

Tandzorgverzekering

Informatiedocument over het verzekeringsproduct

MLOZ Insurance, Lenniksebaan 788A, 1070 Anderlecht - België
verzekeringsonderneming van de Onafhankelijke Ziekenfondsen,
erkend onder het CDZ-codenummer 750/01 voor de takken 2 en 18,
ondernemingsnummer: 422.189.629



Dentalia Up

De volledige precontractuele en contractuele informatie over het verzekeringsproduct wordt verstrekt in de algemene voorwaarden, de wijzigingsclausules, de aanvraag voor een nieuwe aansluiting en de aanvaardingsbrief.

Dit product is onderworpen aan het Belgisch recht.

Voor informatie over de aansluiting bij dit product kunt u terecht bij uw ziekenfonds.

Welk soort verzekering is dit?

De verzekering Dentalia Up is een facultatieve verzekering tot vergoeding van schade als aanvulling op de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Het product biedt een garantie bij kosten voor tandverzorging.



Wat is verzekerd?

- ✓ Tussenkost voor tandverzorging ook al is er geen terugbetaling van de verstrekkingen door de verplichte verzekering.
- ✓ Terugbetaling van het bedrag ten laste zonder wachttijd:
 - preventieve tandverzorging aan 100%
 - waarborg Ongevallen: tandverzorging aan 100%
 - waarborg Kanker (Ziektes waarvan de pathologie of de behandeling een impact hebben op de mondgezondheid): tandverzorging aan 100%
- ✓ Terugbetaling van het bedrag ten laste na een wachttijd van 6 maanden:
 - curatieve tandverzorging aan 80%
- ✓ Terugbetaling van het bedrag ten laste na een wachttijd van 12 maanden:
 - prothesen en implantaten aan 80%
 - parodontologie aan 80%
 - orthodontie aan 60%
- ✓ Zonder franchise.
- ✓ Vrije keuze van verstrekker.



Wat is niet verzekerd?

- ✗ Verstrekkingen van stomatologie die niet toegankelijk zijn voor een tandarts.
- ✗ Geneesmiddelen.
- ✗ Tandzorgverstrekkingen van esthetische aard.
- ✗ Orthodontische behandelingen die geen recht geven op een terugbetaling in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. Dit wil zeggen dat behandelingen opgestart na 15 jaar niet in aanmerking komen.
- ✗ Orthodontische behandelingen en tandprothesen/tandimplantaten die tijdens de wachttijd of voor de aansluiting werden opgestart of begonnen. Deze behandelingen worden niet ten laste genomen, zelfs niet na de wachttijd.
- ✗ tandprothesen van het type facetten, inlays, onlays en overlays, ongeacht de reden



Zijn er dekkingsbeperkingen?

- ! Terugbetalingen in functie van het type van tandverzorging en van het aantal jaren aansluiting in het product voor:
 - preventieve en curatieve tandverzorging : jaarlijks plafond
 - het 1ste aansluitingsjaar: tot 350 euro
 - het 2de aansluitingsjaar: tot 650 euro
 - vanaf het 3de aansluitingsjaar: tot 1.250 euro.
 - tandprothesen, tandimplantaten en parodontologie: tweejarig plafond (in functie van het aantal jaren aansluiting dat is vervuld op het ogenblik van de eerste zorg)
 - het 1ste aansluitingsjaar: tot 350 euro in geval van afwijking op de wachttijd
 - het 2de aansluitingsjaar: tot 650 euro
 - het 3de aansluitingsjaar: tot 1.050 euro
 - het 4de tot 9de aansluitingsjaar: tot 1.400 euro
 - vanaf het 10de aansluitingsjaar OF aangesloten vóór de leeftijd van 5 jaar: tot 2.200 euro.
 - orthodontische behandeling: uniek plafond (in functie van het aantal jaren aansluiting op het ogenblik van de plaatsing van het apparaat)
 - het 1ste aansluitingsjaar: tot 350 euro in geval van afwijking op de wachttijd
 - het 2de aansluitingsjaar: tot 650 euro
 - het 3de aansluitingsjaar: tot 1.050 euro
 - het 4de tot 9de aansluitingsjaar: tot 1.800 euro
 - vanaf het 10de aansluitingsjaar OF aangesloten vóór de leeftijd van 5 jaar: tot 2.200 euro.
- ! Terugbetaling waarborg Ongevallen: tot 5.000 euro per ongeval.
- ! Terugbetaling waarborg Kanker (Ziektes waarvan de pathologie of de behandeling een impact hebben op de mondgezondheid): tot 4.000 euro voor alle ziektes die deel uitmaken van deze waarborg.
- ! Terugbetaling beperkt tot 50% in plaats van 80% als de verzekerde geen verstrekking tandzorg terugbetaald kreeg in het kalenderjaar dat voorafgaat aan elke nieuwe terugbetalingsaanvraag.
- ! Terugbetaling van ereloonsupplementen beperkt tot 200% van het conventietarief voor preventieve en curatieve tandverzorging die terugbetaald wordt in de verplichte verzekering.



Waar ben ik gedekt?

✓ De dekking geldt in België en in de buurlanden Frankrijk, Nederland, Duitsland en Groothertogdom Luxemburg.



Wat zijn mijn verplichtingen?

- Bij het begin van het contract: de verzekeringsnemer moet een aanvraag voor een nieuwe aansluiting invullen. De gezinsaansluiting is verplicht. Dit betekent dat de verzekeringnemer en de personen ten laste in de zin van de reglementering over de verplichte verzekering allemaal verplicht zijn zich aan te sluiten, behalve wanneer één van de gezinsleden reeds gedekt is door een gelijkaardige tandverzekering. Hij moet alle elementen die de tenlasteneming van het risico kunnen beïnvloeden spontaan meedelen aan de verzekeraar. Bovendien moet hij de premies betalen
- Tijdens de looptijd: hij moet elke wijziging die de gevraagde premie of het behoud van het contract zou kunnen beïnvloeden, meedelen. Hij moet de verzekeraar zo spoedig mogelijk inlichten over het bestaan van een overeenkomst die een gelijkaardig of identiek risico volledig of gedeeltelijk dekt.
- Bij aangifte van een schadegeval: de verzekeringsnemer moet de verzekeraar zo spoedig mogelijk inlichten over het schadegeval en het document 'Tandheelkundige verstrekkingen - bewijsstuk voor uitgevoerde behandeling(en)' indienen, naar behoren ingevuld door de zorgverlener. In het kader van de waarborg 'Ongeval' moet de verzekerde de verzekeraar zo snel mogelijk op de hoogte brengen van het schadegeval, en uiterlijk binnen de 30 dagen na het ongeval.



Wanneer en hoe betaal ik?

De verzekeringsnemer is de premie vanaf de aansluitingsdatum verschuldigd op de vervaldatum, via overschrijving of domiciliëring volgens de overeengekomen periodiciteit.



Wanneer begint en eindigt de dekking?

Het contract begint te lopen op de eerste dag van de maand die volgt op de maand waarin de verzekeraar de correct ingevulde 'Aanvraag voor een nieuwe aansluiting of productwijziging' ontvangen heeft, mits betaling van de eerste premie.

Het contract wordt gesloten voor het leven. Het eindigt evenwel bij opzegging door de verzekeringsnemer, bij niet-betaling van de premies, bij mutatie naar een ander ziekenfonds dan de Onafhankelijke Ziekenfondsen, in geval van fraude, of wanneer de verzekeringsnemer de hoedanigheid van lid in orde op het niveau van zijn ziekenfonds verliest na niet-betaling van de bijdragen voor de aanvullende verzekering van zijn ziekenfonds.



Hoe zeg ik mijn contract op?

De verzekeringsnemer kan het contract opzeggen via een aangetekende brief, via een elektronische gekwalificeerde aangetekende zending, bij deurwaardersexploot of door afgifte van de opzegbrief tegen ontvangstbewijs. Er is een opzegtermijn van minimaal één maand.

Dit document is louter indicatief bedoeld om een overzicht te geven van de belangrijkste dekkingen en uitsluitingen. Bijgevolg kunnen er geen rechten aan worden ontleend.

Klachten over dit product of onze dienstverlening kunnen gericht worden aan de klachtencoördinator van MLOZ Insurance (complaints@mloz.be) of aan de Ombudsman van de Verzekeringen, de Meeûssquare 35, 1000 Brussel - info@ombudsman-insurance.be - www.ombudsman-insurance.be.