

DentaPlan

Algemene voorwaarden

Solidaris Verzekeringen | Sint-Jansstraat 32-38 | 1000 Brussel

Verzekeringsmaatschappij door de CDZ toegelaten onder
nr. 350/01 om de tak 2 “ziekte” te beoefenen
Versie 12 - editie 01/2024

Inhoud

Artikel 1 : Definities	3
Artikel 2 : Doel van de verzekering	4
Artikel 3 : Verplichtingen bij de onderschrijving of toetreding tot het verzekeringscontract	4
Artikel 4 : Inwerkingtreding, duur en einde van de verzekering	5
Artikel 5 : Adreswijziging, wijziging in het mutualistisch gezin	5
Artikel 6 : Premie	5
Artikel 7 : Indexering, tariefwijziging en aanpassing van de dekkingsvoorwaarden	6
Artikel 8 : Wachtijd	6
Artikel 9 : Tegemoetkoming van DentaPlan	6
Artikel 10 : Verzekeringsgrenzen	7
Artikel 11 : Uitsluitingen	7
Artikel 12 : Territoriale geldigheid	7
Artikel 13 : Aanvraag terugbetaling kosten	7
Artikel 14 : Terugbetalingsmodaliteiten	8
Artikel 15 : Minnelijke Medische Expertise	8
Artikel 16 : Onterechte betalingen	8
Artikel 17 : Subrogatie	8
Artikel 18 : Sancties	8
Artikel 19 : Klachten	8
Artikel 20 : Gegevensverwerking	8
Artikel 21 : Algemene bepalingen	8
Informatie over de kosten en lasten met betrekking tot de premie 2024	9

Artikel 1 : Definities

1.1 Curatieve tandverzorging:

- extractie van tanden;
- bewarende tandverzorging;
- mondradiologie;
- kleine mondchirurgie, zoals opgenomen in art. 14 l) van de nomenclatuur en waarbij de codes gevolgd worden door het teken "+";
- supplement voor dringende technische verstrekkingen.

1.2 Gelijkaardige verzekering:

Elke verzekering die voorziet in een kostendekkende vergoeding voor de werkelijk gefactureerde tandzorgen met dezelfde waarborgen, en waarbij het jaarlijks grensbedrag voor terugbetaling minimum € 500,00 bedraagt.

Het bewijs van dekking door een gelijkaardige verzekering wordt geleverd aan de hand van een attest afgeleverd door de betrokken verzekeringsmaatschappij.

1.3 Gerechtigde:

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

1.4 Kind:

Het kind van de gerechtigde dat de leeftijd van 25 jaar nog niet bereikt heeft en in de hoedanigheid van persoon ten laste ingeschreven staat bij de gerechtigde.

1.5 Mutualistisch gezin:

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

De samenstelling van het mutualistisch gezin kan afwijken van de gezinssamenstelling zoals deze gekend is in het bevolkingsregister.

1.6 Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen:

Het geheel van codes, bedoeld in artikel 35 van de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, met de geneeskundige prestaties die (geheel of gedeeltelijk) vergoed worden (KB van 14 september 1984 en latere wijzigingen).

1.7 Ongeval:

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

1.8 Orthodontie:

Diagnose en behandeling van de stand van de tanden en/of kaken.

1.9 Parodontologie:

Diagnose en behandeling van tandvleesaandoeningen en/of andere weefsels die rond de tand zitten.

1.10 Persoon ten laste:

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

1.11 Premie:

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

1.12 Preventief gedrag:

Het feit dat de verzekerde een preventieve tandverzorging als bepaald in artikel 1.13 heeft genoten in de loop van het kalenderjaar vóór de tandverzorging en waarvoor een wettelijke tegemoetkoming werd terugbetaald.

1.13 Preventieve tandverzorging:

- raadplegingen opgenomen in de nomenclatuur;
- mond- en tandonderzoeken;
- verzegelen van groeven en putjes;
- profylactisch reinigen;
- bepaling van de parodontale index (DPSI-index);
- verwijderen van tandsteen.

1.14 Remgeld (persoonlijk aandeel):

Kosten die, na aftrek van de wettelijke tegemoetkoming, ten laste blijven van de verzekerde.

1.15 Schadejaar:

De periode van 12 maanden, te rekenen vanaf de jaarlijkse vervalddag van de voorgaande gelijkaardige verzekering. Het schadejaar en het verzekeringsjaar zijn altijd gelijk voor de verzekerden die niet aangesloten waren bij een gelijkaardige verzekering tot en met de dag voor de toetreding tot het verzekeringscontract.

Indien het schadejaar van het verzekeringscontract niet overeenstemt met de jaarlijkse vervalddag, bestaat het eerste schadejaar uit de periode tussen de datum van inwerkingtreding van, of toetreding tot het verzekeringscontract en de jaarlijkse vervalddag van de voorgaande gelijkaardige verzekering. In deze periode is de dekking van toepassing conform het schadejaar waartoe de verzekerde behoorde bij de vorige gelijkaardige verzekering.

1.16 Tandimplantaat:

Prothetisch element aangebracht in het kaakbot met het oog op de fixatie van een tandprothese.

1.17 Tandprothese:

Kunstmatige vervanging van één of meerdere natuurlijke tanden.

1.18 Tandverzorging:

- de verstrekkingen opgenomen, hetzij in het KB van 1 juni 1934 houdende reglement op de beoefening van de tandheelkunde, hetzij in het KB van 9 november 1951 tot aanvulling van het KB van 1 juni 1934 houdende reglement op de beoefening van de tandheelkunde;

- en die ambulant of tijdens een dagopname worden verstrekt door een zorgverstreker erkend door de bevoegde overheid en die houder is van één van de volgende bijzondere beroepstitels (of een overeenstemmende buitenlandse beroepstitel):
 - algemeen tandarts;
 - tandarts-specialist in de orthodontie;
 - tandarts-specialist in de parodontologie;
 - geneesheer-specialist in de stomatologie en mond-, kaak- en aangezichtschirurgie;
 - geneesheer, houder van het diploma of licentiaat in de tandheelkunde.

1.19 Tegemoetkoming aanvullende verzekering

De tegemoetkoming die bij de verzekeraar aangesloten ziekenfondsen aanbieden overeenkomstig artikel 3, eerste lid b) of c), van de wet van 06 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van de ziekenfondsen.

1.20 Verzekeraar:

Solidaris Verzekeringen, met maatschappelijke zetel te St-Jansstraat 32-38, 1000 Brussel, erkend als onderneming onder nummer 350/01, toegelaten door de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen bij beslissing van 23 november 2011 om ziekteverzekeringen in de zin van tak 2 van bijlage 1 van de wet van 13 maart 2016 op het statuut van en het toezicht op de verzekerings- of herverzekeringsondernemingen, aan te bieden.

1.21 Verzekerde:

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

1.22 Verzekeringnemer:

De gerechtigde van het mutualistisch gezin die het verzekeringscontract heeft onderschreven voor eigen rekening en/of voor rekening van de verzekerden en die gehouden is tot betaling van de premies of de feitelijk gescheiden echtgeno(o)t(e) van de gerechtigde die hier schriftelijk om gevraagd heeft.

1.23 Verzekeringscontract:

Het verzekeringscontract wordt gevormd door deze Algemene Voorwaarden en de Bijzondere Voorwaarden. De Bijzondere Voorwaarden primieren op de Algemene Voorwaarden.

1.24 Verzekeringsjaar:

De periode van 12 maanden, te rekenen vanaf de jaarlijkse vervalddag van het verzekeringscontract. De jaarlijkse vervalddag wordt in de Bijzondere Voorwaarden vermeld.

Indien de toetreding tot het verzekeringscontract voor een verzekerde niet overeenstemt met de jaarlijkse vervalddag, bestaat het eerste verzekeringsjaar voor die verzekerde uit de periode tussen de datum van toetreding tot het verzekeringscontract en de jaarlijkse vervalddag.

1.25 Wachtijd:

De periode die ingaat bij de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, het verzekeringscontract. Tijdens deze periode kan er geen enkel recht op tegemoetkoming ontstaan of gevraagd worden. De premie is verschuldigd gedurende deze periode.

1.26 Wettelijke tegemoetkoming:

Elke terugbetaling voorzien door:

- de Belgische wetgeving:
 - de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;
 - de wet op de arbeidsongevallen (wet van 10 april 1971);
 - de wet op de beroepsziekten (wet van 03 juni 1970);
 - de wet betreffende de maximumfactuur (wet van 05 juni 2002);
 - de wet betreffende de oprichting van het statuut van nationale solidariteit, de toekenning van een herstelpensioen en de terugbetaling van medische zorg ingevolge daden van terrorisme (wet van 18 juli 2017).
- een overeenkomst gesloten in het kader van de Sociale Zekerheid tussen België en het betrokken land of bij gebrek hiervan, een bedrag gelijk aan de terugbetaling voorzien in de Belgische wetgeving.

1.27 Ziekenfonds:

Een vereniging van natuurlijke personen die het bevorderen van het fysiek, psychisch en sociaal welzijn als streefdoel heeft in een geest van voorzorg, onderlinge hulp en solidariteit, zoals bepaald in artikel 2 van de wet van 06 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen.

Artikel 2 : Doel van de verzekering

Deze verzekering beoogt, binnen de grenzen van het verzekeringscontract, tegemoet te komen in de werkelijke kosten voor tandverzorging die ten laste van de verzekerde blijven.

Artikel 3 : Verplichtingen bij de onderschrijving of toetreding tot het verzekeringscontract

De verzekering kan enkel worden onderschreven door een gerechtigde, tenzij de gerechtigde het bewijs levert dat hij al verzekerd is door een gelijkaardige verzekering via de werkgever.

De gerechtigde kan zichzelf verzekeren alsook zijn personen ten laste binnen het mutualistische gezin.

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

- lid zijn van een bij de verzekeraar aangesloten ziekenfonds;
- de aanvullende bijdrage betaald hebben zoals bepaald in art. 67 van de wet van 26 april 2010;
- als gerechtigde of persoon ten laste ingeschreven zijn;
- een verzekeringsvoorstel en een behoefte-analyse invullen en ondertekenen.

Indien de kandidaat-verzekerde een persoon ten laste is, mag het verzekeringsvoorstel ingevuld en ondertekend worden door de verzekeringnemer.

De aanvaarding van de verzekerde gebeurt overeenkomstig het acceptatiebeleid van de verzekeraar dat op dat ogenblik van toepassing is.

Ingeval het verzekeringscontract beëindigd wordt zoals bepaald in artikel 4.3.6, 4.3.7 en 4.3.8, en de verzekerden wensen opnieuw aan te sluiten bij het verzekeringscontract binnen een termijn van twee jaar, te rekenen vanaf de beëindiging van het verzekeringscontract, dienen bovenvermelde formaliteiten vervuld te worden.

Artikel 4 : Inwerkingtreding, duur en einde van de verzekering

4.1 Inwerkingtreding van, of toetreding tot, het verzekeringscontract

Het verzekeringscontract treedt in werking op de datum die wordt vermeld in de Bijzondere Voorwaarden, doch nooit vóór de 1^e van de maand volgend op de ontvangst van het volledig ingevuld verzekeringsvoorstel, noch vóór de betaling van de 1^e premie.

De verzekeraar is tot geen enkele prestatie gehouden vóór de inwerkingtreding van het verzekeringscontract.

4.2 Duur van het verzekeringscontract

Het verzekeringscontract wordt afgesloten voor onbepaalde duur.

4.3 Einde van het verzekeringscontract

4.3.1 Bij overlijden van de verzekeringnemer wordt het verzekeringscontract van de verzekerden beëindigd op het einde van de maand waarin de verzekeringnemer overleden is. De verzekerden kunnen genieten van het voortzettingsrecht overeenkomstig artikel 5 van deze Voorwaarden.

4.3.2 Bij overlijden van de verzekerde wordt het verzekeringscontract beëindigd op de dag van het overlijden.

4.3.3 Wanneer de verzekerde niet langer lid is van één van de bij de verzekeraar aangesloten ziekenfondsen wordt het verzekeringscontract beëindigd.

4.3.4 Indien de verzekerde uitgesloten werd uit de aanvullende verzekering van één van de bij de verzekeraar aangesloten ziekenfondsen, wordt het verzekeringscontract beëindigd.

4.3.5 Indien een verzekerde de hoedanigheid van persoon ten laste ten aanzien van de verzekeringnemer verliest, wordt het verzekeringscontract in hoofde van de verzekerde beëindigd op het einde van de maand dat het verlies van hoedanigheid wordt bevestigd door het ziekenfonds. De verzekerde kan genieten van het voortzettingsrecht overeenkomstig artikel 5 van deze Voorwaarden.

4.3.6 Wanneer de verzekeringnemer de hoedanigheid van gerechtigde verliest, wordt het verzekeringscontract van de verzekeringnemer en de verzekerden beëindigd op het einde van de maand dat het verlies van hoedanigheid wordt bevestigd door het ziekenfonds. De verzekeringnemer en de verzekerden kunnen genieten van het voortzettingsrecht overeenkomstig artikel 5 van deze Voorwaarden.

4.3.7 Ingeval van niet-betaling van de premie op de jaarlijkse vervaldag wordt het verzekeringscontract beëindigd overeenkomstig de procedure bepaald in artikel 6.2 van deze Voorwaarden.

4.3.8 Het verzekeringscontract wordt op vraag van de verzekeringnemer beëindigd. Er is een opzegtermijn van ten minste 3 maanden die ingaat vanaf de 1^e dag die volgt op de dag dat de opzegging wordt aangevraagd via een aangetekend schrijven, een deurwaardersexploot of door afgifte van een opzeggingsbrief tegen ontvangstbewijs. De niet-verbruikte maandpremies worden teruggestort aan de verzekeringnemer.

4.3.9 Het verzekeringscontract wordt op vraag van de verzekeringnemer beëindigd op de jaarlijkse vervaldag van de premie, op voorwaarde dat de opzegging binnen de 3 maanden volgend op de mededeling van een aanpassing van de premie of van deze Voorwaarden gebeurt, en dat de opzeg wordt aangevraagd via een aangetekend schrijven, een deurwaardersexploot of door afgifte van een opzeggingsbrief tegen ontvangstbewijs. Deze bepaling is niet van toepassing wanneer de premie wordt aangepast overeenkomstig artikel 7 §1 van deze Voorwaarden. De verzekeringnemer heeft in deze situatie wel de mogelijkheid om de polis op te zeggen zoals bepaald in artikel 4.3.8.

De verzekeraar is gehouden tot vergoeding van de kosten zoals bepaald in artikel 9 van deze Voorwaarden voor elk schadegeval ontstaan voor de stopzetting van het verzekeringscontract.

Artikel 5 : Adreswijziging, wijziging in het mutualistisch gezin

De verzekeringnemer (of de verzekerde ingeval van overlijden van de verzekeringnemer) verbindt zich ertoe, zo hij/zij van woonplaats verandert of zo de samenstelling van zijn/haar mutualistisch gezin wijzigt, de verzekeraar schriftelijk te verwittigen binnen de 30 dagen na wijziging.

Onder wijziging in het mutualistisch gezin wordt verstaan:

- het overlijden van de verzekeringnemer of van een verzekerde;
- het verlies van hoedanigheid van persoon ten laste in hoofde van een verzekerde;
- het verlies van hoedanigheid van gerechtigde in hoofde van de verzekeringnemer;
- de toevoeging van een persoon ten laste aan het gezin.

Bij wijziging in het mutualistisch gezin heeft de verzekerde, die het voordeel van deze verzekering verliest overeenkomstig de bepalingen van artikel 4.3 van deze Voorwaarden, het recht om deze verzekering voort te zetten, op voorwaarde weliswaar dat de verzekerde aangesloten is bij één van de bij de verzekeraar aangesloten ziekenfondsen.

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

Ingeval van aanvaarding treedt het verzekeringscontract in werking vanaf de eerste van de maand volgend op het verlies van het voordeel van de vorige verzekering.

Indien de verzekeringnemer (of de verzekerde ingeval van overlijden van de verzekeringnemer) zich niet houdt aan één van bovenvermelde voorwaarden, vervalt het recht op voortzetting voor de verzekerde.

Artikel 6 : Premie

6.1 Betaling van de premie

De premie voor alle verzekerden samen, is verschuldigd door de verzekeringnemer op de jaarlijkse vervaldag vermeld in de Bijzondere Voorwaarden.

De premie is betaalbaar bij aanbieding van het vervaldagbericht of het verzoek om betaling, verstuurd door de verzekeraar naar het laatst gekend adres van de verzekeringnemer. Ingeval van niet-betaling van de premie geldt artikel 6.2 van deze Voorwaarden.

De premie wordt berekend in functie van de leeftijdscategorie waartoe de verzekerde behoort op de jaarlijkse vervalddag vermeld in de Bijzondere Voorwaarden.

Indien er door een verzekeringscontract meer dan 2 kinderen verzekerd worden, moet er vanaf het 3^e kind op het verzekeringscontract geen premie meer betaald worden. De bepaling van het premievrij kind gebeurt op basis van de geboortedatum. De kinderen worden van oud naar jong gerangschikt volgens hun geboortedatum. De vrijstelling vanaf het 3^e kind is voorbehouden aan de jongste kinderen op het verzekeringscontract.

6.2 Niet-betaling van de premie

Niet-betaling van de premie op de vervalddag levert grond op tot opzegging van het verzekeringscontract mits de verzekeringnemer in gebreke is gesteld via een aangetekend schrijven.

Het aangetekend schrijven maant de verzekeringnemer aan om de premie te betalen binnen een termijn die niet korter is dan 15 dagen. In deze brief wordt de aanvang van deze termijn vermeld, alsook de gevolgen van niet-betaling door de verzekeringnemer.

De opzegging van het verzekeringscontract wegens niet-betaling van de premie gaat in vanaf de dag volgend op de dag waarop de bovenvermelde termijn eindigt, doch doet geen afbreuk aan de dekking die betrekking heeft op een verzekerd voorval dat zich voor de opzeggingsdatum heeft voorgedaan.

6.3 Bedrag van de premie

Op 01.01.2024 bedraagt de jaarpremie (taksen, belastingen en wettelijke bijdragen inclusief) voor de verzekerden die bij de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, het verzekeringscontract:

6.3.1 jonger zijn dan 45 jaar:	
0 tot en met 3 jaar	€ 00,00
4 tot en met 6 jaar	€ 22,32
7 tot en met 17 jaar	€ 70,92
18 tot en met 29 jaar	€ 111,24
30 tot en met 44 jaar	€ 151,08
45 tot en met 49 jaar	€ 192,00
50 tot en met 59 jaar	€ 212,76
vanaf 60 jaar	€ 227,76
6.3.2 tussen 45 jaar en 49 jaar:	
45 tot en met 49 jaar	€ 282,84
50 tot en met 59 jaar	€ 316,80
vanaf 60 jaar	€ 339,36
6.3.3 tussen 50 jaar en 59 jaar:	
50 tot en met 59 jaar	€ 319,56
vanaf 60 jaar	€ 342,12
6.3.4 60 jaar of ouder zijn:	
60 jaar en ouder	€ 387,96

In uitzondering op de alinea's 6.3.2, 6.3.3 en 6.3.4 betalen de verzekerden die op het ogenblik van de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, het verzekeringscontract gedekt werden door een gelijkaardige verzekering, een premie gebaseerd op de aansluitingsleeftijd bij de vorige verzekering.

Artikel 7 : Indexering, tariefwijziging en aanpassing van de dekkingsvoorwaarden

§ 1. De premies, de vrijstellingen en de indexeerbare prestaties kunnen op de jaarlijkse vervalddag van het verzekeringscontract:

- geïndexeerd worden overeenkomstig het indexcijfer der consumptieprijzen; de aanpassing aan de index gebeurt op basis van de verhouding tussen de index van de maand juli van het jaar vóór de indexatie en deze van de maand juli van het tweede jaar vóór de indexatie; of

- aangepast worden aan de globale medische index verbonden aan het waarborgtype tandverzorging die geldt voor de private ziekteverzekeringsovereenkomsten indien deze het indexcijfer der consumptieprijzen overschrijdt, zoals vermeld in artikel 204 § 3, van de wet van 04 april 2014 betreffende de verzekeringen.

§ 2. Daarnaast kunnen de premie en de dekkingsvoorwaarden aangepast worden conform de bepalingen van artikel 204 van de wet van 04 april 2014 betreffende de verzekeringen en in uitzonderlijke omstandigheden die omschreven zijn in artikel 504 van de wet van 13 maart 2016 op het statuut van en toezicht op de verzekerings- en herverzekeringsondernemingen en na goedkeuring door de Controledienst voor de ziekenfondsen.

Het verzekeringscontract kan door de verzekeringnemer worden beëindigd, zoals omschreven in artikel 4.3.9.

Artikel 8 : Wachtijd

Het recht op tegemoetkoming gaat in na het doorlopen van een wachtijd.

De wachtijd bedraagt 6 maanden voor:

- preventieve tandzorgen;
- parodontologie;
- curatieve tandzorgen.

De wachtijd bedraagt 12 maanden voor:

- orthodontie;
- tandimplantaten, tandprothesen.

Deze wachtijd is niet van toepassing voor:

- pasgeborenen of adoptiekinderen jonger dan 3 jaar op voorwaarde dat:
 - een volledig ingevuld en ondertekend verzekeringsvoorstel binnen de 90 dagen na de geboorte of adoptie wordt ingediend, én
 - de verzekeringnemer al minimum 3 maanden gedekt is door het verzekeringscontract of door een gelijkaardige verzekering.
- tandverzorging die het gevolg is van een ongeval dat zich na de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, het verzekeringscontract heeft voorgedaan.

Voor verzekerden die tot en met de dag voorafgaand aan de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, het verzekeringscontract gedekt werden door een gelijkaardige verzekering, wordt de wachtijd verminderd met het aantal ononderbroken maanden van dekking door die verzekering. Het bewijs van dekking wordt geleverd aan de hand van een attest afgeleverd door de betrokken verzekeringsmaatschappij.

Artikel 9 : Tegemoetkoming van DentaPlan

De verzekeraar voorziet een tegemoetkoming in de hierna opgesomde kosten voor tandverzorging.

- 9.1 Preventieve tandverzorging:
Een tegemoetkoming van 100% van het bedrag ten laste van de verzekerde na aftrek van de eventuele wettelijke tegemoetkomingen.
- 9.2 De verzekeraar voorziet een tegemoetkoming in de hierna opgesomde kosten voor tandverzorging ten laste van de verzekerde na aftrek van de eventuele wettelijke tegemoetkoming én op voorwaarde dat de verzekerde preventief gedrag heeft vertoond:

Parodontologie	90%
----------------	-----

Curatieve tandverzorging	90%
Orthodontie	60%
Tandimplantaten, tandprothesen	80%

9.3 De verzekeraar voorziet een tegemoetkoming in de hierna opgesomde kosten voor tandverzorging ten laste van de verzekerde na aftrek van de eventuele wettelijke tegemoetkoming indien de verzekerde geen preventief gedrag heeft vertoond:

Parodontologie	50%
Curatieve tandverzorging	50%
Orthodontie	60%
Tandimplantaten, tandprothesen	50%

De tegemoetkoming van DentaPlan mag er niet toe leiden dat de verzekerde meer ontvangt dan het totale bedrag van de factuur. Indien de kosten van tandverzorging in aanmerking komen voor een tegemoetkoming van de aanvullende verzekering*, zal de tegemoetkoming van DentaPlan worden verminderd tot het niveau dat de wettelijke tegemoetkoming, de tegemoetkoming van de aanvullende verzekering en tenslotte de tegemoetkoming van DentaPlan gelijk is aan het totale bedrag van de factuur.

* Er wordt rekening gehouden met de tegemoetkoming van de aanvullende verzekering die na aanvangsdatum van het contract werd uitbetaald.

Artikel 10 : Verzekeringsgrenzen

De tegemoetkoming wordt per verzekerde en per verzekeringsjaar beperkt:

Eerste schadejaar	€ 434,33
Tweede schadejaar	€ 868,66
Derde en volgende schadejaar	€ 1.737,36, behalve voor orthodontie, tandimplantaten en tandprothesen waar de verzekeringsgrens is vastgesteld op € 1.447,82

Voor verzekerden die tot en met de dag voorafgaand aan de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, het verzekeringscontract gedekt werden door een gelijkaardige verzekering, valt het schadejaar niet gelijk met het verzekeringsjaar.

Om het schadejaar te bepalen wordt er rekening gehouden met de aanvangsdatum van de voorgaande gelijkaardige verzekering. Het schadejaar is dan de periode vanaf de inwerkingtreding van, of de toetreding tot, het verzekeringscontract tot de jaarlijkse vervaldag van de voorgaande gelijkaardige verzekering.

Artikel 11 : Uitsluitingen

De hierna vermelde kosten worden niet vergoed door de verzekeraar.

- 11.1 Kosten ten gevolge van oorlogsfeiten.
- 11.2 Kosten ten gevolge van een opzettelijke daad of vrijwillige vermindering van de verzekerde, of kosten ten gevolge van de vrijwillige verzwaaring van het risico door de verzekerde, behalve in geval van redding van personen of wettelijke zelfverdediging.

- 11.3 Kosten ten gevolge van burgerlijke onlusten of oproer, tenzij de verzekerde aantoonde dat hij/zij:
- er niet actief aan heeft deelgenomen;
 - zich in staat van wettige zelfverdediging bevond;
 - is opgetreden met het oog op redding van personen.

- 11.4 Kosten ten gevolge van een feit of een opeenvolging van feiten waar radioactieve, giftige, explosieve of andere gevaarlijke eigenschappen van nucleaire brandstoffen of producten of radioactieve afvalstoffen de oorzaak van zijn, evenals de kosten die rechtstreeks of onrechtstreeks voortspruiten uit ioniserende stralingen. Bestralingen en behandelingen met dergelijke producten ingevolge een medische behandeling worden wel vergoed door de verzekeraar.

- 11.5 Kosten ten gevolge van esthetische verzorgingen of behandelingen (bv. bleken van tanden, aanbrengen van facetten), behalve indien de Adviserend Geneesheer van het ziekenfonds vooraf zijn toestemming heeft gegeven en als de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen een tegemoetkoming aanbiedt.

- 11.6 Kosten die voortvloeien uit de beoefening van eender welke sport als beroepsactiviteit, trainingen inbegrepen.

- 11.7 Kosten die voortvloeien uit behandelingen en geneesmiddelen waarvan het nut niet wetenschappelijk bewezen is.

Artikel 12 : Territoriale geldigheid

Het verzekeringscontract is geldig voor de verstrekkingen verleend in België, Frankrijk, Nederland, Duitsland en het Groothertogdom Luxemburg.

Artikel 13 : Aanvraag terugbetaling kosten

De tegemoetkoming wordt door de verzekeraar terugbetaald, na voorlegging van de nodige bewijsstukken door de verzekerde. De bewijsstukken die recht kunnen geven op terugbetaling moeten uiterlijk 3 jaar na de opmaak ervan bij de verzekeraar worden ingediend.

Na deze termijn worden, behalve in geval van overmacht, de bewijsstukken niet meer in aanmerking genomen en wordt voor de bewuste kosten geen enkele tegemoetkoming meer uitbetaald.

De terugbetaling van een tandverzorging wordt toegekend:

- op basis van een factuur;
- op basis van het aanvraagformulier tot tegemoetkoming, of op basis van een bewijsstuk afgeleverd in het kader van de verplichte verzekering.

Het aanvraagformulier tot tegemoetkoming is het formulier "Tegemoetkoming DentaPlan" dat door de verzekeraar ter beschikking wordt gesteld en door de zorgverstrekker en de verzekerde volledig moet worden ingevuld en ondertekend. De verzekeraar kan, indien zij dit nodig acht, bijkomende bewijsstukken eisen.

Indien de bewijsstukken werden opgemaakt in een andere taal dan één van de drie landstalen of het Engels, heeft de verzekeraar het recht vertaalde bewijsstukken te eisen.

In geval van overlijden van de verzekerde zal de door de verzekeraar verschuldigde tegemoetkoming gestort worden op rekening van de notaris, aangeduid voor de vereffening van de erfenis. Wanneer de kosten al betaald werden, kan de tegemoetkoming ook onmiddellijk uitgekeerd worden op de rekening van één van de wettelijke erfgenamen en dit na

voorlegging van de akte van erfopvolging en een gelegaliseerde volmacht van alle wettelijke erfgenamen.

Artikel 14 : Terugbetalingsmodaliteiten

De prestaties die gefactureerd werden in een vreemde valuta worden in aanmerking genomen op basis van de gemiddelde officiële wisselkoers van de dag van facturering.

De tegemoetkoming van de verzekeraar kan nooit meer bedragen dan de werkelijk gemaakte kosten.

Artikel 15 : Minnelijke Medische Expertise

Een meningsverschil nopens een kwestie van medische aard kan, met het akkoord van de verzekeraar en de verzekerde, beslecht worden door een Minnelijke Medische Expertise (MME). De verzekeraar en de verzekerde duiden elk een arts aan; bij gebrek aan akkoord tussen beide artsen wordt bij gemeen overleg tussen hen een derde arts aangesteld of, bij ontstentenis hiervan, door de Voorzitter van de Rechtbank van eerste aanleg van de woonplaats van de verzekerde op verzoek van de meest gereede partij.

De Minnelijke Medische Expertise verloopt rekening houdende met de bepalingen van het verzekeringscontract.

Elke partij betaalt de honoraria en kosten van zijn arts. De honoraria en kosten van de derde arts alsook de kosten van diens aanwijzing en de bijkomende onderzoekskosten worden gelijk verdeeld.

Artikel 16 : Onterechte betalingen

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

Artikel 17 : Subrogatie

De verzekeraar treedt ten belope van het bedrag van alle tegemoetkomingen die zij verleent, in de rechten en rechtsvorderingen van de verzekerde tegen de aansprakelijke derden. Bijgevolg mag de verzekerde geen afstand van verhaal doen zonder voorafgaandelijk schriftelijk akkoord van de verzekeraar.

Indien door toedoen van de verzekerde de subrogatie geen gevolg kan hebben ten voordele van de verzekeraar, kan deze van hem de terugbetaling vorderen van de betaalde vergoedingen in de mate van het geleden nadeel.

Artikel 18 : Sancties

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

Artikel 19 : Klachten

Indien de verzekeringnemer of de verzekerde een klacht heeft betreffende dit verzekeringscontract of de uitvoering ervan, kan hij deze klacht per brief overmaken aan de verzekeraar of via mail: verzekeringen@solidaris.be.

Indien de oplossing die de verzekeraar voorstelt geen voldoening schenkt, kan het geschil voorgelegd worden aan de Ombudsman van de Verzekeringen, de Meeûssquare 35 te B-1000 Brussel, www.ombudsman-insurance.be of via mail: info@ombudsman-insurance.be.

Een klacht indienen, ontnemt de verzekeringnemer of de verzekerde niet de mogelijkheid een gerechtelijke procedure in te leiden bij de bevoegde Belgische rechtbanken.

Artikel 20 : Gegevensverwerking

De uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst vereist de inzameling en verwerking van persoonsgegevens.

De verzekeraar is verantwoordelijk voor de verwerking van persoons- en medische gegevens van verzekeringnemers en/of verzekerden, en heeft de doeleinden en de rechtsgronden van de verwerking vastgelegd in haar privacyverklaring. Hierin kan ook teruggevonden worden wat uw rechten zijn en hoe u deze kan uitoefenen. De privacyverklaring is terug te vinden is op de website van de verzekeraar www.solidaris.be of kan opgevraagd worden in de kantoren van de verzekeringsagent. Deze privacyverklaring kan van tijd tot tijd aangepast worden.

De verzekerde verbindt Solidaris Verzekeringen allen tijde op de hoogte te brengen van elke wijziging met betrekking tot zijn gebruikelijke e-mailadres, identificatie- en adresgegevens teneinde Solidaris Verzekeringen toe te laten een correcte dienstverlening te garanderen.

De verzekeraar behandelt de gegevens strikt vertrouwelijk en steeds in overeenstemming met de Belgische wet betreffende de verwerking van persoonsgegevens en de algemene verordening 2016/679 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens.

Bijkomende informatie of klachten over de verwerking van de gegevens kan verkregen worden bij de DPO per post, Sint-Jansstraat 32-38, 1000 Brussel, of per mail: privacy.nl@solidaris.be. De klacht kan eveneens voorgelegd worden aan de Gegevensbeschermingsautoriteit, Persstraat 35, 1000 Brussel, www.gegevensbeschermingsautoriteit.be.

Artikel 21 : Algemene bepalingen

De verzekeraar kiest als woonplaats haar maatschappelijke zetel. De woonplaats van de verzekeringnemer en de verzekerde worden rechtens gekozen op het laatste adres door de verzekeraar gekend.

De verzekeringnemer verbindt zich ertoe, zo hij/zij van woonplaats verandert, de verzekeraar schriftelijk te verwittigen, zo niet is elke kennisgeving geldig gedaan op de door de verzekeraar laatst gekende woonplaats.

Iedere aangetekende brief door de verzekeraar verzonden, geldt als voldoende ingebrekestelling. Het ontvangstbewijs van de post bewijst de verzending. De dossiers of documenten van de verzekeraar bewijzen de inhoud van de brief voor zover deze door de verzekeringnemer niet wordt voorgelegd.

Informatie over de kosten en lasten met betrekking tot de premie 2024

Premie 2024 voor personen die zich verzekeren voor zij 45 jaar worden

Leeftijd	Handelspremie	RIZIV-taks	Te betalen premie	Acquisitiekosten	Administratiekosten
0 tot en met 3 jaar	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
4 tot en met 6 jaar	€ 20,29	€ 2,02	€ 22,32	€ 0,48	€ 1,03
7 tot en met 17 jaar	€ 64,47	€ 6,44	€ 70,92	€ 1,54	€ 3,27
18 tot en met 29 jaar	€ 101,13	€ 10,11	€ 111,24	€ 2,42	€ 5,12
30 tot en met 44 jaar	€ 137,35	€ 13,73	€ 151,08	€ 3,28	€ 6,96
45 tot en met 49 jaar	€ 174,55	€ 17,45	€ 192,00	€ 4,17	€ 8,84
50 tot en met 59 jaar	€ 193,42	€ 19,34	€ 212,76	€ 4,62	€ 9,80
vanaf 60 jaar	€ 207,05	€ 20,70	€ 227,76	€ 4,95	€ 10,49

Premie 2024 voor personen die zich verzekeren voor zij 50 jaar worden

Leeftijd	Handelspremie	RIZIV-taks	Te betalen premie	Acquisitiekosten	Administratiekosten
45 tot en met 49 jaar	€ 257,13	€ 25,71	€ 282,84	€ 6,14	€ 13,02
50 tot en met 59 jaar	€ 288,00	€ 28,80	€ 316,80	€ 6,88	€ 14,59
vanaf 60 jaar	€ 308,51	€ 30,85	€ 339,36	€ 7,37	€ 15,63

Premie 2024 voor personen die zich verzekeren voor zij 60 jaar worden

Leeftijd	Handelspremie	RIZIV-taks	Te betalen premie	Acquisitiekosten	Administratiekosten
50 tot en met 59 jaar	€ 290,51	€ 29,05	€ 319,56	€ 6,94	€ 14,72
vanaf 60 jaar	€ 311,02	€ 31,10	€ 342,12	€ 7,43	€ 15,75

Premie 2024 voor personen die zich verzekeren vanaf 60 jaar

Leeftijd	Handelspremie	RIZIV-taks	Te betalen premie	Acquisitiekosten	Administratiekosten
vanaf 60 jaar	€ 352,69	€ 35,26	€ 387,96	€ 8,43	€ 17,86

Merk op dat als u verschillende verzekeringsovereenkomsten gaat vergelijken, u niet enkel de geraamde kosten en lasten van de overeenkomsten met elkaar mag vergelijken, maar ook andere elementen in aanmerking moet nemen, zoals de reikwijdte van de waarborgen, het bedrag van eventuele franchises of de uitsluitingsclausules. De hierboven opgegeven ramingen geven een beter zicht op het premiegedeelte dat wordt aangewend voor de dekking van het risico dat de verzekeringsovereenkomst afdekt. Het saldo van de premie, na aftrek van de taksen en bijdragen alsook van de acquisitie- en administratiekosten, bestaat immers uit het gedeelte van de premie dat wordt aangewend om de contractueel vastgelegde prestaties te verrichten en uit de andere kosten dan hierboven vermeld (waaronder de samengevoegde en onderling gedeelde kosten van de schadegevallen en het beheer ervan). Deze ramingen zijn berekend op grond van de boekhoudkundige gegevens van het laatste boekjaar van de verzekeringsonderneming, als goedgekeurd door haar algemene vergadering.