Algemene voorwaarden Dentalia Plus op 1 januari 2027

Algemene voorwaarden Dentalia Plus 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 door het CDZ-code: 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. Protheses en implantaten: al wat erkend wordt door de reglementering in het kader van tandverzorging.

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. 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.

1.9. 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).

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

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

1.12. 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 Plus, kunnen dit enkel op voorwaarde dat zij aansluiten of aangesloten zijn in de verplichte verzekering én bij de aanvullende diensten bij een van de hierboven opgesomde 3 afdelingen.
Er zijn wel enkele statutaire uitzonderingen (zie die afdelingen: Partenamut, Freie Krankenkasse of Helan Onafhankelijk zienkenfonds). Deze personen dienen hun personen ten laste aan te sluiten zoals voorzien door de reglementering betreffende de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen, behalve als hun echtgeno(o)t(e) of samenwonende of hun kinderen al gedekt worden door een gelijkaardige verzekering van het type 'werkelijke kosten'. Het ontslag of de schrapping van een verzekerde geeft impliciet aanleiding tot de uitschrijving van alle personen die verplicht waren om aan te sluiten. De leeftijdsgrens op de aansluitingsdatum is vastgelegd op 64 jaar 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.

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 kandidaatverzekeringsnemer. 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, UITSLUITINGEN EN EINDE VAN DE WAARBORG

4.1. Begin van de verzekeringswaarborg

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

4.1.1. Algemene regel: wachttijd van zes maanden

Vooraleer men de tegemoetkomingen van Dentalia Plus 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 prothesen, implantaten en orthodontieverstrekkingen.
Dentalia Plus biedt geen tegemoetkoming voor een verstrekking van tandverzorging
die verleend werd tijdens de wachttijd.

4.1.2. Bijzondere regels

- Vrijstelling van wachttijd voor pasgeborenen of adoptiekinderen
  Voor zover een van de ouders aangesloten is bij Dentalia Plus op een aansluitingsdatum die voorafgaat aan de geboorte- of adoptiedatum, valt de pasgeborene of het adoptiekind jonger dan drie jaar vanaf zijn geboorteof 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 bij ongeval
  Dentalia Plus kent een tegemoetkoming toe voor elke tandheelkundige verstrekking voortvloeiend uit een ongeval dat geleid heeft tot traumatische letsels, waarvan de behandeling van dien aard is dat ze gedekt wordt door de bepalingen van dit document, op voorwaarde dat het ongeval na de aansluitingsdatum valt.
- Afwijking van de wachttijd voor gelijkaardige tandzorgverzekeringen
  Er zal afgeweken kunnen worden van de wachttijden van zes en twaalf maanden ten voordele van nieuwe 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.

4.2. Uitsluitingen uit de waarborg

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

- die het gevolg zijn van oorlogsfeiten, 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;
- door beoefening van een betaalde sport, ook de training;
- die het gevolg zijn van rellen, burgeroorlogen, alle collectieve gewelddaden van politieke, ideologische of sociale oorsprong die al dan niet gepaard gaan met opstand tegen de overheid of elke erkende macht, behalve als de 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.

4.3. 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. PRIMES

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

Aangesloten bij het product Dentalia Plus			
Vóór 01/01/2011 of, na die datum, aangesloten vóór de leeftijd van 40 jaar*		**Na 01/01/2011, tussen 40 en 44 jaar***	
van 0 tot 3 jaar	Gratis	van 40 tot 44 jaar	19,38
van 4 tot 6 jaar	4,74	van 45 tot 59 jaar	27,31
van 7 tot 17 jaar	9,24	60 jaar en ouder	29,19
van 18 tot 29 jaar	10,56		
van 30 tot 44 jaar	14,37		
van 45 tot 59 jaar	20,23		
60 jaar en ouder	21,63		
Na 01/01/2011, tussen 45 en 59 jaar*		**Na 01/01/2011, tussen 60 en 64 jaar***	
44 jaar**	21,55	59 jaar**	34,39
van 45 tot 59 jaar	30,35	60 jaar en ouder	36,77
60 jaar en ouder	32,45		

* 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 geldende tarieven voor de verzekeringsnemers die op de datum van hun aansluiting bij Dentalia Plus 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 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 tandverzekering.
De volgende criteria worden in overweging genomen voor Dentalia Plus:

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 Plus is 64 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.
b) De aansluiting na een bepaalde leeftijd kan aanleiding geven tot de betaling van een bijkomende premie.
9.1.2. 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.
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.
9.1.3. De aard van de behandeling: de wachttijd wordt verlengd tot 12 maanden in het kader van de dekking Dentalia Plus voor de terugbetaling van tandprothesen, tandimplantaten en orthodontieverstrekkingen.

9.2. Tijdens het contract:

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.

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 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 PLUS

11.1. Verstrekkingen

11.1.1. Preventieve tandverzorging
Onder preventieve tandverzorging verstaat men buccodentaal onderzoek, paradontaal onderzoek (DPSI-test), profylactisch reinigen, tandsteenverwijdering, verzegeling van groeven en putjes, raadplegingen in het kabinet van een licentiaat tandheelkunde, een tandarts die houder is van een bekwaamheidsgetuigschrift, een stomatoloog of een geneesheer-tandarts.
Voor deze verstrekkingen wordt het bedrag ten laste van de verzekerde voor 100% terugbetaald, na aftrek van andere tegemoetkomingen die voortkomen uit andere reglementeringen.
11.1.2. Curatieve tandverzorging
Onder curatieve tandverzorging verstaat men het trekken van tanden, bewarende tandverzorging, mondradiologie, kleine mondchirurgie en supplementen voor dringende technische verstrekkingen.
Voor deze verstrekkingen wordt het bedrag ten laste van de verzekerde voor 50% terugbetaald, na aftrek van andere tegemoetkomingen die voortkomen uit andere reglementeringen.
Het tarief is 80% als de verzekerde preventief gedrag heeft vertoond.
11.1.3. Parodontologie
Voor de paradontologieverstrekkingen wordt het bedrag ten laste van

de verzekerde voor 50% terugbetaald, na aftrek van andere tegemoetkomingen die voortkomen uit andere reglementeringen. Het tarief is 80% als de verzekerde preventief gedrag heeft vertoond.
11.1.4. Prothesen en implantaten
Voor de leveringen inzake tandverzorging en de verstrekkingen voor het plaatsen ervan, wordt het bedrag ten laste van de verzekerde voor 50% terugbetaald, na aftrek van andere tegemoetkomingen die voortkomen uit andere reglementeringen.
Het tarief is 80% als de verzekerde preventief gedrag heeft vertoond.
11.1.5. Orthodontie
Voor orthodontieverstrekkingen bedraagt het tarief onveranderlijk 60% van het bedrag ten laste van de verzekerde, na aftrek van andere tegemoetkomingen die voortkomen uit andere reglementeringen.

11.2. Tegemoetkomingen voor verstrekkingen in België

Opdat de dienst tegemoetkomingen zou kunnen toekennen, moeten alle verstrekkingen opgenomen zijn in ofwel het KB van 1 juni 1934 dat de uitoefening van tandheelkunde reglementeert, ofwel het KB van 9 november 1951 ter aanvulling van het KB van 1 juni 1934, dat de uitoefening van de tandheelkunde reglementeert.
Er is geen tegemoetkoming voor voorschotten zolang de medische handeling niet uitgevoerd is.

11.3. Tegemoetkomingen voor verstrekkingen in het buitenland

De verstrekkingen worden gedekt als zij toegediend werden 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.

11.4. Uitzonderingen

11.4.1. Tijdens het eerste aansluitingsjaar is het terugbetalingstarief voor curatieve en parodontale verzorging vastgelegd op 80% van het bedrag ten laste van de verzekerde.
11.4.2. Het terugbetalingstarief voor curatieve verzorging ten gunste van de verzekerden van 6 jaar en jonger, is vastgelegd op 80% van het bedrag ten laste.

12. BEPERKINGEN OP TEGEMOETKOMINGEN

12.1. Jaarlijks plafond

Het jaarlijks plafond vangt aan op de verjaardag van het sluiten van het contract, en dus niet op 1 januari van het kalenderjaar.
De tegemoetkoming van de dienst wordt beperkt tot € 350 per verzekerde tijdens het eerste aansluitingsjaar, tot € 650 per verzekerde in het tweede aansluitingsjaar en tot € 1.250 per verzekerde tijdens het derde aansluitingsjaar en de volgende jaren.
Vanaf het derde aansluitingsjaar is de tegemoetkoming van de dienst echter beperkt tot € 1.050 per verzekerde voor alle verstrekkingen voor orthodontie, parodontologie en prothesen en implantaten.
Wanneer de verzekeringsnemer gedekt was door een gelijkaardige tandzorgverzekering, wordt het aantal aansluitingsjaren bij die verzekering in acht genomen om het jaarplafond van € 350, € 650 of € 1.250 te bepalen. De datum die wordt gebruikt om de begindatum van de plafonds te bepalen is de datum van aansluiting bij deze gelijkaardige verzekering

12.2. Verstrekkingen die niet gedekt worden door Dentalia Plus

Dentalia Plus biedt geen tegemoetkoming voor:

- de verstrekkingen uit artikel 14, l) van de bijlage van het KB van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, waarvan de codes niet gevolgd worden door een plusteken;
- geneesmiddelen;
- tandzorgverstrekkingen van esthetische/cosmetische aard (bleaching, meervoudige facetten), behalve als de adviserend arts vooraf zijn toestemming heeft gegeven en als de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen een tegemoetkoming aanbiedt;
- de aanvullende verzekering van de mutualiteiten, met uitzondering van de tussenkomsten Dentalia Plus vanaf 1 juli 2021;
- de kosten waarvan de facturatie onwettig is/niet toegelaten is volgens de Belgische wet.

13. CUMULATIE VAN DE DEKKINGEN

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

- de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen, zoals deze georganiseerd wordt door de op 14 juli 1994 gecoördineer de 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 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.
13.2. 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.

14. TEGEMOETKOMINGEN

14.1. Verjaring

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

14.2. 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.

14.3. 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 Plus te kunnen genieten, moet de verzekeringsnemer zich richten tot een erkende verstrekker.
Hij moet een document 'Tandheelkundige verstrekkingen - bewijsstuk voor uitgevoerde behandeling(en)', naar behoren ingevuld door hemzelf en de zorgverlener, indienen samen met een ingevuld getuigschrift voor verstrekte hulp, afgeleverd in het kader van een tegemoetkoming door 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 met een volmacht volgens de 'Aanvraag voor een tegemoetkoming', na de ontvangst van de nota over de aangegane kosten en van de afrekening voor de wettelijke tegemoetkomingen.

15. 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 https://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.