Algemene voorwaarden Dentalia Up op 1 januari 2027

Algemene voorwaarden Dentalia Up van de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand MLOZ Insurance gestemd door de Raad van Bestuur van 16 september 2026 en door de Buitengewone Algemene Vergadering van 14 oktober 2026

MLOZ Insurance is de verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand van de Onafhankelijke Ziekenfondsen (Helan Onafhankelijk ziekenfonds - Partenamut - Freie Krankenkasse). Erkend onder het CDZ-codenummer 750/01 voor de takken 2 en 18, bij de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen. Hoofdzetel: Lenniksebaan 788A, 1070 Brussel - België (RPR Brussel) - www.mloz.be - Ondernemingsnummer: 422.189.629. - 11/2026

1. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

1.1. Verzekeraar: de VERZEKERINGSMAATSCHAPPIJ VAN ONDERLINGE BIJSTAND 'MLOZ Insurance' is een verzekeringsonderneming erkend door de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, door een beslissing van 24 juni 2013 voor het aanbieden van 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, alsook voor de dekking, in bijkomende orde, van de risico's die deel uitmaken van de hulpverlening, beoogd in tak 18 van bijlage 1 van voornoemde wet, onder het CDZ-codenummer 750/01.

1.2. Verzekeringsnemer: de persoon die aansluit bij de verzekering voor zichzelf en/of ten gunste van verzekerden, en die de premie moet betalen.

1.3. Verzekerde: Onder verzekerde verstaat men de persoon op wie het risico van het verzekerde voorval rust en de begunstigde is van het verzekeringscontract.

1.4. Afdelingen: de afdelingen van MLOZ Insurance zijn de tussenpersonen die de verzekeringsproducten aanbieden: 509: Partenamut (www.partenamut.be) - 515: Freie Krankenkasse (www.freie.be) - 526: Helan Onafhankelijk ziekenfonds (www.helan.be), allemaal aangesloten bij de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen.

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

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

1.7. 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.

1.8. Aansluitingsjaar: een periode van twaalf maanden volgend op de verjaardag van de aansluitingsdatum. Het eerste aansluitingsjaar start op de begindatum van de aansluiting.

1.9. Preventief gedrag: het feit dat de persoon een tandzorgverstrekking heeft gehad in het kalenderjaar dat voorafgaat aan elke nieuwe terugbetalingsaanvraag, en waarvoor een terugbetaling is gebeurd.

1.10. 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,
- uitgevoerd door één van de zorgverstrekkers, vermeld in artikel 4, §1 van de bijlage van het KB van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen (algemeen tandarts, tandarts-specialist in orthodontie, tandarts-specialist in parodontologie, arts-specialist in stomatologie en arts met het diploma tandarts of licentiaat in de tandheelkunde).

1.11. Preventieve tandverzorging: de volgende verstrekkingen, zoals de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ze beschouwt, aangerekend door een algemeen tandarts, een geneesheer-tandarts, een stomatoloog of een maxillofaciale chirurg (limitatieve lijst van zorgverleners): bucco-dentaal onderzoek, Dutch Periodontal Screening Index (DPSI), tandsteenverwijdering (met inbegrip van het polijsten dat ermee gepaard gaat), profylactische reiniging, verzegeling van groeven en putjes en raadplegingen.
Orthodontie- en parodontologieverstrekkingen ongeacht de kwalificatie van de zorgverlener, zijn uitgesloten als preventieve tandverzorging zoals bedoeld in dit punt.

1.12. Curatieve tandverzorging: men verstaat hieronder:
1) tandextractie;
2) conserverende tandverzorging: verwijdering van tandbederf of een oude vulling ten gunste van een vulling die het oorspronkelijke volume van de behandelde tand vervangt om hem zijn functie terug te geven;
3) endodontie: een specialiteit van de tandheelkunde die tot doel heeft het endodontium (pulpakamer en tandkanalen) te behandelen of te herbehandelen. Het doel van de behandeling is de afdichting van het gehele wortelkanaalstelsel (of ontzenuwing);
4) kleine mondchirurgie zoals bepaald in punt 1.13 met uitsluiting van de hieronder vermelde hulpmiddelen die beschouwd worden als uitneembare tandprothesen:

- de hulpmiddelen in harde kunsthars die gebruikt worden voor de behandeling van pijn en/of disfunctie van het kaakstelsel en die tussen de tandbogen worden geplaatst;
- herpositioneringssystemen die in de maxillofaciale chirurgie worden gebruikt, met name die onder de code 317295-317306 worden geattesteerd;

5) de volgende diagnostische tandverzorging:

- intrabuccale, extrabuccale en panoramische röntgenfoto's;
- dentale conebeams (CBCT) voor zover hun indicatie medisch noodzakelijk is.

Diagnostische tandverzorging in het kader van orthodontische behandelingen, tandprotheses en tandimplantaten of parodontologie valt niet onder de curatieve tandverzorging in de zin van dit punt.

1.13. 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 het teken '+'.

1.14. Parodontologie: specialiteit van de tandheelkunde die tot doel heeft het parodontium (het weefsel dat de tanden ondersteunt, dus het tandvlees en het alveolaire bot) te behandelen om een goede parodontale gezondheid te garanderen die noodzakelijk is voor een lange levensduur van de tanden en/of de implantaten.
Hieronder vallen de raadplegingen, de diagnostische tandverzorging, het parodontale onderhoud en de parodontale chirurgie.

1.15. Tandprotheses en tandimplantaten: alle verstrekkingen die inherent zijn aan de plaatsing van een tandimplantaat of van een vaste of uitneembare tandprothese, die voldoen aan de vereisten bepaald in de toepasbare reglementering, waaronder de Verordening EU 2017/745. Ze worden als volgt gedefinieerd:
1) Tandimplantaat: een bewerkt onderdeel dat in het bovenkaak- of onderkaakbot wordt geplaatst met het oog op osseo-integratie. Zo kan een vaste en/of uitneembare tandprothese worden verankerd of bevestigd.
Het tandimplantaat omvat de diagnostische tandverzorging, de pre-

implantatie modellering, het ontwerp en de realisatie van richtplaten, de levering en de plaatsing van dit implantaat, evenals al het materiaal, prestaties en technologie die nodig zijn voor de plaatsing ervan.
2) Tandprothese: de definitieve plaatsing van een tandprothese, ongeacht of ze vast of uitneembaar is. Dit omvat alle voorbereidende werkzaamheden en de modellering, de diagnostische tandverzorging, de afdrukken, de aflevering ervan, de verankering of bevestiging van de tandprothese, alsook alle nodige retouches.

- uitneembare tandprothese: elk uitneembaar hulpmiddel ter vervanging van een of meer ontbrekende tanden. De uitneembare tandprothesen kunnen volledig of gedeeltelijk zijn en bestaan uit een basis van kunsthars of een metalen frame ter ondersteuning van kunsttanden.
  Worden gelijkgesteld met uitneembare tandprothesen:
  - de hulpmiddelen in harde kunsthars die gebruikt worden voor de behandeling van pijn en/of de disfunctie van het kaakstelsel en die tussen de tandbogen worden geplaatst;
  - de prothesen die wat betreft ontwerp- en fabricagetechniek leiden tot attestering van de code 317295-317306
- vaste tandprothese: elk prothetisch element ter versterking van een beschadigde tand of ter vervanging van een of meer ontbrekende tanden. De vaste tandprotheses kunnen van metaal, keramiek of metaal met een keramische bedekking zijn gemaakt en kunnen worden ondersteund door een natuurlijke tand of een implantaat.

1.16. Orthodontische behandeling: specialiteit van de tandheelkunde die tot doel heeft orthodontische problemen (afwijkingen in tandstand en kaakrelatie) en orthopedische problemen (afwijking van de botfundamenten met een verschuiving van de boven- en/of onderkaak tot gevolg) te verhelpen.
De orthodontische behandeling omvat alle voorbereidende werkzaamheden, de raadplegingen, de diagnostische tandverzorging, de afdrukken, de levering en de plaatsing van het (de) op maat gemaakte en activeerbare appara(a)t(en), alsmede de controles en de retentiemethodes.

1.17. Modellering: elk digitaal of laboratoriumwerk dat het verloop of het resultaat van een behandeling simuleert.

1.18. Buitensporige of discriminerende honoraria:
De buitensporige honoraria worden als dusdanig bestempeld door de honoraria die door een tandarts aan een verzekerde aangerekend worden te vergelijken met:

- het overeenkomstentarief (van toepassing op het ogenblik van de prestatiedatum) voor de terugbetaalbare verstrekkingen; of
- het sectorale referentietarief voor de niet-terugbetaalbare verstrekkingen ; of
- het tarief voorzien in de bijlage van het Koninklijk Besluit van 1 oktober 2013 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder tandprotheses ingevolge de letsels opgelopen bij een arbeidsongeval worden vergoed, jaarlijks geïndexeerd op 1 januari.

Onder discriminerende honoraria verstaat men het feit dat de door een tandarts aangerekende honoraria variëren naargelang zijn patiënt al dan niet een tandzorgverzekering heeft gesloten en/of bij welke verzekeraar een dergelijke verzekering werd gesloten.

1.19. Poging tot zelfdoding: Het is een niet-habitueel gedrag zonder dodelijke afloop dat de persoon initieert en uitvoert met de verwachting van, of het risico om, te overlijden of lichamelijke schade te veroorzaken, met als doel gewenste veranderingen te bewerkstelligen.

2. AANVAARDING

2.1. Personen die willen aansluiten (of aangesloten willen blijven) bij de dekking Dentalia Up, 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 3 afdelingen.
Er zijn wel enkele statutaire uitzonderingen (zie die afdelingen: Helan Onafhankelijk ziekenfonds, Partenamut of Freie Krankenkasse). De verzekeringsnemer moet zich aansluiten, en ook zijn personen ten laste aansluiten zoals voorzien door de reglementering betreffende de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen, behalve als hijzelf, de 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 67 jaar inbegrepen, behalve in geval van mutatie in de verplichte verzekering voor de personen die vooraf aangesloten waren en in orde waren met hun premies bij een gelijkaardige 'tandzorgdienst' van een andere Belgische mutualistische entiteit.
2.2. Impact van de niet-betaling van de bijdragen voor de aanvullende diensten van uw ziekenfonds op uw aansluiting bij MLOZ Insurance
Het is belangrijk dat u steeds in orde bent met de betaling van de bijdragen voor de aanvullende diensten van uw ziekenfonds.
Als u niet langer in orde bent met die betaling, kan dit grote gevolgen hebben op uw aansluiting bij MLOZ Insurance en op de dekkingen van de verzekeringen die u afgesloten hebt.
2.2.1. Gevolgen voor de aansluiting bij MLOZ Insurance
U kunt enkel aansluiten bij MLOZ Insurance als u uw rechten niet verloren bent voor de aanvullende diensten van uw ziekenfonds naar aanleiding van de niet-betaling van de bijdragen voor deze diensten voor een periode van 24 aaneensluitende maanden.
2.2.2. Gevolgen voor het behoud van uw aansluiting bij MLOZ Insurance
Als u al aangesloten bent bij MLOZ Insurance, is ze wettelijk verplicht uw aansluiting stop te zetten, en dus ook al uw dekkingen, als u een sanctie opgelegd krijgt door het verlies van uw rechten op de aanvullende diensten van uw ziekenfonds omdat u de bijdragen voor deze diensten niet betaald hebt voor een periode van 24 opeenvolgende maanden. Deze automatische uitsluiting staat los van het feit of u de premies voor de verzekeringen bij MLOZ Insurance steeds regelmatig betaald hebt. Vervolgens kunt u enkel opnieuw aansluiten bij MLOZ Insurance (volgens de voorwaarden van een nieuwe aansluiting) als u opnieuw regelmatig uw bijdragen betaalt voor de aanvullende diensten van uw ziekenfonds. De periode waarin u bijdragen moet betalen zonder aanspraak te kunnen maken op de voordelen van de aanvullende diensten, is afhankelijk van het gegeven of u zich al dan niet in een behartenswaardige situatie (bijvoorbeeld (maar niet gelimiteerd tot) leefloon, collectieve schuldenregeling, persoonlijk faillissement, ...) bevindt of bevond. Elke onderbreking van 6 maanden in de betaling van die bijdragen tijdens de periode zoals bedoeld in de vorige zin, leidt tot een nieuwe uitsluiting van MLOZ Insurance.

3. HET SLUITEN EN HET EINDE VAN HET VERZEKERINGSCONTRACT

3.1. Het sluiten van het verzekeringscontract

Iedere aansluitingsaanvraag moet ingediend worden door middel van de door MLOZ Insurance opgemaakte formulieren of via de website van de afdeling waarbij de klant is aangesloten.
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 MLOZ Insurance de correct ingevulde 'Aanvraag voor een nieuwe aansluiting of productwijziging' ontvangen heeft (de interne datering of de scanning of online hebben bewijskracht), voor zover MLOZ Insurance de eerste premie 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 wachttijd, begint te lopen op de eerste dag van de maand die volgt op zijn geboorte of adoptie, op voorwaarde dat MLOZ Insurance de aansluitingsaanvraag ontvangen heeft vóór het einde van de derde maand die volgt op zijn geboorte of adoptie, en dat de eerste premie door MLOZ Insurance geïnd wordt uiterlijk de laatste dag van de derde maand die volgt op de aansluitingsdatum.
De spontane betaling van een premie, zonder dat men hiertoe uitgenodigd werd, wordt niet als een aansluiting beschouwd. Bij niet-naleving van bovenvermelde termijn van drie maanden zal deze premie terugbetaald worden en zal er een nieuwe aansluitingsprocedure moeten worden ingesteld.
De beslissing tot aanvaarding wordt per brief meegedeeld aan de kandidaat-verzekeringsnemer. De brief vermeldt het bedrag en de betaaldatum van de eerste premie, 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 verzekeringsnemer, 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 of de elektronische gekwalificeerde aangetekende zending (via digiconnect.be), de overhandiging van het deurwaardersexploot of van de opzeggingsbrief tegen ontvangstbewijs, gericht aan MLOZ Insurance zelf of aan een van de hierboven beoogde afdelingen;
- in geval van fraude of poging tot fraude:
  - wordt de verzekeringswaarborg geweigerd of verminderd in verhouding tot het nadeel dat MLOZ Insurance lijdt; en
  - wordt het contract beëindigd.

- wanneer er vrijwillig schade zou zijn berokkend aan de belangen van MLOZ Insurance 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, is de verzekeringsovereenkomst nietig. Bijkomend kan worden besloten tot de nietigheid van de aansluiting van de verzekerde. In beide gevallen komen de premies die vervallen zijn tot op het ogenblik waarop de verzekeraar kennis heeft gekregen van het opzettelijk verzwijgen of opzettelijk onjuist meedelen van gegevens, MLOZ Insurance toe;
- in geval van opzegging door de verzekeraar, bij niet-betaling van de premies;
- bij uitsluiting uit de aanvullende diensten van de ziekenfondsen;
- bij een mutatie naar een ander ziekenfonds dan de Onafhankelijke Ziekenfondsen (ontslag van rechtswege);
- bij overlijden;
- in geval van nietigheid.

4. BEGIN 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 de tegemoetkomingen van Dentalia Up kan genieten, 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 tandprothesen, tandimplantaten, orthodontische behandelingen alsook voor verstrekkingen parodontologie, met uitzondering van preventieve tandverzorging waarvoor er geen wachttijd is.

Dentalia Up biedt geen tegemoetkoming voor tandbehandeling of -verzorging met een aanvangsdatum die tijdens de wachttijd valt.

4.1.2. Bijzondere regels

- Vrijstelling van wachttijd voor pasgeborenen of adoptiekinderen
  Voor zover een van de ouders aangesloten is bij Dentalia Up 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 geboorteakte of adoptieakte vóór het einde van de derde maand na zijn geboorte of adoptie en mits betaling van de eerste premie op uiterlijk de laatste dag van de zesde maand die volgt op de aansluitingsdatum. De eerste premie 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 verzekeringsnemer 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 verzekeringsnemer 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 premie betaalt binnen vijftien dagen na het verzoek tot betaling door MLOZ Insurance.
- Afwijking van de wachttijd voor gelijkaardige tandzorgverzekeringen
  Er zal afgeweken kunnen worden van de wachttijden van zes en twaalf maanden ten voordele van nieuwe verzekerden 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.

  Als die aansluitingsperiode korter is dan een van de periodes van de wachttijd, dan zal de nieuwe verzekerde een wachttijd moeten vervullen die overeenstemt met de maanden die ontbreken om te komen tot een volledige wachttijd van 6 maanden of 12 maanden.

  Voor een aansluiting bij Dentalia Up, verstaat men onder gelijkaardige verzekering voor tandverzorging een verzekering van het type 'vergoeding van schade', waarvan de terugbetalingen gebeuren op basis van de kosten die werkelijk aangerekend worden aan de verzekerde per verstrekking, dit in tegenstelling tot een verzekering die een forfaitaire tegemoetkoming zou toekennen, en die (cumulatieve voorwaarden):

  - voorziet in een financiële tegemoetkoming voor tandheelkundige verstrekkingen naar rata van ten minste 50% van de bedragen die ten laste blijven van de verzekerden, met een jaarplafond, dat ten minste gelijk is aan 500 euro. Om uit te maken of dit laatste plafond bereikt wordt in een andere entiteit, moet men rekening houden met het hoogste tegemoetkomingsplafond in de dienst van die andere entiteit, dat van toepassing was op het ogenblik van de aansluiting bij deze dienst; en
  - niet beperkt blijft tot een tegemoetkoming voor verstrekkingen die ten laste genomen worden in het kader van de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen; en
  - al de volgende waarborgen dekt: preventieve verzorging, curatieve verzorging, parodontologie, orthodontie en tandprothesen en tandimplantaten.

4.2. Einde van de waarborg

De verzekeringswaarborg eindigt tegelijk met het verzekeringscontract.

5. RECHT OP VERSTREKKINGEN

MLOZ Insurance en de verzekeringsnemer werken samen met het oog op de bepaling van het recht op verstrekkingen, dat bepaald wordt aan de hand van de geleverde inlichtingen. De verzekeringsnemer 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 verzekeringsnemer aanspraak kan maken op een schadevergoeding, treedt de verzekeraar in de rechten van de verzekeringsnemer tot de reikwijdte van zijn prestaties.

De overeenkomsten die de verzekeringsnemer 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 VERZEKERINGSNEMER

De verzekeringsnemer 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 verzekeringsnemer 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. PREMIES

Maandbedragen in € op 01/01/2027, alle taksen inbegrepen, in functie van de leeftijd

Aangesloten bij het product Dentalia Up			
Jonger dan 40 jaar*		Tussen 40 en 44 jaar*	
Van 0 tot 3 jaar	Gratis	Van 39** tot 44 jaar	16,78
Van 4 tot 6 jaar	4,11	Van 45 tot 49 jaar	23,60
Van 7 tot 19 jaar	7,98	Van 50 tot 64 jaar	23,60
Van 20 tot 34 jaar	9,12	65 jaar of ouder	25,24
Van 35 tot 44 jaar	12,43		
Van 45 tot 49 jaar	17,49		
Van 50 tot 64 jaar	17,49		
65 jaar of ouder	18,69		

Tussen 45 en 59 jaar*		Vanaf 60 jaar en ouder*	
Op 44 jaar**	18,64	Van 59** tot 64 jaar	29,74
Van 45 tot 49 jaar	26,24	65 jaar of ouder	31,78
Van 50 tot 64 jaar	26,24		
65 jaar of ouder	28,05		

* Op de begindatum van de aansluiting
** Leeftijd op 1 januari van het jaar van aansluiting

Een verhoging van de premie met respectievelijk 35%, 50% of 70% wordt berekend op de basistarieven voor de verzekerden die op de datum van hun aansluiting bij Dentalia Up respectievelijk 40 tot 44 jaar, 45 tot 59 jaar, of 60 jaar en ouder waren.

8. REGELS ROND DE BETALING VAN DE PREMIES

De verzekeringsnemer is de premie verschuldigd op de vervaldatum, volgens de overeengekomen periodiciteit (per kwartaal, halfjaarlijks of jaarlijks).
De premie is op voorhand opeisbaar en moet vooruitbetaald worden. Ze wordt verstuurd naar het laatst gekende adres van de verzekeringsnemer. Wordt als een vooruitbetaling beschouwd, iedere premie die MLOZ Insurance 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 10 dagen van de maand, het kwartaal, het halfjaar of het jaar.
De verzekeringsnemer die zijn premie niet betaald heeft vóór de eerste dag van het kwartaal, ontvangt een aanmaning per aangetekend schrijven of per elektronisch gekwalificeerde aangetekende zending, waarin hij gesommeerd wordt tot de betaling van de premie binnen de 15 dagen, te rekenen vanaf de dag die volgt op die van de deponering van het aangetekend schrijven bij de post of van de elektronisch gekwalificeerde aangetekende zending. 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 premie 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 (volgens de voorwaarden van een nieuwe aansluiting) voor zover hij alle verschuldigde premies betaald heeft. Hij zal een nieuwe wachttijd moeten vervullen vooraleer hij opnieuw aanspraak kan maken op verstrekkingen.

9. SEGMENTERING TANDVERZEKERING

Als iemand aansluit bij een verzekeringscontract, dan passen de verzekeringsmaatschappijen segmenteringscriteria toe die een invloed hebben op zowel de toegang tot het verzekeringsproduct als de bepaling van de premies en de draagwijdte van de waarborg.

Hieronder treft u een overzicht aan van de verschillende criteria die MLOZ Insurance gebruikt in het kader van haar tandverzekeringen.

De volgende criteria worden in overweging genomen voor Dentalia Up:

9.1. Bij het begin van het contract:

9.1.1. De leeftijd van de verzekerde, want volgens statistische gegevens neemt de kans op een behandeling toe en stijgt het bedrag van de terugbetalingen, naarmate men ouder wordt. Daarom wordt hier rekening mee gehouden bij de bepaling van het bedrag van de premie en de toegang tot het product.
a) De toegang kan beperkt worden naargelang van het gekozen product: de maximumleeftijd voor Dentalia Up is 67 jaar inbegrepen. Deze leeftijdsgrens is niet van toepassing op vooraf aangesloten verzekerden die in orde waren met hun premies aan een gelijkaardige verzekering bij een andere VMOB, noch op de verzekerden die hun verzekeringsdekking Dentalia Plus willen wijzigen ten voordele van Dentalia Up.
b) De aansluiting na een bepaalde leeftijd kan aanleiding geven tot de betaling van een bijkomende premie.

Wanneer men overstapt van Dentalia Plus naar Dentalia Up, dan wordt er geen extra verhoging van de premie toegepast.

9.1.2. De gezondheidstoestand en vooral de aanwezigheid van een bestaande ziekte, want het risico op een behandeling kan hierdoor stijgen, net als het bedrag van de medische kosten. Hierdoor kan het ook gerechtvaardigd zijn dat bepaalde medische kosten, verbonden met een bestaande ziekte, niet gedekt worden.

9.1.3. Het vooraf bestaan van een gelijkaardige verzekering heeft een impact op:
a) de toegang: de leeftijdsgrens (cfr. punt 9.1.1.a) is niet van toepassing op vooraf aangesloten verzekerden die in orde waren met hun premies aan een gelijkaardige verzekering bij een andere VMOB, noch op de verzekerden die hun verzekeringsdekking Dentalia Plus willen wijzigen ten voordele van Dentalia Up.
b) de wachttijd: de wachttijd kan beperkt of geschrapt worden voor de verzekerden die gedekt waren door een gelijkaardige verzekering tot de datum van hun aansluiting bij MLOZ Insurance. De wachttijd wordt dan ingekort met de duur van die verzekering. MLOZ Insurance maakt geen onderscheid naar de aard van de verzekering (bij een ziekenfonds of bij een privéverzekeraar (individuele/collectieve)) die de verzekerde genoot voor zijn (haar) aansluiting bij MLOZ Insurance.

9.1.4. De aard van de behandeling: de wachttijd wordt verlengd tot 12 maanden in het kader van de dekking Dentalia Up voor de terugbetaling van tandprothesen, tandimplantaten, parodontologie en orthodontieverstrekkingen.

9.2. Tijdens het contract:

9.2.1. De leeftijd van de verzekerde, want volgens statistische gegevens neemt de kans op een behandeling toe naarmate men ouder wordt. Dit criterium kan ook een impact hebben op het uitgegeven bedrag. Het bedrag van de premie stijgt dus in functie van de leeftijd van de verzekerde.

9.2.2. Het vroegere bestaan van een gelijkaardige verzekering bij een andere verzekeringsmaatschappij heeft een impact op de plafonds van Dentalia Up: het aantal aansluitingsjaren bij deze gelijkaardige verzekering op het ogenblik van de aansluiting bij Dentalia Up wordt als volgt in rekening genomen om de plafonds van Dentalia Up te bepalen:

- als de verzekerde minder dan 2 jaar is aangesloten is bij deze gelijkaardige verzekering wordt de aansluitingsdatum bij deze gelijkaardige verzekering niet in rekening genomen. De datum die gebruikt wordt om de begindatum van de plafonds te bepalen is de aansluitingsdatum bij Dentalia Up;
- als de verzekerde 2 jaar of langer is aangesloten bij deze gelijkaardige verzekering is de datum die gebruikt wordt om de begindatum van de plafonds te bepalen de aansluitingsdatum bij Dentalia Up verminderd met 2 jaar.

9.2.3. De reeds uitbetaalde tegemoetkomingen in Dentalia Plus hebben een impact op de plafonds in Dentalia Up.

De volgende maatregelen zullen toegepast worden voor de verzekerden Dentalia Plus in geval van overgang naar Dentalia Up:

- de terugbetalingen verleend in het kader van de preventieve en curatieve verzorging van het lopende plafond Dentalia Plus zullen verrekend worden in het plafond 'Preventieve en curatieve verzorging' van Dentalia Up;
- de terugbetalingen verleend in het kader van de orthodontie van het lopende plafond Dentalia Plus zullen verrekend worden in het plafond 'Orthodontische behandeling' van Dentalia Up;
- de terugbetalingen verleend in het kader van prothesen, implantaten en parodontologie van het lopende plafond Dentalia Plus zullen verrekend worden in het tweejarige plafond 'Prothesen, implantaten en parodontologie' van Dentalia Up.

9.2.4. De anciënniteit in de verzekering Dentalia Plus heeft een impact op de plafonds in Dentalia Up.

Wanneer de verzekerde gedekt was door Dentalia Plus tot aan de aansluitingsdatum bij Dentalia Up, wordt de aansluitingsdatum bij Dentalia Plus in rekening genomen om de begindatum van de plafonds Dentalia Up te bepalen.

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

De premie, 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 premies en los van hun aanpassing aan de index op de consumptieprijzen, of de medische index per leeftijdsklasse verbonden aan de waarborg 'tandverzorging' mogen de premies niet verhoogd worden.
Voor de toepassing van de indexering worden de indexvoet van april van het lopende jaar en de indexvoet van april van het vorige jaar met elkaar vergeleken.
Deze indexschommeling wordt uitgedrukt in een percentage en kan toegepast worden op de premie en op de verstrekkingen zoals die golden vóór de indexaanpassing.
MLOZ Insurance kan jaarlijks beslissen om de indexeringsmogelijkheden van de premies op basis van deze indexen niet toe te passen of slechts gedeeltelijk toe te passen.
De premies worden evenwel verhoogd in functie van de toepasbare belastingen op dat vlak.
De premies evenals de dekking kunnen gewijzigd worden overeenkomstig artikel 504 van de wet van 13 maart 2016.

11. TERUGBETALINGEN VAN DENTALIA UP

11.1. Verstrekkingen

MLOZ Insurance voorziet in een tegemoetkoming voor preventieve tandverzorging, curatieve tandverzorging, parodontologie, tandprothe-

sen en tandimplantaten en orthodontische behandelingen zoals gedefinieerd in punt 1 op voorwaarde dat de verstrekkingen uitgevoerd worden door één van de zorgverleners, vermeld in artikel 4, § 1 van de bijlage van het Koninklijk Besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen (algemeen tandarts, tandarts-specialist in orthodontie, tandarts-specialist in parodontologie, arts-specialist in stomatologie en arts met het diploma tandarts of licentiaat in de tandheelkunde).

Er is geen tegemoetkoming voor voorschotten zolang de medische handeling niet uitgevoerd is.

11.2. Territorialiteitsbeginsel

De verstrekkingen worden gedekt voor zover ze toegediend worden in België of op het grondgebied van het vasteland van de volgende buurlanden: Frankrijk, Nederland, Duitsland en Groothertogdom Luxemburg, door zorgverleners met een erkenning door de bevoegde autoriteiten van het betrokken land.

11.3 Terugbetalingstarieven

11.3.1. Preventieve tandverzorging

In het kader van de dekking Dentalia Up kent MLOZ Insurance een tegemoetkoming toe voor preventieve tandverzorging voor zover de datum van de verzorging gelijk is aan of later valt dan de aansluitingsdatum bij Dentalia Up.

Voor de preventieve tandverzorging die terugbetaald wordt door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging bedraagt de tussenkomst 100% van het bedrag dat ten laste blijft van de verzekerde. De supplementen die in het bedrag dat ten laste blijft van de verzekerde zijn inbegrepen, worden evenwel beperkt tot 200% van het overeenkomstentarief.

Voor de preventieve tandverzorging die terugbetaalbaar is door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging maar niet terugbetaald wordt door deze laatste, wordt de tegemoetkoming beperkt tot tweemaal het overeenkomstentarief, onverminderd de toepassing van punt 15.

In geval van medisch noodzakelijke preventieve tandverzorging die niet terugbetaalbaar is door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, zal de tegemoetkoming beperkt worden tot tweemaal het sectorale referentietarief. Als er geen referentietarief beschikbaar is, kan de Medische Adviseur van MLOZ Insurance verantwoording vragen van de aangegane bedragen, en de terugbetaling beperken tot de rechtmatig verleende en gefactureerde verstrekkingen, en ten belope van het bedrag dat door een gewoonlijk redelijke en voorzichtige tandarts wordt gefactureerd. Zijn geen rechtmatig gefactureerde verstrekkingen: verstrekkingen die al opgenomen zijn in de nomenclatuurcode van een hoofdhandeling.

11.3.2. Curatieve tandverzorging

In het kader van de dekking Dentalia Up kent MLOZ Insurance een tegemoetkoming toe voor de curatieve tandverzorging die terugbetaald wordt door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging: 50% van het bedrag dat ten laste blijft van de verzekerde of 80% indien hij aan preventie gedaan heeft. De supplementen die in het bedrag dat ten laste blijft van de verzekerde zijn inbegrepen, worden evenwel beperkt tot 200% van het overeenkomstentarief.

Voor de curatieve tandverzorging die terugbetaalbaar is door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging maar niet terugbetaald wordt door deze laatste, wordt de tegemoetkoming beperkt tot 50%, of 80% als de verzekerde aan preventie gedaan heeft, van tweemaal het overeenkomstentarief, onverminderd de toepassing van punt 15.

In geval van medisch noodzakelijke curatieve tandverzorging, die niet terugbetaalbaar is door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, zal de tegemoetkoming beperkt worden tot 50%, of 80% als de verzekerde aan preventie gedaan heeft, van tweemaal het sectorale referentietarief. Als er geen referentietarief beschikbaar is, kan de Medische Adviseur van MLOZ Insurance verantwoording vragen van de aangegane bedragen, en de terugbetaling beperken tot de rechtmatig verleende en gefactureerde verstrekkingen, en ten belope van het bedrag dat door een gewoonlijk redelijke en voorzichtige tandarts wordt gefactureerd. Zijn geen rechtmatig gefactureerde verstrekkingen: verstrekkingen die al opgenomen zijn in de nomenclatuurcode van een hoofdhandeling.

Uitzonderingen:

- tijdens het eerste aansluitingsjaar wordt het terugbetalingstarief van de curatieve tandzorg vastgesteld op 80% van het bedrag dat ten laste blijft van de verzekerde;
- het terugbetalingstarief van de curatieve tandzorg ten gunste van verzekerden die 6 jaar of jonger zijn, wordt bepaald op 80 % van het bedrag dat ten laste blijft.

11.3.3. Tandprotheses, tandimplantaten en parodontologie

In het kader van de dekking Dentalia Up kent MLOZ Insurance een tegemoetkoming toe voor de tandprotheses, tandimplantaten en de parodontologie: 50% van het bedrag dat ten laste blijft van de verzekerde, of 80% indien hij aan preventie gedaan heeft.

11.3.4. Orthodontische behandeling

In het kader van de dekking Dentalia Up kent MLOZ Insurance een tegemoetkoming toe voor de orthodontische behandeling : 60% van het bedrag dat ten laste blijft van de verzekerde.

11.3.5. Waarborg 'Ongevallen'

MLOZ Insurance voorziet in specifieke bepalingen voor tandzorgkosten als bedoeld in punt 11.1 ten gevolge van een ongeval op voorwaarde dat aan de volgende cumulatieve voorwaarden wordt voldaan:

- het gaat om een ongeval in de privésfeer, op school of tijdens een begeleide activiteit (onbetaalde sport, jeugdbeweging);
  verkeersongevallen met een motorvoertuig onderworpen aan een BA-autoverzekering zijn evenwel uitgesloten*;
  Overeenkomstig de wet van 21 november 1989 betreffende de verplichte aansprakelijkheidsverzekering voor motorrijtuigen.
- het ongeval zich heeft voorgedaan na de aansluitingsdatum bij Dentalia Up;
- het ongeval gaf aanleiding tot traumatische letsels waarvan de behandeling van dien aard is dat ze gedekt wordt door deze bepalingen;
- de kosten zijn medisch noodzakelijk om de tanden te herstellen naar hun toestand van vóór het ongeval;
- de behandeling wordt uitgevoerd tijdens de dekkingsperiode die in het aanvaarde behandelingsplan Ongeval is vermeld. Deze dekkingsperiode is beperkt tot twee jaar vanaf de datum van het ongeval.

Om de voordelen van deze waarborg 'Ongevallen' te kunnen genieten, moet de verzekerde, naast het harmonisatiedocument 'Tandheelkundige verstrekkingen - bewijsstuk van behandeling(en)', de volgende documenten voorleggen:

- het formulier 'Ongevalsaangifte', in te dienen bij MLOZ Insurance binnen 45 dagen na het ongeval; en
- het formulier 'Behandelingsplan Ongeval', samen met röntgenfoto's en foto's van de door het ongeval veroorzaakte letsels, ter attentie van de Medische Adviseur van MLOZ Insurance.

11.3.6. Waarborg 'Ziektes waarvan de pathologie of de behandeling een impact hebben op de mondgezondheid'

De betrokken ziektes zijn opgenomen in de volgende limitatieve lijst:

- kanker

MLOZ Insurance stelt specifieke bepalingen vast per ziekte:

KANKER

Er is een tegemoetkoming voor de kosten voor tandverzorging opgenomen in punt 11.1 ten gevolge van een kanker voor zover er aan de volgende cumulatieve voorwaarden wordt voldaan:

- de diagnose kanker wordt gesteld na de aansluitingsdatum bij Dentalia Up;
- de tandzorg houdt verband met de gediagnosticeerde kanker en valt onder deze bepalingen;
- de kosten zijn medisch noodzakelijk;
- de behandeling wordt uitgevoerd tijdens de dekkingsperiode die in het aanvaarde behandelingsplan is vermeld;
- het behandelingsplan Kanker moet uiterlijk een jaar na het einde van de oncologische behandeling worden ingediend.

Om de voordelen van deze waarborg te kunnen genieten, moet de verzekerde, naast het harmonisatiedocument 'Tandheelkundige verstrekkingen - bewijsstuk van behandeling(en)', de volgende documenten voorleggen ter attentie van de Medische Adviseur van MLOZ Insurance:

- de aanvraag voor een toekenning van de Waarborg Kanker, samen met een attest van een arts waarin de diagnose kanker bij de verzekerde wordt gesteld, bevestigd door biologisch of anatomopathologisch onderzoek, door medische beeldvorming of door elk ander medisch onderzoek dat in de medische wereld gebruikelijk is. Op basis van deze informatie zal de Medische Adviseur van MLOZ Insurance de dekking van de waarborg aanvaarden of weigeren. Deze dekking gaat ten vroegste in op de dag van de diagnose; en
- het formulier 'Behandelingsplan Kanker', samen met röntgenfoto's en foto's.

12. BEPERKINGEN OP TEGEMOETKOMINGEN

12.1. Tegemoetkomingsplafonds

12.1.1 Preventieve en curatieve tandverzorging

De tegemoetkoming wordt voor alle verstrekkingen van preventieve en curatieve tandzorg beperkt tot 400 euro tijdens het 1ste aansluitingsjaar, tot 700 euro tijdens het 2de aansluitingsjaar en tot 1.300 euro tijdens het 3de aansluitingsjaar en de volgende jaren.

Het saldo van het tegemoetkomingsplafond mag niet overgedragen en toegevoegd worden aan het volgende plafond.

12.1.2. Tandprotheses, tandimplantaten en parodontologie

De tegemoetkoming voor tandprotheses, tandimplantaten en parodontologie wordt beperkt tot een tweejarig plafond.

Het plafond begint op de verjaardag van de aansluitingsdatum die voorafgaat aan de prestatiedatum van de eerste zorg voor tandprotheses, tandimplantaten of parodontologie over een periode van twee jaar.

Dit plafond, geldig voor twee aansluitingsjaren, wordt bepaald in functie van het aantal jaren aansluiting dat is vervuld bij het begin van het tweejarig plafond:

- 1ste aansluitingsjaar: wachttijd; 400 euro in geval van afwijking op de wachttijd;
- 2de aansluitingsjaar: 700 euro;
- 3de aansluitingsjaar: 1.100 euro;
- 4de tot 6de aansluitingsjaar: 1.800 euro;
- 7de tot 9de aansluitingsjaar: 2.200 euro;
- 10de aansluitingsjaar en meer OF aangesloten vóór de leeftijd van 5 jaar: 2.500 euro.

Het bedrag wordt bepaald bij het begin van het tweejarige plafond. Als een anciënniteitsdrempel wordt bereikt tijdens de tweejarige periode, wordt het bedrag van het plafond niet bijgewerkt.

Het saldo van het tegemoetkomingsplafond mag niet overgedragen en toegevoegd worden aan het volgende plafond.

12.1.3. Orthodontische behandeling

De tegemoetkoming is beperkt tot een plafond voor orthodontische behandeling. Dit plafond is afhankelijk van het aantal jaren aansluiting bij Dentalia Up op het moment van de attestering van het forfait voor apparatuur bij het begin van de behandeling:

- 1ste aansluitingsjaar: wachttijd; 400 euro in geval van afwijking op de wachttijd;
- 2de aansluitingsjaar: 700 euro;
- 3de aansluitingsjaar: 1.100 euro;
- 4de tot 6de aansluitingsjaar: 1.800 euro;
- 7de tot 9de aansluitingsjaar: 2.200 euro;
- 10de aansluitingsjaar en meer OF aangesloten vóór de leeftijd van 5 jaar: 2.500 euro.

Als een anciënniteitsdrempel wordt bereikt tijdens de behandeling, wordt het bedrag van het plafond dat bij het begin van de behandeling werd bepaald, niet bijgewerkt.

Het plafondbedrag wordt herberekend op basis van de anciënniteit in het product op de datum van de attestering van het forfait voor apparatuur bij het begin van de 'regelmatige' behandeling. De terugbetalingen die reeds uitgevoerd werden tijdens de 'vroege' behandeling, worden in acht genomen voor de berekening van het verbruikte bedrag.

De terugbetalingen die reeds uitgevoerd werden tijdens een vorige aansluiting bij Dentalia Up worden in acht genomen voor de berekening van het verbruikte bedrag.

12.1.4. Waarborg 'Ongevallen'

De kosten worden terugbetaald aan 100% van het bedrag dat ten laste blijft van de verzekerde voor tandzorg ten gevolge van het ongeval, tot een maximum van 5.000 euro per ongeval, ongeacht het jaar van aansluiting bij Dentalia Up. Het gaat om een extra dekking in geval van een ongeval.

Als de totale kosten voor de verzorging in verband met het ongeval en aanvaard in het behandelingsplan Ongeval, het plafond 'Ongeval' overschrijden, zullen de extra kosten terugbetaald worden volgens de respectieve voorwaarden die van toepassing zijn op de betrokken verzorging (preventieve zorg, curatieve zorg, tandprotheses, tandimplantaten, parodontologie, orthodontie).

12.1.5. Waarborg 'Ziektes waarvan de pathologie of de behandeling een impact hebben op de mondgezondheid' (kanker)

De kosten worden terugbetaald aan 100% van het bedrag dat ten laste blijft van de verzekerde voor tandzorg in verband met de ziektes, met inbegrip van de behandeling, van de hieronder vermelde limitatieve lijst, tot een maximum van 4.000 euro voor alle ziektes beoogd door deze waarborg, ongeacht de aansluitingsdatum bij Dentalia Up. Dit plafond van 4.000 euro kan slechts eenmaal per verzekerde gebruikt worden. De terugbetalingen die reeds uitgevoerd werden tijdens een vorige aansluiting bij Dentalia Up worden in acht genomen voor de berekening van het verbruikte bedrag.

Het gaat om een aanvullende dekking in geval van ziekte. Als de totale kosten voor de verzorging in verband met de betrokken ziekte en aanvaard in het behandelingsplan, het plafond van 4.000 euro overschrijden, zullen de extra kosten terugbetaald worden volgens de respectieve voorwaarden die van toepassing zijn op de betrokken verzorging (preventieve zorg, curatieve zorg, tandprotheses, tandimplantaten, parodontologie, orthodontie).

12.2. Specifieke voorwaarden die van toepassing zijn bij een aansluiting met een gelijkaardige tandzorgverzekering

Voor de preventieve tandverzorging, curatieve tandverzorging, tandprothesen en tandimplantaten, parodontologie en orthodontische behandelingen vermeld in de punten 12.1.1, 12.1.2 en 12.1.3 worden de plafonds van Dentalia Up berekend volgens de volgende regels:
Wanneer de verzekerde gedekt was door een gelijkaardige verzekering voor tandverzorging, gesloten bij een andere verzekeringsmaatschappij, tot aan zijn aansluitingsdatum bij Dentalia Up, wordt het aantal aansluitingsjaren bij deze gelijkaardige verzekering op het ogenblik van de aansluiting bij Dentalia Up op de volgende manier in rekening genomen om het plafond van Dentalia Up te bepalen:

- als de verzekerde minder dan 2 jaar is aangesloten is bij deze gelijkaardige verzekering wordt de aansluitingsdatum bij deze gelijkaardige verzekering niet in rekening genomen. De datum die gebruikt wordt om de begindatum van de plafonds te bepalen is de aansluitingsdatum bij Dentalia Up;
- als de verzekerde 2 jaar of langer is aangesloten bij deze gelijkaardige verzekering is de datum die gebruikt wordt om de begindatum van de plafonds te bepalen de aansluitingsdatum bij Dentalia Up verminderd met 2 jaar.

12.3. Specifieke tegemoetkomingsregels

In het kader van de verzekering Dentalia Up, kent MLOZ Insurance een tussenkomst toe rekening houdend met de volgende regels:

- er is een tegemoetkoming voor tandheelkundige conebeams (CBCT) op voorwaarde dat alle administratieve voorwaarden voor het gebruik van de conebeam vermeld in artikel 6, §17bis van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen zijn vervuld, en met name dat de zorgverlener houder is van de conebeam-vergunning uitgereikt door het FANC en dat het apparaat en de zorgverlener zijn geregistreerd bij de Dienst Geneeskundige verzorging van het RIZIV.
  De tandheelkundige conebeams worden terugbetaald voor zover deze medisch noodzakelijk zijn en volgens de voorwaarden die van toepassing zijn op de zorg waarop zij betrekking hebben.
  Voor tandheelkundige conebeams is er slechts eenmaal per 2 aansluitingsjaren een tegemoetkoming;
- vanaf het ogenblik dat de reglementering het oplegt, behoudt MLOZ Insurance zich het recht voor om pas een tegemoetkoming te bieden na voorafgaande indiening en aanvaarding van een behandelingsplan met een prijsopgave voor de tandprotheses en tandimplantaten, de prestaties parodontologie en de orthodontische behandelingen;
- in geval van duidelijk buitensporige of discriminerende bedragen, kan MLOZ Insurance het bedrag van de tegemoetkoming beperken door het bedrag ten laste dat in aanmerking genomen wordt te begrenzen tot het minst hoge bedrag dat opgenomen is in de hieronder vermelde referenties:
  - de bijlage bij het koninklijk besluit van 1 oktober 2013 tot vaststelling van de voorwaarden voor de vergoeding van tandprothesen die nodig zijn ingevolge van letsels opgelopen bij een arbeidsongeval, jaarlijks bijgewerkt op 1 januari; of
  - het overeenkomstentarief voor de terugbetaalbare verstrekkingen; of
  - het sectorale referentietarief voor de niet-terugbetaalbare verstrekkingen; of
  - het tarief dat gewoonlijk toegepast wordt door de zorgverlener voor patiënten die geen tandzorgverzekering hebben gesloten;
- de tussenkomst voor de hulpmiddelen in harde kunsthars zoals vermeld in punt 1.15.2) is beperkt tot eenmaal per 5 aansluitingsjaren. De aanpassing van deze hulpmiddelen mag in geen geval aanleiding

geven tot een aparte tussenkomst;
- de vernieuwingstermijn voor de prothesen bedraagt 7 jaar voor uitneembare prothesen en 15 jaar voor vaste prothesen;
- de modellering in tandverzorging kan in geen geval leiden tot een aparte tegemoetkoming van de behandeling waarop die betrekking heeft;
- de kosten die betrekking hebben op eenzelfde tandprothetisch werk in de zin van punt 1.15 mogen in geen geval worden gespreid over verschillende datums met het oog op een voordeel of terugbetaling die hoger is dan die contractueel voorzien is en mogen slechts globaal aangerekend worden op de datum van de definitieve plaatsing.
  MLOZ Insurance behoudt zich het recht voor om de therapeutische relevantie van meerdere behandelingen op dezelfde implantatie- of protheselocatie na te gaan, en zo nodig de tegemoetkoming te beperken;
- MLOZ Insurance behoudt zich het recht voor om zijn tussenkomst afhankelijk te maken van de ontvangst van een kopie van het akkoord van de adviserend arts of van de bijlage die nodig is om een tegemoetkoming van de verplichte verzekering te krijgen voor de orthodontische behandeling.

13. UITSLUITINGEN EN ALGEMENE BEPERKINGEN

13.1. Algemene uitsluitingen

Worden niet gedekt, de kosten van de tandverzorging bij een ziekte of een ongeval:
- die het gevolg zijn van oorlogsfeiten, met uitsluiting van terrorisme; de waarborg blijft evenwel bestaan tijdens de eerste 14 dagen na het begin van de vijandelijkheden als de verzekeringsnemer verrast werd door het uitbreken van een oorlogstoestand tijdens een reis in het buitenland;
- 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 verzekeringsnemer het bewijs levert dat hij niet actief en vrijwillig aan deze gebeurtenissen deelnam;
- die zich voordoen op een ogenblik waarop de verzekeringsnemer 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 wanbedrijf. Met 'wanbedrijf' beogen we ook de wanbedrijven die later geherkwalificeerd worden als overtredingen;
- die het gevolg zijn van een opzettelijke handeling van de verzekeringsnemer (behalve bij redding van personen of goederen) of van een vrijwillige vergroting van het risico door de verzekeringsnemer. De opzettelijke handeling zal weerhouden worden wanneer de verzekeringsnemer wetens en willens gedrag heeft vertoond dat voorzienbare schade veroorzaakt heeft. Het is evenwel niet vereist dat de verzekerde ook de bedoeling had de schade zoals die gebeurde, te berokkenen. De poging tot zelfdoding en de zelfdoding worden niet beschouwd als opzettelijke handelingen;
- die het gevolg zijn van dronkenschap, alcoholisme of toxicomanie;
- die het gevolg zijn van kernreacties, met uitsluiting van terrorisme.

13.2. Niet-gedekte verstrekkingen

Dentalia Up biedt geen tegemoetkoming voor:
- de orthodontische behandelingen:
  1) die geen recht geven op een terugbetaling door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor de aangeslotenen bij de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;
  2) die niet beantwoorden aan de terugbetalingsvoorwaarden van de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor degenen die niet aangesloten zijn bij de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;
  3) die tijdens de wachttijd of vóór de aansluiting bij Dentalia Up opgestart of begonnen zijn. Deze behandelingen worden niet ten laste genomen, zelfs niet na de wachttijd;
- de tandprotheses en tandimplantaten die tijdens de wachttijd of vóór de aansluiting bij Dentalia Up opgestart of begonnen zijn. Deze behandelingen worden niet ten laste genomen, zelfs niet na de wachttijd;
- 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 '+';
- de geneesmiddelen;
- de materialen, instrumenten, ingezette middelen, geneesmiddelen voor tandheelkundig gebruik of andere farmaceutische benodigdheden en alle handelingen die nauw samenhangen met de hoofdhandeling;
- de tandprothesen van het type facetten, ongeacht de reden;
- de dieptrekplaten, ongeacht de reden verschillend van de orthodontische retentie;
- de technieken voor infiltratie van composiethars, met behulp van een beugel die indirect vervaardigd is, met het oog op de wijziging van de anatomie, het volume of de kleur van een of meerdere tanden;
- alle behandelingen van ronchopathie (snurken) of slaapapneu of elke andere behandeling die geen verband houdt met de mondgezondheid;
- de kosten die het gevolg zijn van de beoefening van een betaalde sport, met inbegrip van de training, alsook de kosten die voortvloeien uit een letsel opgelopen tijdens de beoefening van een sport waarbij het dragen van gelaats-, mond- of tandbescherming gebruikelijk of verplicht is volgens de reglementering van de betrokken sportfederatie;
- de kosten die ontstaan doordat de verzekerde deelneemt aan een vechtpartij;
- de kosten die niet eigen zijn aan de levering van het hoofdmateriaal in formules van het type leasing of abonnement;
- de verstrekkingen tandzorg van esthetische/cosmetische aard;
- de prestaties en de leveringen van goederen en diensten die onderworpen kunnen zijn aan btw;
- de kosten waarvan de facturatie in strijd is met de Belgische reglementering;
- de kosten die vanuit diagnostisch of therapeutisch oogpunt niet noodzakelijk zijn want niet curatief voor een ziekte;
- de verstrekkingen of de behandelingen die niet medisch noodzakelijk zijn;
- de overdreven technieken of behandelingen (overbehandelingen) in verhouding tot de pathologie;
- de verstrekkingen die onvoldoende therapeutisch erkend zijn of die niet gedoceerd worden in minstens één van de Belgische faculteiten die toegang geven tot één van de beroepen opgesomd in art. 4, § 1 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;
- de verstrekkingen ten gunste van een verzekerde die weigert zich te laten onderzoeken door een door MLOZ Insurance aangewezen tandarts expert;
- de verstrekkingen in geval van duidelijke vervalsing door de zorgverlener en/of de verzekerde of zijn vertegenwoordiger van de datums van de verstrekkingen, de gevraagde bedragen of de omschrijving van de verstrekkingen.

14. SPECIFIEKE REGELS VOOR DE OVERGANG VAN DENTALIA PLUS NAAR DENTALIA UP

14.1. Aanvaarding

Iedere verzekeringsnemer bij Dentalia Plus kan zijn overgang naar Dentalia Up aanvragen zonder leeftijdsgrens. De personen te zijnen laste in de zin van de reglementering over de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen én aangesloten bij Dentalia Plus moeten hem verplicht volgen. De overgang moet aangevraagd worden via de overhandiging van een "aansluitingsaanvraag/aanvraag van productverandering" of een "aanvraag voor een overstap van product" en begint te lopen op de eerste dag van de maand die volgt op deze in de loop waarvan de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand zijn "aansluitingsaanvraag/aanvraag van productverandering" of "aanvraag voor een overstap van product"ontvangen heeft. De datum die in aanmerking genomen wordt om het begin van de wachttijd te bepalen voor Dentalia Up is de aansluitingsdatum bij Dentalia Plus.

14.2. Premies

Wanneer men overstapt van Dentalia Plus naar Dentalia Up, dan wordt er geen extra verhoging van de premie toegepast.

14.3. Terugbetalingen

14.3.1. Berekening van de begindatum van de plafonds

Voor de preventieve tandverzorging, curatieve tandverzorging, tandprothesen en tandimplantaten, parodontologie en orthodontische behandelingen vermeld in de punten 12.1.1, 12.1.2 en 12.1.3 wordt de aansluitingsdatum bij Dentalia Plus in rekening genomen om de begindatum van de plafonds Dentalia Up te bepalen.

14.3.2. Impact van de reeds uitbetaalde terugbetalingen in Dentalia Plus

De reeds uitbetaalde terugbetalingen in Dentalia Plus worden op de volgende manier in rekening gebracht in de plafonds van Dentalia Up:
- de terugbetalingen verleend in het kader van de preventieve en curatieve verzorging van het lopende plafond Dentalia Plus zullen

verrekend worden in het plafond 'Preventieve en curatieve verzorging' van Dentalia Up;
- de terugbetalingen verleend in het kader van de orthodontie van het lopende plafond Dentalia Plus zullen verrekend worden in het plafond 'Orthodontische behandeling' van Dentalia Up;
- de terugbetalingen verleend in het kader van prothesen, implantaten en parodontologie van het lopende plafond Dentalia Plus zullen verrekend worden in het tweejarige plafond 'Prothesen, implantaten en parodontologie' van Dentalia Up.

15. CUMULATIE VAN DE DEKKINGEN

15.1. 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 zekerheidsovereenkomst gesloten door België;
- de aanvullende verzekering van de mutualiteiten, met uitzondering van de tussenkomsten Dentalia Up vanaf 1 juli 2023;
- de dienst 'dringende zorg in het buitenland' van de ziekenfondsen.

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 MLOZ Insurance tussen op dezelfde wijze als voor een verzekeringsnemer die wel recht heeft op deze tegemoetkomingen.

15.2. Wanneer de krachtens een andere wetgeving, het gemeenrecht of een ander verzekeringscontract toegekende sommen lager zijn dan de door MLOZ Insurance 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 MLOZ Insurance 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 MLOZ Insurance voorlopig verstrekkingen toekennen, in afwachting van de effectieve betaling van de schadevergoeding.
MLOZ Insurance 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 MLOZ Insurance.

16. TEGEMOETKOMINGEN

16.1. 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.

16.2. Medische controle

De verstrekkingen worden slechts toegekend onder voorbehoud van het recht van MLOZ Insurance om de gezondheidstoestand van de verzekerde en de gegrondheid van de verstrekkingen op elk ogenblik door de Medische Adviseur te laten controleren.

Door aan te sluiten bij Dentalia Up geeft de verzekeringnemer zijn toestemming aan MLOZ Insurance om bij de zorgverlener of zijn onderaannemer de rechtmatigheid van de facturering te controleren.

Door aan te sluiten bij Dentalia Up geeft de verzekeringnemer zijn toestemming aan de Medische Adviseur van MLOZ Insurance, of aan de gemandateerde tandarts expert, om bij de zorgverlener of zijn onderaannemer de rechtmatigheid van de uitgevoerde verstrekking te controleren bij twijfel over de gegrondheid ervan.

16.3. Betaling van de voordelen

Om aanspraak te kunnen maken op terugbetalingen, moet de verzekeringsnemer in orde zijn met de betaling van zijn premies.
Om de voordelen van de dekking Dentalia Up te kunnen genieten, moet de verzekerde zich richten tot een erkende verstrekker. Hij moet het harmonisatiedocument 'Tandheelkundige verstrekkingen - bewijsstuk voor uitgevoerde behandeling(en)', naar behoren ingevuld door de zorgverlener, indienen.

Alle verstrekkingen die voor eenzelfde handeling/dag uitgevoerd worden, moeten samen op één document vermeld worden. Als supplementen slechts globaal worden gemeld, zullen zij evenredig over het tarief van elke verstrekking worden verdeeld.
De bewijsdocumenten moeten in dezelfde volgorde ingediend worden als de toegediende verzorging.
MLOZ Insurance behoudt zich het recht voor om zijn tussenkomst afhankelijk te stellen van de ontvangst van een kopie van het naar behoren ingevulde getuigschrift voor verstrekte hulp in het kader van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De verzekeringsnemer verbindt zich ertoe de verzekerde te informeren dat, door in te schrijven op dit product, de VMOB MLOZ Insurance rechtstreeks contact kan opnemen met zijn ziekenfonds of met de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen om zijn terugbetalingen te optimaliseren op basis van de gegevens die zij ontvangen hebben in het kader van de verplichte en de aanvullende verzekering.

Het is toegestaan bewijsstukken digitaal te bezorgen aan MLOZ Insurance met het oog op een tegemoetkoming. De digitale kopie moet van goede kwaliteit zijn (leesbaar) en conform aan het origineel (geen handgeschreven wijzigingen of bijwerkingen). MLOZ Insurance behoudt zich het recht voor het origineel op te vragen bij de verzekerde, die het moet bewaren of de eventuele kosten voor een duplicaat moet dragen.

De terugbetalingen zullen toegekend worden aan de effectieve verzekerden of aan iedere persoon die over een schriftelijke volmacht beschikt, dit na ontvangst van de onkostennota's over de aangegane kosten en van de afrekening voor de wettelijke tegemoetkomingen.

17. VERWERKING VAN DE GEGEVENS

De persoonlijke gegevens van de verzekeringsnemer en zijn verzekerden worden verwerkt door MLOZ Insurance als verwerkingsverantwoordelijke en door de Onafhankelijke Ziekenfondsen als agent en verwerker van MLOZ Insurance, in het kader van de toekenning en het beheer van het verzekeringsproduct dat de verzekeringsnemer onderschreven heeft, en conform de Europese Verordening van 27 april 2016 over de bescherming van gegevens (GDPR). De medische gegevens worden ingezameld en verwerkt op basis van de toestemming van de verzekerden en onder toezicht en verantwoordelijkheid van de Medische Adviseur van MLOZ Insurance. Het beleid inzake de persoonlijke levenssfeer van MLOZ Insurance is beschikbaar via deze link www.mloz.be/nl/content/privacy-mloz-insurance of op aanvraag in een agentschap of per post (MLOZ-DPO, Lenniksebaan 788 A in 1070 Brussel).

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