



VERZEKERINGSMAATSCHAPPIJ
VAN ONDERLINGE BIJSTAND VAN BRABANT - VMOBB

DENTIMUT PLUS

Algemene voorwaarden op 1 januari 2021

Dit document beschrijft de werking van de Tandzorgverzekeringsovereenkomst en onze wederzijdse verbintenissen. Het geeft de inhoud van de waarborgen alsmede de beperkingen en uitsluitingen nauwkeurig weer.

Lees het aandachtig.

Pagina

Definities	3-5
Hoe kan ik aansluiten?	5
Vanaf wanneer treedt de verzekering in werking en wat is de duur ervan?	5
Wanneer kan ik mijn verzekering schorsen?	5
Wat zijn de wachttermijnen en wanneer kunnen deze worden opgeheven?	5-6
Zijn er territoriale grenzen?	6
In welke gevallen is er geen tussenkomst?	6
Hoe wordt de tussenkomst berekend?	6-7
Welke verplichtingen heeft de verzekerde ?	7
Wat moet de verzekerde doen om een tussenkomst te bekomen?	7
Wat bij overlijden van de verzekerde?	7
Hoeveel tijd heb ik om de kosten in te dienen?	8
Hoeveel bedraagt de premie?	8
Indexering en tariefwijzigingen	8-9
Wanneer moet ik de premie betalen?	9
Wanneer kan de VMOBB sommige tussenkomsten terugvorderen?	9
Wat bij betwisting?	9
Wettelijke informatie	9

Voorwerp van het contract

Dit verzekeringscontract heeft tot doel, onder de hierna bepaalde voorwaarden, aan de verzekerden als hieronder bepaald, een tussenkomst te verlenen in de werkelijke kosten die voor tandzorg ten laste van de verzekerde blijven.

1. Definities

1.0. Verzekeraar

De VMOBB "Verzekeringsmaatschappij voor Onderlinge Bijstand van Brabant" is een verzekeringsonderneming, erkend door de Controledienst van 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 het KB van 22 februari 1991 houdende algemeen reglement betreffende de controle op de verzekeringsondernemingen, 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 bovenvermeld KB, onder het codenummer CDZ 350/03, gevestigd te 1000 Brussel, Zuidstraat 111, met KBO nr. 0838.221.243.

1.1. Verzekeringnemer

De natuurlijke persoon die als gerechtigde bij de FSMB is ingeschreven, die het contract heeft onderschreven en die gehouden is tot het betalen van de premie.

1.2. Verzekerde

De persoon die in de bijzondere voorwaarden als zodanig is aangeduid, en die geniet van de in de polis vermelde waarborgen.

1.3. Nomenclatuur

Een lijst met codenummers, die de bestaande geneeskundige verstrekkingen in de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen bevat (KB van 14 september 1984 en latere wijzigingen).

1.4. Tandzorg

Het betreft:

- de verstrekkingen opgenomen, hetzij in het Koninklijk Besluit van 1 juni 1934 houdende reglement op de beoefening der tandheelkunde, hetzij in het Koninklijk Besluit van 9 november 1951 tot aanvulling van het Koninklijk Besluit van 1 juni 1934 houdende reglement op de beoefening der tandheelkunde
- die ambulant of tijdens een dagopname worden verstrekt door een zorgverstrekker 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 van tandarts of licentiaat in de tandheelkunde,
- mondhygiënist

- die een diagnostisch en/of curatief karakter hebben,
- die op therapeutisch vlak voldoende beproefd zijn; dit wil zeggen die met succes zijn getest gedurende een voldoende lange periode, waarover een consensus bestaat onder de beoefenaars en die wetenschappelijk gevalideerd zijn;
- en die medisch noodzakelijk zijn.

De tandzorg beschreven in de Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen opgesteld door het RIZIV en waarvoor een tussenkomst van de verplichte verzekering wordt verleend, wordt geacht de 3 voornoemde criteria te vervullen, wanneer ze wordt verstrekt en geattesteerd conform de regels en voorwaarden voor deze tussenkomst.

Hetzelfde geldt :

- voor de preventie zorg beschreven in punt 1.5; onafhankelijk van de tussenkomst van de verplichte verzekering;
- voor de overige tandzorg beschreven in de Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen opgesteld door het RIZIV, waarvoor geen tussenkomst van de verplichte verzekering wordt verleend omwille van de leeftijd van de verzekerde.

1.5 Preventieve tandzorg

Onder preventieve tandzorg wordt verstaan: mond- en tandonderzoek, parodontaal onderzoek (DPSI-test: opsporing van tandvleesaandoeningen), profylactisch reinigen, verwijderen van tandsteen, verzegelen van groeven en putjes en de raadplegingen die in de nomenclatuur vermeld staan onder de codenummers 301011, 301092, 301114, 371011, 371092, 371114, 101054, 102012 en 102535 (door een stomatoloog).

1.6. Curatieve tandzorg

Onder curatieve tandzorg wordt verstaan: tandextracties, conserverende verzorging, mondradiologie, kleine mondchirurgie (zie punt 1.11), toeslag voor dringende technische verstrekkingen, raadplegingen (behalve deze hernomen onder punt 1.5) en dringende raadplegingen.

Zijn inbegrepen de verstrekkingen die in de nomenclatuur als pseudo-nomenclatuur worden opgenomen, ten belope van de vastgelegde maximale prijzen.

1.7. Parodontologie

Het betreft diagnose- en behandelingsverstrekkingen voor ziekten van het parodontium, die in verband staan met het behoud van natuurlijke tanden of van osteoëintegreerde implanten.

Het parodontium omvat de processus alveolaris, het ligamentum parodontalis, het cementum en de gingiva.

1.8. Orthodontie

Betreft het optimaliseren van de stand van de tanden.

1.9. Tandprothesen en tandimplantaten

Het betreft de tandzorg met betrekking tot de levering en

plaatsing van:

Tandprothese: vervangt de natuurlijke tanden geheel of gedeeltelijk. De herstellingen van de prothese en het vervangen van de basis komen ook in aanmerking.

Tandimplantaat: plaatsing van kunstwortels.

Kroon: vast prothese-element dat op een afgeschaafde tand of op een tandimplantaat wordt vastgehecht.

Bridge: vaste prothese vastgemaakt over meerdere tanden en/of implantaten ter vervanging van een ontbrekende tand. Er is sprake van een bridge wanneer minstens drie tanden moeten worden hersteld.

Worden eveneens bedoeld de botoaugmentatie- en botregeneratietechnieken ter voorbereiding van de plaatsing van implantaten, zoals botopbouw, sinus lift ...

1.10. Preventief gedrag

Het feit dat men een preventieve tandverstrekking als bepaald in punt 1.5. heeft genoten, die in de loop van het kalenderjaar vóór het verzoek om tussenkomst werd terugbetaald.

1.11. De kleine mondchirurgie

De verstrekkingen uit artikel 14 I (stomatologie) van de nomenclatuur met een "+" teken na de code.

1.12. Geleverde, geïmplanteerde of op maat vervaardigde medische hulpmiddelen

Hieronder worden tandimplantaten, tandprotheses, opbeetplaten, beugels bedoeld, en in het algemeen, elke medisch hulpmiddel dat zijn werking te danken heeft aan een mechanisch middel, dat al dan niet vervaardigd is op maat van het gebit van de patiënt en/of dat dit geheel of gedeeltelijk vervangt.

Behalve als de RIZIV-nomenclatuur een afzonderlijk vergoedbare verstrekking voorziet,

- bevat het bedrag dat aangerekend wordt voor het vervaardigen, de levering en/of de plaatsing van het hulpmiddel, alle voorbereidend studie- en/of alle later bijstellingswerk, met uitzondering van de verstrekkingen inzake medische beeldvorming ;
- zijn de herstelling, de vroegtijdige vervanging van het hulpmiddel en de levering van vervangstukken, niet vergoedbaar.

De verzekeringstegemoetkoming wordt, voor de totale kost van het hulpmiddel, berekend op de datum van de zorg, dat is doorgaans de datum waarop het hulpmiddel is geplaatst of geleverd voor uitneembare hulpmiddelen, volgens de toepasselijke bepalingen voor het type zorg waarmee het hulpmiddel overeenstemt, zoals vermeld in artikel 8.

1.13. Kosten

Onder kosten wordt verstaan, het aandeel of het bedrag ten laste van de verzekerde en de eventuele supplementen.

1.14. Ongeval

Een plotse gebeurtenis die de fysieke integriteit van de verzekerde aantast door een onverwachte inwerking van

een externe kracht onafhankelijk van zijn of haar wil.

1.15. Gelijkaardige verzekering of waarborg

Elke verzekering:

- die preventieve en curatieve tandzorg, parodontologische en orthodontische zorg en prothesen en implantaten dekt, onafhankelijk van de tenlasteneming van deze zorg door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;
- die terugbetaalt op basis van de werkelijk aan de verzekerde aangerekende kosten;
- die voor tandzorgverstrekkingen tussenkomt voor minstens 50% van de kosten die te zijnen/hare laste blijven, met een jaarlijks grensbedrag van minstens 500 euro.

1.16. Wachtijd

Het tijdvak dat begint op de datum van de inwerkingtreding van het verzekeringscontract en waarin de verzekerde geen aanspraak kan maken op de waarborgen.

1.17. FSMB

Federatie van Socialistische Mutualiteiten van Brabant, als verzekeringstussenpersoon onder het nummer 3001 erkend door de Controledienst van de Ziekenfondsen.

1.18. Wettelijke tussenkomst

Elke ontvangen terugbetaling:

- hetzij krachtens de Belgische wetgeving betreffende:
 - * de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen ingericht door de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 en haar uitvoerings-KB's en door het KB van 30 juni 1964;
 - * de arbeidsongevallen (wet van 10 april 1971 en uitvoerings- KB's) en de beroepsziekten (wet van 3 juni 1970 en uitvoerings-KB's);
- hetzij in toepassing van een bepaling van gemeen recht;
- hetzij in toepassing van de Europese verordeningen nrs 1408/71, 574/72 en 883/04 of een multilateraal of bilateraal socialezekerheidsverdrag dat België heeft gesloten;
- hetzij door bemiddeling van de door de FSMB ingerichte dienst voor dringende medische verzorging in het buitenland.

1.19. Extra-wettelijke tegemoetkoming

Elke tussenkomst genoten krachtens persoonlijke, gezins- of collectieve overeenkomsten met hetzelfde voorwerp als het contract, met inbegrip van de aanvullende verzekering.

1.20. Aanvullende verzekering

Het geheel van diensten en tussenkomsten die de FSMB overeenkomstig artikel 3, 1ste lid, b) en c) van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen voorstelt aan haar leden die in orde zijn met de bijdragen.

1.21. Gerechtigde

De natuurlijke persoon die, op grond van zijn

beroepsactiviteit of gelijkgestelde situatie, rechten inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen opent of kan openen, en die als gerechtigde is ingeschreven bij de FSMB.

1.22. Mutualistisch gezin

Het gezin dat bestaat uit een gerechtigde en de personen te zijnen laste, als bedoeld bij artikel 2 van het koninklijk besluit van 2 maart 2011.

1.23. Kind

De persoon die ten laste van de verzekeringnemer is ingeschreven en die de leeftijd van 25 jaar niet heeft bereikt.

2. Aansluiting

De aansluiting bij de verzekering en het genot van de verzekeringswaarborg zijn voorbehouden aan de leden van de Federatie van Socialistische Mutualiteiten van Brabant die onderworpen zijn aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en in het genot zijn van de tussenkomsten van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, en van wie de mogelijkheid om te genieten van de voordelen van de aanvullende verzekering niet is opgeheven wegens niet-betaling van de bijdragen voor de aanvullende verzekering gedurende een ononderbroken periode van minstens 24 maanden, of die in regel zijn met de betaling sinds de aanvang van de periode bedoeld in artikel 2^{quater}, derde lid, van het koninklijk besluit van 7 maart 1991 tot uitvoering van artikel 2, §§ 2 en 3, artikel 14, § 3, en artikel 19, derde en vierde lid, van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, voor de diensten die erin bedoeld worden.

Het contract wordt verplicht onderschreven voor alle personen die deel uitmaken van het mutualistische gezin.

Deze verplichting geldt echter niet voor de persoon die reeds is gedekt door een schadevergoedingstandzorgverzekering.

Om bij de verzekering aan te sluiten, bezorgt de verzekeringnemer het ingevulde en ondertekende verzekeringsvoorstel aan de verzekeraar. Door het verzekeringsvoorstel te ondertekenen, erkent de verzekeringnemer te hebben kennisgenomen van de algemene voorwaarden. De aanvaarding door de verzekeringnemer van het initiële verzekeringsvoorstel en van de algemene voorwaarden impliceert eveneens dat hij ermee instemt dat het verzekeringscontract automatisch wordt aangepast bij inschrijving van een persoon te zijnen laste na de inwerkingtreding van het contract (behoudens de in het 3e lid hierboven voorziene vrijstelling).

3. Begin, duur en einde van het verzekeringscontract

3.1. Het verzekeringscontract treedt in werking op de eerste dag van de maand nadat de VMOBB het verzekeringsvoorstel heeft ontvangen en voor zover de premie of de fractie van de premie binnen de gestelde termijn is betaald, volgens de in punt 11

vastgelegde formaliteiten. Op diezelfde dag begint de wachttijd bedoeld in punt 5 te lopen.

De datum die de VMOBB bij ontvangst op het verzekeringsvoorstel aanbrengt, heeft bewijskracht tussen de partijen.

Bij inschrijving van een persoon ten laste van de verzekeringnemer na de inwerkingtreding van het contract, neemt de waarborg voor deze nieuwe verzekerde aanvang op de 1e dag van de maand nadat de VMOBB van deze inschrijving werd geïnformeerd. De wachttijd begint op diezelfde dag te lopen.

3.2. Bij niet-naleving van de betalingstermijn bepaald in de punten 11.1. en 11.4., wordt de premie of de fractie van de premie terugbetaald en moet een nieuwe inschrijvingsprocedure worden opgestart.

3.3. Het contract wordt voor een levenslange duur gesloten.

De verzekeraar mag de algemene en/of tariefvoorwaarden aanpassen die niet van essentieel belang zijn voor de verzekeringnemer.

De verzekeraar stelt de verzekeringnemer schriftelijk in kennis van deze wijzigingen.

Zij zijn tegenstelbaar voor de verzekeringnemer en voor de verzekerde vanaf 1 januari die volgt op deze kennisgeving, onder voorbehoud van het recht van de verzekeringnemer om het contract op te zeggen krachtens artikel 3.4.

3.4. Einde van het verzekeringscontract

De verzekeringnemer mag op elk moment opzeggen. De opzegging treedt pas in na afloop van een termijn van drie maanden met ingang van de eerste dag van de maand die volgt op de dag na de kennisgeving, het ontvangstbewijs of, in geval van een aangetekende brief, na afgifte op de post.

Wanneer de verzekeringnemer het contract in de geëigende vorm opzegt, wordt het deel van de betaalde premie met betrekking tot het tijdvak na de opzegging terugbetaald conform de wettelijke bepalingen.

Onverminderd het vorenbepaalde, wordt het contract beëindigd wanneer:

1. de verzekeringnemer of de verzekerde de hoedanigheid van lid van de VMOBB verliest of ervan wordt uitgesloten, conform artikel 5 en/of 6 van de statuten van de VMOBB;
2. de verzekerde overlijdt of het contract verlaat;
3. de verzekerde de mogelijkheid om van de voordelen van de aanvullende verzekering te genieten, heeft verloren wegens de niet-betaling van de bijdragen voor de aanvullende verzekering gedurende een ononderbroken periode van minstens 24 maanden en een betalingsachterstand van 6 maanden vertoont sinds

de aanvang van de periode bedoeld in artikel 2quater, derde lid, van het voornoemde koninklijk besluit van 7 maart 1991, voor de diensten die erin bedoeld worden;

4. de premie of de fractie van de premie niet is betaald, en op voorwaarde dat degene die de premie verschuldigd is in gebreke is gesteld;
5. er bedrog of poging tot bedrog werd gepleegd;
6. de verzekeringnemer of de verzekerde moedwillig verkeerde informatie heeft meegedeeld over de intekening of de terugbetalingsverzoeken.

4. Opschorting

In geval van detentie van de verzekerde, kan de verzekering worden opgeschort of verzoek van de verzekeringnemer of van de verzekerde.

De opschorting van het contract moet door middel van een aangetekende brief worden gevraagd. In dat geval, wordt de verzekering opgeschort vanaf het einde van de maand die volgt op de maand waarin de opschorting is gevraagd (de datum op de poststempel geldt als bewijs). De premie voor het verzekeringstijdvak waarop de opschorting slaat, wordt aan de verzekeringnemer terugbetaald.

De verzekering treedt opnieuw in werking vanaf de eerste dag van de maand die volgt op het verzoek van de verzekerde om een einde te stellen aan dit opschortingsstijdvak en op voorwaarde dat hij dit verzoek aangetekend indient binnen 90 dagen na het einde van het opschortingsmotief en dat hij zijn premie betaalt binnen 15 dagen na het betalingsverzoek door de VMOBB.

5. Wachtijd

De wachtijd is vastgesteld op 6 maanden voor de volgende verstrekkingen: preventieve tandzorg, curatieve tandzorg en parodontologie. Hij belooft 12 maanden voor de orthodontieverstrekkingen, tandprothesen en tandimplantaten.

Er is geen tussenkomst voorzien voor tandverzorging verleend tijdens de wachtijd.

De wachtijd wordt opgeheven in volgende gevallen:

- ongevallen die gebeurden nadat op de verzekering is ingetekend,
- de verzekerde die daags voor de inwerkingtreding van het contract, sinds meer dan 6 maanden (preventieve tandzorg, curatieve tandzorg en parodontologie) of 12 maanden (orthodontieverstrekkingen, tandprothesen en tandimplantaten) bij een andere verzekeringsmaatschappij was gedekt door een verzekering met gelijkaardige waarborgen, waarvan de premie was betaald. Er mag geen onderbreking zijn tussen het einde van de vorige dekking en de aansluiting bij de maatschappij van onderlinge bijstand. Deze voorwaarden worden nagetrokken op basis van een attest van de betrokken verzekeringsmaatschappij.

De duur van de reeds vervulde wachtijd wordt in mindering gebracht op de duur van de te vervullen wachtijd.

6. Werkingsgebied

De verstrekkingen worden gedekt voor zover ze in België, Frankrijk, Nederland, Duitsland en het Groothertogdom Luxemburg worden verleend.

7. Geen tussenkomst

Worden niet gedekt, de tandzorgkosten die betrekking hebben op een ziekte of een ongeval die te wijten zijn aan:

- dronkenschap, alcoholverslaving of alcoholvergiftiging
- een opzettelijk feit of een opzettelijke daad van de verzekerde behalve voor de redding van personen of goederen, of aan de vrijwillige verzwaring van het risico door de verzekerde
- niet therapeutisch gebruik van verdovende middelen, hallucinogenen of andere drugs evenals uit drugsverslaving
- oorlogsfeiten, burgeroorlog of gelijkaardige feiten; de waarborg blijft evenwel verworven gedurende 14 dagen na het begin van de vijandelijkheden indien de verzekerde verrast werd door het uitbreken van een oorlogstoestand tijdens een reis in het buitenland
- vrijwillige deelneming aan toegegeven gewelddaden van collectieve oorsprong (behalve wanneer de verzekerde het bewijs levert dat hij niet actief en vrijwillig aan deze gebeurtenissen deelnam), of deelneming aan misdaden of wanbedrijven
- een zware of moedwillige fout van de verzekerde
- bezoldigde sportbeoefening
- kernreacties, radioactiviteit, ioniserende stralingen.

Worden evenmin gedekt, de kosten met betrekking tot:

- esthetische, cosmetische tandzorg (bleaching, facing-schildjes...)
- een behandeling met geneesmiddelen
- kleine mondchirurgie (zie punt 1.11) behalve de verstrekkingen voorzien in artikel 14, I (stomatologie) van de nomenclatuur met een '+'-teken na de code.

8. Berekening van de tussenkomst

8.1. De verzekeringstussenkomst wordt berekend op basis van de som van de kosten min het bedrag van de wettelijke en extra-legale tussenkomsten waarop de verzekerde aanspraak kan maken. Deze tussenkomst mag niet meer hoger zijn dan het bedrag van de werkelijke kosten ten laste van de patiënt of dan het jaarlijkse bovenste grensbedrag.

8.2. De terugbetaling wordt als volgt berekend:

Zorgen	Terugbetaling* zonder preventief gedrag	Terugbetaling* met preventief gedrag
Preventieve zorg	100%	100%
Parodontologie	50%	90%
Orthodontie	60%	60%
Curatieve zorg	50%	90%
Tandprothesen en – implantaten	50%	60%

* van het bedrag ten laste van de verzekerde, na aftrek van de eventuele wettelijke en extra-wettelijke tegemoetkomingen waarop de verzekerde aanspraak kan maken.

De tegemoetkoming wordt jaarlijks per verzekerde beperkt tot:

Aansluitingsjaar	Bovenste grensbedrag
Eerste jaar	300 EUR
Tweede jaar	600 EUR
Derde jaar en volgende	1200 EUR behalve voor orthodontie waar het grensbedrag is vastgesteld op 1.000 EUR per verzekerde

Indien de verzekerde gedekt was door een gelijkaardige tandzorgverzekering, wordt rekening gehouden met het aantal aansluitingsjaren bij deze verzekering om het toepasselijke jaarlijkse grensbedrag te bepalen.

8.3. Wanneer de bedragen die worden toegekend krachtens een andere wetgeving, gemeenrecht of een ander verzekeringscontract lager zijn dan de verstrekkingen door de maatschappij van onderlingen bijstand, heeft de rechthebbende recht op het verschil ten laste van de maatschappij van onderlinge bijstand.

Deze informatie moet vermeld staan op de terugbetalingsaanvraag.

9. Plichten van de verzekeringnemer en de verzekerde

9.1. Terugbetalingsvoorwaarde

Er wordt geen terugbetaling verleend indien, op de datum van de zorgverstrekking, de verzekeringnemer of de verzekerde persoon geen lid meer is van de VMOBB overeenkomstig de statutaire voorwaarden, of niet meer voldoet aan de begripsomschrijving van "verzekerde" uit punt 1.2.

9.2. Meldingsplicht

De verzekeringnemer en de verzekerde persoon zijn

verplicht om:

- hun verklaringen en mededelingen schriftelijk in te dienen bij de zetel van de verzekeraar,
- de verzekeraar zo spoedig mogelijk op de hoogte te brengen van de datum vanaf wanneer de voorafgaande voorwaarden voor het behoud van het contract niet langer vervuld zijn,
- de verzekeraar zo spoedig mogelijk te informeren van het bestaan van een overeenkomst die een gelijkaardig of identiek risico volledig of gedeeltelijk dekt,
- aan de verzekeraar alle gevraagde inlichtingen te bezorgen.

Elke wijziging in de samenstelling van het mutualistische gezin moet aan de VMOBB worden gemeld binnen een termijn van 30 dagen vanaf de wijziging.

9.3. Administratieve formaliteiten.

Om een tegemoetkoming te kunnen bekomen, moet een formulier 'Terugbetalingsaanvraag' ingevuld door de

verzekeringnemer en door de zorgverstreker bij de VMOBB worden ingediend.

Om de berekening van de tussenkomst mogelijk te maken, moet het formulier volgende vermeldingen bevatten:

- hetzij de RIZIV-code die met elke zorg overeenstemt, ongeacht of er al dan niet een de tussenkomst van de verplichte verzekering is,
- hetzij een gedetailleerde omschrijving van de zorg, indien de nomenclatuur er geen bevat.

Alle verstrekkingen die met het aangerekende ereloon overeenstemmen, moeten worden vermeld.

Dit formulier moet worden aangevuld met :

- het kwijtschrift van de verzekeringsinstelling die de verstrekkingen voorzien door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en/of de aanvullende verzekering heeft terugbetaald,

indien geen terugbetaling is voorzien door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen-, een originele en gedetailleerde factuur of ereloonnota, of het bewijsstuk vermeld in artikel 53 §1/2 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994.

Het dossier moet aantonen, met naleving van de bijzondere reglementering die op voornoemde documenten toepasselijk is:

- de werkelijkheid van de verstrekkingen en hun datum,
- het ereloonbedrag voor de zorg, de aard en het detail hiervan,
- ingeval van levering of plaatsing van een medisch hulpmiddel : de totale kost van het hulpmiddel en de datum van de levering of plaatsing ervan.

10. Verjaring

De bewijsstukken van de uitgaven die voor terugbetaling in aanmerking komen, moeten binnen 3 jaar vanaf de verstrekkingdag bij de maatschappij van onderlinge bijstand worden ingediend.

11. Premies

11.1. Algemeenheden

De verzekeringsnemer dient de premie voor alle verzekerden te betalen op de vervaldag.

De premie is vooruitbetaalbaar volgens de gekozen periodiciteit.

11.2. Premiebedrag

De premie dekt één verzekeringsjaar.

Het eerste verzekeringsjaar eindigt op 31 december van het jaar waarin het contract in werking is getreden.

Vervolgens, stemt elk verzekeringsjaar overeen met een kalenderjaar.

De premie wordt berekend in functie van de leeftijd van elk van de verzekerden op de datum van inwerkingtreding van het contract en vervolgens, van hun leeftijd op 1 januari.

De premie voor het eerste verzekeringsjaar is evenredig met het aantal maanden dat nog moet verstrijken tot 31 december van het lopende jaar.

Wanneer, in het kader van de verplichte aansluiting van alle personen die deel uitmaken van het mutualistische gezin ook verschillende kinderen verzekerd zijn, is geen premie meer verschuldigd vanaf het derde kind. De vrijstelling van premie wordt toegepast voor de jongste kinderen, los van het feit dat effectief een premie voorzien is voor de leeftijdscategorie waartoe zij behoren.

Alle belastingen, heffingen of bijdragen die door de wet of enige andere bepaling uit de regelgeving worden opgelegd, zijn of zullen uitsluitend voor rekening van de verzekeringnemer zijn.

Onder voorbehoud van toepassing van de herzieningsclausule vastgesteld in punt 11.3.1. en van de indexeringsclausule voorzien in punt 11.3.2. gelden op 1 januari 2021 volgende premies (inclusief alle belastingen - euro):

	Leeftijd bij aanvang van het contract			
	Vóór 45 jaar	Tussen 45 en 49 jaar	Tussen 50 en 59 jaar	Vanaf 60 jaar
Leeftijd op 1 januari				
Van 0 tot 3 jaar	0,00			
Van 4 tot 6 jaar	53,16			
Van 7 tot 17 jaar	103,20			
Van 18 tot 29 jaar	117,60			
Van 30 tot 44 jaar	158,64			
Van 45 tot 49 jaar	187,32	252,48		
Van 50 tot 59 jaar	224,76	303,96	337,68	
Vanaf 60 jaar	241,08	325,20	360,96	409,32

11.3. Aanpassing en indexering van de premie

11.3.1. Premieherziening

Buiten de jaarlijkse indexering, mag de premie voor het contract na het sluiten van het contract slechts worden aangepast door tussenkomst van de Controledienst voor de Ziekenfondsen, indien deze vaststelt of indien de Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge bijstand hem ervan informeert dat de toepassing van het tarief verlieslatend is of dreigt te worden en dat hij eist dat de verzekeraar dat tarief in evenwicht brengt, overeenkomstig artikel 504 van de wet van 13 maart 2016 op het statuut van en het toezicht op de verzekerings- of herverzekeringsondernemingen.

Een tariefverhoging geldt voor alle premies van lopende contracten, met vervaldag vanaf de eerste dag van de tweede maand volgend op de kennisgeving van de beslissing van de Controledienst voor de Ziekenfondsen, zonder afbreuk te doen aan het recht van de verzekeringnemer om het contract op te zeggen.

11.3.2. Premie-indexering

De individuele premies worden jaarlijks op 1 januari aangepast aan de evolutie van het specifieke indexcijfer op basis van de waarden bepaald in artikel 6, § 3, 2e lid, en 6, §4 van het koninklijk besluit van 1 februari 2010 tot vaststelling van de specifieke indexcijfers bedoeld in artikel 204, § 3, van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen (waarde die losstaat van de leeftijdsklassen), voor de waarborg "tandzorg".

De premies mogen ten hoogste worden aangepast aan het percentage van de evolutie tussen het laatstgepubliceerde specifieke indexcijfer en het specifieke indexcijfer van het voorafgaande jaar, voor zover deze variatie de evolutie van het indexcijfer van de consumptieprijzen in de loop van dezelfde periode overschrijdt. Zoniet, dan worden de premies aangepast in functie van de evolutie van het indexcijfer van de consumptieprijzen van de maand september.

De bekomen bedragen worden door twaalf gedeeld en naar beneden afgerond tot de eurocent. De bekomen

bedragen worden vervolgens opnieuw vermenigvuldigd met twaalf.

De verzekeraar stelt de verzekeringsnemer schriftelijk in kennis van elke premiewijziging of- aanpassing.

11.4. Premiebetaling

De jaarpremie is jaarlijks en vooraf betaalbaar in de centrale zetel van de maatschappij van onderlinge bijstand.

De betaling kan per kwartaal worden opgesplitst op voorwaarde dat er een bankdomiciliëring wordt genomen.

Er kan slechts één betalingswijze worden gekozen voor alle verzekerde personen. In geval van domiciliëring, moet de eerste betaling steeds via overschrijving gebeuren, zowel voor de eerste jaar- of kwartaalpremie van het contract als voor de verschuldigde premie bij toevoeging van een verzekerde na inwerkingtreding van het contract.

De betaaldatum en de premiebedragen worden tijdig aan de verzekeringnemer meegedeeld.

Ingeval de premie of de fractie van de premie niet is betaald, wordt het contract opgezegd op voorwaarde dat de verzekeringnemer in gebreke is gesteld.

12. Sanctie

De maatschappij van onderlinge bijstand is niet verplicht verstrekkingen toe te staan aan een verzekerde die een verplichtingen die onderhavig verzekeringscontract met zich meebrengt, overtreedt.

13. Terugvordering van onterecht uitbetaalde vergoedingen

De VMOBB behoudt zich het recht voor de terugbetaling te vragen van ten onrechte uitbetaalde vergoedingen.

14. Betwistingen – Geschillen

De verzekeraar, de verzekeringnemer en de verzekerde werken samen om het recht op verstrekkingen te bepalen, dat vastgesteld wordt op basis van de verstrekte inlichtingen. De verzekeringnemer en de verzekerde staan toe dat de verzekeraar de nodige informatie inwint en verbinden zich ertoe mee te werken aan de goede uitvoering van de informatie- en onderzoeksmaatregelen waartoe het onderzoek naar het recht op uitkering aanleiding geeft.

In geval van betwisting met betrekking tot de uitvoering van het contract en indien de partijen geen minnelijke oplossing kunnen bereiken, kan de verzekerde zich wenden tot:

* de dienst Ombudsman en Kwaliteit van de Diensten van de FSMB (Zuidstraat 111, 1000 Brussel)

* de dienst Ombudsman van de Verzekeringen, de Meeûsquare 35 te 1000 Brussel.

Op onderhavige verzekering is uitsluitend het Belgisch recht van toepassing.

Enkel de Belgische rechtbanken zijn bevoegd.

15. Wettelijke informatie

15.1. Communicatiewijzen en talen

De VMOBB communiceert met de verzekerden via verschillende kanalen:

- per brief en per e-mail op mail@fsmb.be
- per telefoon op 02 506 99 25
- via de agentschappen van de FSMB.

Alle communicatie verloopt in het Nederlands of in het Frans, volgens de keuze van de verzekeringsnemer. De documenten zijn beschikbaar in het Nederlands en het Frans. De contractuele documenten worden opgesteld in de taal die de verzekeringnemer in zijn contacten met de FSMB gebruikt.

15.2. Beleid inzake belangenconflicten

De VMOBB streeft ernaar om belangenconflicten in al haar verzekerings- en distributieactiviteiten te voorkomen.

Ons beleid inzake belangenconflicten kan u raadplegen op de website

<https://www.fsmb.be/nl/juridische-informatie-en-privacy-van-vmobb>