

Algemene voorwaarden Dentalia Plus

op 1 januari 2017

Algemene voorwaarden van de verzekering voor tandverzorging, Dentalia Plus, van de VMOB 'Ziekenfonds voor hospitalisatiekosten' gestemd door de Raad van Bestuur van 29 september 2016 en door de Buitengewone Algemene Vergadering van 28 oktober 2016

Verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand 'Ziekenfonds voor Hospitalisatiekosten' erkend onder het CDZ-codennr: 750/01 voor de takken 2 en 18 bij de Controledienst voor de ziekenfondsen en de Landsbonden van ziekenfondsen - Sterrenkundelaan 1 - 1210 Brussel
Maatschappelijke zetel: **St-Huibrechtsstraat, 19 - 1150 Brussel - België** (RPM Brussel) - 01/2017
Ondernemingsnummer: 422.189.629
Verantwoordelijke uitgever: X. Brenez - Versie: 17/10/2016

Dentalia 
www.dentaliplus.be **plus**

I. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

1.1. Verzekeraar: de VERZEKERINGSMAATSCHAPPIJ VAN ONDERLINGE BIJSTAND 'Ziekenfonds voor Hospitalisatiekosten' (courante benaming: HOSPITALIA) is een verzekeringsonderneming erkend door de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, Sterrenkundelaan 1, 1210 Brussel, door een beslissing van 24 juni 2013 voor het aanbieden van ziekteverzekeringen in de zin van tak 2 van bijlage 1 van het KB van 22 februari 1991 houdende algemeen reglement betreffende de controle op de verzekeringsondernemingen, alsook voor de dekking, in bijkomende orde, van de risico's die deel uitmaken van de hulpverlening, beoogd in tak 18 van de bijlage 1 van bovenvermeld KB onder het CDZ-codenummer 750/01.

1.2. Verzekeringnemer: de persoon die aansluit bij de verzekering voor zichzelf en/of ten gunste van verzekeren, en die de bijdrage moet betalen.

1.3. Afdelingen: de afdelingen van de VMOB zijn de tussenpersonen die de verzekeringsproducten aanbieden: 501: OZ (www.oz.be) - 506: Omnimut (www.omnimut.be) - 509: Partenamut (www.partenamut.be) - 515: Freie Krankenkasse (www.freie.be) - 526: Partena OZV (www.partena-ziekenfonds.be), allemaal aangesloten bij de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen.

1.4. Verstrekking van verzorging: deze uitdrukking verwijst naar de lijst van de in de Nomenclatuur vervatte verstrekkingen.

1.5. Protheses en implantaten: al wat erkend wordt door de reglementering in het kader van tandverzorging.

1.6. Ongeval: een plotse gebeurtenis die zich buiten de wil van de verzekerde voordoet en een lichamelijk letsel veroorzaakt waarvan de oorzaak of een van de oorzaken buiten het organisme ligt. Dit ongeval moet aanleiding gegeven hebben tot traumatische letsels waarvan de behandeling van dien aard is dat ze gedekt wordt door deze bepalingen.

1.7. Preventief gedrag: het feit dat de persoon een tandzorgverstrekking terugbetaald heeft gehad in het kalenderjaar dat voorafgaat aan elke nieuwe terugbetaalingsaanvraag.

1.8. Tandverzorging: alle verstrekkingen, vermeld in het KB van 1 juni 1934 houdende reglement op de beoefening der tandheelkunde of in het KB van 9 november 1951 tot aanvulling van het KB van 1 juni 1934 houdende reglement op de beoefening der tandheelkunde.

1.9. Kleine mondchirurgie: de verstrekkingen uit het artikel 14, l) van de bijlage van het KB van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, waarvan de codes gevolgd worden door een plusteken.

1.10. Wachtijd: de periode tijdens dewelke de verzekeraar geen prestaties verschuldigd is en die begint te lopen op de begindatum van het desbetreffende contract.

2. AANVAARDING

Personen die willen aansluiten (of aangesloten willen blijven) bij de dekking Dentalia Plus, kunnen dit enkel op voorwaarde dat zij aansluiten of aangesloten zijn in de verplichte verzekering én bij de aanvullende diensten bij een van de hierboven opgesomde vijf afdelingen. Er zijn wel enkele statutaire uitzonderingen (zie die afdelingen). Die personen moeten hun personen ten laste aansluiten zoals de reglementering betreffende de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen het stipuleert, behalve als hun echtgeno(o)t(e) of samenwonende of hun kinderen al gedekt worden door een gelijkaardige verzekering van het type 'werkelijke kosten'.

Het ontslag of de schrapping van een verzekerde geeft impliciet aanleiding tot de uitschrijving van alle personen die verplicht waren om aan te sluiten. De leeftijdsgrens op de aansluitingsdatum is vastgelegd op 64 jaar; behalve in geval van mutatie in de verplichte verzekering voor de personen die vooraf aangesloten waren en in orde waren met hun bijdragen bij een gelijkaardige 'tandzorgdienst' van een andere Belgische mutualistische entiteit.

3. HET SLUITEN EN HET EINDE VAN HET VERZEKERINGSCONTRACT

3.1. Het sluiten van het verzekeringscontract

Het verzekeringscontract bestaat uit de aanvaardingsbrief en de algemene voorwaarden, alsook uit de wijzigingsclausules.

Het verzekeringscontract begint te lopen op de eerste dag van de maand die volgt op de maand waarin de VMOB de correct ingevulde 'Aanvraag voor een nieuwe aansluiting of productwijziging' ontvangen heeft (de interne datering of de scanning hebben bewijskracht), voor zover de VMOB de eerste bijdrage ontvangen heeft voor elke verzekerde, uiterlijk de laatste dag van de derde maand die volgt op de aansluitingsdatum.

De aansluiting van een pasgeborene of van een adoptiekind jonger dan drie jaar dat niet vrijgesteld is van wachtijd, begint te lopen op de eerste dag van de maand die volgt op zijn geboorte of adoptie, op voorwaarde dat de VMOB de aansluitingsaanvraag ontvangen heeft vóór het einde van de derde maand die volgt op zijn geboorte of adoptie, en dat de eerste bijdrage door de VMOB geïnd wordt uiterlijk de laatste dag van de derde maand die volgt op de aansluitingsdatum.

De spontane betaling van een bijdrage, zonder dat men hiertoe uitgenodigd werd, wordt niet als een aansluiting beschouwd. Bij niet-naleving van bovenvermelde termijn van drie maanden zal deze bijdrage terugbetaald worden en zal er een nieuwe aansluitingsprocedure moeten worden ingesteld.

De beslissing tot aanvaarding wordt per brief meegedeeld aan de kandidaat-verzekeringssnemer. De brief vermeldt het bedrag en de betaaldatum van de eerste bijdrage, de datum van de aanvaarding van de aansluiting en van de inwerkingtreding van die aansluiting, de duur van de wachttijd, de levenslange duur van die aansluiting en het aangeboden verzekeringsproduct.

3.2. Einde van het verzekeringscontract

Het verzekeringscontract wordt afgesloten voor het leven. Het eindigt evenwel in de volgende gevallen:

- bij opzegging door de verzekeringssnemer, conform de voorwaarden uit de wet van 4 april 2014, middels een opzegtermijn van minimaal één maand, die begint te lopen op de eerste dag van de maand die volgt op de verzending van de aangetekende brief, de overhandiging van het deurwaardersexploot of van de opzeggingsbrief tegen ontvangstbewijs, gericht aan de VMOB zelf of aan een van de hierboven beoogde afdelingen;
- in geval van fraude of poging tot fraude;
- wanneer er vrijwillig schade zou zijn berokkend aan de belangen van de VMOB en meer bepaald in geval van opzettelijk verzwijgen of opzettelijk onjuist meedelen van informatie in het kader van de verklaringen bij de aansluiting of bij de indiening van de terugbetalingsaanvragen, of nog in geval van weigering om zich te schikken naar onderhavige bepalingen;
- in geval van opzegging door de verzekeraar, bij niet-betaling van de bijdragen;
- bij uitsluiting uit de aanvullende diensten van de ziekenfondsen;
- bij een mutatie naar een ander ziekenfonds dan de Onafhankelijke Ziekenfondsen;
- bij overlijden;
- in geval van nietigheid.

4. BEGIN, UITSLUITINGEN EN EINDE VAN DE WAARBORG

4.1. Begin van de verzekeringswaarborg

De verzekeringswaarborg begint te lopen op de begindatum van het verzekeringscontract die bepaald werd in de aanvaardingsbrief, voor zover de wachttijden verstreken zijn.

4.1.1. Algemene regel: wachttijd van zes maanden

Vooraleer men kan genieten van de tegemoetkomingen van Dentalia Plus, dient men een wachttijd van zes maanden te vervullen, te tellen vanaf de aansluitingsdatum. De wachttijd wordt opgetrokken tot twaalf maanden voor de terugbetaling van prothesen, implantaten en orthodontieverstrekkingen.

Dentalia Plus biedt geen tegemoetkoming voor een verstrekking van tandverzorging die verleend werd tijdens de wachttijd.

4.1.2. Bijzondere regels:

- Vrijstelling van wachttijd voor pasgeborenen of adoptiekinderen
Voor zover een van de ouders aangesloten is bij Dentalia Plus op een aansluitingsdatum die voorafgaat aan de geboorte- of adoptiedatum, valt de pasgeborene of het adoptiekind jonger dan drie jaar vanaf zijn geboorte- of adoptiedatum onder de dekking, mits indiening van een kopie van de geboortakte of adoptieakte vóór het einde van de derde maand na zijn geboorte of adoptie en mits betaling van de eerste bijdrage op uiterlijk de laatste dag van de zesde maand die volgt op de aansluitingsdatum. De eerste bijdrage zal pas verschuldigd zijn vanaf de eerste dag van de maand die volgt op de geboorte of de adoptie.
Dit geldt enkel als de gerechtigde in de verplichte verzekering van het kind zijn wachttijd beëindigd heeft.
- Schorsing in geval van gevangenschap
In geval van gevangenschap en op verzoek van de verzekeringssnemer kunnen de statutaire rechten en verplichtingen geschorst worden. Deze rechten en verplichtingen treden opnieuw in werking vanaf de eerste dag van de maand die volgt op het verzoek van de verzekeringssnemer om een einde te maken aan deze periode van schorsing, en op voorwaarde dat hij zijn aanvraag indient binnen negentig dagen na het einde van de reden van schorsing en dat hij zijn bijdrage betaalt binnen vijftien dagen na het verzoek tot betaling door de VMOB.
- Afwijking van de wachttijd bij ongeval
Dentalia Plus kent een tegemoetkoming toe voor elke tandheelkundige verstrekking voortvloeiend uit een ongeval dat geleid heeft tot traumatische letsels, waarvan de behandeling van dien aard is dat ze gedekt wordt door de bepalingen van dit document, op voorwaarde dat het ongeval na de aansluitingsdatum valt.
- Afwijking van de wachttijd voor gelijkaardige tandzorgverzekeringen
Er zal afgeweken kunnen worden van de wachttijden van zes en twaalf maanden ten voordele van nieuwe verzekeringssnemers die op basis van afdoende

bewijsstukken kunnen aantonen dat zij tot de datum van hun aansluiting al meer dan twaalf maanden gedekt waren door een gelijkaardige tandzorgverzekering.

4.2. Uitsluitingen uit de waarborg

Worden niet gedekt, de kosten van de tandverzorging bij een ziekte of een ongeval:

- die het gevolg zijn van oorlogsfeiten; de waarborg blijft evenwel bestaan tijdens de eerste 14 dagen na het begin van de vijandelikheden als de verzekeringssnemer verrast werd door het uitbreken van een oorlogstoestand tijdens een reis in het buitenland;
- door beoefening van een betaalde sport, ook de training;
- die het gevolg zijn van rellen, burgeroorlogen, alle collectieve gewelddaden van politieke, ideologische of sociale oorsprong die al dan niet gepaard gaan met opstand tegen de overheid of elke erkende macht, behalve als de verzekeringssnemer het bewijs levert dat hij niet actief en vrijwillig aan deze gebeurtenissen deelnam;
- die zich voordoen op een ogenblik waarop de verzekeringssnemer zich onder de invloed van bedwelmende of verdovende middelen of van andere drugs bevond;
- die het gevolg zijn van vrijwillige deelname aan een misdaad of misdrijf;
- die het gevolg zijn van een opzettelijke handeling van de verzekeringssnemer (behalve bij redding van personen of goederen) of van een vrijwillige vergroting van het risico door de verzekeringssnemer;
De opzettelijke handeling zal weerhouden worden wanneer de verzekeringssnemer wetens en willens gedrag heeft vertoond dat voorzienbare schade veroorzaakt heeft, zonder dat hij echt van plan was om die schade te berokkenen;
- die het gevolg zijn van dronkenschap, alcoholisme of toxicomanie;
- die het gevolg zijn van kernreacties.

4.3. Einde van de waarborg

De verzekeringswaarborg eindigt tegelijk met het verzekeringscontract.

5. RECHT OP VERSTREKKINGEN

De VMOB en de verzekeringssnemer werken samen met het oog op de bepaling van het recht op verstrekkingen, dat bepaald wordt aan de hand van de geleverde inlichtingen. De verzekeringssnemer geeft aan de verzekeraar de toestemming om de vereiste inlichtingen in te winnen en hij verbindt er zich toe zijn medewerking te verlenen aan de goede uitvoering van de maatregelen qua informatie en onderzoek waartoe het onderzoek van het recht op verstrekkingen aanleiding geeft. De verzekeraar onthoudt zich van elke maatregel die buiten proportie, niet relevant en overdreven blijkt te zijn in vergelijking met het onderzoek van het recht op verstrekkingen.

Als de verzekeringssnemer aanspraak kan maken op een schadevergoeding, treedt de verzekeraar in de rechten van de verzekeringssnemer tot de reikwijdte van zijn prestaties.

De overeenkomsten die de verzekeringssnemer gesloten heeft met derden over rechten die bestaan krachtens het verzekeringscontract of die ontstaan in uitvoering van het verzekeringscontract, zijn pas tegenstelbaar aan de verzekeraar vanaf de datum waarop deze laatste die rechten goedgekeurd heeft.

6. VERPLICHTINGEN VAN DE VERZEKERINGSSNEMER

De verzekeringssnemer is verplicht om:

- zijn verklaringen en mededelingen schriftelijk of via elektronische weg in te dienen bij de zetel van de verzekeraar of via zijn afdelingen;
- de verzekeraar zo spoedig mogelijk de datum mee te delen vanaf wanneer de voorwaarden voor het behoud van het contract niet langer vervuld zijn;
- de verzekeraar zo spoedig mogelijk te waarschuwen van het bestaan van een overeenkomst die een gelijkaardig of identiek risico volledig of gedeeltelijk dekt;
- aan de verzekeraar of zijn afdelingen alle gevraagde inlichtingen te bezorgen.

Als de verzekeringssnemer zondigt tegen de verplichtingen van het verzekeringscontract of de verplichtingen die voortvloeien uit de uitvoering van het contract en als die tekortkoming, na een schadegeval, een nadeel zou blijken op te leveren, dan kan de verzekeraar zijn prestaties dienovereenkomstig verminderen.

7. BIJDAGEN

Maandbedragen in € op 01/01/2017, in functie van de leeftijd

| Aangesloten bij Dentalia Plus | | | |
|---|--------|--------------------------------------|-------|
| Vóór 01/01/2011 of, na die datum, aangesloten vóór de leeftijd van 40 jaar* | | Na 01/01/2011, tussen 40 en 44 jaar* | |
| van 0 tot 3 jaar | Gratis | van 40 tot 44 jaar | 12,04 |
| van 4 tot 6 jaar | 2,97 | van 45 tot 59 jaar | 16,96 |
| van 7 tot 17 jaar | 5,75 | 60 jaar en ouder | 18,14 |
| van 18 tot 29 jaar | 6,58 | | |
| van 30 tot 44 jaar | 8,92 | | |
| van 45 tot 59 jaar | 12,57 | | |
| 60 jaar en ouder | 13,44 | | |

| Na 01/01/2011, tussen 45 en 59 jaar* | | Na 01/01/2011, tussen 60 en 64 jaar* | |
|--------------------------------------|-------|--------------------------------------|-------|
| 44 jaar** | 13,38 | 59 jaar** | 21,36 |
| van 45 tot 59 jaar | 18,85 | 60 jaar en ouder | 22,85 |
| 60 jaar en ouder | 20,16 | | |

* Op de begindatum van de aansluiting

** Leeftijd op 1 januari van het jaar van aansluiting

Een verhoging van de bijdrage met respectievelijk 35%, 50% of 70% wordt berekend op de geldende tarieven voor de verzekeringsnemers die op de datum van hun aansluiting bij de VMOB respectievelijk 40 tot 44 jaar, 45 tot 59 jaar, of 60 jaar en ouder waren.

8. REGELS ROND DE BETALING VAN DE BIJDAGEN

De verzekeringsnemer is de bijdrage verschuldigd op de vervaldatum, volgens de overeengekomen periodiciteit (per kwartaal, halfjaarlijks of jaarlijks).

De bijdrage is op voorhand opeisbaar en moet vooruitbetaald worden. De aanmaning wordt verstuurd naar het laatst gekende adres van de verzekeringsnemer. Wordt als een vooruitbetaling beschouwd, iedere bijdrage die de VMOB ontvangt vóór de eerste dag van de eerste maand van het kwartaal, halfjaar of jaar of, in geval van domiciliëring bij de bank, binnen de eerste tien dagen van de maand, het kwartaal, het halfjaar of het jaar.

De verzekeringsnemer die zijn bijdrage niet betaald heeft vóór de eerste dag van het kwartaal, ontvangt een aanmaning per aangetekend schrijven, waarin hij gesommeerd wordt tot de betaling van de bijdrage binnen 15 dagen, te rekenen vanaf de dag na de dag waarop de aangetekende brief afgegeven werd bij de post. Deze aanmaning brengt hem op de hoogte van de schorsing van de waarborg in geval van niet-betaling binnen bovenvermelde termijn. Zij vormt het vertrekpunt van de termijn van 45 dagen, waarna van rechtswege wordt overgegaan tot het ontslag. Wanneer de verzekeringsnemer zijn bijdrage niet betaald heeft op het einde van een kwartaal, zal hem automatisch een forfaitaire vergoeding van € 15 aangerekend worden, bij wijze van herinneringskosten.

De verzekeringsnemer die ontslagen is, zal opnieuw kunnen aansluiten voor zover hij alle verschuldigde bijdragen betaald heeft. Hij zal een nieuwe wachttijd moeten vervullen vooraleer hij opnieuw aanspraak kan maken op verstrekkingen.

9. SEGMENTERING

Segmentering is een techniek waarmee een verzekeraar de risico's kan klasseren volgens bepaalde criteria, om zo zijn tarieven en/of de voorwaarden voor de aangeboden waarborgen te bepalen.

De onderstaande segmenteringscriteria zouden in overweging genomen kunnen worden.

Bij het begin van het contract:

- De leeftijd van de verzekerde: statistische gegevens tonen aan dat de kans op ziekte en ziekenhuisopname toeneemt naarmate mensen ouder worden. Dit criterium kan een impact hebben op het voorkomen van schade en/of het bedrag van de terugbetalingen. Daarom wordt hier rekening mee gehouden bij de bepaling van het bedrag van de bijdrage.

Tijdens het contract:

- De leeftijd van de verzekerde: statistische gegevens tonen aan dat de kans op ziekte en ziekenhuisopname toeneemt naarmate mensen ouder worden. Dit criterium kan een impact hebben op het voorkomen van schade en/of het bedrag van de terugbetalingen. Daarom wordt hier rekening mee gehouden bij de bepaling van het bedrag van de bijdrage.

10. AANPASSING VAN DE BIJDAGE, DE VERSTREKKINGEN EN DE ALGEMENE VOORWAARDEN

De bijdrage, de tariefvoorwaarden en de voorwaarden voor de dekking van de verstrekkingen worden bepaald door rekening te houden met de parameters die vervat zijn in het technische plan dat de verzekeraar samenstelt op basis van actuariële criteria en verzekeringstechnieken.

Onverminderd de wettelijke mogelijkheden voor de aanpassing van de bijdragen, worden de indexvoet van april van het lopende jaar en de indexvoet van april van het vorige jaar elk jaar met elkaar vergeleken. De schommeling van de index wordt uitgedrukt in een percentage en kan toegepast worden op de bijdrage en op de prestaties die golden vóór de indexaanpassing.

De bijdragen worden evenwel verhoogd in functie van de toepasbare belastingen op dat vlak.

11. TERUGBETALINGEN VAN DENTALIA PLUS

11.1. Verstrekkingen

11.1.1. Preventieve tandverzorging

Onder preventieve tandverzorging verstaat men buccodentiaal onderzoek, paradontaal onderzoek (DPSI-test), profylactisch reinigen, tandsteenverwijdering, verzegeling van groeven en putjes, raadplegingen in het kabinet van een licentiaat tandheeskunde, een tandarts die houder is van een bekwaamheidsgetuigschrift, een stomatoloog of een geneesheer-tandarts.

Voor deze verstrekkingen wordt het bedrag ten laste van de verzekerde voor 100% terugbetaald, na aftrek van andere tegemoetkomingen die voortkomen uit andere reglementeringen.

11.1.2. Curatieve tandverzorging

Onder curatieve tandverzorging verstaat men het trekken van tanden, bewarende tandverzorging, mondradiologie, kleine mondchirurgie en supplementen voor dringende technische verstrekkingen.

Voor deze verstrekkingen wordt het bedrag ten laste van de verzekerde voor 50% terugbetaald, na aftrek van andere tegemoetkomingen die voortkomen uit andere reglementeringen.

Het tarief is 80% als de verzekerde preventief gedrag heeft vertoond.

11.1.3. Parodontologie

Voor de parodontologieverstrekkingen wordt het bedrag ten laste van de verzekerde voor 50% terugbetaald, na aftrek van andere tegemoetkomingen die voortkomen uit andere reglementeringen. Het tarief is 80% als de verzekerde preventief gedrag heeft vertoond.

11.1.4. Prothesen en implantaten

Voor de leveringen inzake tandverzorging en de verstrekkingen voor het plaatsen ervan, wordt het bedrag ten laste van de verzekerde voor 50% terugbetaald, na aftrek van andere tegemoetkomingen die voortkomen uit andere reglementeringen. Het tarief is 80% als de verzekerde preventief gedrag heeft vertoond.

11.1.5. Orthodontie

Voor orthodontieverstrekkingen bedraagt het tarief onveranderlijk 60% van het bedrag ten laste van de verzekerde, na aftrek van andere tegemoetkomingen die voortkomen uit andere reglementeringen.

11.2. Tegemoetkomingen voor verstrekkingen in België

Opdat de dienst tegemoetkomingen zou kunnen toekennen, moeten alle verstrekkingen opgenomen zijn in ofwel het KB van 1 juni 1934 dat de uitoefening van tandheeskunde reglementeert, ofwel het KB van 9 november 1951 ter aanvulling van het KB van 1 juni 1934, dat de uitoefening van de tandheeskunde reglementeert.

11.3. Tegemoetkomingen voor verstrekkingen in het buitenland

De verstrekkingen worden gedekt als zij toegediend werden door verstrekkingen met een erkenning, op het grondgebied van het vasteland van de volgende buurlanden: Frankrijk, Nederland, Duitsland en Groothertogdom Luxemburg.

11.4. Uitzonderingen

11.4.1. Tijdens het eerste aansluitingsjaar is het terugbetalingstarief voor curatieve en parodontale verzorging vastgelegd op 80% van het bedrag ten laste van de verzekerde.

1.4.2. Het terugbetalingstarief voor curatieve verzorging ten gunste van de verzekerden van 6 jaar en jonger, is vastgelegd op 80% van het bedrag ten laste.

12. BEPERKINGEN OP TEGEMOETKOMINGEN

1. Jaarlijks plafond

Het jaarlijks plafond vangt aan op de verjaardag van de afsluiting van het contract, en dus niet op 1 januari van het kalenderjaar.

De tegemoetkoming van de dienst wordt beperkt tot € 350 per verzekerde tijdens het eerste aansluitingsjaar; tot € 650 per verzekerde in het tweede aansluitingsjaar en tot € 1.250 per verzekerde tijdens het derde aansluitingsjaar en de volgende jaren.

Vanaf het derde aansluitingsjaar is de tegemoetkoming van de dienst echter beperkt tot € 1.050 per verzekerde voor alle verstrekkingen voor orthodontie, parodontologie en prothesen en implantaten.

Wanneer de verzekeringsnemer gedekt was door een gelijkaardige tandzorgverzekering, wordt het aantal aansluitingsjaren bij die verzekering in acht genomen om het jaarplafond van € 350, € 650 of € 1.250 te bepalen.

2. Verstrekkingen die niet gedekt worden door Dentalia Plus

Dentalia Plus biedt geen tegemoetkoming voor:

- de verstrekkingen uit artikel 14, l) van de bijlage van het KB van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, waarvan de codes niet gevolgd worden door een plusteken;
- geneesmiddelen;
- tandzorgverstrekkingen van esthetische/cosmetische aard (bleaching, facing), behalve als de adviserend geneesheer vooraf zijn toestemming heeft gegeven en als de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen een tegemoetkoming aanbiedt.

13. CUMULATIE VAN DE DEKKINGEN

13.1. Er wordt geen rekening gehouden met de kosten als zij gedekt kunnen worden door:

- de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen, zoals deze georganiseerd wordt door de op 14 juli 1994 gecoördineerde wet en haar uitvoerings-KB's en door het KB van 30 juni 1964;
- de wetgevingen in verband met de arbeidsongevallen (wet van 10 april 1971 en uitvoerings-KB's) en met de beroepsziekten (wet van 3 juni 1970 en uitvoerings-KB's);
- de Europese verordeningen 1408/71, 574/72 en 883/04 of door een multilaterale of bilaterale sociale zekerheidsvereenkomst gesloten door België;
- de dienst 'dringende zorg in het buitenland' van de verzekeringsinstellingen.

De gedekte supplementen worden dus bepaald in verwijzing naar deze tegemoetkomingen. Heeft de verzekeringsnemer om een of andere reden niet het recht om een beroep te doen op een of meer van deze tegemoetkomingen, dan komt de VMOB tussen op dezelfde wijze als voor een verzekeringsnemer die wel recht heeft op deze tegemoetkomingen.

13.2. Wanneer de krachtens een andere wetgeving, het gemeenrecht of een ander verzekeringscontract toegekende sommen lager zijn dan de door de VMOB toegekende verstrekkingen, dan heeft de rechthebbende recht op het verschil ten laste van die laatste. Deze inlichtingen moeten voorkomen op de 'Tegemoetkomingsaanvraag'. De tegemoetkoming van de VMOB mag in geen geval hoger zijn dan het bedrag van de werkelijk door de verzekerde aangegane kosten.

Wanneer de schade geacht wordt gedekt te worden door het gemeenrecht of door een andere wetgeving, dan kan de VMOB voorlopig verstrekkingen toekennen, in afwachting van de effectieve betaling van de schadevergoeding.

De VMOB zal in dit geval in alle rechten treden die de verzekerde kan uitoefenen ten aanzien van de schuldenaar van de schadevergoeding.

De verzekerde kan en mag geen schikking treffen met de schuldenaar van de schadevergoeding, tenzij met de voorafgaande toestemming van de VMOB.

14. TEGEMOETKOMINGEN

14.1. Verjaring

De vordering tot betaling van verstrekkingen in het kader van de voordelen en elke andere vordering die afgeleid wordt uit het verzekeringscontract, verjaren na drie jaar; te rekenen vanaf de dag van de gebeurtenis die het recht geopend heeft, dus vanaf de dag van de verwezenlijking van het gedekte risico.

14.2. Betaling van de voordelen

Om aanspraak te kunnen maken op terugbetalingen, moet de verzekeringsnemer in orde zijn met de betaling van zijn bijdragen.

Om de voordelen van de dekking Dentalia Plus te kunnen genieten, moet de verzekeringsnemer zich richten tot een erkende verstrekker. Hij moet het aanvraagformulier voor de tegemoetkoming, naar behoren ingevuld door hemzelf en de zorgverlener, indienen samen met een ingevuld getuigschrift voor verstekte hulp, afgeleverd in het kader van een tegemoetkoming door de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen. Dit getuigschrift moet vervangen worden door een factuur of een ereloonnota, als er geen tegemoetkoming toegekend wordt in de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen.

15. VERWERKING VAN DE GEGEVENS

De verzekeringsnemer verklaart:

- dat hij aan de VMOB de toestemming geeft om persoonlijke en medische gegevens en inlichtingen te verzamelen en te verwerken. Medische gegevens worden verzameld en verwerkt onder het toezicht en de verantwoordelijkheid van een professional uit de gezondheidszorg die verbonden is met de VMOB.
- dat hij de VMOB de toestemming geeft om medische gegevens te gebruiken voor het sluiten, beheren en uitvoeren van het verzekeringscontract.

De verzekeraar verklaart dat de persoonlijke en medische gegevens en inlichtingen enkel verzameld, verwerkt en gebruikt worden voor de verwezenlijking 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.

16. COMMUNICATIEWIJZE EN TALEN

De VMOB communiceert met de verzekerden via verschillende kanalen:

- per brief en per e-mail op info@hospitalia.be
- per telefoon op 02.778.92.11
- via uw afdeling; om de gegevens van het dichtstbijzijnde agentschap te kennen: 501: OZ (www.oz.be) - 506: Omnimut (www.omnimut.be) - 509: Partenamut (www.partenamut.be) - 515: Freie Krankenkasse (www.freie.be) - 526: Partena OZV (www.partena-ziekenfonds.be)

Communicatietaal

Alle communicatie verloopt in het Nederlands, Frans, Engels of Duits, volgens de keuze van de verzekeringsnemer.

Al onze documenten zijn beschikbaar in het Nederlands, Frans, Engels of Duits.

17. KLACHTEN

De bepalingen van de Belgische wetgeving zijn van toepassing op al wat niet uitdrukkelijk vermeld staat in het verzekeringscontract.

Elke klacht over het verzekeringscontract kan gericht worden:

- ofwel aan de afdeling waarvan de verzekeringsnemer afhangt
- ofwel per e-mail aan jean.vigneron@mloz.be
- ofwel per telefoon MLOZ : 02 778 92 11

Als u een klacht zou hebben over onze dienstverlening waarover we het niet eens konden worden, kunt u contact opnemen met de Ombudsman van de Verzekeringen, waarvan de zetel gevestigd is op de de Meeûssquare 35 te 1000 Brussel - Tel. 02 547 58 71 - Fax 02 547 59 75

info@ombudsman.as - www.ombudsman.as

18. BELEID QUA BELANGENCONFLICTEN

Conform de wetgeving heeft de VMOB 'Ziekenfonds voor Hospitalisatiekosten' een 'Beleid qua belangenconflicten' uitgestippeld (www.dentaliaplus.be/mifid).

De VMOB wil belangenconflicten vermijden, met name belangenconflicten die de belangen van een of meer klanten kunnen schaden doordat ze tegengesteld zijn aan de belangen van een van haar agenten, van andere klanten, van de VMOB zelf of van een medewerker van de VMOB of haar afdelingen. Om te beantwoorden aan haar verplichtingen heeft de VMOB een algemeen kader uitgewerkt dat beschrijft op welke manier ze belangenconflicten aanpakt, namelijk door:

- potentiële belangenconflicten te identificeren
- beheermaatregelen te treffen voor belangenconflicten die al ontstaan zijn of die nog kunnen ontstaan
- haar klanten te informeren
- haar medewerkers op te leiden
- een register van belangenconflicten bij te houden
- dit beleid in werking te stellen en regelmatig te evalueren.

Deze samenvatting wordt enkel ter informatie gegeven. Alleen de statuten zelf zijn bepalend voor de rechten en de verplichtingen van de verzekeringsnemers van de VMOB. Zij kunnen geraadpleegd worden in de zetel van de VMOB of op www.hospitalia.be.