

Tandzorgverzekering

Informatiedocument over het verzekeringsproduct / Februari 2021

Onderneming: Verzekeringsmaatschappij van Onderlinge Bijstand van Brabant (VMOBB), erkend door de Controledienst van de Ziekenfondsen onder het nummer 350/03 om verzekeringen van tak 2 (ziekte) en tak 18 (hulpverlening) aan te bieden / K.B.O. 0838.221.243
Centrale zetel: Zuidstraat 111, 1000 Brussel



VERZEKERINGSMAATSCHAPPIJ
VAN ONDERLINGE BIJSTAND VAN BRABANT - VMOBB

Dentimut Plus

Dit document is uitsluitend bedoeld ter informatie. De volledige contractuele en precontractuele informatie wordt verstrekt met de algemene voorwaarden.

Welk soort verzekering is dit?

De Dentimut Plus-verzekering is een individuele verzekering tot vergoeding van schade als aanvulling op de tegemoetkoming in de tandzorgkosten door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (VGUV). Zij is bedoeld voor mensen die recht hebben op deze verplichte verzekering.

Wat is verzekerd?

De kosten van preventieve en curatieve tandzorg, orthodontie, parodontologie en implantaten/prothesen zoals gedefinieerd in de algemene voorwaarden (www.fsmb.be), met of zonder tegemoetkoming van de VGUV, en met vrije tandartskeuze.

Deze kosten zijn als volgt gewaarborgd tot aan de jaarlijkse terugbetalingsplafonds, na aftrek van de tegemoetkoming van de VGUV en eventuele andere extrawettelijke tegemoetkomingen (zoals Dentimut First):

✔ curatieve tandzorg, parodontologie, implantaten en prothesen: 50%.

✔ orthodontie, implantaten en prothesen, indien de verzekerde in het voorafgaande kalenderjaar een terugbetaling heeft gekregen voor preventieve tandzorg: 60%.

✔ curatieve tandzorg en parodontologie, indien de verzekerde in het voorafgaande kalenderjaar een terugbetaling heeft gekregen voor preventieve tandzorg: 90%.

✔ preventieve tandzorg: 100%.

Terugbetalingsplafonds (per verzekerde):

✔ eerste verzekeringsjaar (vanaf de aanvangsdatum van het contract tot 31 december): € 300.

✔ tweede verzekeringsjaar (van 1 januari tot en met 31 december): € 600.

✔ derde en volgende verzekeringsjaren (van 1 januari tot en met 31 december): € 1.200 (€ 1.000 voor orthodontie).

Wat is niet verzekerd?

⊗ Verstrekkingen die niet vallen in een van de 5 tandzorgcategorieën die in het contract beschreven zijn

⊗ Kleine mondchirurgie (stomatologie) die volgens de wetgeving moet worden uitgevoerd door een andere verstrekker dan een tandarts (verstrekkingen in artikel 14 L van de nomenclatuur, behalve die zijn aangeduid met een "+")

⊗ Esthetische tandzorg

⊗ Behandelingen met geneesmiddelen

Zijn er dekkingsbeperkingen?

De verzekering betaalt de volgende verstrekkingen niet terug:

! tandzorg die werd ontvangen tijdens de wachttijd van 6 maanden voor preventieve en curatieve zorg en parodontologie, en van 12 maanden voor orthodontie, implantaten en prothesen.

! tandzorg na het verstrijken van de wachttijden is gedekt, zelfs als het gaat om een behandeling gestart voor het begin van het contract of tijdens de wachttijd. Er is echter geen tegemoetkoming voor een orthodontisch apparaat geplaatst voor het begin van het contract of tijdens de wachttijd.

! tandzorgkosten door een ziekte of ongeval ten gevolge van dronkenschap, alcoholverslaving of alcoholvergiftiging; een opzettelijk daad van de verzekerde; het niet-therapeutische gebruik van verdovende middelen, hallucinogenen of andere drugs, evenals drugsverslaving; oorlogsfeiten, burgeroorlog of gelijkaardige feiten; vrijwillige deelname aan gewelddaden van collectieve oorsprong; deelname aan een misdrijf of delict; professionele sportbeoefening; een zware fout van de verzekerde; kernreacties.

Waar ben ik gedekt?

De dekking geldt voor de tandzorg in België, maar ook in de buurlanden Frankrijk, Duitsland, Nederland en Groothertogdom Luxemburg.

Wat zijn mijn verplichtingen?

- Lid zijn van de Federatie van Socialistische Mutualiteiten van Brabant (FSMB), onderworpen zijn aan de VGUV en het recht op de voordelen van de aanvullende verzekering van de FSMB niet verloren hebben
- De verzekering moet worden afgesloten voor alle personen die onder het aansluitingsnummer zijn ingeschreven, behalve degenen die een andere tandzorgverzekering hebben. De dekking is gratis voor kinderen tot 3 jaar oud, evenals vanaf het 3e verzekerde kind jonger dan 25 jaar.
- De verzekeringspremies betalen binnen de schriftelijk meegedeelde termijnen
- De verzekeraar op de hoogte brengen van elke adreswijziging of wijziging in de gezinssamenstelling
- Bij een schadegeval de aanvraag voor een tegemoetkoming indienen samen met de nodige formulieren en bewijsstukken en dit binnen een termijn van 3 jaar vanaf de dag van de zorgverstrekking
- De verzekeraar op de hoogte brengen van de identiteit van elke andere verzekeringsmaatschappij, elk ander statuut of anderszins, die de kosten geheel of gedeeltelijk voor zijn rekening kan nemen



Wanneer en hoe betaal ik?

De premie moet in één keer betaald worden (per overschrijving of domiciliëring) of driemaandelijks uitsluitend per domiciliëring. De betaaltermijnen worden per brief meegedeeld. De eerste betaling moet altijd per overschrijving worden uitgevoerd.



Wanneer begint en eindigt de dekking?

Het contract wordt gesloten voor onbepaalde duur. Het begint te lopen op de eerste dag van de maand na ontvangst door de VMOBB van het correct ingevulde en ondertekende verzekeringsvoorstel, indien de eerste premie (jaarlijks of driemaandelijks) binnen de per brief meegedeelde termijn betaald wordt. Het contract eindigt wanneer de verzekerde niet langer is aangesloten bij de FSMB, hij zijn recht op de voordelen van de aanvullende verzekering van de FSMB heeft verloren door niet-betaling van de bijdrage, of in geval van niet-betaling van de verzekeringspremie.



Hoe zeg ik het contract op?

Het verzekeringscontract kan op elk moment worden opgezegd per aangetekende brief of door afgifte van een opzegbrief tegen ontvangstbewijs, het contract eindigt na een opzegtermijn van 3 maanden.