

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 Plus

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 Plus 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 na een wachttijd van 6 maanden:
 - preventieve tandverzorging aan 100%
 - curatieve tandverzorging aan 80%
 - parodontologie aan 80%
- ✓ Terugbetaling van het bedrag ten laste na een wachttijd van 12 maanden:
 - prothesen en implantaten 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 (bleaching, meervoudige facetten).



Zijn er dekkingsbeperkingen?

- ! Jaarlijks tegemoetkomingsplafond per verzekerde:
 - tijdens het eerste aansluitingsjaar: tot 350 euro
 - tijdens het tweede aansluitingsjaar: tot 650 euro
 - vanaf het derde aansluitingsjaar: tot 1.250 euro, met een sub-plafond van 1.050 euro voor alle verstrekkingen parodontologie, orthodontie, prothesen en implantaten samen.
- ! 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.



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, en 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, samen met een ingevuld getuigschrift voor verstrekte hulp, afgeleverd in het kader van een tegemoetkoming door de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen.



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 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 Meeûsquare 35, 1000 Brussel - info@ombudsman-insurance.be - www.ombudsman-insurance.be.