TandPlus

Polisvoorwaarden 2027

HospiPlus

Tandplus is de facultatieve verzekering van:

Vlaams & Neutraal Ziekenfonds (203)

Verzekeringstussenpersoon van de VMOB HospiPlus erkenningsnummer 2006

Hoogstratenplein 1 te 2800 Mechelen, tel. 015 28 90 90

Neutraal Ziekenfonds Vlaanderen (235)

Verzekeringstussenpersoon van de VMOB HospiPlus erkenningsnummer 2007

Statieplein 12 te 9300 Aalst, tel. 053 76 99 99

De kennisgeving van een premie-aanpassing of aanpassing van de polisvoorwaarden wordt bekend gemaakt in de ledenmagazines "Objectief & Gezond" (203) en "Objectief" (235).

ARTIKEL 1. DEFINITIES

Aanvullende verzekering:
De diensten bedoeld in artikel 3, eerste lid b) en c), van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, alsook de diensten bedoeld in artikel 67, vijfde lid, van de wet van 26 april 2010 houdende diverse bepalingen inzake de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering (I), georganiseerd door een bij de verzekeraar aangesloten ziekenfonds.

Ambulante kosten:
Kosten die gedragen worden buiten een hospitalisatie of daghospitalisatie.

Ambulante tandheelkundige verstrekkingen:
Tandheelkundige verstrekkingen verleend buiten een hospitalisatie of daghospitalisatie.

Ambulante zorgen:
Zorgen verleend buiten een hospitalisatie of daghospitalisatie.

Daghospitalisatie:
Medische opname waarvoor geen verpleegdag door het ziekenhuis wordt gefactureerd, maar wel een miniforfait, een maxiforfait, een forfait gipskamer, een forfait heelkundige dienst, een dagziekenhuisforfait groep 1 tot en met 7 of een forfait chronische pijn wordt aangerekend.

Gelijkaardige verzekering:
Elke tandverzekering en elke ambulante verzekering met een waarborg tandzorgen ingericht door een Belgische mutualistische entiteit, alsook de verzekering MaxiPlan van de verzekeraar.

Het bewijs van dekking door een gelijkaardige verzekering wordt geleverd aan de hand van een attest afgeleverd door de betrokken Belgische mutualistische entiteit waarin minstens de begin- en einddatum van dekking wordt vermeld.

Gerechtigde:
De natuurlijke persoon uit hoofde van wiens beroepsactiviteit of gelijkgestelde toestand rechten in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voortvloeien of kunnen voortvloeien en die in die hoedanigheid bij een bij de verzekeraar aangesloten ziekenfonds is ingeschreven.

Hospitalisatie:
Iedere noodzakelijke medische opname in een ziekenhuis waarvoor minstens één verpleegdag door het ziekenhuis wordt gefactureerd.

Mutualistisch gezin:
De gerechtigde en zijn personen ten laste zoals deze gekend zijn bij de bij de verzekeraar aangesloten ziekenfondsen.

Nomenclatuurcodes:
De codes, zoals bedoeld in artikel 35 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, welke aangeven of een verstrekking of prestatie al dan niet volledig of gedeeltelijk terugbetaald wordt door het ziekenfonds.

Ongeval:
Iedere plotse gebeurtenis waarvan de oorzaak of één van de oorzaken buiten het organisme van de verzekerde ligt en die zijn/haar fysieke integriteit aantast.

Orthodontische behandelingen:
De diagnose en behandeling van afwijkingen van groei van de kaken en de gebitsontwikkeling.

Parodontologie:
Tandheelkundige specialisatie die zich richt op de behandeling van tandvleesaandoeningen.

Persoon ten laste:
De natuurlijke persoon die in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen wel als rechthebbende maar niet als gerechtigde is ingeschreven bij een bij de verzekeraar aangesloten ziekenfonds.

Premie:
Bedrag dat de verzekeraar vraagt als tegenprestatie voor zijn verbintenissen, eventueel verhoogd met belastingen en/of bijkomende heffingen van welke aard ook, bij wet of bij enige andere reglementaire beschikking opgelegd.

Supplementen voor ambulante tandheelkundige verstrekkingen:
De honorariumsupplementen voor ambulante tandheelkundige verstrekkingen die, bovenop de wettelijke remgelden, ten laste blijven van de verzekerde. Hierbij wordt enkel rekening gehouden met de ambulante tandheelkundige verstrekkingen die volgende nomenclatuurcodes dragen:
301011, 301033, 301055, 301070, 301092, 301114, 301195, 301210, 301254, 301276, 301291, 301313, 301335, 301350, 301372, 301593, 301696, 301711, 301733, 301755, 301770, 301976, 302153, 302175, 302190, 302212, 302234, 302352, 302374, 302396, 302411, 302433, 302551, 302573, 302595, 302610, 302632, 303575, 303590, 303612, 303774, 303796, 304312, 304371, 304393, 304415, 304430, 304452, 304533, 304555, 304570, 304754, 304776, 304872, 304916, 304975, 304990, 305012, 305034, 305056, 305071, 305130, 305152, 305233, 305255, 305270, 305292, 305314, 305336, 305351, 305373, 305395, 305410, 305432, 306132, 306154, 306176, 306191, 306213, 306832, 306854, 306876, 306891, 306913, 307016, 307031, 307053, 307112, 307134, 307230, 307252, 307274, 307296, 307311, 307333, 307355, 307731, 307753, 307775, 307790, 307812, 307834, 307856, 307871, 307893, 307915, 307930, 307952, 307974, 307996, 308011, 308033, 308055, 308070, 308092, 308114, 308136, 308151, 308335, 308350, 308512, 308534, 309013, 309035, 309050, 309072, 309094, 309116, 309131, 309153, 309411, 309433, 309492, 309514, 309536, 309551, 309573, 309595, 309610, 309632, 309654, 309676, 309691, 309713, 309735, 309750, 371011, 371033, 371055, 371070, 371092, 371114, 371195, 371254, 371276, 371291, 371313, 371335, 371350, 371372, 371571, 371593, 371615, 371696, 371711, 371733, 371755, 371770, 372153, 372175, 372190, 372212, 372234, 372352, 372374, 372396, 372411, 372433, 372455, 372470, 372514, 372536, 372551, 372573, 372595, 372610, 372632, 373575, 373590, 373612, 373634, 373656, 373774, 373796, 373811, 373833, 373855, 373892, 373914, 373936, 373951, 373973, 374312, 374356, 374371, 374393, 374415, 374430, 374452, 374474, 374533, 374555, 374570, 374754, 374776, 374791, 374872, 374975, 375012, 375034, 375056, 375071, 375130, 375152, 377016, 377031, 377053, 377090, 377112, 377134, 377230, 377274, 377296, 377311, 377333, 377355, 378335, 378350, 378954, 378976, 379013, 379035, 379050, 379072, 379094, 379116, 379131, 379153, 379411, 379433, 379492, 379514, 379536, 379551, 389012, 389034, 389631, 389653, 389675, 389690, 389712, 389734, 389756, 389771, 389793, 389815, 389830, 389852, 389874, 389896, 389911, 389933.

Tandimplantaat:
Prothetisch element dat wordt aangebracht in het kaaksbeen met het oog op de fixatie van een vaste of uitneembare tandprothese, of met het oog op de plaatsing van een kroon.

Tandprothese:
Kunstmatige vaste of uitneembare vervanging van één of meer natuurlijke tanden.

Tandzorgen:
Zorgen die betrekking hebben op parodontologie, tandextracties en het plaatsen van tandbruggen, tandprothesen, tandimplantaten, kronen en stifttanden.

Verpleegdag:
De kost die het ziekenhuis mag aanrekenen voor elke hospitalisatiedag met overnachting (opname vóór middernacht en ontslag na 8.00u 's anderendaags). De dag van opname en de dag van ontslag worden aanzien als 1 verpleegdag, behalve indien de ziekenhuisopname begon vóór 12.00u en het ontslag gegeven werd na 14.00u.

Vervaldag:
Dit is de dag waarop de premie moet betaald zijn voor een welbepaald verzekeringsjaar en is altijd 1 januari van het desbetreffende verzekeringsjaar.

Verzekeraar:
De VMOB HospiPlus, met maatschappelijke zetel te Statieplein 12, 9300 Aalst, ondernemingsnummer BE0471.458.404., verzekeringsmaatschappij toegelaten door de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen onder het nummer 250/01 om ziekteverzekeringen in de zin van tak 2 van bijlage 1 van de wet van 13 maart 2016 op het statuut van en het toezicht op de verzekerings- of herverzekeringsondernemingen aan te bieden, alsook om, op bijkomende wijze, risico's te dekken die behoren tot de hulpverlening zoals bedoeld in tak 18 van bijlage 1 van voornoemde wet.

De VMOB HospiPlus is onderworpen aan de bepalingen van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van de ziekenfondsen, de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen en de wet van 13 maart 2016 op het statuut van en het toezicht op de verzekerings- of herverzekeringsondernemingen.

Verzekerde:
Het lid van het mutualistisch gezin op wie het risico rust en die de begunstigde is van de verzekeringsovereenkomst.

Verzekeringnemer:
De gerechtigde van het mutualistisch gezin die de verzekeringsovereenkomst heeft onderschreven voor zichzelf en zijn mutualistisch gezin, en die gehouden is tot betaling van de premies.

In geval van feitelijke scheiding kan ook de echtgeno(o)t(e) van de gerechtigde die nog ingeschreven staat als persoon ten laste een eigen verzekeringsovereenkomst onderschrijven wanneer hij/zij hier schriftelijk om vraagt.

Verzekeringsjaar:
De periode van 12 maanden, lopende van 1 januari tot en met 31 december, waarvoor de premie wordt betaald.

Indien de onderschrijving van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst niet overeenstemt met de jaarlijkse vervaldag, bestaat het eerste verzekeringsjaar uit de periode tussen de datum van onderschrijving of toetreding, en de jaarlijkse vervaldag van de verzekeringsovereenkomst.

Verzekeringsovereenkomst:
Deze omvat deze Algemene Voorwaarden en de Bijzondere Voorwaarden. De Bijzondere Voorwaarden primeren op de Algemene Voorwaarden.

Wachttijd:
De periode die ingaat bij de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst, maar waarin geen enkel recht op tegemoetkoming kan ontstaan of gevraagd worden. De premie is verschuldigd gedurende deze periode.

Wettelijke remgelden voor ambulante tandheelkundige verstrekkingen:
De kosten voor ambulante tandheelkundige verstrekkingen die, volgens de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, ten laste blijven van de verzekerde. Hierbij wordt enkel rekening gehouden met de verstrekkingen die volgende nomenclatuurcodes dragen:
301011, 301033, 301055, 301070, 301092, 301114, 301195, 301210, 301254, 301276, 301291, 301313, 301335, 301350, 301372, 301593, 301696, 301711, 301733, 301755, 301770, 301976, 302153,302175, 302190, 302212, 302234, 302352, 302374, 302396, 302411, 302433, 302551, 302573, 302595, 302610, 302632, 303575, 303590, 303612, 303774, 303796, 304135, 304150, 304172, 304194, 304312, 304371, 304393, 304415, 304430, 304452, 304533, 304555, 304570, 304754, 304776, 304872, 304916, 304975, 304990, 305012, 305034, 305056, 305071, 305130, 305152, 305211, 305233, 305255, 305270, 305292, 305314, 305336, 305351, 305373, 305395, 305410, 305432, 305550, 305572, 305616, 305631, 305653, 305675, 305690, 305734, 305756, 305830, 305852, 305874, 305911, 305933, 305955, 306832, 306854, 306876, 306891, 306913, 306935, 307016, 307031, 307053, 307090, 307112, 307134, 307230, 307252, 307274, 307296, 307311, 307333, 307355, 307731, 307753, 307775, 307790, 307812, 307834, 307856, 307871, 307893, 307915, 307930, 307952, 307974, 307996, 308011, 308033, 308055, 308070, 308092, 308114, 308136, 308151, 308335, 308350, 308512, 308534, 309013, 309035, 309050, 309072, 309094, 309116, 309131, 309153, 309411, 309433, 309492, 309514, 309536, 309551, 309573, 309595, 309610, 309632, 309654, 309676, 309691, 309713, 309735, 309750, 371011, 371033, 371055, 371070, 371092, 371114, 371195, 371254, 371276, 371291, 371313, 371335, 371350, 371372, 371571, 371615, 371696, 371711, 371733, 371755, 371770, 372153, 372175, 372190, 372212, 372234, 372352, 372374, 372396, 372411, 372433, 372455, 372470, 372514, 372536, 372551, 372573, 372595, 372610, 372632, 373575, 373590, 373612, 373634, 373656, 373774, 373796, 373811, 373833, 373855, 373892, 373914, 373936, 373951, 373973, 374135, 374150, 374172, 374194, 374312, 374356, 374371, 374393, 374415, 374430, 374452, 374474, 374533, 374555, 374570, 374754, 374776, 374791, 374872, 374975, 375012, 375034, 375056, 375071, 375130, 375152, 375211, 375233, 375255, 375270, 375292, 377016, 377031, 377053, 377090, 377112, 377134, 377230, 377274, 377296, 377311, 377333, 377355, 378335, 378350, 378954, 378976, 379013, 379035, 379050, 379072, 379094, 379116, 379131, 379153, 379411, 379433, 379492, 379514, 379536, 379551, 389012, 389034, 389631, 389653, 389675, 389690, 389712, 389734, 389756, 389771, 389793, 389815, 389830, 389852, 389874, 389896, 389911, 389933.

Wettelijke tegemoetkoming:
Elke tegemoetkoming zoals die wordt bepaald door de Belgische wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, arbeidsongevallen en beroepsziekten.

Ziekenfonds:
Een vereniging van natuurlijke personen die het bevorderen van het fysiek, psychisch en sociaal welzijn als streefdoel heeft in een geest van voorzorg, onderlinge hulp en solidariteit, zoals bepaald in artikel 2 van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen.

Ziekenhuis:
Een instelling die wettelijk erkend is als ziekenhuis volgens artikel 2 of artikel 3 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen.

ARTIKEL 2. DOEL VAN DE VERZEKERING

Deze verzekering beoogt, binnen de grenzen van de verzekeringsovereenkomst, tegemoet te komen in de wettelijke remgelden en supplementen voor ambulante tandheelkundige verstrekkingen, in de werkelijke kosten van ambulante en in daghospitalisatie verleende tandzorgen waarvoor geen wettelijke tegemoetkoming voorzien is en in de ambulante kosten van orthodontische behandelingen.

ARTIKEL 3. VERPLICHTINGEN BIJ ONDERSCHRIJVING VAN, OF TOETREDING TOT, DE VERZEKERING

De verzekeringsovereenkomst kan alleen onderschreven worden door een gerechtigde, die naast zichzelf ook alle personen ten laste binnen zijn mutualistisch gezin moet verzekeren.

Als uitzondering op voorgaande alinea, zijn de gerechtigde en/of zijn personen ten laste die genieten van een commerciële tandverzekering of van een andere ambulante commerciële verzekering met een waarborg tandzorgen vrijgesteld van de verplichte aansluiting. Het bewijs van dekking wordt geleverd aan de hand van een attest afgeleverd door de betrokken verzekeringsmaatschappij.

Om als verzekerde aanvaard te kunnen worden, moet hij/zij:

- als gerechtigde of persoon ten laste ingeschreven zijn,
- in regel zijn met de bijdragen voor de aanvullende verzekering van een bij de verzekeraar aangesloten ziekenfonds en niet ontheven zijn van de mogelijkheid om te genieten van de voordelen van die verzekering, of in voorkomend geval, in regel zijn met de bijdragen voor de aanvullende verzekering sinds de aanvang van de periode bedoeld in artikel 2quater, derde lid, van het koninklijk besluit van 7 maart 1991 tot uitvoering van artikel 2, §§ 2 en 3, artikel 14, § 3, en artikel 19, derde en vierde lid, van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen,
- een behoefteanalysefiche en een verzekeringsvoorstel invullen en ondertekenen.

Wie terug in regel is met de bijdragen voor de aanvullende verzekering sinds de aanvang van de periode bedoeld in artikel 2quater, derde lid, van het koninklijk besluit van 7 maart 1991 tot uitvoering van artikel 2, §§ 2 en 3, artikel 14, § 3, en artikel 19, derde en vierde lid, van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, en deze verzekeringsovereenkomst wenst te onderschrijven, of ertoe wenst toe te treden, moet alle verplichtingen, zoals bepaald in alinea 3 van onderhavig artikel, naleven.

Pasgeborenen en adoptiekinderen jonger dan 18 jaar treden zonder verdere formaliteiten toe tot een bestaande verzekeringsovereenkomst.

ARTIKEL 4. INWERKINGTREDING VAN DE VERZEKERING

§ 1. De verzekeringsovereenkomst treedt in werking op de datum die wordt vermeld in de Bijzondere Voorwaarden, doch nooit vóór de 1ste van de maand volgend op de ontvangst van de volledig ingevulde behoefteanalysefiche en het volledig ingevuld verzekeringsvoorstel. De verzekeraar is tot geen enkele prestatie gehouden vóór de inwerkingtreding van de verzekeringsovereenkomst.

Dezelfde regels zijn van toepassing wanneer een verzekerde toetreedt tot een bestaande verzekeringsovereenkomst.

In afwijking van deze algemene bepaling treedt een pasgeborene of een adoptiekind jonger dan 18 jaar toe tot een bestaande verzekeringsovereenkomst vanaf de geboorte- of adoptiedatum.

De dekking van de verzekeringsovereenkomst neemt pas een aanvang ten vroegste na betaling van de 1ste premie.

§ 2. Wie terug in regel is met de bijdragen voor de aanvullende verzekering sinds de aanvang van de periode bedoeld in artikel 2quater, derde lid, van het koninklijk besluit van 7 maart 1991 tot uitvoering van artikel 2, §§ 2 en 3, artikel 14, § 3, en artikel 19, derde en vierde lid, van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen:

- moet een wachttijd doorlopen; én
- is een premie verschuldigd in lijn met de bepalingen van artikel 8.

ARTIKEL 5. DUUR VAN DE VERZEKERING

De verzekeringsovereenkomst wordt afgesloten voor onbepaalde duur.

ARTIKEL 6. EINDE VAN DE VERZEKERING

De verzekeringsovereenkomst neemt een einde in de hierna opgesomde gevallen.

- Bij overlijden van de verzekeringnemer wordt de verzekeringsovereenkomst beëindigd op de datum van het overlijden van de verzekeringnemer. De overblijvende verzekerden die gedekt werden door deze overeenkomst kunnen genieten van het voortzettingsrecht overeenkomstig artikel 7 van deze Algemene Voorwaarden.

- Bij overlijden van de verzekerde wordt de verzekeringsovereenkomst in zijn/haar hoofde beëindigd op de datum van het overlijden van de verzekerde.

- Indien de verzekeringnemer niet langer aangesloten is bij de aanvullende verzekering van een bij de verzekeraar aangesloten ziekenfonds wordt de verzekeringsovereenkomst in hoofde van alle via deze overeenkomst verzekerde personen beëindigd vanaf de eerste dag van de maand na de stopzetting van de aansluiting.

- Indien de verzekerde, die geen verzekeringnemer is, niet langer aangesloten is bij de aanvullende verzekering van een bij de verzekeraar aangesloten ziekenfonds wordt de verzekeringsovereenkomst in zijn/haar hoofde beëindigd vanaf de eerste dag van de maand na de stopzetting van de aansluiting.

- Indien de mogelijkheid om te genieten van de voordelen van de aanvullende verzekering in hoofde van de verzekeringnemer en zijn/haar verzekerden wordt opgeheven ingevolge de niet-betaling van de bijdragen van de aanvullende verzekering gedurende 24 maanden, wordt de verzekeringsovereenkomst in hoofde van alle verzekerden beëindigd vanaf de eerste dag van de maand van de opheffing, ongeacht of de verzekeringnemer en zijn/haar verzekerden al dan niet in orde zijn met de betaling van de premie voor deze verzekeringsovereenkomst.

- Indien de verzekeringnemer, die sinds de aanvang van de periode bedoeld in artikel 2quater, derde lid, van hoger genoemd koninklijk besluit van 7 maart 1991, 6 maanden achterstal kent in de betaling van de bijdragen voor de aanvullende verzekering, wordt de verzekeringsovereenkomst in hoofde van alle via deze overeenkomst verzekerde personen beëindigd op het einde van de zesde maand van wanbetaling. De periode van 6 maanden wordt opgeschort:
  - gedurende de periode tijdens dewelke de verzekeringnemer, van wie de mogelijkheid om een voordeel van de aanvullende verzekering te genieten, is opgeheven en die begonnen is met de betaling van de bijdragen voor een daaropvolgende periode, door de wet verhinderd is te betalen omdat hij/zij zich in een toestand van collectieve schuldregeling of van faillissement bevindt;
  - gedurende de periode tijdens dewelke de verzekeringnemer, van wie de mogelijkheid om een voordeel van de aanvullende verzekering te genieten, is opgeheven en die begonnen is met de betaling van de bijdragen voor een daaropvolgende periode, de hoedanigheid van gerechtigde heeft verloren en persoon ten laste is van een gerechtigde die niet in regel is met de betaling van de bijdragen voor de aanvullende verzekering.

- Indien een verzekerde de hoedanigheid van persoon ten laste ten aanzien van de verzekeringnemer verliest, wordt de verzekeringsovereenkomst in hoofde van deze verzekerde beëindigd vanaf de eerste dag van de maand volgend op de kennisname door de verzekeraar van het verlies van hoedanigheid. De verzekerde kan genieten van het voortzettingsrecht overeenkomstig artikel 7 van deze Algemene Voorwaarden.

- Wanneer de verzekeringnemer de hoedanigheid van gerechtigde verliest, wordt de verzekeringsovereenkomst van de verzekeringnemer en eventuele andere verzekerden beëindigd vanaf de eerste dag van de maand volgend op de kennisname door de verzekeraar van het verlies van hoedanigheid. De verzekeringnemer en de verzekerden kunnen genieten van het voortzettingsrecht overeenkomstig artikel 7 van deze Algemene Voorwaarden.

- In geval van niet-betaling van de premie op de jaarlijkse vervaldag wordt de verzekeringsovereenkomst beëindigd volgens de bepalingen van artikel 8 van deze Algemene Voorwaarden.

- De verzekeringsovereenkomst kan maandelijks opgezegd worden door de verzekeringnemer via een aangetekend schrijven, een deurwaardersexploot of door afgifte van een opzeggingsbrief tegen ontvangstbewijs. De opzegtermijn bedraagt één maand en gaat in op de eerste dag van de maand die volgt op de ontvangst van het verzoek tot stopzetting; de postdatum geldt als bewijs.

- De verzekeringnemer en de verzekeraar kunnen de verzekeringsovereenkomst zonder boete en zonder motivering schriftelijk, per gewone brief, binnen 14 kalenderdagen herroepen. De verzekeringnemer stuurt deze brief naar VMOB HospiPlus, Statieplein 12, 9300 Aalst. De termijn van 14 dagen loopt vanaf de dag waarop de verzekeraar aan de verzekeringnemer heeft meegedeeld dat de overeenkomst gesloten is of vanaf de dag waarop de verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst en de precontractuele informatiefiche heeft ontvangen, indien dit later zou zijn. De opzegging die uitgaat van de verzekeringnemer treedt in werking op het ogenblik van de kennisgeving; deze die uitgaat van de verzekeraar 8 dagen na de kennisgeving ervan.

In geval van vrijwillige opzeg door de verzekeringnemer of in geval van stopzetting ingevolge niet-betaling van de premie wordt de overeenkomst voor alle verzekerden stopgezet en kunnen zij pas opnieuw deze verzekering onderschrijven na verloop van 3 jaar te rekenen vanaf de datum van stopzetting van de overeenkomst.
De verzekeraar is gehouden tot vergoeding van de kosten, zoals omschreven in artikel 11 van deze Algemene Voorwaarden, die effectief verwezenlijkt waren vóór de datum van stopzetting van de verzekeringsovereenkomst.

ARTIKEL 7. WIJZIGINGEN IN HET MUTUALISTISCH GEZIN

De verzekeringnemer en/of de verzekerde verbinden zich ertoe om elke wijziging van samenstelling van het mutualistisch gezin schriftelijk te melden aan de verzekeraar binnen de 30 dagen na wijziging.

Onder wijziging in het mutualistisch gezin wordt verstaan:
- het overlijden van de verzekeringnemer of een verzekerde,
- het verlies van hoedanigheid van persoon ten laste in hoofde van een verzekerde,
- het verlies van hoedanigheid van gerechtigde in hoofde van de verzekeringnemer,
- de toevoeging van een persoon ten laste aan het gezin.

Bij wijziging in het mutualistisch gezin heeft de verzekerde, die het voordeel van deze verzekeringsovereenkomst verliest overeenkomstig de bepalingen van artikel 6 van deze Algemene Voorwaarden, het recht om deze overeenkomst voort te zetten, op voorwaarde dat de verzekerde als gerechtigde aangesloten is bij één van de bij de verzekeraar aangesloten ziekenfondsen, dan wel als persoon ten laste wordt ingeschreven bij een titularis die deze verzekering al heeft onderschreven of wil onderschrijven.

Het aanbod tot voortzetting wordt door de verzekeraar binnen een termijn van 30 dagen, te rekenen vanaf het ogenblik dat de verzekeraar kennisneemt van de wijziging, overgemaakt aan de verzekerde die een termijn heeft van 60 dagen, te rekenen vanaf de ontvangst van het aanbod tot voortzetting, om het aanbod schriftelijk te aanvaarden.

In geval van aanvaarding treedt de verzekeringsovereenkomst in werking vanaf de eerste van de maand volgend op het verlies van het voordeel van de vorige verzekeringsovereenkomst, tenzij de voortzetting het gevolg is van een overlijden. In dit laatste geval, treedt de verzekeringsovereenkomst in werking op de eerste van de maand waarin het verlies van het voordeel van de vorige verzekeringsovereenkomst plaatsvond en zal voor de eerste maand van dekking geen premie verschuldigd zijn.

Indien de verzekeringnemer en/of de verzekerde zich niet houden aan de bovenvermelde voorwaarden, vervalt het recht op voortzetting voor de verzekerde.

ARTIKEL 8. PREMIE

§ 1. De premie voor alle verzekerden samen, is verschuldigd door de verzekeringnemer op de jaarlijkse vervaldag, volgens de overeengekomen periodiciteit.

De premie is betaalbaar bij de aanbieding van de prenotificatie (= betaling via domiciliëring) of het verzoek om betaling (= betaling via overschrijving) dat wordt verstuurd door de verzekeraar naar het laatst gekend adres van de verzekeringnemer. In geval van niet-betaling van de premie geldt § 2 van dit artikel.

De premie wordt berekend rekening houdende met:
- de leeftijd van de verzekerde op het ogenblik van inwerkingtreding van, of toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst en het al dan niet aanwezig zijn van een gelijkaardige verzekering op dat ogenblik, én
- de leeftijdscategorie waartoe de verzekerde behoort op 31 december van het verzekeringsjaar waarop de premie betrekking heeft.

Indien er door een verzekeringsovereenkomst meer dan 3 kinderen verzekerd worden, moet er vanaf het 4de én jongste kind geen premie meer betaald worden.

Wie de verzekeringsovereenkomst in de loop van een verzekeringsjaar onderschrijft of ertoe toetreedt, betaalt in het eerste verzekeringsjaar de premie pro rata de nog resterende maanden van het lopende verzekeringsjaar, te rekenen vanaf datum van onderschrijving of toetreding.

§ 2. Niet-betaling van de premie op de vervaldag levert grond op tot opzegging van de verzeke-

ringsovereenkomst mits de verzekeringnemer in gebreke is gesteld via een aangetekend schrijven.

In deze brief wordt de verzekeringnemer aangemaand de premie te betalen binnen een termijn die niet korter is dan 15 dagen, te rekenen vanaf de dag volgend op de afgifte van de aangetekende brief, en wordt deze herinnerd aan de gevolgen van niet-betaling.

De opzegging van de verzekeringsovereenkomst wegens niet-betaling van de premie gaat in vanaf de datum voorzien in het aangetekend schrijven.

§ 3. Op 1 januari 2027 geldt volgende jaarpremie:

a) voor verzekerden die bij de verzekeringsovereenkomst instappen* of ingestapt zijn met een gelijkaardige verzekering:

leeftijds-categorie per einde verzekerings-jaar	handels-premie	kosten begrepen in de handelspremie		taksen en bijdragen	totale jaarpremie
		administratie-kosten	acquisitie-kosten		
0 t.e.m. 6 jaar	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
7 t.e.m. 19 jaar	€ 129,60	€ 11,27	€ 12,61	€ 0,00	€ 129,60
20 t.e.m. 25 jaar	€ 134,40	€ 11,69	€ 13,08	€ 0,00	€ 134,40
26 t.e.m. 34 jaar	€ 207,60	€ 18,06	€ 20,21	€ 0,00	€ 207,60
35 t.e.m. 49 jaar	€ 207,60	€ 18,06	€ 20,21	€ 0,00	€ 207,60
50 t.e.m. 64 jaar	€ 262,80	€ 22,86	€ 25,58	€ 0,00	€ 262,80
65 jaar en ouder	€ 318,00	€ 27,66	€ 30,95	€ 0,00	€ 318,00

*(*instap = datum inwerkingtreding of toetreding verzekeringsovereenkomst)*

b) voor verzekerden die bij de verzekeringsovereenkomst instappen of ingestapt zijn zonder gelijkaardige verzekering, én op het ogenblik van instap* jonger zijn/waren dan 50 jaar:

leeftijds-categorie per einde verzekerings-jaar	handels-premie	kosten begrepen in de handelspremie		taksen en bijdragen	totale jaarpremie
		administratie-kosten	acquisitie-kosten		
0 t.e.m. 6 jaar	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
7 t.e.m. 19 jaar	€ 129,60	€ 11,27	€ 12,61	€ 0,00	€ 129,60
20 t.e.m. 25 jaar	€ 134,40	€ 11,69	€ 13,08	€ 0,00	€ 134,40
26 t.e.m. 34 jaar	€ 207,60	€ 18,06	€ 20,21	€ 0,00	€ 207,60
35 t.e.m. 49 jaar	€ 207,60	€ 18,06	€ 20,21	€ 0,00	€ 207,60
50 t.e.m. 64 jaar	€ 262,80	€ 22,86	€ 25,58	€ 0,00	€ 262,80
65 jaar en ouder	€ 318,00	€ 27,66	€ 30,95	€ 0,00	€ 318,00

*(*instap = datum inwerkingtreding of toetreding verzekeringsovereenkomst)*

c) voor verzekerden die bij de verzekeringsovereenkomst instappen of ingestapt zijn zonder gelijkaardige verzekering, én op het ogenblik van instap* 50 of tussen 50 en 65 jaar zijn/waren:

leeftijds-categorie per einde verzekerings-jaar	handels-premie	kosten begrepen in de handelspremie		taksen en bijdragen	totale jaarpremie
		administratie-kosten	acquisitie-kosten		
65 jaar en ouder**	€ 318,00	€ 27,66	€ 30,95	€ 0,00	€ 318,00

*(*instap = datum inwerkingtreding of toetreding verzekeringsovereenkomst)*

*(**Verzekerden die de verzekeringsovereenkomst onderschrijven, of ertoe toetreden, op 50 of tussen 50 en 65 jaar en tot op de dag voorafgaand aan de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst geen gelijkaardige verzekering hadden, betalen een meer-premie die gelijk is aan het verschil tussen de premie die een verzekerde van 65 jaar of ouder moet betalen en de standaardpremie voor verzekerden van 50 of tussen 50 en 65 jaar, d.w.z. dat ze de premie voorzien voor de verzekerden van 65 jaar en ouder moeten betalen.)*

d) voor verzekerden die bij de verzekeringsovereenkomst instappen of ingestapt zijn zonder gelijkaardige verzekering, én op het ogenblik van instap* 65 jaar of ouder zijn/waren:

leeftijds-categorie per einde verzekerings-jaar	handels-premie	kosten begrepen in de handelspremie		taksen en bijdragen	totale jaarpremie
		administratie-kosten	acquisitie-kosten		
65 t.e.m. 69 jaar	€ 499,20	€ 43,42	€ 48,59	€ 0,00	€ 499,20
70 jaar en ouder	€ 592,80	€ 51,56	€ 57,70	€ 0,00	€ 592,80

*(*instap = datum inwerkingtreding of toetreding verzekeringsovereenkomst)*

In afwijking op § 3, a) en b), van dit artikel is er een premie verschuldigd van € 129,60 voor een verzekerde van 0 tot en met 6 jaar, als de gerechtigde niet gedekt wordt door de verzekeringsovereenkomst omdat deze al geniet van een commerciële tandverzekering.

Verzekerden die bij intekening op deze verzekeringsovereenkomst hun gelijkaardige ziekenfondsverzekering niet stopzetten, doch beide verzekeringen combineren, worden voor de toepassing van § 3 van dit artikel beschouwd als zijnde verzekerden die geen gelijkaardige verzekering hebben.

In overeenstemming met § 1 van dit artikel wordt de premie bij instap bepaald door de leeftijd op datum van inwerkingtreding of toetreding verzekeringsovereenkomst en het al dan niet aanwezig zijn van een gelijkaardige verzekering op dat ogenblik, én door de leeftijdscategorie waartoe de verzekerde behoort op 31 december van het verzekeringsjaar waarop de premie betrekking heeft.

ARTIKEL 9. INDEXERING EN TARIEFWIJZIGING

§ 1. De premies mogen op de jaarlijkse vervaldag van de verzekeringsovereenkomst aangepast worden aan de specifieke leeftijdsgebonden medische index voor tandzorg welke geldt voor de private ziekteverzekeringsovereenkomsten, zoals vermeld in artikel 204, § 3, van de wet van 4 april 2014, of aan het indexcijfer der consumptieprijzen indien deze index hoger ligt. De aanpassing aan de consumptieprijsindex gebeurt op 1 januari van het jaar N op basis van de evolutie van de index tijdens de periode vanaf de maand december van het jaar N-3 tot de maand december van het jaar N-2.

§ 2. Daarnaast mag de premie slechts verhoogd worden in uitzonderlijke omstandigheden die omschreven zijn in artikel 504 van de wet van 13 maart 2016 op het statuut van en het toezicht op de verzekerings- of herverzekeringsondernemingen en na goedkeuring door de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen.

ARTIKEL 10. WACHTTIJD

§ 1. Het recht op tegemoetkoming gaat in na het doorlopen van een wachttijd van 12 maanden.

§ 2. De wachttijd van 12 maanden is niet van toepassing voor:

- pasgeborenen of adoptiekinderen jonger dan 18 jaar die toetreden tot een bestaande verzekeringsovereenkomst, op voorwaarde dat de verzekeringnemer al minimum 12 maanden gedekt is door deze overeenkomst;
- ambulante en in daghospitalisatie verleende tandzorgen die het gevolg zijn van een ongeval dat zich na de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst heeft voorgedaan;
- ambulante en in daghospitalisatie verleende tandzorgen die medisch noodzakelijk zijn en het rechtstreeks gevolg zijn van een gediagnosticeerde kanker of de behandeling ervan, op voorwaarde dat de diagnose van de kanker is vastgesteld na de inwerkingtreding van de verzekeringsovereenkomst.

§ 3. Voor verzekerden die overstappen naar deze verzekeringsovereenkomst en die tot en met de dag voorafgaand aan de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst gedekt werden door een gelijkaardige verzekering, door een commerciële tandverzekering of door een andere commerciële ambulante verzekering die tandzorgen dekt, wordt de wachttijd verminderd met het aantal ononderbroken maanden van dekking door die verzekering. Het bewijs van dekking wordt geleverd aan de hand van een attest afgeleverd door de betrokken verzekeringsmaatschappij.

In uitzondering op voorgaande alinea, geldt er geen vermindering van wachttijd voor verzekerden die deze verzekeringsovereenkomst willen combineren met een gelijkaardige verzekering, met een commerciële tandverzekering of met een andere commerciële ambulante verzekering die tandzorgen dekt.

§ 4. Tijdens de wachttijd ontstaat geen enkel recht op tegemoetkoming, noch kan tegemoetkoming gevraagd worden.

ARTIKEL 11. WAARBORGEN EN TEGEMOETKOMING

→ Wettelijke remgelden voor ambulante tandheelkundige verstrekkingen

De verzekeraar dekt 50 % van de wettelijke remgelden voor ambulante tandheelkundige verstrekkingen die uitgevoerd zijn door een in België door het Riziv erkende tandarts, en dit tot maximum € 250 per verzekerde en per verzekeringsjaar.

Voor de bepaling van dat maximumbedrag van € 250 per verzekerde en per verzekeringsjaar wordt gekeken naar de tarificatiedatum van de tandheelkundige verstrekking door de bij de verzekeraar aangesloten ziekenfondsen. Er wordt geen rekening gehouden met verstrekkingen die plaatsvonden vóór de inwerkingtreding van de verzekeringsovereenkomst, tijdens de wachttijd of na het einde van de verzekeringsovereenkomst, noch met verstrekkingen die ouder zijn dan 3 jaar (= max. 3 jaar tussen prestatie- en uitbetalingsdatum).

Deze tegemoetkoming wordt maandelijks uitbetaald.

De wettelijke remgelden worden berekend op basis van de bij de verzekeraar aangesloten ziekenfondsen ingediende kosten voor tandheelkundige verstrekkingen in het kader van de terugbetaling door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

→ Ambulante en in daghospitalisatie verleende tandzorgen

§ 1. De verzekeraar dekt 50 % van de kosten die voortvloeien uit ambulante en in daghospitalisatie verleende tandzorgen waarvoor de verzekerde geen recht heeft op een terugbetaling via de

verplichte verzekering voor geneeskundige zorgen en uitkeringen, en dit tot een maximum van € 1.500 per verzekerde en per verzekeringsjaar.

Onder ambulante en in daghospitalisatie verleende tandzorgen worden enkel de kosten begrepen van de volgende prestaties: tandprothesen, tandbruggen, kronen en stiften, tandimplantaten, parodontologie en tandextracties.

Voor de bepaling van het maximumbedrag van € 1.500 per verzekerde en per verzekeringsjaar wordt gekeken naar de prestatiedatum van de tandzorgen.

De tegemoetkoming geldt enkel voor tandzorgen die plaatsvonden na afloop van de wachttijd.

De tegemoetkoming wordt uitgekeerd op basis van een volledig ingevuld en ondertekend schadeaangifteformulier dat hiertoe speciaal door de verzekeraar werd opgemaakt of op basis van het volledig ingevuld en ondertekend erkend DENTOMUT-formulier, mits het formulier binnen de 3 jaar na datum van de tandzorgen bij de verzekeraar wordt ingediend. Indien nodig, kunnen andere, bijkomende elementen opgevraagd worden door de verzekeraar.

§ 2. Voor de verzekerde die het slachtoffer is van een ongeval, voorziet de verzekeraar een specifieke tegemoetkoming voor de kosten van ambulante en in daghospitalisatie verleende tandzorgen die medisch noodzakelijk zijn om de tanden te herstellen tot hun toestand van vóór het ongeval.

Deze tegemoetkoming heeft betrekking op volgende tandzorgen: tandprothesen, tandbruggen, kronen en stiften, tandimplantaten, parodontologie en tandextracties, waarvoor de verzekerde geen recht heeft op een terugbetaling via de verplichte verzekering voor geneeskundige zorgen en uitkeringen. De tandzorgen moeten worden verstrekt binnen een termijn van twee jaar te rekenen vanaf de datum van het ongeval.

De verzekeraar dekt 50 % van de kosten van deze ambulante en in daghospitalisatie verleende tandzorgen, met een maximum van € 5.000 per verzekerde en per ongeval. Indien dit maximumbedrag wordt overschreden, worden de bijkomende kosten verder vergoed overeenkomstig de bepalingen van paragraaf 1 van deze waarborg.

Deze specifieke tegemoetkoming geldt uitsluitend voor ongevallen die plaatsvinden na de inwerkingtreding van de verzekeringsovereenkomst en die zich voordoen in de privésfeer, tijdens een schoolactiviteit of tijdens een begeleide, doch onbezoldigde activiteit (bv. sport, jeugdbeweging, …). Kosten voor ambulante en in daghospitalisatie verleende tandzorgen die medisch noodzakelijk zijn ingevolge een arbeids- of verkeersongeval, vallen niet onder deze specifieke tegemoetkoming.

Deze specifieke tegemoetkoming wordt verleend indien de omstandigheden van het ongeval en de medische noodzaak van de behandeling op objectieve wijze kunnen aangetoond worden aan de hand van een volledig ingevuld en ondertekend aangifteformulier, opgesteld door de verzekeraar, en vergezeld van alle door de verzekeraar gevraagde attesten, bewijsstukken en/of medische verslagen.

Deze documenten moeten uiterlijk binnen de 3 jaar na datum van de betrokken tandzorgen bij de verzekeraar worden ingediend.

De verzekeraar behoudt zich het recht voor om, indien nodig, bijkomende informatie of bewijsstukken op te vragen teneinde het recht op de tegemoetkoming en de omvang ervan te beoordelen.

§ 3. Voor de verzekerde bij wie kanker gediagnosticeerd werd, voorziet de verzekeraar een specifieke tegemoetkoming voor de kosten van de ambulante en in daghospitalisatie verleende tandzorgen die het rechtstreeks gevolg zijn van de gediagnosticeerde kanker of de behandeling ervan, en die medisch noodzakelijk zijn.

Deze tegemoetkoming heeft betrekking op volgende tandzorgen: tandprothesen, tandbruggen, kronen en stiften, tandimplantaten, parodontologie en tandextracties, waarvoor de verzekerde geen recht heeft op een terugbetaling via de verplichte verzekering voor geneeskundige zorgen en uitkeringen..

De verzekeraar dekt 50 % van de kosten van deze ambulante en in daghospitalisatie verleende tandzorgen, met een maximum van € 5.000 per verzekerde voor de volledige duurtijd van de verzekeringsovereenkomst. Indien dit maximumbedrag wordt overschreden, worden de bijkomende kosten verder vergoed overeenkomstig de bepalingen van paragraaf 1 van deze waarborg.

Deze specifieke tegemoetkoming wordt uitsluitend toegekend indien de kankerdiagnose werd vastgesteld na de inwerkingtreding van de verzekeringsovereenkomst en voor zover de betrokken tandzorgen worden verstrekt binnen een termijn van maximaal 2 jaar te rekenen vanaf de datum van de kankerdiagnose.

Deze specifieke tegemoetkoming wordt verleend indien de kankerdiagnose en de medische noodzaak van de behandeling op objectieve wijze kunnen aangetoond worden aan de hand van een volledig ingevuld en ondertekend aangifteformulier, opgesteld door de verzekeraar, en vergezeld van alle door de verzekeraar gevraagde attesten, bewijsstukken en/of medische verslagen.

Deze documenten moeten uiterlijk binnen de 3 jaar na datum van de betrokken tandzorgen bij de verzekeraar worden ingediend.

De verzekeraar behoudt zich het recht voor om, indien nodig, bijkomende informatie of bewijsstukken op te vragen teneinde het recht op de tegemoetkoming en de omvang ervan te beoordelen.

→ Supplementen voor ambulante tandheelkundige verstrekkingen

De verzekeraar dekt 50 % van de supplementen voor ambulante tandheelkundige verstrekkingen, tot een maximum van € 250 per verzekerde en per verzekeringsjaar.

Voor de bepaling van het maximumbedrag van € 250 per verzekerde en per verzekeringsjaar wordt gekeken naar de prestatiedatum van de tandheelkundige verstrekking.

De tegemoetkoming geldt enkel voor tandheelkundige verstrekkingen die plaatsvonden na afloop van de wachttijd.

De tegemoetkoming wordt uitgekeerd op basis van een volledig ingevuld en ondertekend schadeaangifteformulier dat hiertoe speciaal door de verzekeraar werd opgemaakt of op basis van het volledig ingevuld en ondertekend erkend DENTOMUT-formulier, mits het formulier binnen de 3 jaar na datum van de tandheelkundige verstrekking bij de verzekeraar wordt ingediend. Indien nodig, kunnen andere, bijkomende elementen opgevraagd worden door de verzekeraar.

→ Orthodontische behandelingen

Ongeacht of de verzekerde al dan niet recht heeft op een tegemoetkoming in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, voorziet de verzekeraar in een tegemoetkoming voor orthodontische behandelingen uitgevoerd door een erkende orthodontist tot maximum € 1.500 per behandelingsplan en per verzekerde.

Deze tegemoetkoming wordt als volgt uitgekeerd:

- € 250 bij de plaatsing van het eerste apparaat (= bij start behandelingsplan);
- € 250 na:
  - 6 raadplegingen (verzekerde heeft tegemoetkoming in de verplichte verzekering); of
  - 6 maanden (verzekerde heeft geen tegemoetkoming in de verplichte verzekering);
- € 250 na:
  - 12 raadplegingen (verzekerde heeft tegemoetkoming in de verplichte verzekering); of
  - 12 maanden (verzekerde heeft geen tegemoetkoming in de verplichte verzekering);
- € 250 na:
  - 18 raadplegingen (verzekerde geniet tegemoetkoming in de verplichte verzekering) of
  - 18 maanden (verzekerde heeft geen tegemoetkoming in de verplichte verzekering);
- € 250 na:
  - 30 raadplegingen (verzekerde geniet tegemoetkoming in de verplichte verzekering) of
  - 30 maanden (verzekerde heeft geen tegemoetkoming in de verplichte verzekering);
- € 250 op het ogenblik van beëindiging van het behandelingsplan.

De tegemoetkoming geldt enkel voor behandelingsplannen die aangevat worden na afloop van de wachttijd waarbij de plaatsing van het apparaat geldt als startdatum van het behandelingsplan.

Verzekerden die geen wachttijd moeten doorlopen en al een behandelingsplan hadden aangevat vóór de inwerkingtreding van de verzekeringsovereenkomst hebben recht op een tegemoetkoming van maximaal € 1.250 die als volgt wordt uitgekeerd:

Start behandelingsplan < instap TandPlus < 6 raadplegingen/maanden
€ 250 na 6 raadplegingen/maanden
€ 250 na 12 raadplegingen/maanden
€ 250 na 18 raadplegingen/maanden
€ 250 na 30 raadplegingen/maanden
€ 250 bij einde behandelingsplan

6 raadplegingen/maanden < instap TandPlus < 12 raadplegingen/maanden
€ 250 na 12 raadplegingen/maanden
€ 250 na 18 raadplegingen/maanden
€ 250 na 30 raadplegingen/maanden
€ 250 bij einde behandelingsplan

12 raadplegingen/maanden < instap TandPlus < 18 raadplegingen/maanden
€ 250 na 18 raadplegingen/maanden
€ 250 na 30 raadplegingen/maanden
€ 250 bij einde behandelingsplan

18 raadplegingen/maanden < instap TandPlus < 30 raadplegingen/maanden
€ 250 na 30 raadplegingen/maanden
€ 250 bij einde behandelingsplan

30 raadplegingen/maanden < instap TandPlus < einde behandelingsplan
€ 250 bij einde behandelingsplan

De tegemoetkoming wordt uitgekeerd op basis van een volledig ingevuld en ondertekend schadeaangifteformulier dat hiertoe speciaal door de verzekeraar werd opgemaakt en binnen de 3 jaar na datum van de orthodontische behandelingen bij de verzekeraar moet worden ingediend. Eventuele andere noodzakelijke bewijsstukken worden gespecifieerd in voornoemd schadeaangifteformulier.

ARTIKEL 12. UITSLUITINGEN

De verzekeraar keert de tegemoetkomingen, zoals omschreven in artikel 11 van deze Algemene Voorwaarden, niet uit wanneer de gevraagde tegemoetkoming:

- het gevolg is van een louter esthetische verzorging of behandeling;
- betrekking heeft op tandprothesen van het type facetten, inlays, onlays en overlays, ongeacht de reden;
- betrekking heeft op de herstelling van tandprothesen en/of -implantaten;
- betrekking heeft op een gebitbeschermer, expander, buitenbeugel en/of parospalk;
- het gevolg is van een opzettelijke daad of vrijwillige verminking van de verzekerde;
- het gevolg is van roekeloze handelingen, inclusief weddenschappen, of vechtpartijen, tenzij de verzekerde kan aantonen dat hij/zij zich in staat van wettige zelfverdediging bevond of is opgetreden met het oog op redding van personen;
- het gevolg is van een oorlogsfeit;
- het gevolg is van burgerlijke onlusten of oproer, rellen of andere collectieve gewelddaden, mits de verzekerde er vrijwillig aan deelnam;
- het gevolg is van dronkenschap, alcoholisme of alcoholintoxicatie van de verzekerde, van het misbruik van verdovende middelen, hallucinogenen of andere drugs, of het gevolg is van behandelingen of geneesmiddelen waarvan het nut niet wetenschappelijk bewezen is;
- het gevolg is van radioactieve stralingen of de uitwerking van radioactieve afvalstoffen, tenzij de tegemoetkoming voortvloeit uit bestralingen ingevolge een medische behandeling of een medische behandeling met radioactieve afvalstoffen;
- voortvloeit uit de beoefening van eender welke sport als betaalde activiteit, inclusief trainingen, of uit de vrijetijdsbeoefening van volgende gevaarlijke sporten: luchtvaartsporten (zoals onder meer deltavliegen, valschermspringen, zweefvliegen), wintersporten (zoals onder meer schansspringen, bobslee, skeleton, rodelen, skiën of snowboarden buiten de piste), gemotoriseerde sporten, alpinisme, steeplechase, benji, duiken met aqualong en speleologie;
- het gevolg is van kleine mondchirurgie (stomatologie);
- betrekking heeft op kosten waarvan de facturatie in strijd is met de Belgische reglementering;
- betrekking heeft op kosten die zich voordeden vóór de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, de verzekeringsovereenkomst of tijdens de wachttijd.

ARTIKEL 13. TERUGBETALINGSMODALITEITEN

De tegemoetkomingen worden door de verzekeraar uitbetaald aan de verzekerde op het bankrekeningnummer dat gekend is bij het bij de verzekeraar betrokken aangesloten ziekenfonds voor de terugbetaling van gezondheidszorgen. De verzekeraar kan in geen geval aansprakelijk gesteld worden voor een onjuiste betaling die het gevolg is van foutieve, onvolledige of niet-geactualiseerde rekeninggegevens waarover het betrokken ziekenfonds beschikt.

In geval van overlijden van de verzekerde zal de door de verzekeraar verschuldigde tegemoetkoming gestort worden op rekening van de notaris, aangeduid voor de vereffening van de erfenis. De tegemoetkoming kan ook onmiddellijk uitgekeerd worden op rekening van één van de wettelijke erfgenamen mits voorlegging van de akte van erfopvolging en een gelegaliseerde volmacht van alle wettelijke erfgenamen.

De tegemoetkomingen waarop de verzekerde volgens deze verzekeringsovereenkomst recht heeft, mogen gecumuleerd worden met de tegemoetkomingen die worden uitgekeerd in het kader van de andere verzekeringen van de verzekeraar en met de tegemoetkomingen die de bij de verzekeraar aangesloten ziekenfondsen aanbieden overeenkomstig artikel 3, eerste lid b) of c), van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen.

ARTIKEL 14. TERRITORIALE GELDIGHEID

De verzekeringsovereenkomst komt tegemoet in kosten van verstrekkingen die toegediend werden in België of op het grondgebied van het vasteland van de buurlanden Frankrijk, Nederland, Duitsland en Groothertogdom Luxemburg, door zorgverleners met een erkenning door de bevoegde autoriteiten van het betrokken land.

ARTIKEL 15. ONTERECHTE BETALINGEN

De verzekeraar behoudt zich het recht voor om onterechte betalingen terug te vorderen van de verzekerde.

ARTIKEL 16. SANCTIES

In geval van bedrog of poging tot bedrog van de verzekerde met het oog op het bekomen van een niet verschuldigde tegemoetkoming, en onverminderd de mogelijkheid om een rechtsvordering in te stellen, is de verzekeraar tot geen enkele prestatie gehouden.

ARTIKEL 17. COMMUNICATIE EN BRIEFWISSELING

De verzekeraar kiest als woonplaats haar maatschappelijke zetel. De verzekeringnemer en de verzekerde worden geacht hun woonplaats te hebben op het laatste adres door de verzekeraar gekend.

De verzekeringnemer en de verzekerde verbinden zich ertoe, zo zij van woonplaats veranderen, de verzekeraar schriftelijk te verwittigen, zo niet is elke kennisgeving geldig gedaan op de door de verzekeraar laatst gekende woonplaats.

Iedere aangetekende brief die door de verzekeraar wordt verzonden, is geldig als ingebrekestelling. Het ontvangstbewijs van de post vormt het bewijs van de verzending. De dossiers of de documenten van de verzekeraar bewijzen de inhoud van het schrijven voor zover deze door de verzekeringnemer niet wordt voorgelegd.

ARTIKEL 18. TOEPASSELIJK RECHT EN BEVOEGDE RECHTBANKEN

De geschillen betreffende de interpretatie en de uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst vallen onder de uitsluitende bevoegdheid van de rechtbanken van het gerechtelijk arrondissement Oost-Vlaanderen.

De Belgische wet is van toepassing op deze overeenkomst.

ARTIKEL 19. KLACHTENREGELING

Indien de verzekeringnemer of de verzekerde een klacht heeft over de verzekeringsovereenkomst of de uitvoering ervan, kan hij/zij die per brief overmaken aan de verzekeraar of via e-mail: klachten@hospiplus.be.

De klacht kan eveneens voorgelegd worden aan de Ombudsman van de Verzekeringen, de Meeûssquare 35 te 1000 Brussel, www.ombudsman-insurance.be of via e-mail: info@ombudsman-insurance.be.

Een klacht indienen, ontneemt de verzekeringnemer of de verzekerde niet de mogelijkheid een gerechtelijke procedure in te leiden.

ARTIKEL 20. GEGEVENSBESCHERMING

De verzekeraar is verantwoordelijk voor de verwerking van persoonsgegevens van (potentiële) verzekeringsnemers en/of verzekerden, en heeft de doeleinden van de verwerking alsook de rechten die aan de verwerking gekoppeld zijn, vastgelegd in haar privacyverklaring.

De privacyverklaring is raadpleegbaar via www.hospiplus.be of kan schriftelijk opgevraagd worden aan de verzekeraar via info@hospiplus.be.

De verzekeringnemer en/of de verzekerde die zijn/haar rechten in verband met de verwerking van zijn/haar persoonsgegevens wenst uit te oefenen, kan de functionaris voor gegevensbescherming van de verzekeraar contacteren door een schriftelijke, gedateerde en ondertekende aanvraag te richten aan VMOB HospiPlus, Statieplein 12, 9300 Aalst. Bij de aanvraag voegt de verzekeringnemer en/of de verzekerde een kopie van de voor- en achterkant van zijn/haar identiteitskaart toe.

De verzekeringnemer en/of de verzekerde worden uiterlijk 1 maand na ontvangst van het verzoek tot uitoefening van zijn/haar rechten, door de verzekeraar, en in het bijzonder door de functionaris voor gegevensbescherming, geïnformeerd over de genomen stappen en maatregelen.
Andere vragen, opmerkingen of klachten in verband met de verwerking van de persoonsgegevens worden eveneens gericht aan de functionaris voor gegevensbescherming van HospiPlus:

- postadres: VMOB HospiPlus, Statieplein 12, 9300 Aalst;
- e-mailadres: privacy@hospiplus.be.

De verzekeringnemer en/of verzekerde die niet tevreden is met de behandeling van zijn/haar verzoek of klacht door de verzekeraar, kan hierover schriftelijk een klacht neerleggen bij de gegevensbeschermingsautoriteit (post: Drukpersstraat 35, 1000 Brussel of per e-mail: contact@apd-gba.be).

ARTIKEL 21. OMSCHAKELING VAN DE VERZEKERING MAXIPLAN VAN DE VERZEKERAAR NAAR DEZE VERZEKERINGSOVEREENKOMST

Kandidaat-verzekerden die deze verzekeringsovereenkomst willen onderschrijven of ertoe willen toetreden, en overstappen van de verzekering MaxiPlan van de verzekeraar, worden gezien als verzekerden met een gelijkaardige verzekering. Hierop bestaan weliswaar 2 uitzonderingen, met name als:

- er sprake is van een onderbreking tussen beide aansluitingen, en/of
- de verzekering MaxiPlan in hoofde van de kandidaat-verzekerde werd stopgezet omwille van wanbetaling van de premie.

In die gevallen worden de kandidaat-verzekerden geacht geen gelijkaardige verzekering te hebben en zullen zij de wachttijd moeten doorlopen, evenals, afhankelijk van de leeftijd bij onderschrijving van of toetreding tot deze verzekeringsovereenkomst, een hogere premie moeten betalen.

ARTIKEL 22. AANSPRAKELIJKHEIDSVORDERINGEN

§ 1. Voor zover wettelijk toegestaan, wordt via dit artikel uitdrukkelijk afgeweken van het regime inzake de buitencontractuele aansprakelijkheid van hulppersonen, zoals voorzien in Boek 6 van het Burgerlijk Wetboek. Deze afwijking geldt niet in de gevallen waarin dwingend recht een uitsluiting of beperking van aansprakelijkheid verbiedt, waaronder bv. de aansprakelijkheid wegens opzettelijke fout.

§ 2. De verzekeringnemer, verzekerden en iedere andere persoon die rechten ontleent aan of uitoefent in verband met deze verzekeringsovereenkomst, verbinden zich ertoe iedere aanspraak wegens schade die rechtstreeks of onrechtstreeks verband houdt met deze verzekeringsovereenkomst of de uitvoering ervan uitsluitend tegen de verzekeraar in te stellen. Zij doen, voor zover wettelijk toegestaan, onherroepelijk afstand van iedere buitencontractuele vordering tegen de (gewezen) bestuurders, (gewezen) directieleden, (gewezen) werknemers en overige hulppersonen van de verzekeraar.

Dit beding geldt als een derdenbeding ten behoeve van de in dit artikel bedoelde personen, die zich hierop rechtstreeks kunnen beroepen.