

Tandzorgverzekering Denta Plus

Informatiedocument over het verzekeringsproduct

Onderneming: VMOB Hospitaal-Plus - Maatschappelijke zetel: Livornostraat 25 - 1050 Brussel

Ondernemingsnummer: 0471.459.194 - Erkenningsnummer: 450/01



De volledige precontractuele en contractuele informatie over het verzekeringsproduct wordt in andere documenten verstrekt.

Welk soort verzekering is dit?

Een facultatieve aanvullende tandzorgverzekering, aangeboden door VMOB Hospitaal-Plus als verzekeraar.



Wat is verzekerd?

Denta Plus vergoedt in een aantal categorieën van tandzorgen de kosten die ten laste van de verzekerde blijven, na aftrek van de wettelijke tegemoetkoming, eventuele vergoedingen in het kader van arbeidsongevallen of beroepsziekten, dan wel in het kader van Europese verdragen of internationale overeenkomsten.

De volgende categorieën van tandzorgen komen in aanmerking:

✓ 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 wordt een tegemoetkoming ten bedrage van 100% van het wettelijk voorzien remgeld uitbetaald, alsook een tussenkomst van 50% of 80% van het bedrag dat ten laste is gebleven van verzekerde.

Voor verstrekkingen waarvoor geen tegemoetkoming door de verplichte ziekteverzekering is voorzien, bedraagt de tegemoetkoming 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 tandzorg-verstrekkingen 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.



Wat is niet verzekerd?

Denta Plus komt niet tussen voor volgende verstrekkingen:

- ✗ verstrekkingen waarbij de codes niet worden gevolgd door '+'
- ✗ geneesmiddelen
- ✗ tandzorgverstrekkingen 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

Evenmin vergoedt Denta Plus schadegevallen 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 ge-

paard 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



Zijn er dekkingsbeperkingen?

Tijdens het eerste verzekeringsjaar bedragen de gezamenlijke tegemoetkomingen van Denta Plus maximaal 350 EUR. In het tweede verzekeringsjaar is dat 600 EUR en vanaf het derde verzekeringsjaar 1025 EUR.

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



Waar ben ik gedekt?

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, op voorwaarde dat ze werden verstrekt door een erkend verstrekker.



Wat zijn mijn verplichtingen?

Om zich te kunnen verzekeren bij Denta Plus, moet cumulatief voldaan zijn aan volgende voorwaarden:

- als titularis ingeschreven zijn voor de verplichte ziekteverzekering en/of de aanvullende diensten van één van de Liberale Mutualiteiten die deel uitmaakt van VMOB Hospitaal-Plus;
- in orde zijn met de betaling van de bijdragen voor de aanvullende diensten;
- een verzekeringscontract voor Denta Plus hebben afgesloten;
- de hoofdverblijfplaats in België, in Nederland, in Frankrijk, in Duitsland of in het Groothertogdom Luxemburg hebben;
- de leeftijd van 66 jaar nog niet hebben bereikt.

Personen ten laste kunnen zich niet alleen verzekeren bij Denta Plus.

Om een tegemoetkoming te bekomen, moet de verzekerde een aangifte doen van het schadegeval binnen een termijn van drie jaar, door het invullen van een aanvraag tot tegemoetkoming (in te vullen door de zorgverstrekker en de verzekerde) en het voegen van alle originele bewijsstukken (kwijtingen ziekenfonds, facturen zorgverstrekker,...).



Wanneer en hoe betaal ik?

De premies zijn per verzekeringsjaar verschuldigd, maar kunnen per maand of per kwartaal opgevraagd worden via domiciliëring of per kwartaal via overschrijving. Wanneer wordt gekozen om via overschrijving te betalen, zal de verzekerde jaarlijks of per kwartaal een betalingsuitnodiging ontvangen. Wanneer wordt gekozen om via domiciliëring te betalen, zal deze jaarlijks, per kwartaal of per maand aangeboden worden aan de financiële instelling.



Wanneer begint en eindigt de dekking?

Het contract treedt in werking op de eerste dag van de maand die volgt op de ondertekening van het verzekeringsvoorstel en mits betaling van de startpremie. De verzekeringswaarborg gaat in op de startdatum van het contract, op voorwaarde dat de startpremie werd betaald en, indien van toepassing, de wachttijd van 6 maanden werd doorlopen.

De dekking van het contract eindigt door opzegging van het contract door de verzekerde of de verzekeraar (wegens wanbetaling). Het contract neemt ook een einde ingeval de verzekerde titularis overlijdt of geen lid meer is van één van de Liberale Mutualiteiten.



Hoe zeg ik mijn contract op?

De verzekerde of verzekeringnemer kan het contract opzeggen, ten minste twee maanden voor de jaarlijkse vervaldag door middel van een aangetekend geschrift of door afgifte van de opzeggingsbrief tegen ontvangstbewijs. Het contract eindigt in dat geval op de jaarlijkse vervaldag. Vanaf het tweede contractjaar kan de opzeg van het contract te allen tijde gebeuren. De opzegging heeft in dat geval uitwerking na het verstrijken van een termijn van twee maanden.

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.

Disclaimer

De tandzorgverzekering Denta Plus wordt aangeboden door VMOB Hospitaal-Plus, verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand naar Belgisch recht, met ondernemingsnummer 0471.459.194, met maatschappelijke zetel in België en toegelaten onder het nummer 450/01. Dit product behoort tot de tak 2 'ziekte'.

Aangezien deze publicatie louter informatief en indicatief bedoeld is, kunnen hieraan op geen enkele wijze rechten worden ontleend. Voor klachten in verband met het beheer of de uitvoering van dit product kan men zich wenden tot de Ombudsman van de Verzekeringen (de Meeûssquare 35 – 1000 Brussel).