

TANDZORGVERZEKERING

Informatiedocument over het verzekeringsproduct

VMOB HospiPlus - Statieplein 12 - 9300 Aalst – België
ondernemingsnummer 0471.458.404 verzekeringsonderneming door de CDZ
toegelaten onder nr. 250/01 om de tak 2 'ziekte' te beoefenen



Dit document is indicatief en bedoeld om je een overzicht te geven van de belangrijkste waarborgen, uitsluitingen en beperkingen van de verzekering tandzorgen TandPlus. De volledige precontractuele en contractuele informatie over dit product staat in de AssurMiFID-documenten en de polisvoorwaarden. Je kan deze raadplegen via de website www.hospiplus.be of gratis opvragen bij je ziekenfondskantoor of kantoor van de VMOB HospiPlus.

Welke soort verzekering is dit?

TandPlus is een facultatieve tandzorgverzekering die tegemoet komt in de kosten van tandzorgen en orthodontie.



Wat is verzekerd?

- ✓ **Waarborg 1:**
Tussenkost van 50 % voor de wettelijke remgelden van ambulante tandheelkundige verstrekkingen.
- ✓ **Waarborg 2:**
Terugbetaling van 50 % van de kosten die voortvloeien uit tandzorgen waarvoor geen wettelijke tussenkost voorzien is.

Zijn inbegrepen:

- ✓ tandprothesen,
- ✓ tandbruggen,
- ✓ kronen en stiften,
- ✓ implantaten,
- ✓ parodontologie,
- ✓ tandextracties.

Terugbetaling van 50 % van de supplementen van de wettelijke remgelden van ambulante tandheelkundige verstrekkingen.

- ✓ **Waarborg 3:**
Tussenkost orthodontie voor de kosten van orthodontische behandelingen bij de start, na de 12^{de} behandeling, na de 30^{ste} behandeling en bij de beëindiging van het behandelingsplan.



Wat is niet verzekerd?

Tandplus komt niet tussen voor de volgende verstrekkingen:

- ✗ Kosten die gemaakt worden voor of tijdens de wachttijd
- ✗ Een behandelingsplan orthodontie opgestart voor of tijdens de wachttijd kan niet verzekerd worden
- ✗ Verstrekkingen van stomatologie die wettelijk niet toegankelijk zijn voor een tandarts
- ✗ Geneesmiddelen
- ✗ Esthetische behandelingen (bleaching, facetten)

Evenmin vergoedt TandPlus schadegevallen wanneer zij het gevolg zijn van:

- ✗ Kosten ten gevolge van gevaarlijke en/of betaalde sportactiviteiten
- ✗ Kosten ten gevolge van dronkenschap, gebruik van alcohol of drugs
- ✗ Oorlogsfeiten, gewelddaden, roekeloze handelingen, vechtpartijen of weddenschappen
- ✗ Kosten ten gevolge van opzettelijke daden
- ✗ Kosten gemaakt in het buitenland



Zijn er dekkingsbeperkingen?

- ! Wachttijd van 12 maanden
- ! De gezamenlijke tegemoetkomingen van TandPlus bedragen maximaal € 2.000 per kalenderjaar:
 - De wettelijke remgelden worden aan 50 % terugbetaald met een max. van 250 euro per kalenderjaar
 - De kosten van tandzorgen waarvoor geen wettelijke tussenkost voorzien is, worden aan 50 % terugbetaald met een max. van € 1.250 per kalenderjaar. De supplementen van de wettelijke remgelden van ambulante tandheelkundige verstrekkingen worden aan 50 % terugbetaald met een max. van 125 euro per kalenderjaar.
 - Voor beide samen (kosten van tandzorgen en supplementen op de wettelijke remgelden) geldt een max. van € 1.250 per kalenderjaar.
 - Orthodontie wordt tot max. 1.000 euro per behandelingsplan terugbetaald als volgt: 250 euro bij plaatsing, 250 euro bij de 12de behandeling, 250 euro bij de 30ste behandeling en 250 euro bij de laatste behandeling

Waar ben ik gedekt?

Je bent gedekt voor prestaties die in België werden verstrekt en voorgeschreven, en uitgevoerd werden door een in België erkende gezondheidszorgbeoefenaar.

Wat zijn mijn verplichtingen?

Je bent verplicht om:

- lid te zijn van het Neutraal Ziekenfonds Vlaanderen of het Vlaams & Neutraal Ziekenfonds en de bijdragen tijdig te betalen voor de aanvullende diensten van deze ziekenfondsen,
- bij intekening een behoefteanalysefiche en een verzekeringsvoorstel in te vullen en deze te dag- en ondertekenen,
- elke persoon van jouw ziekenfondsboekje te verzekeren (mutualistisch gezin),
- een wachttijd te doorlopen als je bij intekening geen andere vergelijkbare tandverzekering of verzekering medische kosten met waarborg tandzorgen had,
- altijd tijdig je premie te betalen,
- binnen de 3 jaar na afloop van je kosten hiervan aangifte te doen en de nodige documenten over te maken,
- elke familiale of administratieve wijziging binnen de 30 dagen door te geven.

Wanneer en hoe betaal ik?

Je betaalt de premie via overschrijving (jaarlijks of trimestrieel) of via domiciliëring (trimestrieel of maandelijks), binnen de termijn die op het verzoek om betaling, of op de prenotificatie, staat. De premie is verschuldigd vanaf de start van het contract.

Wanneer begint en eindigt de dekking?

Jouw contract start in principe op de 1^{ste} van de maand volgend op de ontvangst van de volledig ingevulde intekeningsdocumenten. Je bent gedekt vanaf betaling van de 1^{ste} premie en na afloop van de wachttijd.

Jouw dekking geldt levenslang, behalve bij vrijwillige opzeg, wanbetaling van de premie, overlijden, fraude, mutatie of uitsluiting uit de aanvullende ziekteverzekering van je ziekenfonds.

Hoe zeg ik mijn contract op?

Je kan het contract maandelijks opzeggen via een aangetekende brief, via deurwaardersexploot of door afgifte van de opzegbrief tegen ontvangstbewijs. Het contract eindigt op de laatste dag van de maand waarin het verzoek tot stopzetting ontvangen werd. De postdatum geldt als bewijs.

Bij stopzetting van jouw contract TandPlus moet je 36 maanden wachten alvorens je opnieuw kan intekenen op TandPlus.

De opzeg geldt voor alle leden van jouw mutualistisch gezin.