qui ressort de la compétence du Ministre des Affaires sociales.

Notification

La communication d'une décision ou d'un fait d'une partie à l'autre. Les notifications entre les parties s'effectuent par voie postale ou par e-mail. Le preneur d'assurance accepte expressément ce moyen de communication. L'adresse électronique est celle qui est indiquée dans la proposition d'assurance. Le preneur d'assurance avertira l'assureur dans le cas où il souhaite utiliser une autre adresse e-mail.

Orthodontie

La prévention, le diagnostic, l'interception, le planning du traitement et le traitement lui-même de toute anomalie dans l'implantation des dents et de la mâchoire et les éventuels troubles fonctionnels qu'elle engendre, ainsi que le contrôle de leur évolution.

Parodontologie

Différentiation au sein de la dentisterie axée sur le diagnostic, la prévention et le traitement des tissus de soutien des éléments de la dentition: mâchoire, gencive et ligament parodontal.

Période d'attente

La période qui démarre à la date d'entrée en vigueur du contrat et pendant laquelle l'assuré n'a pas droit à des indemnités par la SMA Hôpital Plus.

Personne à charge

Personne physique qui n'est pas affiliée en tant que titulaire dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, mais en tant que personne à charge du titulaire.

Petite chirurgie buccale

Les prestations telles que reprises dans l'article 14, l) de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations médicales relatives à l'assurance obligatoire

soins de santé et indemnités, dont les codes sont suivis d'un '+'.
Denta Plus

Preneur d'assurance

La personne physique qui a signé le contrat. Le preneur d'assurance est le titulaire du contrat et est responsable du paiement de la prime pour tous les assurés du contrat.

Prestataire agréé

Le détenteur d'un titre professionnel spécifique en dentisterie (à savoir dentiste généraliste, dentiste spécialiste en orthodontie et dentiste spécialiste en parodontologie), le médecin spécialiste en stomatologie et le médecin détenteur d'un diplôme en dentisterie.

Prime annuelle

La prime redevable pour bénéficier pendant toute une année de la couverture de Denta Plus. Cette prime équivaut à douze fois la prime mensuelle, telle qu'indiquée dans les tableaux des présentes conditions générales. La prime annuelle est redevable au plus tard à l'échéance annuelle du contrat.

Prime de départ

La prime qui correspond à l'âge de l'assuré au moment de l'entrée en vigueur du contrat.

Soins dentaires curatifs

Ce terme regroupe les prestations de soins dentaires suivants: extraction dentaire, soins de conservation dentaire, imagerie orale, petite chirurgie buccale et suppléments pour prestations techniques urgentes.

Soins dentaires préventifs

Cette catégorie de soins dentaires comprend l'examen bucco-dentaire (examen de la bouche et des dents), l'examen parodontal (test DPSI), le nettoyage prophylactique, l'élimination de tartre, l'obturation de crevasses et de puits dans la surface de la dent et la consultation en cabinet d'un licencié en dentisterie, d'un dentiste détenteur d'un certificat d'aptitude, d'un stomatologue ou d'un médecin-dentiste.

Tarif de la convention

Les honoraires pour les consultations, les interventions et les traitements tels que fixés annuellement dans un accord national conclu entre les mutualités et les syndicats de dentistes et de médecins.

Ticket modérateur légal

La différence entre le tarif de la convention et le montant du remboursement accordé par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Titulaire

Personne physique qui possède ou peut obtenir, sur la base de son activité professionnelle ou situation assimilée, des droits dans l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et qui est affiliée en cette qualité auprès de la Mutualité Libérale.

Traitement prothétique

Réhabilitation fonctionnelle du processus masticatoire par le remplacement des dents manquantes ou abîmées au moyen d'une prothèse dentaire, consistant du remplacement artificiel d'une ou plusieurs dents naturelles. Il peut aussi bien s'agir d'une prothèse amovible que l'assuré peut lui-même retirer de sa bouche que d'une prothèse fixe que l'assuré ne peut pas enlever lui-même (couronne, bridge, inlay et onlay par exemple). Dans le cadre d'un traitement prothétique, la SMA Hôpital Plus considère comme un implant dentaire, tout élément prothétique introduit dans la zone alvéolaire en vue de fixer une prothèse dentaire fixe ou amovible.

Remboursement légal (frais à l'étranger)

Pour les frais encourus à l'étranger, le remboursement légal est toute indemnisation prévue par un contrat conclu avec le pays en question en matière de sécurité sociale des salariés ou, à défaut, un montant fictif égal au remboursement prévu par la législation belge s'appliquant aux salariés.

En cas de doute sur la signification d'une clause, c'est l'interprétation la plus favorable à l'assuré qui prévaut. Si le preneur d'assurance et l'assuré ne sont pas une seule et même personne, c'est l'interprétation la plus favorable à l'assuré qui prévaut.

Remboursement légal (frais en Belgique)

Pour des frais encourus en Belgique, le remboursement légal est toute indemnisation prévue dans le cadre de la législation belge en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (règlement général), d'accidents de travail et de maladies professionnelles.

2. Conditions d'affiliation

1.1

Toute personne membre d'une des Mutualités Libérales affiliées à la SMA Hôpital Plus peut s'assurer auprès de Denta Plus, à condition:

- d'avoir payé les cotisations pour les services complémentaires auprès de la mutuelle à laquelle elle est affiliée;
- d'avoir sa résidence principale en Belgique, aux Pays-Bas, en France, en Allemagne ou au Grand-Duché de Luxembourg;
- de ne pas avoir atteint l'âge de 66 ans à la date d'effet du contrat.

Le candidat-assuré remplit la proposition d'assurance destinée à cet effet.

Les conditions d'affiliation valent aussi pour les éventuelles personnes à charge.

1.2

La personne qui devient, au sein d'une mutualité affiliée auprès de la SMA Hôpital Plus, un membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est suspendue, peut s'assurer à Denta Plus. Elle ne peut toutefois bénéficier de la couverture de cette assurance que pour

autant qu'elle paie les primes prévues à ce sujet.

1.3

La personne qui devient, au sein d'une mutualité affiliée auprès de la SMA Hôpital Plus, un membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est supprimée, ne peut s'assurer à Denta Plus et ne peut donc pas bénéficier de la couverture de cette assurance.

Elle ne peut s'assurer à Denta Plus et bénéficier de la couverture prévue dans ces conditions générales que si elle est en ordre de cotisations pour les services de l'assurance complémentaire depuis qu'est entamée la période de 24 mois durant laquelle elle doit y payer ces cotisations sans pouvoir y bénéficier d'avantages, pour pouvoir y redevenir un membre qui peut bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire.

En cas de retard de 6 mois dans le paiement de ces cotisations depuis qu'est entamée la période de 24 mois, cette personne perd sa qualité d'assuré de la SMA Hôpital Plus.

Cette période de 6 mois est suspendue :

- lorsque la personne qui n'est pas en ordre de paiement des cotisations pour l'assurance complémentaire se trouve dans une situation de règlement collectif de dettes ou de faillite ;
- pendant la période durant laquelle la personne a perdu la qualité de titulaire en assurance complémentaire et a la qualité de personne à charge d'un titulaire qui n'est pas en ordre de paiement des cotisations pour les services de l'assurance complémentaire.

2.

La condition d'âge ne s'applique pas aux personnes qui étaient assurées via une assurance soins dentaires similaire proposée par une autre entité mutualiste (SMA) juste avant de s'assurer

auprès de Denta Plus, à condition que :

- le candidat-assuré était en ordre de paiement des primes pour son assurance précédente;
- il n'y a pas eu de période non couverte entre la fin du contrat d'assurance précédent et l'entrée en vigueur du contrat auprès de la SMA Hôpital Plus.

A titre de preuve, le candidat-assuré joint une attestation d'assurance, rédigée par l'assureur précédent, à sa proposition d'assurance complétée et signée. Cette attestation doit clairement reprendre, pour chaque assuré, la date d'entrée en vigueur du contrat, le moment où il a été résilié et si les cotisations ont été payées.

3.

Un contrat d'assurance chez Denta Plus ne peut être souscrit que par un titulaire ou une personne majeure à charge. Le titulaire peut s'assurer lui-même, de même que les personnes mineures qui sont à sa charge pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Ces personnes à charge ne peuvent par conséquent pas s'assurer elles-mêmes.

La SMA Hôpital Plus examine par personne, la condition d'âge au moment de l'affiliation.

3. Entrée en vigueur, durée, suspension et résiliation du contrat

a Entrée en vigueur et durée du contrat

Le contrat entre en vigueur après acceptation par la SMA et à la date indiquée dans les conditions générales si le candidat-assuré satisfait aux conditions d'affiliation. La garantie débute le jour de l'entrée en vigueur du contrat, pour autant que le preneur d'assurance ait payé la prime de départ. Cette prime doit être payée avant la fin du premier mois du contrat.

La date à laquelle la mutualité ou la SMA reçoit l'offre d'assurance signée a valeur de date d'affiliation.

Le contrat auprès de Denta Plus ne peut jamais entrer en vigueur avant que le preneur d'assurance ne soit affilié pour l'assurance complémentaire obligatoire à une des Mutualités Libérales membres de la SMA.

Le paiement spontané d'une prime sans que l'intéressé n'ait reçu d'invitation de paiement ne donnera pas lieu à l'établissement d'un contrat d'assurance.

Le contrat d'assurance avec la SMA Hôpital Plus est conclu pour une durée indéterminée et dure en principe à vie.

b) Suspension et résiliation du contrat

1.1

La personne qui devient, au sein d'une mutualité affiliée auprès de la SMA Hôpital Plus, un membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est suspendue, maintient la qualité d'assuré(e) de la SMA. Elle ne peut toutefois bénéficier de la couverture de la SMA que pour autant qu'elle paie les primes prévues à ce sujet.

1.2

La personne qui devient, au sein d'une mutualité affiliée auprès de la SMA Hôpital Plus, un membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est supprimée, perd la qualité d'assuré(e) de la SMA et ne peut donc plus bénéficier de la couverture de la SMA, même si elle était en ordre au niveau du paiement des primes pour la SMA.

Elle ne peut redevenir assuré(e) de la SMA et bénéficier à nouveau de la couverture prévue dans ces conditions générales que si elle est en ordre de cotisations pour les services de l'assurance complémentaire depuis qu'est entamée la période de 24 mois durant laquelle elle doit y payer ces cotisations.

ons sans pouvoir y bénéficier d'avantages, pour pouvoir y redevenir un membre qui peut bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire.

En cas de retard de 6 mois dans le paiement de ces cotisations depuis du'est entamé la période de 24 mois, cette personne perd sa qualité d'assuré(e) de la SMA.

Cette période est suspendue :

- lorsque la personne qui n'est pas en ordre des cotisations pour l'assurance complémentaire se trouve dans une situation de règlement collectif de dettes ou de faillite ;
- pendant la période durant laquelle la personne a perdu la qualité de titulaire en assurance complémentaire et a la qualité de personne à charge d'un titulaire qui n'est pas en ordre de paiement des cotisations pour les services de l'assurance complémentaire.

1.3

Le contrat prend fin de plein droit au décès de l'assuré. La SMA Hôpital Plus rembourse dans ce cas aux héritiers la prime versée pour les mois restants de l'année d'assurance en cours. Ce remboursement a lieu dans un délai de 30 jours, conformément à l'article 73 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

2.

L'assuré ou le preneur d'assurance peut résilier le contrat au moins trois mois avant l'échéance annuelle et par lettre recommandée, par exploit d'huissier ou par remise de la lettre de résiliation contre récépissé. Dans ce cas, le contrat se termine le jour de l'échéance annuelle. La personne qui résilie volontairement le contrat d'assurance avec la SMA Hôpital Plus et qui désire se réassurer ultérieurement peut le faire à condition qu'il se soit écoulé au moins trois ans entre la résiliation et la nouvelle demande d'assurance. Une nouvelle période d'attente est alors d'application.

L'assuré qui est assuré auprès de

Denta Plus en tant que personne à charge a le droit, pour autant qu'elle réponde aux conditions d'affiliation, de poursuivre le contrat d'assurance si le contrat conclu par le titulaire prend fin pour une des raisons mentionnées aux paragraphes 1 et 2.

3.

Conformément aux articles 69 à 72 de la loi du 4 avril 2014, la SMA Hôpital Plus a le droit de suspendre et de résilier le contrat d'assurance en cas de primes impayées ou payées tardivement (voir point 10). Dans ce cas, les arriérés restent redevables à la SMA Hôpital Plus, limités toutefois à deux primes annuelles consécutives.

4. Période d'attente

a) Périodes d'attente

Les nouveaux assurés sont soumis à une période d'attente de 6 mois avant de pouvoir percevoir un remboursement des frais de soins dentaires de la part de la SMA Hôpital Plus.

b) Suppression de la période d'attente

La période d'attente ne s'applique pas dans les cas suivants:

- Pour les frais de soins dentaires consécutifs à un accident avec lésions traumatiques, à condition qu'elles soient apparues après la date d'entrée en vigueur du contrat;
- Pour les personnes qui possédaient juste avant l'entrée en vigueur de leur contrat avec Denta Plus une assurance soins dentaires similaire proposée par une autre entité mutualiste (SMA) ou par un assureur privé. Il ne peut donc pas y avoir d'interruption de la couverture entre le contrat de soins dentaires précédent et celui conclu auprès de Denta Plus. La personne doit avoir été assurée pendant au moins six mois auprès de l'assureur précédent et avoir payé les primes dues. Si cette période était plus courte, le nombre de mois complets de la durée du contrat est déduit de la période

d'attente chez Denta Plus. A titre de preuve, le candidat-assuré joint à sa demande d'assurance une attestation d'assurance rédigée par le précédent assureur. Cette attestation doit clairement mentionner la date d'entrée en vigueur du contrat, la date de sa résiliation et si toutes les primes ont été payées;

- Pour un nouveau-né ou un enfant adopté de moins de trois ans qui rejoint l'assurance dans les 2 mois après la naissance ou l'adoption et à condition que le titulaire soit affilié depuis au moins six mois chez Denta Plus ou une assurance de soins dentaires précédente similaire. Si la durée de ce contrat était plus courte, le nombre de mois complets est déduit de la période d'attente chez Denta Plus.

5. Garantie

La garantie d'assurance prend effet à la date d'entrée en vigueur du contrat, pour autant que l'assuré ait accompli les périodes d'attente et payé la prime de départ. Les garanties de Denta Plus sont fixées par l'assemblée générale et ne peuvent être modifiées que conformément à l'article 204 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

Denta Plus rembourse les frais énumérés ci-après sur la base du montant facturé. Ce remboursement ne tient pas compte des frais s'ils peuvent être couverts par:

- de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, organisée par la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et ses décisions d'exécution et par l'AR du 30 juin 1964;
- des législations relatives aux accidents de travail (loi du 10 avril 1971 et ses décisions d'exécution) et aux maladies professionnelles (loi du 3 juin 1970 et ses décisions d'exécution);
- des règlements européens n° 1408/71, 547/72 et 883/04 ou une convention de sécurité sociale multilatérale ou bilatérale conclue par

- la Belgique ;
- l'assurance complémentaire obligatoire des mutualités et/ou de l'Union nationale ;
- le service « soins urgents sur le lieu de séjour » des mutualités et/ou de l'Union nationale (Mutas).

Si l'assuré n'a pas droit, pour quelque raison que ce soit, aux remboursements susmentionnés, Denta Plus l'indemniserait de la même manière qu'une personne ayant droit à ces remboursements.

Le remboursement de Denta Plus ne peut jamais être supérieur à la différence entre le montant facturé et les indemnités légales et réglementaires.

Denta Plus rembourse les prestations de soins dentaires suivantes, telles que reprises dans l'arrêté royal du 1er juin 1934 réglementant l'exercice de la dentisterie, l'arrête royal du 9 novembre 1951 complétant l'arrêté royal du 1er juin 1934 et la loi du 15 janvier 2014 modifiant l'arrêté royal du 1er juin 1934:

1. Soins dentaires préventifs

Le remboursement de 100% du montant à charge de l'assuré, après déduction des autres remboursements découlant d'autres réglementations.

2. Parodontologie

Le remboursement de 50% du montant à charge de l'assuré, après déduction des autres remboursements découlant d'autres réglementations, ou de 80% si l'assuré a adopté un comportement préventif.

Pendant la première année d'assurance, un comportement préventif est reconnu d'office. Le remboursement se monte donc d'office à 80% du montant à charge de l'assuré, après déduction des autres remboursements découlant d'autres réglementations.

3. Orthodontie

Le remboursement de 60% du montant à charge de l'assuré, après déduction des autres remboursements découlant

d'autres réglementations.

4. Soins dentaires curatifs

Pour les prestations couvertes par l'assurance soins de santé obligatoire, le remboursement de 100% du ticket modérateur légal est prévu et soit 50% du montant à charge de l'assuré après déduction des autres interventions découlant d'autres réglementations, ou bien 80% si l'assuré a eu un comportement préventif.

Pour les prestations qui ne sont pas couvertes par l'assurance soins de santé obligatoire, le remboursement s'élève à 50% du montant à charge de l'assuré, après déduction des autres remboursements découlant d'autres réglementations, ou à 80% si l'assuré a adopté un comportement préventif.

Pendant la première année d'assurance, un comportement préventif est reconnu d'office. Le remboursement des prestations de soins dentaires curatifs non couverts par l'assurance maladie obligatoire se monte donc d'office à 80% du montant à charge de l'assuré, après déduction des autres remboursements découlant d'autres réglementations.

5. Traitements prothétiques

Le remboursement de 50% du montant à charge de l'assuré, après déduction des autres remboursements découlant d'autres réglementations, ou de 80% si l'assuré a adopté un comportement préventif.

Pendant la première année d'assurance, un comportement préventif est reconnu d'office, si bien que le remboursement se monte d'office à 80% du montant à charge de l'assuré, après déduction des autres remboursements découlant d'autres réglementations.

6. Plafonds

Pour la première année d'assurance, le total des remboursements effectués par Denta Plus ne peut pas excéder 350

EUR sur base annuelle. Ce plafond annuel passe à 600 EUR pour la deuxième année d'assurance et à 1025 EUR à partir de la troisième année d'assurance.

Le remboursement des frais d'orthodontie, de parodontologie et de traitements prothétiques est également limité à 1025 EUR sur base annuelle à partir de la troisième année d'assurance. Ce montant est inclus dans le plafond annuel de 1025 EUR.

S'il existe une assurance soins dentaires antérieure similaire, le nombre d'années d'assurance pour cette assurance soins dentaires est pris en considération lors de la détermination du plafond annuel.

7. Remboursement en cas de dommage à l'étranger

Denta Plus prévoit le remboursement des frais de soins dentaires sur la partie continentale des pays voisins de la Belgique suivants, à savoir la France, les Pays-Bas, l'Allemagne et le Grand-duché de Luxembourg. Pour être remboursés, les soins dentaires octroyés dans un de ces pays doivent l'être par un prestataire agréé sur le territoire continental de ces pays.

8. Demande de remboursement – délai de prescription

Afin d'obtenir un remboursement, l'assuré doit introduire un formulaire de demande de remboursement au format papier ou électronique. Ce formulaire doit être rempli à la fois par l'assuré et par le prestataire de soins. Avec ce formulaire complété, l'assuré fournit une attestation de soins complétée, délivrée dans le cadre du remboursement par l'assurance soins de santé obligatoire. S'il s'agit d'une prestation non couverte légalement, l'assuré joindra au formulaire une facture ou une note d'honoraires.

La SMA Hôpital Plus peut à tout moment demander des justificatifs supplémentaires si elle estime que les pièces qui lui ont été envoyées ne suffisent pas à évaluer le dommage. Le cas échéant, l'assuré doit transmettre les documents requis dans les plus brefs délais.

L'assuré peut demander de verser l'indemnisation à un tiers, mais il doit dans ce cas explicitement stipuler dans le formulaire de demande de remboursement, le numéro de compte bancaire sur lequel le versement doit être effectué.

La demande d'indemnisation doit avoir lieu dans les trois ans à compter du jour de la prestation qui donne droit à l'indemnisation. Toutefois, si l'assuré peut prouver qu'il n'a pris connaissance de la possibilité d'une intervention que plus tard, le délai de prescription de trois ans prend cours à partir de ce moment-là. Ce délai s'achève de toute façon cinq ans après la date de prestation.

La SMA Hôpital Plus peut refuser une indemnisation si l'assuré ne respecte pas, intentionnellement, les dispositions du présent chapitre.

9. Exclusions

Les dommages suivants ne sont pas couverts par les garanties de Denta Plus lorsqu'elles résultent de:

- faits de guerre, sauf si l'assuré peut prouver qu'il n'a pas participé activement et volontairement à ces faits;
- activités sportives rémunérées, en ce compris les entraînements;
- émeutes, guerres civiles ou autres actes de violence à caractère politique, idéologique ou social, qui s'accompagne ou non d'un soulèvement contre les autorités ou un autre pouvoir établi, sauf si l'assuré peut prouver qu'il n'a pas participé activement et volontairement à ces faits;

- l'influence de stupéfiants, de narcotiques ou d'autres drogues;
- la participation volontaire à un crime ou un délit;
- un acte intentionné de l'assuré ou une augmentation volontaire de prise de risque par l'assuré, sauf s'il l'a fait en vue de sauver des personnes ou des biens;
- une intoxication à l'alcool, un état d'ébriété, de l'alcoolisme ou de la toxicomanie;
- réactions nucléaires.

Denta Plus n'accorde par d'indemnisation pour les prestations suivantes:

- les prestations telles que décrites dans l'article 14, l) de l'arrête royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations médicales en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et dont les codes sont suivis d'un '+';
- les médicaments;
- les prestations de soins dentaires à caractère esthétique ou cosmétique (blanchiment, facing), sauf si elles sont couvertes par l'assurance obligatoire soins de santé et moyennant l'accord préalable du médecin conseil d'Hôpital Plus.

10. Primes

1.

Toute personne assurée auprès de Denta Plus paie une prime à cet effet. Celle-ci est redevable par année d'assurance, mais peut être réclamée par trimestre. La prime doit être payée selon la périodicité convenue.

La prime est une dette quérable. Lorsque la prime n'est pas payée directement à la SMA Hôpital Plus, le paiement de la prime à un tiers est libératoire si celui-ci encaisse le paiement et qu'il agit manifestement pour cela sur mandat de la SMA Hôpital Plus.

2.

Le preneur d'assurance qui choisit de payer la prime par virement recevra

tous les trois mois ou une fois par an un bulletin de virement l'invitant à payer au plus tard à l'échéance la prime annuelle pour le trimestre ou l'année d'assurance à venir.

Le preneur d'assurance qui choisit de payer la prime par domiciliation le fera par trimestre ou par an. Le paiement doit être effectué à l'échéance annuelle ou dans les dix premiers jours du trimestre, selon le mode de paiement et la périodicité choisis.

La prime de départ dépend de l'âge de l'assuré à la date d'entrée en vigueur du contrat. Lorsque le preneur d'assurance ne paie pas à temps la première prime, telle que prévue dans les conditions particulières, la garantie n'est pas activée.

Les augmentations de la prime en fonction de l'âge sont appliquées à partir de l'année d'assurance qui suit l'anniversaire à l'origine de cette augmentation.

3.

Les personnes qui sont déjà assurées auprès d'une des assurances hospitalisation couvrant les frais d'Hôpital Plus, qu'il s'agisse d'Hôpital Plus 100, d'Hôpital Plus 200 ou d'Hôpital Plus Franchise, bénéficient d'une réduction de 5% sur la prime de Denta Plus. Cette réduction est calculée sur les primes, supplément d'âge inclus.

Les éventuelles taxes et impôts ayant trait aux primes encaissées sont exclusivement à charge du preneur d'assurance. Ceux-ci sont encaissés en même temps que la prime.

4.

A l'exception de l'indexation annuelle et moyennant l'accord mutuel entre la SMA Hôpital Plus et l'assuré, la première ne peut plus modifier les primes une fois le contrat conclu, conformément à l'article 204 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances. Une modification de la prime ne peut par ailleurs être effectuée que dans l'intérêt de l'assuré. Les primes sont néanmoins aug-

mentées en fonction de l'évolution des taxes qui s'appliquent en la matière.

Le premier jour de chaque année d'assurance, la SMA Hôpital Plus peut adapter les primes sur la base du taux d'augmentation/diminution de l'indice des prix à la consommation (IPC) déterminé sur base du mois de juillet, comparé à son niveau au cours des deux années précédentes. L'année de référence de l'indice utilisé est 2013 (2013 = 100).

La prime peut également être adaptée sur la base de différents indices spécifiques en vigueur pour les conventions privées d'assurance-maladie, comme stipulé dans l'arrêté royal du 1er février 2010 déterminant les indices spécifiques visés à l'article 204, § 3, de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances (appelés plus loin « indices médicaux »). Les indices médicaux sont calculés une fois par an et sont publiés le premier jour ouvrable du mois de juillet (base : 2015 = 100). L'adaptation est réalisée en fonction de l'augmentation proportionnelle de l'indice médical entre celui publié la deuxième année précédant l'année à partir de laquelle la prime adaptée est d'application et celui publié l'année précédant cette année.

La garantie liée à Denta Plus est la garantie soins dentaires.

Conformément à l'article 204 de la loi du 4 avril 2014, la SMA Hôpital Plus peut modifier les primes de ses assurances de manière raisonnable et proportionnelle:

- suite aux changements de métier de

l'assuré en ce qui concerne l'assurance soins de santé non-obligatoire, l'assurance incapacité de travail, l'assurance invalidité et l'assurance dépendance;

- suite aux changements de revenus de l'assuré en ce qui concerne l'assurance incapacité de travail et l'assurance invalidité;
- lorsque l'assuré change de statut dans le régime de la sécurité sociale en ce qui concerne l'assurance soins de santé obligatoire et l'assurance incapacité de travail, pour autant que ces changements aient une influence significative sur le risque et/ou les frais ou l'ampleur de la couverture offerte.
- lorsqu'une hausse réelle et significative du prix des prestations garanties ou de l'évolution des risques couverts l'exige;
- en cas de circonstances significatives et exceptionnelles.

5.

Une exonération de la prime de Denta Plus est appliquée pour les enfants de moins de 8 ans, à condition que:

- un des parents soit assuré auprès de la SMA Hôpital Plus;
- l'enfant soit assuré auprès du même produit d'assurance que le parent.

L'exonération de la prime est d'application jusqu'à la première échéance du contrat suivant le 8ième anniversaire.

6.

En cas de paiement tardif ou de non-paiement de la prime, la SMA Hôpital Plus met le preneur d'assurance en demeure

par écrit recommandé ou par exploit d'huissier. Cette lettre mentionne le montant de la prime due et somme le preneur d'assurance d'effectuer le paiement dans les quinze jours, à compter du jour qui suit la date du cachet postal de la lettre ou celle indiquée dans l'exploit d'huissier. Cette lettre indique aussi que, si la prime n'est pas payée dans un délai de 15 jours minimum, la SMA Hôpital Plus peut suspendre les garanties ou résilier le contrat pour cause de défaut de paiement, ainsi que la date d'entrée en vigueur de la période de suspension et la date de résiliation du contrat si le défaut de paiement perdure.

Si la prime n'est pas payée dans un délai de 15 jours minimum, la SMA Hôpital Plus suspend la garantie. La suspension prend effet le jour qui suit le délai susmentionné de 15 jours minimum et dure également 15 jours au moins. Pendant la période de suspension, l'assuré n'est pas couvert par les garanties de Denta Plus. La suspension prend fin sitôt que le preneur d'assurance a payé les arriérés avant la fin de la période de suspension.

Si le preneur d'assurance n'a pas payé la prime à l'échéance de la période de suspension, la SMA Hôpital Plus procédera à la résiliation du contrat d'assurance. La SMA Hôpital Plus indique cette intention de résiliation du contrat dans la mise en demeure susmentionnée. Le cas échéant, le contrat prend fin à la date indiquée dans la mise en demeure et est confirmée par la SMA Hôpital Plus par courrier ordinaire.

Pour les assurés qui n'ont pas souscrit d'assurance hospitalisation couvrant les frais auprès d'Hôpital Plus, les primes mensuelles, valables à partir du 1er janvier 2024, sont les suivantes :

Age	Age au moment de la souscription			
	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

Pour les assurés qui ont souscrit une assurance hospitalisation couvrant les frais auprès d'Hôpital Plus, les primes mensuelles, valables à partir du 1er janvier 2024, sont les suivantes :

Age	Age au moment de la souscription			
	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. Dispositions générales

L'assuré est lié par la disposition de l'article 74 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, qui stipule que l'assuré doit respecter le délai de signalement d'un dommage indiqué dans le contrat d'assurance, à savoir un délai de 3 ans après le dommage. L'assuré est par ailleurs lié par la disposition de l'article 75 de la même loi, qui stipule que pour toute assurance d'indemnisation de dommage, l'assuré doit prendre toutes les mesures raisonnables pour éviter et limiter les conséquences du dommage. Le non-respect avec intention frauduleuse de ces dispositions par l'assuré donne à la SMA Hôpital Plus le droit de refuser la couverture.

L'assuré accepte que la lettre recommandée ou l'exploit d'huissier constitue une sommation suffisante pour la suspension ou la résiliation de la garantie par Hôpital Plus, telle que décrite dans l'article 10 des présentes conditions générales. Il accepte par ailleurs que la date d'envoi de la lettre recommandée et la date de l'exploit d'huissier constitue une preuve incontestable.

L'assuré s'engage à accepter tous les écrits, notifications et mises en demeure qui lui sont envoyés par la SMA, que ce soit par e-mail ou par voie postale.

Le preneur d'assurance et l'assuré sont obligés de :

- introduire par écrit toute déclarati-

on ou notification auprès du siège social de la SMA Hôpital Plus ou d'une des Mutualités Libérales affiliées à la SMA Hôpital Plus;

- avertir dès que possible la SMA Hôpital Plus lorsque les conditions de maintien du contrat d'assurance ne sont plus remplies ;
- informer dans les plus brefs délais la SMA Hôpital Plus de l'existence d'un contrat couvrant entièrement ou partiellement un risque identique ou similaire;
- fournir à la SMA Hôpital Plus ou à ses filiales toutes les informations demandées.

Lorsque le preneur d'assurance et/ou l'assuré ne respecte pas ces obligations et lorsqu'il s'avère que ces man-

quements causent un préjudice à la SMA Hôpital Plus après un dommage, celle-ci est en droit de réduire ses prestations en contrepartie.

Lorsque le dommage sera vraisemblablement indemnisé par le droit commun ou une autre législation, la SMA Hôpital Plus peut accorder une indemnisation dans l'attente du paiement effectif du dédommagement. Dans ce cas, la SMA Hôpital Plus reprend légalement tous les droits que l'assuré peut faire valoir à l'égard du créancier du dédommagement, après notification. Le cas échéant, les accords que l'assuré conclurait, sans accord écrit de la SMA Hôpital Plus, avec le tiers responsable ou son assureur ne sont pas opposables à cette dernière, au titre de la subrogation.

L'assuré s'engage à confirmer cette subrogation par écrit au besoin, si la SMA Hôpital Plus le demande.

La SMA peut demander le remboursement de l'indemnisation versée à concurrence du préjudice qu'elle subit, si la subrogation ne peut plus produire ses effets par le fait de l'assuré.

La SMA veille à ce qu'une subrogation ne porte pas préjudice à l'assuré qui serait seulement partiellement indemnisé. Dans un tel cas, l'assuré peut exercer ses droits sur le montant qui lui est encore dû, en priorité en sus de la SMA.

La SMA Hôpital-Plus n'a pas de recours vis-à-vis des cognats en ligne directe ascendante ou descendante, du conjoint ou du cohabitant légal et des parents en ligne directe de l'assuré, ni vis-à-vis des personnes vivant chez lui, de ses invités et de son personnel de maison, sauf intention délictueuse malveillante.

En signant la présente proposition de contrat, le preneur d'assurance et l'assuré déclarent donner explicitement l'autorisation à la SMA Hôpital Plus de récolter et traiter des données personnelles et médicales. La SMA Hôpital Plus peut utiliser ces données pour conclure, gérer et exécuter le contrat d'assurance, conformément aux objectifs de ce contrat.

La SMA Hôpital Plus déclare que les données médicales et personnelles ne sont collectées, traitées et utilisées que pour la réalisation de ces objectifs et que les données et informations récoltées sont adéquates, pertinentes et raisonnables, comme il convient conformément à ces objectifs. Toute utilisation de ces données se fera dans le respect de la loi européenne et belge sur la vie privée.

La SMA Hôpital Plus est supervisée par l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités (OCM), qui l'a autorisé à offrir des assurances de types branches 2 et 18. L'OCM a attribué à Hôpital Plus le numéro d'autorisation 450/01.

La SMA est soumise aux lois suivantes et à leurs décisions d'exécution:

- la loi du 6 août relative aux mutualités et unions nationales de mutualités;
- la loi du 26 avril 2010 comprenant diverses dispositions en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire;
- la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances;
- la loi du 13 mars 2016 sur le statut et le contrôle des entreprises d'assurance et de réassurance;
- les circulaires de la Banque Nationale de Belgique (BNB), de la FSMA et les communications de l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités (OCM).

Toute plainte relative aux assurances de la SMA Hôpital Plus peut être adressée à:

- la direction effective de la SMA Hôpital Plus, Rue de Livourne 25, 1050 Bruxelles
- l'ombudsman des assurances asbl, Square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles (www.ombudsman.as)

Ces conditions générales décrivent les dispositions statutaires des assurances de la SMA Hôpital Plus telles qu'elles s'appliquent à partir du 1^{er} juillet 2023. En cas de doute ou de contestation de l'interprétation ou de l'exécution des présentes dispositions générales, seuls sont valables les statuts de la SMA Hôpital Plus. Ces statuts peuvent être consultés sur rendez-vous au siège social de la SMA Hôpital Plus, Rue de Livourne 25, 1050 Bruxelles.



