DKV Smile Premium

Algemene Verzekeringsvoorwaarden

82P
01.07.24

12 003_NL_3_202407

DKV Belgium S.A./N.V. | rue de Loxum 25 Loksumstraat | 1000 Bruxelles/Brussel | Tel.: +32 (0)2 287 64 11 | www.dkv.be
R.P.M./ R.P.R. 0414858607 | Entreprise d'assurances agréée sous le n° 739, sous le contrôle de la Banque nationale de Belgique, dont le siège est situé à 1000 Bruxelles, Bld de Berlaimont 14 | Verzekeringsonderneming toegelaten onder het nr. 739, onder toezicht van de Nationale Bank van België, met zetel te 1000 Brussel, Berlaimontlaan 14

Inhoudstafel

1. Toepassingsgebied ... 3
1.1 Wie is verzekerbaar? ... 3
1.2 Wie is verzekerd? ... 3
2. Omvang van de verzekeringswaarborg ... 3
2.1 Waar is de verzekering geldig? ... 3
2.2 Wat is verzekerd? ... 3
2.2.1 Algemene bepalingen ... 3
2.2.2 Vergoedingscriteria ... 3
2.3 Gedekte kosten van het verzekeringsplan DKV Smile Premium : Basis Tandzorg ... 3
2.3.1 Preventieve tandzorg ... 4
2.3.2 Raadplegingen ... 4
2.3.3 Radiografisch onderzoek ... 4
2.3.4 Curatieve tandzorg ... 5
2.3.5 Tandongevallen ... 5
2.4 Gedekte kosten van het verzekeringsplan DKV Smile Premium : Gespecialiseerde Tandzorg ... 6
2.4.1 Orthodontie ... 7
2.4.2 Prothetische tandzorg ... 7
2.4.3 Parodontologie ... 7
2.4.4 Kleine mondchirurgie ... 8
2.5 Wat is niet verzekerd? ... 8
3. Verzekeringsgevallen (ook wel “schadegevallen” genoemd) ... 9
3.1 Wat zijn uw verplichtingen bij een schadegeval? ... 9
3.2 Modaliteiten tot vaststellen van het recht op tussenkomst ... 9
3.3 Uitkeringsmodaliteiten ... 10
3.4 Regeling van meningsverschillen ... 10
4. Verloop van het verzekeringscontract ... 10
4.1 Begin van het verzekeringscontract en van het verzekeringsplan ... 10
4.1.1 Evaluatie en aanvaarding van het te verzekeren risico ... 10
4.1.2 Sluiten van het verzekeringscontract en aanvang van de verzekeringswaarborg ... 11
4.1.3 Duur van het verzekeringscontract ... 11
4.2 Premie ... 11
4.2.1 Algemene bepalingen ... 11
4.2.2 Betaling van de premies ... 11
4.2.3 Onbetaalde premies ... 11
4.2.4 Aanpassingen van de premie en/of de verzekeringsvoorwaarden ... 12
4.3 Einde van het verzekeringscontract en van het verzekeringsplan ... 13
4.3.1 Einde van het verzekeringscontract ... 13
4.3.2 Einde van het verzekeringsplan ... 13
4.4 Recht op voortzetting bij verlaten van het verzekeringscontract ... 13
4.5 Verplichte mededelingen ... 13
4.6 Bescherming van de persoonlijke levenssfeer ... 14
4.7 Eindbepalingen ... 14
4.7.1 Toepasselijk recht en rechtsmacht ... 14
4.7.2 Klachtenbeheer ... 14
5. Verklarende woordenlijst ... 15

Cursiefgedrukte woorden verwijzen naar begrippen waarvoor een beknopte uitleg of definitie wordt gegeven in de verklarende alfabetische woordenlijst aan het einde van dit document.

Vetgedrukte inhoud benadrukt uitsluitingen of beperkingen van de verzekeringsdekking.

1. Toepassingsgebied

Individuele tandzorgverzekering met vergoedend karakter, in overeenstemming met de toepasselijke Belgische wetgeving, aanvullend op alle *wettelijke/statutaire of andere tegemoetkomingen.* Deze verzekering dekt de kosten van basis- en gespecialiseerde tandzorg, zoals hierna omschreven.

1.1 Wie is verzekerbaar?

Alle natuurlijke personen, die tegelijk:

- bij onderschrijving van het *verzekeringsplan* de leeftijd van 70 jaar niet hebben bereikt;
- hun *woonplaats* en *feitelijke hoofdverblijfplaats* in België hebben. Dit betekent dat ze niet langer dan 90 opeenvolgende dagen in het buitenland verblijven;
- onderworpen zijn aan de Belgische sociale zekerheid en ervan genieten.

Pasgeborenen van een *verzekerde* zijn, zonder medische risicobeoordeling, verzekerbaar vanaf de geboorte volgens elk *vergelijkbaar verzekeringsplan* dat actief gecommercialiseerd wordt op het moment van geboorte, op voorwaarde dat de aanvraag tot aansluiting schriftelijk (op papier of digitaal) wordt ingediend binnen de 60 dagen na de dag van de geboorte.

Het tijdelijk feitelijk verblijf in lidstaten van de Europese Unie (met uitzondering van de overzeese gebieden) van studenten, jonger dan 26 jaar, is verzekerd overeenkomstig artikel 2.1, wanneer dit kadert binnen de continuïteit van hun studies die vallen onder unilaterale of multilaterale programma's of een overeenkomst tussen 2 of meer instellingen voor hoger onderwijs. De maximale duur van het verblijf is 6 maanden en de *verzekerde* moet onderworpen blijven aan en genieten van de Belgische sociale zekerheid. Op verzoek van de *verzekeraar* levert de *verzekerde* (student) een attest van inschrijving aan de buitenlandse instelling voor hoger onderwijs met aanduiding van de verblijfsduur alsook een kopie van zijn Europese ziekteverzekeringskaart.

1.2 Wie is verzekerd?

De natuurlijke personen, vermeld op de polis, waarvoor de *verzekeraar* een *verzekeringsvoorstel* heeft ontvangen dat aanvaard werd op basis van medische en verzekeringstechnische criteria. Ze genieten, in deze hoedanigheid, van het onderschreven *verzekeringsplan* in het *verzekeringscontract*.

2. Omvang van de verzekeringswaarborg

De omvang van de verzekeringswaarborg is afhankelijk van het onderschreven *verzekeringsplan*.

2.1 Waar is de verzekering geldig?

Het *verzekeringsplan* is enkel geldig in België.

2.2 Wat is verzekerd?

2.2.1 Algemene bepalingen

Tenzij uitdrukkelijk anders vermeld in het onderschreven *verzekeringsplan*,

- omvat de verzekeringswaarborg *verzekeringsgevallen* die optreden ingevolge *ziekte* of een *ongeval*;
- vangt het *verzekeringsgeval* aan met het instellen van de *tandheelkundige behandeling* en eindigt het wanneer er geen medische noodzaak tot behandelen meer is.

2.2.2 Vergoedingscriteria

Tenzij uitdrukkelijk anders vermeld in het onderschreven *verzekeringsplan*, wordt in het kader van een *verzekeringsgeval* enkel de *tandheelkundige behandeling* vergoed die tegelijk:

- een *ambulant*, diagnostisch en/of curatief karakter heeft;
- *op wetenschappelijk en therapeutisch vlak voldoende beproefd* is;
- medisch noodzakelijk is en waarvan ook de kosten medisch noodzakelijk zijn;
- in België verstrekt is door een erkende *tandheelkundige*;
- uitgevoerd is tijdens de duur van het *verzekeringsplan*.

Indien wordt vastgesteld dat een *tandheelkundige* een *discriminerend erelonenbeleid* inzake de «ongevaldekking» vermeld in artikel 2.3.5 en de gespecialiseerde tandzorg vermeld in artikel 2.4 *of een buitensporig erelonenbeleid* voert, behoudt de *verzekeraar* zich het recht voor om de door deze *tandheelkundige* uitgevoerde tandheelkundige verstrekkingen niet te vergoeden, en dit zolang dergelijk beleid wordt toegepast. Dit wordt schriftelijk (op papier of digitaal) aan de *verzekerde* meegedeeld. In geval van de «ongevaldekking» vermeld in artikel 2.3.5 en de gespecialiseerde tandzorg vermeld in artikel 2.4 vindt de mededeling plaats bij het doorlopen van de voorafgaandelijke goedkeuringsprocedure vooraleer de *tandheelkundige behandeling* wordt aangevat.

De *verzekerde* kan voor de uitvoering van de *tandheelkundige behandeling* zijn *tandheelkundige(n)* in België vrij kiezen.

2.3 Gedekte kosten van het verzekeringsplan DKV Smile Premium : Basis Tandzorg

De *verzekeraar* komt, per *verzekeringsgeval* en volgens de hierna beschreven modaliteiten, tussen in de werkelijk gedragen kosten (*wettelijke remgelden* en *ereloonsupplementen*) van de *tandheelkundige behandeling* die ten laste blijven van de *verzekerde* na aftrek van alle *wettelijke/statutaire of andere tegemoetkomingen*.

Indien de *wettelijke/statutaire of andere tegemoetkoming* onderworpen is aan een hernieuwingstermijn of een beperking voorzien is in de frequentie van verstrekking vanuit de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen gelden dezelfde toepassingsregels voor de bepaling van het recht op tussenkomst door de *verzekeraar*.

SAMENVATTING : DEKKING VAN **BASISTANDZORG – ONGEVAL**		
Dekkingen	**Belangrijkste verstrekkingen**	**Tussenkomst van de verzekeraar** (a)
1. Preventieve tandzorg (§2.3.1)	– Klinisch mondonderzoek – Parodontale screening – Afdichten van groeven en putjes – Tandsteen verwijdering	100%
2. Raadplegingen (§2.3.2) 3. Radiografisch onderzoek (§2.3.3) 4. Curatieve tandzorg (§2.3.4)	– Raadpleging – Dringende raadpleging – Röntgenfoto, 3D-beeldopname – Conserverende verzorging (bv. vullingen) – Extractie van tanden en tandwortelresten – Dringende technische verstrekkingen	80%
5. Tandongevallen (§2.3.5)	Tandheelkundige behandeling met als doel het gebit te herstellen naar zijn bestaande toestand vóór het ongeval	100% (b) *tot max € 10.000 per verzekeringsgeval*
(a) de tussenkomst van de verzekeraar heeft betrekking op de werkelijk gedragen kosten die ten laste blijven van de verzekerde na aftrek van alle wettelijke/statutaire of andere tegemoetkomingen. *(b) doorlopen van een voorafgaandelijke goedkeuringsprocedure vooraleer de behandeling wordt aangevat*		
Dit is een samenvatting van de dekking, raadpleeg de overeenkomstige paragrafen (§) voor alle details over de dekking/beperkingen.		

De *verzekeraar* komt, per *verzekerde*, tussen in de kosten van basistandzorg, zoals vermeld in de artikels 2.3.1 t.e.m. 2.3.5.

De tussenkomst van de *verzekeraar* kan nooit hoger zijn dan de werkelijk gedragen kosten.

2.3.1 Preventieve tandzorg

In afwijking van artikel 2.2.2. komt de *verzekeraar* tussen voor preventieve tandzorg, dewelke volgende tandheelkundige verstrekkingen (limitatieve lijst) omvat:

- klinisch onderzoek van alle zachte weefsels en gebitselementen op abnormaliteiten (mondonderzoek);
- parodontale screening ter opsporing van tandvleesproblemen;
- profylactisch reinigen en verwijderen van tandsteen;
- afdichten, d.m.v. vullingsmateriaal, van groeven en putjes in de kauwvlakken van tanden.

zoals beschreven in de *nomenclatuur* onder Hoofdstuk III, Afdeling 2, artikel 5, §1 en §2 – rubrieken “Preventieve behandelingen” en “Parodontologie”.

Voor elk van deze *terugbetaalbare verstrekkingen* wordt het bedrag dat ten laste van de *verzekerde* blijft, na aftrek van alle *wettelijke/statutaire of andere tegemoetkomingen*, aan 100% terugbetaald.
Deze terugbetaling is ook van toepassing voor mondonderzoeken waarbij er geen recht op tegemoetkoming is vanuit de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen (personen van 67 jaar en ouder).

2.3.2 Raadplegingen

Raadplegingen omvat volgende tandheelkundige verstrekkingen (limitatieve lijst):

- raadpleging in de spreekkamer van een algemeen tandarts of thuis wanneer dit werd aangevraagd door een arts;
- dringende raadpleging in de spreekkamer van een *tandheelkundige* ’s nachts, op zater-, zon-, feest- of brugdagen tijdens een georganiseerde wachtdienst.

zoals beschreven in de *nomenclatuur* onder Hoofdstuk II, artikel 2 B. rubriek “Raadplegingen in de spreekkamer” en Hoofdstuk III, Afdeling 2, artikel 5, §1 en §2 – rubriek “Raadplegingen”.

Voor elk van deze *terugbetaalbare verstrekkingen* wordt het bedrag dat ten laste van de *verzekerde* blijft, na aftrek van alle *wettelijke/statutaire of andere tegemoetkomingen*, aan 80% terugbetaald.

Raadplegingen verstrekt in het kader van een orthodontische behandeling, waarvan de verstrekking apart gefactureerd wordt, worden ten laste genomen overeenkomstig artikel 2.4.1 als integraal onderdeel uitmakend van de klassieke of reguliere orthodontische behandeling.

Raadplegingen verstrekt in het kader van een parodontale behandeling, waarvan de verstrekking apart gefactureerd wordt, worden ten laste genomen overeenkomstig artikel 2.4.3 als integraal onderdeel uitmakend van de parodontale behandeling.

2.3.3 Radiografisch onderzoek

Radiografisch onderzoek omvat volgende tandheelkundige verstrekkingen (limitatieve lijst):

- kleine röntgenfoto van één of meerdere tanden;
- panoramische röntgenfoto van boven- en/of onderkaak;
- 3D-beeldopname (dentale Conebeam CT) van de bovenkaak in geval van lip-, kaak- en verhemeltespleet.

zoals beschreven in de *nomenclatuur* onder Hoofdstuk III, Afdeling 2, artikel 5, §1 en §2 – rubriek “Radiografieën” en §4 “Bijkomend honorarium voor dringende verstrekkingen”.

Voor elk van deze *terugbetaalbare verstrekkingen* wordt het bedrag dat ten laste van de *verzekerde* blijft, na aftrek van alle *wettelijke/statutaire of andere tegemoetkomingen*, aan 80% terugbetaald. Inbegrepen zijn de verstrekkingen die in de *nomenclatuur* als *maximumtarieven* zijn opgenomen.

Profielopnames van de gelaatsschedel om verticale en horizontale afwijkingen op te sporen (craniofaciale teleradiografieën), verstrekt in het kader van een orthodontische behandeling waarvan de verstrekking apart gefactureerd wordt, worden ten laste genomen overeenkomstig artikel 2.4.1 als integraal onderdeel uitmakend van de klassieke of reguliere orthodontische behandeling.

2.3.4 Curatieve tandzorg

Curatieve tandzorg omvat volgende tandheelkundige verstrekkingen (limitatieve lijst):

- conserverende verzorging;
- extracties van tanden en tandwortelresten;
- *dringende technische verstrekkingen*.

zoals beschreven in de *nomenclatuur* onder Hoofdstuk III, artikel 5, §1 en §2 – rubrieken “Conserverende verzorging”, “Extracties” en “Zorg bijzondere noden”.

Voor elk van deze *terugbetaalbare verstrekkingen* wordt het bedrag dat ten laste van de *verzekerde* blijft, na aftrek van alle *wettelijke/statutaire of andere tegemoetkomingen*, aan 80% terugbetaald. Inbegrepen zijn de verstrekkingen die in de *nomenclatuur* als *maximumtarieven* zijn opgenomen.
Deze terugbetaling is ook van toepassing voor extracties van tanden en tandwortelresten waarbij er geen recht op tegemoetkoming is vanuit de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen (personen van 18 tot 53 jaar).

2.3.5 Tandongevallen

Het *verzekeringsgeval* onder de «ongevaldekking» van dit *verzekeringsplan* bestaat uit alle tandheelkundige verstrekkingen die tegelijk:

- zijn ontstaan als gevolg van een *ongeval*, dat nog geen voorwerp heeft uitgemaakt van een tussenkomst door de *verzekeraar*;
- worden goedgekeurd door de *verzekeraar* aan het einde van de hieronder beschreven procedure;
- zijn verstrekt in België en tot doel hebben het gebit te herstellen naar zijn bestaande toestand vóór het *ongeval*;
- zijn gemaakt uiterlijk 12 maanden na het *ongeval*.

Het *ongeval* moet aanleiding geven tot traumatische letsels, die medisch objectiveerbaar zijn en als dusdanig een diagnose toelaten en behandeling vereisen die van dien aard is dat ze gedekt wordt door deze bepalingen. De letsels moeten worden vastgesteld door een *tandheelkundige* of (spoed)arts die gemachtigd is zijn praktijk uit te oefenen.

Voor elke verstrekking van de overeengekomen *tandheelkundige behandeling* wordt het bedrag dat ten laste van de *verzekerde* blijft, na aftrek van alle *wettelijke/statutaire of andere tegemoetkomingen*, aan 100% terugbetaald. **De tussenkomst van de *verzekeraar* onder de «ongevaldekking» is beperkt tot € 10.000 per *verzekeringsgeval*.**

De uitkering van de overeengekomen vergoeding vindt plaats aan het einde van de overeengekomen en voorafgaandelijk goedgekeurde behandeling door de behandelende *tandheelkundige(n)* in België.

Om aanspraak op tussenkomst vanwege de *verzekeraar* te kunnen maken dient, de *verzekerde* of een door hem gemandateerde persoon het *ongeval* schriftelijk (op papier of digitaal) aan de *verzekeraar* te melden d.m.v. het daartoe bestemde ongevalsaangifteformulier, uiterlijk binnen de 48 uur of zo snel als redelijkerwijs mogelijk na het voltrekken ervan.

Ter vergoeding van de kosten door de *verzekeraar* is het vereist dat alle onderstaande documenten, vooraf en schriftelijk (op papier of digitaal), worden ingediend bij en goedgekeurd door de *verzekeraar*:

- ongevalsaangifteformulier (verkrijgbaar bij de *verzekeraar*, beschikbaar bij uw verzekeringstussenpersoon of op onze website www.dkv.be);
- medisch attest met beschrijving van de opgelopen letsels of verslag van de diagnosticerende *tandheelkundige* of (spoed)arts;
- gedetailleerd *behandelingsplan* met precieze kostenraming opgesteld door de behandelende *tandheelkundige(n);*
- beschikbare, gedateerde röntgenfoto’s van voor en na het *ongeval* of andere bewijs- en/of medische stukken die de tandheelkundige situatie van voor en na het *ongeval* objectiveerbaar weergeven;
- kleurenfoto’s van de tandheelkundige situatie van vlak na het *ongeval*.

Op basis hiervan zal de *verzekeraar* met zijn raadgevende arts:

- de causale relatie tussen het *ongeval* en de opgelopen letsels beoordelen a.d.h.v. het medisch attest of verslag van de diagnosticerende *tandheelkundige* of (spoed)arts;
- het ingediende *behandelingsplan* en kostenraming beoordelen door na te gaan of de *verzekerde* redelijkerwijs op de beschreven tandzorg is aangewezen en of de door de *tandheelkundige* geraamde erelonen niet *discriminerend of buitensporig* zijn;
- de aangewezen *tandheelkundige behandeling* en het bedrag van de vergoeding bepalen.

De *verzekeraar* stelt de *verzekerde* schriftelijk (op papier of digitaal) in kennis van zijn beslissing m.b.t. de overeengekomen *tandheelkundige behandeling* en vergoeding.

2.4 Gedekte kosten van het verzekeringsplan DKV Smile Premium : Gespecialiseerde Tandzorg

De *verzekeraar* komt, per *verzekeringsgeval* en volgens de hierna beschreven modaliteiten, tussen in de werkelijk gedragen kosten (*wettelijke remgelden* en *ereloonsupplementen*) van de *tandheelkundige behandeling* die ten laste blijven van de *verzekerde* na aftrek van alle *wettelijke/statutaire of andere tegemoetkomingen*.

Indien de *wettelijke/statutaire of andere tegemoetkoming* onderworpen is aan een hernieuwingstermijn of een beperking voorzien is in de frequentie van verstrekking vanuit de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen gelden dezelfde toepassingsregels voor de bepaling van het recht op tussenkomst door de *verzekeraar*.

SAMENVATTING : DEKKING VAN **GESPECIALISEERDE TANDZORG**		
Dekkingen	**Belangrijkste verstrekkingen**	**Tussenkomst van de verzekeraar** (a)
De tussenkomst van de verzekeraar voor gespecialiseerde tandzorg is jaarlijks begrensd tot € 250 in het 1e verzekeringsjaar; € 500 in het 2e jaar; € 1.500 in het 3e jaar; € 4.000 vanaf het 4e jaar. Ongeacht de omvang van de tussenkomsten vermeld in deze tabel, worden ze verminderd tot het jaarlijks kapitaal dat beschikbaar is om ze te vergoeden.		
6. Orthodontie (§2.4.1)	Diagnose en behandeling van een afwijking in de stand van de tanden en/of kaken, t.e.m. 21 jaar	80% (b) *tot maximaal € 2.000 per verzekerde gedurende de gehele looptijd van het contract*
7. Prothetische tandzorg (§2.4.2)	Functionele rehabilitatie van het kauwproces waarbij ontbrekende of beschadigde tanden worden vervangen door een voorlopige of definitieve tandprothese	80% (b)
8. Parodontologie (§2.4.3)	Conservatieve parodontale behandeling voor de diagnose en behandeling van tandvleesaandoeningen en/of andere steunweefsels rondom de tand: – Raadpleging – Parodontaal mondonderzoek – Verwijderen van tandsteen onder het tandvlees Resectieve parodontale chirurgie Regeneratieve parodontale chirurgie	80% (b)
9. Kleine mondchirurgie (§2.4.4)	– (Complexe) extractie van geïmpacteerde of geretineerde (wijsheids)tanden – Behandeling van aangetast tandweefsel t.g.v. een ontsteking – Verwijderen van aangetast tandvlees, abcessen, goedaardige tumoren, spierweefsel in de mond – Opbeetplaten tegen tandslijtage *(voorbeelden – zie limitatieve lijst hieronder)*	80% (b)
(a) de tussenkomst van de verzekeraar heeft betrekking op de werkelijk gedragen kosten die ten laste blijven van de verzekerde na aftrek van alle wettelijke/statutaire of andere tegemoetkomingen. *(b) doorlopen van een voorafgaandelijke goedkeuringsprocedure vooraleer de behandeling wordt aangevat*		
Dit is een samenvatting van de dekking, raadpleeg de overeenkomstige paragrafen (§) voor alle details over de dekking/beperkingen.		

In uitbreiding van de hiervoor omschreven verzekeringsdekking komt de *verzekeraar* ook tussen in de kosten van gespecialiseerde tandzorg zoals beschreven in de artikels 2.4.1 t.e.m. 2.4.4.

De maximale tussenkomst van alle *tandheelkundige behandelingen* beschreven onder de artikels 2.4.1 t.e.m. 2.4.4 is, per *verzekeringsjaar*, begrensd ten belope van een jaarlijks oplopend verzekerd kapitaal:

- **in het 1e *verzekeringsjaar*: € 250**
- **in het 2e *verzekeringsjaar*: € 500**
- **in het 3e *verzekeringsjaar*: € 1.500**
- **vanaf het 4e *verzekeringsjaar*: € 4.000**

2.4.1 Orthodontie

Orthodontie bij jongeren t.e.m. 21 jaar omvat alle tandheelkundige verstrekkingen voor de diagnose en klassieke of regelmatige orthodontische behandeling van een afwijking in de stand van de tanden en/of kaken, zoals beschreven onder Hoofdstuk III, Afdeling 2, artikel 5, §1 en §2 – rubrieken “Raadplegingen”, “Radiografieën” en § 3 “Overige verstrekkingen: Orthodontie” van de *nomenclatuur*.

Om aanspraak op tussenkomst vanwege de *verzekeraar* te kunnen maken, dient vooraf een gedetailleerd *behandelingsplan* met een nauwkeurige kostenraming te worden ingediend bij en schriftelijk (op papier of digitaal) goedgekeurd door de *verzekeraar*.

Op basis hiervan beoordeelt de *verzekeraar* met zijn raadgevende arts het ingediende *behandelingsplan* en de kostenraming door na te gaan of de *verzekerde* redelijkerwijs op de beschreven tandzorg is aangewezen en of de door de *tandheelkundige* geraamde erelonen niet *discriminerend of buitensporig* zijn. **Het recht op tussenkomst door de *verzekeraar* is onderworpen aan de voorafgaandelijke goedkeuring van de behandeling door de adviserende arts van en tegemoetkoming vanuit de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (“ziekenfonds”).**

Voor elke verstrekking van de eerder goedgekeurde *tandheelkundige behandeling* door de *verzekeraar* wordt het bedrag dat ten laste van de *verzekerde* blijft, na aftrek van alle *wettelijke/statutaire of andere tegemoetkomingen*, aan 80% terugbetaald.
De tussenkomst van de *verzekeraar* onder de dekking « orthodontie » is beperkt tot één *behandelingsplan* van maximaal € 2.000 per *verzekerde* gedurende de ganse duur van het *verzekeringscontract*.

2.4.2 Prothetische tandzorg

Onder prothetische tandzorg wordt verstaan: tandheelkundige verstrekkingen die kaderen in de functionele rehabilitatie van het kauwproces waarbij ontbrekende of beschadigde tanden worden vervangen door een voorlopige of definitieve *tandprothese*.

Om aanspraak op tussenkomst vanwege de *verzekeraar* te kunnen maken dient vooraf een gedetailleerd *behandelingsplan* met een nauwkeurige kostenraming te worden ingediend bij en schriftelijk (op papier of digitaal) goedgekeurd door de *verzekeraar*.

Op basis hiervan beoordeelt de *verzekeraar* met zijn raadgevende arts het ingediende *behandelingsplan* en de kostenraming door na te gaan of de *verzekerde* redelijkerwijs op de beschreven tandzorg is aangewezen en of de door de *tandheelkundige* geraamde erelonen niet *discriminerend of buitensporig* zijn.

Voor elke verstrekking van de eerder goedgekeurde *tandheelkundige behandeling* door de *verzekeraar* wordt het bedrag dat ten laste van de *verzekerde* blijft, na aftrek van alle *wettelijke/statutaire of andere tegemoetkomingen*, aan 80% terugbetaald.

Tanden die op het moment van het sluiten van het *verzekeringscontract* al ontbreken, vervangen zijn door of voorzien zijn van een uitneembare of vaste *tandprothese* zijn uitgesloten van de verzekeringsdekking en komen niet in aanmerking voor het plaatsen van een voorlopige of definitieve *tandprothese*

2.4.3 Parodontologie

Dit *verzekeringsplan* vergoedt alle tandheelkundige verstrekkingen, inclusief het verwijderen van ontstoken weefsel (resectieve parodontale chirurgie) en herstel van verloren gegane weefsel door ofwel op te vullen met kunstbot en/of eigen bot ofwel door bepaalde cellen te activeren om het verloren gegane weefsel opnieuw aan te maken (regeneratieve parodontale chirurgie) aanvullend op de conservatieve/initiële parodontale behandeling voor de diagnose en behandeling van tandvleesaandoeningen en/of andere steunweefsels rondom de tand.

Conservatieve/initiële parodontale behandeling voor de diagnose en behandeling van tandvleesaandoeningen en/of andere steunweefsels rondom de tand omvat volgende tandheelkundige verstrekkingen (limitatieve lijst):

- raadpleging in de spreekkamer van een algemeen tandarts of tandarts-specialist in de parodontologie;
- parodontaal mondonderzoek;
- verwijderen van tandsteen onder het tandvlees.

zoals beschreven onder Hoofdstuk III, Afdeling 2, artikel 5, §1 en §2 – rubrieken “Raadplegingen” en “Parodontologie” van de *nomenclatuur*.

Om aanspraak op tussenkomst vanwege de *verzekeraar* te kunnen maken dient vooraf een gedetailleerd *behandelingsplan* met een nauwkeurige kostenraming te worden ingediend bij en schriftelijk (op papier of digitaal) goedgekeurd door de *verzekeraar*.

Op basis hiervan beoordeelt de *verzekeraar* met zijn raadgevende arts het ingediende *behandelingsplan* en de kostenraming door na te gaan of de *verzekerde* redelijkerwijs op de beschreven tandzorg is aangewezen of de door de *tandheelkundige* geraamde erelonen niet *discriminerend of buitensporig* zijn.

Voor elke verstrekking van de eerder goedgekeurde *tandheelkundige behandeling* door de *verzekeraar* wordt het bedrag dat ten laste van de *verzekerde* blijft, na aftrek van alle *wettelijke/statutaire of andere tegemoetkomingen*, aan 80% terugbetaald.

Deze *verzekeringsplan* vergoedt de kosten van parodontale behandelingen tot de leeftijd van 65 jaar.

2.4.4 Kleine mondchirurgie

Dit *verzekeringsplan* vergoedt volgende tandheelkundige verstrekkingen (limitatieve lijst):

- complexe tandextractie waarbij een deel of het gehele bot rond een geïnfecteerde tand eerst wordt verwijderd om dan de extractie mogelijk te maken die zich uitstrekt uitgestrekt over een streek van minimum 6 tanden (alveolectomie);
- heelkundige behandeling waarbij aangetast tandweefsel schoon wordt geschraapt omwille van een ontsteking van de tandkassen of van een ontsteking van de wortelpunten van tanden in de boven -en/of de onderkaak (heelkundige behandeling d.m.v. van curettage wegens osteitis van de tandkassen of wegens apicale osteitis van de boven -en/of de onderkaak in één of meerdere bewerkingen);
- operatief verwijderen van aangetast tandvlees (gingivectomie), uitgestrekt over een streek van minimum 6 tanden, aan één kaakbeen;
- operatief verwijderen van een goedaardige tumor gelegen in de mond of aan de binnenkant van de wangen (exeresis van goedaardige intrabuccale tumoren);
- operatief verwijderen of losmaken van een stuk spierweefsel dat de lip met de kaak verbindt of de tong met de bodem van de tong (frenectomie);
- insnijden van een abces gelegen in de mond of aan de binnenkant van de wangen (intrabuccaal insnijden van abces van dentale oorsprong);
- extractie van een tand, veelal een hoektand of verstandskies, die op de normale tijd niet of slechts gedeeltelijk is doorgebroken tot zijn normale functionele stand of verhinderd wordt om volledig door te breken in zijn normale functionele stand (extractie van geïmpacteerde of geretineerde tand);
- vervaardigen en plaatsen van een opbeetplaat die er veelal op gericht is om tandenknarsen en -klemmen te verminderen en het gebit te beschermen tegen overmatige slijtage (vervaardigen en plaatsen van een opbeetplaat, type stabilisatiesplint of repositiesplint in harde kunsthars, die één van de twee kaken volledig overdekt en contact heeft met alle elementen van de antagonistische kaak, in het kader van pijn en dysfunctie van het kaakstelsel).

zoals beschreven onder Hoofdstuk 5 Speciale technische geneeskundige verstrekkingen, Afdeling 5 Heelkunde, artikel 14l Stomatologie, gevolgd worden door een “+” teken van de *nomenclatuur*.

Om aanspraak op tussenkomst vanwege de *verzekeraar* te kunnen maken dient vooraf een gedetailleerd *behandelingsplan* met een nauwkeurige kostenraming te worden ingediend bij en schriftelijk (op papier of digitaal) goedgekeurd door de *verzekeraar*.

Op basis hiervan beoordeelt de *verzekeraar* met zijn raadgevende arts het ingediende *behandelingsplan* en de kostenraming door na te gaan of de *verzekerde* redelijkerwijs op de beschreven tandzorg is aangewezen en of de door de *tandheelkundige* geraamde erelonen niet *discriminerend of buitensporig* zijn.

Voor elke verstrekking van de eerder goedgekeurde *tandheelkundige behandeling* door de *verzekeraar* wordt het bedrag dat ten laste van de *verzekerde* blijft, na aftrek van alle *wettelijke/statutaire of andere tegemoetkomingen*, aan 80% terugbetaald.

2.5 Wat is niet verzekerd?

Uitgesloten van de verzekeringsdekking van het *verzekeringsplan* DKV Smile Premium zijn:

a) de kosten van *tandheelkundige behandelingen* opgetreden ten gevolge van:
- **een *ongeval* dat zich heeft voorgedaan voor de begindatum van het *verzekeringsplan*;**
- **een *ziekte* of aandoening die reeds bestond vóór de begindatum van het *verzekeringsplan* of waarvan de symptomen zich reeds manifesteerden vóór de begindatum van het *verzekeringsplan*.**

b) de kosten van *tandheelkundige behandelingen* opgetreden ten gevolge van:
- **een *ziekte* of een *ongeval* voortvloeiend uit de actieve deelname door de *verzekerde* aan een burgeroorlog of andere oorlog, uit oproer, gewelddaden van politieke, ideologische of sociale oorsprong;**
- **vrijwillige deelname aan een misdrijf door de *verzekerde*, behalve als deze het bewijs levert dat het een geval van wettelijke zelfverdediging betreft;**
- **een *opzettelijke daad* of klaarblijkelijk *roekeloze daad* van de *verzekerde*, behalve als deze het bewijs levert dat het een geval van wettige verdediging van personen of goederen betreft;**
- **een letsel opgelopen tijdens het beoefenen van sporten waarbij het dragen van gezichts-, mond- of gebitsbescherming gebruikelijk of verplicht is of die het gevolg zijn van professionele of betaalde sportbeoefening inclusief training;**
- **een terroristische daad die gesteld wordt door wapens die bestemd zijn om te ontploffen door de structuurwijziging van de atoomkern;**
- **alcoholisme, toxicomanie, het gebruik van doping, gebruik van geneesmiddelen dat niet conform is met de indicaties van de wetenschappelijke bijsluiter en/of met het medisch voorschrift, een staat van dronkenschap, strafbare intoxicatie of andere soortgelijke toestand dat het gevolg is van andere producten dan alcoholische dranken bevindt, op voorwaarde dat wordt aangetoond dat er een oorzakelijk verband bestaat tussen deze toestanden en de behandeling;**
- **het plaatsen en dragen van tand- of mondjuwelen en orale piercings;**

c) geneesmiddelen en elk ander type van product dat vrij in de handel verkrijgbaar is;
d) kosten die overeenkomstig de Belgische wet- en regelgeving niet mogen worden aangerekend;
e) *esthetische tandzorg*;
f) elke *tandheelkundige behandeling* van natuurlijke tanden die afwezig of vervangen zijn door een uitneembare of vaste *tandprothese* bij het afsluiten van het *verzekeringscontract* met uitzondering van melktanden, (wijsheids)tanden die verwijderd werden in het kader van een orthodontische behandeling;
g) vroege orthodontie bij kinderen jonger dan 9 jaar;
h) prothetische behandelingen van wijsheidstanden, inclusief *tandimplantaten*;
i) *tandtransplantaties*;

j) operatieve kaakorthopedie, d.w.z. osteotomieën ter correctie van een afwijkende stand/groei van de onder- en/of bovenkaak;

k) esthetische parodontale chirurgie zoals het herstellen van verloren gegaan tandvlees waarbij de tandwortel zichtbaar wordt d.m.v. een tandvleestransplantatie (behandeling van gingivale recessies), verlenging van de klinische kroon van de tand met het oog op een later herstel d.m.v. een *kroon* (klinische kroonverlenging), het corrigeren van de vorm van het tandvlees als voorbereiding op *kroon*- en *brugwerk*.

De *verzekeraar* draagt de bewijslast voor alle uitsluitingen en beperkingen van het *verzekeringsplan*.

3. Verzekeringsgevallen (ook wel "schadegevallen" genoemd)

3.1 Wat zijn uw verplichtingen bij een schadegeval?

- De overeenkomst te goeder trouw uit te voeren en alle redelijke maatregelen nemen om de gevolgen van een *verzekeringsgeval* te voorkomen en te beperken.
- Alvorens aanspraak te maken op tussenkomst vanwege de *verzekeraar*, eerst zijn aanspraak laten gelden op alle *wettelijke/statutaire of andere tegemoetkomingen*.
- Elk *verzekeringsgeval* aan de *verzekeraar* melden, bij voorkeur d.m.v. het digitaal klantenportaal of de smartphone applicatie die de *verzekeraar* ter beschikking stelt, gebruikmakend van de daartoe bestemde aangifteformulieren en volgens de beschreven richtlijnen en termijn(en). De digitale kopie moet van goede kwaliteit (leesbaar) en conform zijn aan het origineel (geen handgeschreven wijzigingen of bijwerkingen). De *verzekeraar* behoudt zich het recht voor het origineel op te vragen bij de *verzekerde*, die het moet bewaren of de kosten voor een duplicaat moet dragen. Indien de bewijsstukken (medische verslagen of attesten, factuur of ereloonnota) werden opgemaakt in een andere taal dan het Nederlands, Frans of Engels, heeft de *verzekeraar* het recht vertaalde bewijsstukken te eisen in de taal van het *verzekeringscontract*. De kosten hiervan zijn voor rekening van de *verzekerde*. De toegezonden stukken blijven in het bezit van de *verzekeraar*.
- Het bestaan melden van om het even welke andere overeenkomst die eenzelfde of een gelijkaardig risico geheel of gedeeltelijk dekt. Als de *verzekeringnemer* en/of *verzekerde* aanspraak kan maken op een schadevergoeding van de werkelijk gedragen kosten, treedt de *verzekeraar* in de rechten en rechtsvorderingen van de *verzekeringnemer* en/of *verzekerde* tot de reikwijdte van zijn prestaties. Bijgevolg mag de *verzekeringnemer* en/of de *verzekerde* geen afstand van verhaal doen zonder voorafgaandelijk schriftelijk akkoord van de *verzekeraar*. Indien door toedoen van de *verzekeringnemer* en/of *verzekerde* de indeplaatsstelling van de *verzekeraar* geen gevolg kan hebben, kan deze van hem de terugbetaling vorderen van de betaalde schadevergoedingen in de mate van het geleden nadeel door de *verzekeraar*.
- De verjaringstermijn voor het indienen van kosten van een *verzekeringsgeval* bedraagt 3 jaar volgend op de behandelingsdatum van de verstrekking.

Als de *verzekeringnemer* of *verzekerde* zijn contractuele verplichtingen niet nakomt en deze tekortkoming, bij een *verzekeringsgeval*, een nadeel voor de *verzekeraar* of de door hem gemandateerde persoon veroorzaakt, dan kan de *verzekeraar* zijn verzekeringsprestaties verminderen ten belope van het door hem geleden nadeel of zelfs volledig weigeren wanneer de tekortkoming met bedrieglijk opzet werd begaan.

3.2 Modaliteiten tot vaststellen van het recht op tussenkomst

De *verzekeraar* of de door hem gemandateerde persoon, *verzekeringnemer* en *verzekerde* werken samen om het recht op tussenkomst te bepalen a.d.h.v. alle gevraagde nuttige inlichtingen:

- de *verzekeringnemer* en *verzekerde* geven hun toestemming dat de *verzekeraar* of de door hem gemandateerde persoon de nodige inlichtingen inwint en verbinden zich ertoe hun medewerking te verlenen aan de correcte uitvoering van de vereiste maatregelen inzake informatie en onderzoek van de omstandigheden en omvang van het *verzekeringsgeval*, waartoe het recht op tussenkomst aanleiding geeft;

- de *verzekeraar* of de door hem gemandateerde persoon kan het recht op tussenkomst ondergeschikt maken aan het voorleggen van bijkomende bewijs- en/of medische stukken die de gestelde diagnose en/of medische noodzaak tot behandeling objectiveren. Verder heeft hij op ieder ogenblik het recht om de juistheid of de volledigheid van de aangiften te (laten) onderzoeken en desgevallend bijkomende medische informatie/gegevens op te vragen door een door hem aangeduide raadgevende arts;

- de raadgevende arts van de *verzekeraar* onthoudt zich van elke maatregel die buiten proportie, niet relevant en overdreven is in het kader van het onderzoek naar het recht op tussenkomst. Enkel de relevante medische informatie/gegevens, zich beperkend tot de beschrijving van de voorgeschiedenis van de gezondheidstoestand op het ogenblik van het optreden van het *verzekeringsgeval*, worden aan de raadgevende arts van de *verzekeraar* overgemaakt.

Als de *verzekeringnemer* of *verzekerde* zijn contractuele verplichtingen niet nakomt en deze tekortkoming, bij een *verzekeringsgeval*, een nadeel voor de *verzekeraar* of de door hem gemandateerde persoon veroorzaakt, dan kan de *verzekeraar* zijn verzekeringsprestaties verminderen ten belope van het door hem geleden nadeel of zelfs volledig weigeren wanneer de tekortkoming met bedrieglijk opzet werd begaan.

Overeenkomsten of afspraken die de *verzekeringnemer* en/of *verzekerde* gesloten heeft met derden over rechten die ontstaan in uitvoering van het verzekeringscontract (bijvoorbeeld afspraken met *tandheelkundigen* om *ereloonsupplementen* of andere kosten aan te rekenen die niet in overeenstemming zijn met de Belgische wet- en regelgeving), zijn pas tegenstelbaar aan de verzekeraar vanaf de datum waarop de *verzekeraar* die rechten goedgekeurd heeft.

Onderstaande kosten, die ten laste van de *verzekeringnemer* of de *verzekerde* blijven:
- het bedrag dat het jaarlijks verzekerd kapitaal (voor gespecialiseerde tandzorg) overschrijdt;
- de kosten van een niet gedekt *verzekeringsgeval*;
- de door de *verzekeraar* geweigerde kosten.

worden teruggevorderd.

In geval van onvolledige of niet-betaling van deze verschuldigde bedragen door de *verzekeringnemer* of de *verzekerde* waarvoor de *verzekeraar* een ingebrekestelling, per aangetekende brief, verstuurt, is een forfaitaire vergoeding verschuldigd.

Deze wordt als volgt bepaald:

1. € 20, indien het verschuldigde saldo lager dan of gelijk aan € 150 is;
2. € 30, indien het verschuldigde saldo tussen € 150,01 en € 500 is;
3. € 65, indien het verschuldigde saldo hoger dan € 500 is.

Deze bedragen kunnen bij Koninklijk besluit worden geïndexeerd op basis van de consumptieprijsindex.

Deze forfaitaire vergoeding kan enkel worden toegepast na het verzenden van een ingebrekestelling die de vorm aanneemt van een eerste herinnering en na het verstrijken van een termijn van ten minste veertien kalenderdagen die ingaat op de derde werkdag na verzending van de herinnering aan de *verzekeringnemer* of de *verzekerde*. Wanneer de herinnering langs elektronische weg wordt verzonden, vangt de termijn van 14 kalenderdagen aan op de kalenderdag die volgt op de dag waarop de herinnering werd verzonden.

Indien de *verzekeraar* in gebreke blijft om de *verzekeringnemer* of de *verzekerde* de gedekte kosten te betalen, is een forfaitaire vergoeding verschuldigd, volgens dezelfde modaliteiten als hierboven vermeld, voor zover de *verzekeringnemer* of de *verzekerde* de *verzekeraar* per aangetekende brief in gebreke heeft gesteld.

3.3 Uitkeringsmodaliteiten

De schadevergoeding wordt uitgekeerd op het rekeningnummer dat bij het melden van het schadegeval door de *verzekeringnemer* wordt aangegeven, en ontslaat de *verzekeraar* volledig van enige vervolging wegens verkeerde uitbetaling.

De uitkering gebeurt in euro.

De *verzekeraar* behoudt zich het recht voor om de onterecht uitbetaalde schadevergoedingen terug te vorderen. De verjaringstermijn van deze vordering bedraagt 10 jaar volgend op de datum van de onverschuldigde betaling.

3.4 Regeling van meningsverschillen

Elk geschil over het recht op tussenkomst moet binnen een termijn van 30 dagen na de beslissing van de *verzekeraar* of zo snel als redelijkerwijs mogelijk schriftelijk (op papier of digitaal) aan de *verzekeraar* worden gemeld.

De *verzekerde* heeft het recht om betwistingen van medische aard te onderwerpen aan een minnelijke medische expertise, zoals hierna verder bepaald. De beslissing die hieruit voortvloeit is definitief en bindend voor alle partijen.

De *verzekeringnemer* en/of *verzekerde*, enerzijds, en de *verzekeraar*, anderzijds, duiden elk een arts-deskundige aan om het geschil te beslechten. Wanneer beide arts-deskundigen geen akkoord bereiken, duiden ze een derde arts-deskundige aan. De drie artsen-deskundigen beslissen bij meerderheid van stemmen, maar bij het ontbreken van een meerderheid is het advies van de derde arts doorslaggevend. Indien één van de partijen haar arts-deskundige niet aanstelt binnen een termijn van 14 dagen na hierom verzocht te zijn geweest door de andere partij, of indien de beide artsen-deskundigen het niet eens worden over de keuze van de derde arts-deskundige, dan wordt die aangesteld door de Voorzitter van de Rechtbank van Eerste Aanleg van de *woonplaats* van de *verzekeringnemer*/*verzekerde* op verzoek van de meest gerede partij. Elke partij draagt de kosten en erelonen van haar arts-deskundige, met inbegrip van alle onderzoeken of bijkomende medische daden die haar arts-deskundige in het raam van de expertise zou kunnen vragen. De verliezende partij draagt de kosten en het honorarium van de derde arts-deskundige en de kosten van diens aanstelling, met inbegrip van alle onderzoeken of bijkomende medische daden die de derde arts-deskundige in het raam van de expertise zou kunnen vragen.

4. Verloop van het verzekeringscontract

4.1 Begin van het verzekeringscontract en van het verzekeringsplan

4.1.1 Evaluatie en aanvaarding van het te verzekeren risico

De *verzekeraar* is verantwoordelijk voor de evaluatie, aanvaarding van het te verzekeren risico en het sluiten van het *verzekeringscontract* a.d.h.v. persoonsgebonden en/of medische gegevens van de te verzekeren personen vermeld op het, behoorlijk ingevuld en ondertekend, *verzekeringsvoorstel*.

Het *verzekeringsvoorstel* bestaat uit een administratieve en medische vragenlijst voor elke te verzekeren persoon.

Alle gekende en relevante omstandigheden, die bepalend zijn voor de beoordeling van het te verzekeren risico, moeten door de *verzekeringnemer* en *verzekerde* tot op het afsluiten van het *verzekeringscontract* nauwgezet gemeld worden, zodat de raadgevende arts van de *verzekeraar* het te verzekeren risico juist kan beoordelen. Dit geldt eveneens wanneer deze verstrekt en/of vervolledigd werden door een door hun gemandateerde persoon.

Elke opzettelijke verzwijging en/of onjuistheid in de verklaringen van de *verzekeringnemer* en te verzekeren persoon, die de *verzekeraar* misleidt bij de beoordeling van het te verzekeren risico, maakt het *verzekeringscontract* nietig met behoud van de, tot op het ogenblik waarop de *verzekeraar* kennis heeft gekregen van het opzettelijk verzwijgen of opzettelijk onjuist meedelen van gegevens, betaalde *premies*.

Het *verzekeringsvoorstel* verbindt noch de *verzekeringnemer*, noch de *verzekeraar* tot het sluiten van het *verzekeringscontract*. Enkel wanneer de *verzekeraar* binnen de 30 dagen na ontvangst van het *verzekeringsvoorstel* geen verzekeringsaanbod ter kennis heeft gebracht, de verzekering niet afhankelijk heeft gesteld van een aanvraag tot onderzoek of de verzekering niet heeft geweigerd, verbindt de *verzekeraar* zich tot het sluiten van het *verzekeringscontract* op straffe van schadevergoeding.

Overeenkomstig de toepasselijke Belgische wetgeving kan de *verzekeraar* personen weigeren te verzekeren die een verhoogd risico uitmaken of kan hij beslissen om hen te verzekeren aan bijzondere voorwaarden; desgevallend bepaalde risico's van de verzekeringswaarborg uitsluiten en/of een bij*premie* aanrekenen voor een *ziekte* of aandoening die bestond voor het sluiten van het *verzekeringscontract*. Deze worden bepaald bij uitgifte van de polis en zijn bijvoegsels, en zijn beschreven in de Bijzondere Verzekeringsvoorwaarden.

De beslissing tot aanvaarding wordt schriftelijk (op papier of digitaal) meegedeeld aan de *verzekeringnemer* en motivatie ervan aan de *verzekerde*.

4.1.2 Sluiten van het verzekeringscontract en aanvang van de verzekeringswaarborg

Het sluiten van het *verzekeringscontract* kan enkel en alleen op afstand gebeuren via het daartoe georganiseerd digitaal onderschrijvingsportaal van de *verzekeraar*, tenzij uitdrukkelijk anders overeengekomen.
Dit betekent dat t.e.m. het sluiten van het *verzekeringscontract* uitsluitend gebruik wordt gemaakt van één of meer technieken voor communicatie op afstand (bv. e-mail, internet) zonder de fysieke en gelijktijdige aanwezigheid van de *verzekeraar* en/of verzekeringstussenpersoon enerzijds en de *verzekeringnemer* anderzijds.

Het *verzekeringscontract* is gesloten bij uitgifte van de polis.

Het *verzekeringsplan* treedt in werking na betaling van de volledige eerste jaar*premie of* overeengekomen deel*premie* binnen de gestelde termijn. Het *verzekeringsplan* treedt in geen geval in werking voor de begindatum van het *verzekeringscontract,* zoals bepaald in de polis. Door betaling van de eerste jaar*premie* of overeengekomen deel*premie* worden *verzekeringnemer* en *verzekerden* geacht de Algemene en Bijzondere Verzekeringsvoorwaarden, die op hun dekking (inclusief eventuele uitsluitingen en/of bij*premies*) van toepassing zijn, te hebben aanvaard.

De *verzekeraar* is tot geen enkele verzekeringsprestatie gehouden vóór de begindatum van het *verzekeringsplan.*

Zowel de *verzekeringnemer* als de *verzekeraar* kunnen het *verzekeringscontract* dat op afstand is gesloten zonder boete en zonder schriftelijke motivering (op papier of digitaal) binnen een termijn van 14 dagen herroepen op de volgende adressen: Loksumstraat 25 te 1000 Brussel (papieren formaat) of contract-nl@dkv.be (digitaal formaat). Deze termijn, waarbinnen het herroepingsrecht kan worden uitgeoefend, gaat in vanaf de dag waarop het *verzekeringscontract* is gesloten, of vanaf de dag waarop de *verzekeringnemer* de polis en alle bijhorende (precontractuele) informatie op een duurzame gegevensdrager heeft ontvangen, wanneer dit later is.

De herroeping door de *verzekeringnemer* heeft onmiddellijk uitwerking op het ogenblik van de kennisgeving, terwijl deze door de *verzekeraar* pas uitwerking heeft 8 dagen na de kennisgeving ervan.

Als het *verzekeringscontract* wordt herroepen door de *verzekeringnemer* of door de *verzekeraar* en op verzoek van de *verzekeringnemer* reeds met de uitvoering van het *verzekeringscontract* begonnen was voor de herroeping, is de *verzekeringnemer* gehouden tot betaling van de *premie* in verhouding tot de periode gedurende welke verzekeringsdekking werd verleend.
Met uitzondering van dit *premie*gedeelte, betaalt de *verzekeraar* de rest van de *premie* terug die hij van de *verzekeringnemer* heeft ontvangen. Hij beschikt hiervoor over een termijn van 30 dagen die ingaan:
- vanaf de dag waarop de *verzekeraar* de herroeping door de *verzekeringnemer* ontvangt;
- vanaf de dag waarop de *verzekeraar* de herroeping aan de *verzekeringnemer* verzendt.

4.1.3 Duur van het verzekeringscontract

Het *verzekeringscontract* wordt overeenkomstig de toepasselijke Belgische wetgeving levenslang afgesloten, zonder afbreuk te doen aan de wettelijke bepalingen of deze vermeld in artikel 4.3. en aan het opzeggingsrecht van de *verzekeringnemer*.

4.2 Premie

4.2.1 Algemene bepalingen

De *verzekeringnemer* is de volledige jaar*premie* (voor alle *verzekerden*) verschuldigd op de op de *jaarlijkse vervaldatum.* Als tegenprestatie verbindt de *verzekeraar* zich ertoe het *verzekeringscontract* uit te voeren.

Bij het sluiten van het *verzekeringscontract* wordt de jaar*premie* berekend volgens:
- de *woonplaats* van de *verzekeringnemer*;
- de instapleeftijd van elke *verzekerde*, die bekomen wordt door van het lopend jaar het geboortejaar af te trekken;
- de gezondheidstoestand van elke *verzekerde*.

De premietabel is beschikbaar in de Bijzondere Verzekeringsvoorwaarden, waar deze integraal deel van uitmaakt.

4.2.2 Betaling van de premies

De jaar*premie* is jaarlijks en op voorhand opeisbaar. Ze is uiterlijk betaalbaar op de vervaldatum, volgens de overeengekomen periodiciteit (maandelijks, driemaandelijks, halfjaarlijks of jaarlijks) bepaald in de polis, bij aanbieding van het vervaldagbericht of eenvoudig verzoek tot betaling op het laatst gekende adres van de *verzekeringnemer*.

De *premie* is niet vrijgesteld na het ontstaan van, noch tijdens een *verzekeringsgeval*.

4.2.3 Onbetaalde premies

- Bij niet-betaling van de *premie* heeft de *verzekeraar* het recht het *verzekeringscontract* op te zeggen, mits de *verzekeringnemer* in gebreke is gesteld via aangetekende brief. De volledige jaar*premie* is van rechtswege opeisbaar.

- De *verzekeringnemer* wordt bij onvolledige of niet-betaling van de *premie* via aangetekende brief in gebreke gesteld. Deze maant de *verzekeringnemer* aan om de achterstallige *premie* te betalen binnen de 15 dagen vanaf de dag volgend op de dag waarop de aangetekende brief bij de Post is gedeponeerd. In deze brief wordt de aanvang van deze termijn vermeld, alsook de gevolgen van niet-betaling door de *verzekeringnemer*. Als de verzekeringnemer nalaat de achterstallige *premie* te betalen binnen de vastgestelde termijn, wordt de verzekeringswaarborg van rechtswege geschorst aan het einde van de in de ingebrekestelling voorziene periode.

  Als de *verzekeringnemer* binnen een tweede termijn van 15 dagen, te rekenen vanaf de eerste dag van de schorsing, de *premie* nog steeds niet heeft betaald wordt het *verzekeringscontract* van rechtswege beëindigd. De beëindiging van het *verzekeringscontract* wegens niet-betaling van de *premie* gaat in vanaf de dag volgend op de dag waarop de bovenvermelde termijn eindigt. Ze doet evenwel geen afbreuk aan de verzekeringswaarborg van *verzekeringsgevallen* die zich voor de opzeggingsdatum hebben voorgedaan.

  Er is geen recht op tussenkomst van *verzekeringsgevallen* die zich voordoen tijdens de schorsingsperiode. De verzekeringswaarborg herneemt voor alle *verzekeringsgevallen* die zijn optreden nadat de *verzekeringnemer* alle achterstallige en vervallen *premies*, alsook eventuele invorderingskosten, heeft voldaan, voor zover het *verzekeringscontract* geen voorwerp is geweest van een beëindiging zoals vermeld in de vorige alinea.

- In geval van onvolledige of niet-betaling van de verschuldigde *premie* door de *verzekeringnemer* waarvoor de *verzekeraar* een ingebrekestelling, per aangetekende brief, verstuurt, is een forfaitaire vergoeding verschuldigd.

  Deze wordt als volgt bepaald:
  1. € 20, indien het verschuldigde saldo lager dan of gelijk aan € 150 is;
  2. € 30, indien het verschuldigde saldo tussen € 150,01 en € 500 is;
  3. € 65, indien het verschuldigde saldo hoger dan € 500 is.

  Deze bedragen kunnen bij Koninklijk besluit worden geïndexeerd op basis van de consumptieprijsindex.

  Indien de *verzekeraar* in gebreke blijft om de *verzekeringnemer* de betaalde *premies* (gedeeltelijk of volledig) terug te betalen, is een forfaitaire vergoeding verschuldigd, volgens dezelfde modaliteiten als hierboven vermeld, voor zover de *verzekeringnemer* de *verzekeraar* per aangetekende brief in gebreke heeft gesteld.

4.2.4 Aanpassingen van de premie en/of de verzekeringsvoorwaarden

De *premie* en verzekeringsvoorwaarden worden bepaald rekening houdend met de parameters, die vervat zijn in het technisch plan dat de *verzekeraar* samenstelt op basis van actuariële en verzekeringstechnische criteria.

Tijdens de duur van het *verzekeringscontract* wordt de *premie* van elke *verzekerde* aangepast:
- op de *jaarlijkse vervaldatum* op basis van de leeftijdscategorie die de *verzekerde* dan heeft bereikt en het tarief dat voor deze leeftijdscategorie is bepaald;
- vanaf de eerste dag van de maand die volgt op de adreswijziging volgens de *woonplaats* van de *verzekeringnemer* op dat moment en het tarief dat voor dit adres is bepaald;

Ze kunnen door de *verzekeringnemer* niet worden ingeroepen om het *verzekeringscontract* op te zeggen, zoals omschreven in artikel 4.3.1.

Overeenkomstig de toepasselijke Belgische wetgeving kunnen de *premie* en/of verzekeringsprestaties op de *jaarlijkse vervaldatum* tevens worden aangepast tot maximaal een van de volgende indexcijfers die in het Belgisch Staatsblad worden gepubliceerd:
- het indexcijfer der consumptieprijzen. Voor toepassing van de indexering worden de indexcijfers van de maand juni van het lopende en het vorige kalenderjaar met elkaar vergeleken; of
- de specifieke medische indexen verbonden aan het waarborgtype tandverzorging die gelden voor private ziekteverzekeringsovereenkomsten, indien uit de tabel met specifieke medische indexcijfers voor het voorgaande kalenderjaar blijkt dat de ontwikkeling groter is dan die van het indexcijfer van de consumptieprijzen. Deze aanpassing kan gedifferentieerd toegepast worden per leeftijdscategorie.

Deze aanpassingen worden uiterlijk op de *jaarlijkse vervaldatum* schriftelijk (op papier of digitaal) aan de *verzekeringnemer* meegedeeld. Ze kunnen door de *verzekeringnemer* niet worden ingeroepen om het *verzekeringscontract* op te zeggen, zoals omschreven in artikel 4.3.1.

Buiten de jaarlijkse indexering, kan de *premie* en/of verzekeringsvoorwaarden na het sluiten van het *verzekeringscontract* slechts worden aangepast door tussenkomst van de *toezichthoudende overheden*, indien deze vaststellen of indien de *verzekeraar* hen ervan informeert dat niettegenstaande de indexering van de *premie*, het *verzekeringsplan* verlieslatend is of dreigt te worden en dat deze, overeenkomstig de toepasselijke Belgische wetgeving, eisen dat de *verzekeraar* dit *verzekeringsplan* in evenwicht brengt.

Deze aanpassing wordt ook uiterlijk op de *jaarlijkse vervaldatum* schriftelijk (op papier of digitaal) aan de verzekeringnemer meegedeeld. De aanpassing kan door *verzekeringnemer* worden ingeroepen om het *verzekeringscontract* op te zeggen, zoals omschreven in artikel 4.3.1. (2) en (3).

Indien de *verzekeringnemer* zijn *verzekeringscontract* niet opzegt conform artikel 4.3.1. (2) of (3) zal de aanpassing van de *premie* en/of verzekeringsvoorwaarden van toepassing zijn voor alle lopende contracten overeenkomstig de termijnen en bepalingen van de toepasselijke Belgische wetgeving.

4.3 Einde van het verzekeringscontract en van het verzekeringsplan

4.3.1 Einde van het verzekeringscontract

Het *verzekeringscontract* eindigt met:

- de schriftelijke opzegging door de *verzekeringnemer* (via aangetekende brief, via deurwaardersexploot, of door afgifte van de opzeggingsbrief tegen ontvangstbewijs)
  (1) op het einde van elk *verzekeringsjaar* mits inachtneming van een opzegtermijn van 3 maanden. De beëindiging van het *verzekeringscontract* heeft uitwerking op de *jaarlijkse vervaldatum* van het *verzekeringscontract*;
  (2) binnen de 3 maanden volgend op de mededeling van een aanpassing van de *premie* en/of verzekeringsvoorwaarden, opgelegd door de t*oezichthoudende overheden*, die tenminste 4 maanden voor de *jaarlijkse vervaldatum* van het lopende *verzekeringscontract* is gebeurd. De beëindiging van het *verzekeringscontract* heeft uitwerking op de *jaarlijkse vervaldatum* van het *verzekeringscontract*;
  (3) binnen de 3 maanden volgend op de mededeling van een aanpassing van de *premie* en/of verzekeringsvoorwaarden, opgelegd door de *toezichthoudende overheden*, die minder dan 4 maanden voor de *jaarlijkse vervaldatum* van het lopende *verzekeringscontract* is gebeurd. De beëindiging heeft uitwerking één maand volgend op de dag na de mededeling of volgend op de datum van ontvangst of, in het geval van een aangetekend schrijven, volgend op de dag na de levering aan de Post.

- de schriftelijke opzegging **door de *verzekeraar*** via aangetekende brief
  (4) in geval van bedrog of poging tot bedrog, vastgesteld in hoofde van de *verzekeringnemer* en/of de *verzekerde*;
  (5) bij *premie*wanbetaling, zoals vermeld in artikel 4.2.3 tweede punt.

- de verhuis naar het buitenland: zodra de *verzekeringnemer* zijn *woonplaats* of *feitelijke hoofdverblijfplaats* naar het buitenland overbrengt, houdt het *verzekeringscontract* automatisch op. De *verzekeringnemer* wordt hiervan schriftelijk op de hoogte gebracht.

4.3.2 Einde van het verzekeringsplan

Het *verzekeringsplan* eindigt:

- voor alle *verzekerden* bij het einde van het *verzekeringscontract*;
- voor de *verzekerden* waarop de beschreven omstandigheid van toepassing is:
  - bij het niet meer vervuld zijn van de verzekerbaarheidsvoorwaarden (zie artikel 1.1.);
  - bij overlijden;
  - bij het uittreden uit het *verzekeringscontract*, zonder afbreuk te doen aan het recht op individuele voortzetting (zie artikel 4.4.);
  - bij bedrog of poging tot bedrog.

De verzekeringswaarborg eindigt samen met het einde van het *verzekeringsplan.*

4.4 Recht op voortzetting bij verlaten van het verzekeringscontract

De *verzekeringnemer* brengt de *verzekeraar* binnen de 30 dagen schriftelijk (op papier of digitaal) op de hoogte van het tijdstip waarop een *verzekerde* het *verzekeringscontract* verlaat en van diens nieuwe *woonplaats* en *feitelijke hoofdverblijfplaats*. Op basis van deze gegevens doet de *verzekeraar* binnen de 30 dagen een aanbod tot voortzetting van het *verzekeringscontract*, met ingang vanaf de eerste dag volgend op het einde van het *verzekeringsplan*.

Als de *verzekerde* het verzekeringsaanbod binnen 60 dagen na ontvangst schriftelijk (op papier of digitaal) aanvaardt, wordt het *verzekeringscontract* op ononderbroken wijze en zonder nieuwe medische risicobeoordeling voortgezet.

Het recht op voortzetting vervalt na het verstrijken van deze termijn en geldt evenmin indien het *verzekeringscontract* eindigt door opzegging van de *verzekeringnemer* of *verzekeraar* overeenkomstig artikels 4.3.1. (1) t.e.m. (5).

4.5 Verplichte mededelingen

De *verzekeringnemer*, *verzekerde* of de door hem gemandateerde persoon zijn tijdens de duur van het *verzekeringscontract* verplicht om:

- al hun verklaringen en aangiften schriftelijk (op papier of digitaal) in te dienen bij de *verzekeraar*, tenzij het *verzekeringscontract* andere modaliteiten voor kennisgeving voorschrijft;
- de *verzekeraar* zo spoedig mogelijk in te lichten over het bestaan van om het even welke andere overeenkomst die eenzelfde of een gelijkaardig risico geheel of gedeeltelijk dekt;
- de *verzekeraar* binnen de 30 dagen mee te delen per wanneer de voorwaarden tot behoud van het *verzekeringscontract* niet langer meer vervuld zijn. In het bijzonder:
  - elke wijziging van *woonplaats* of *feitelijke hoofdverblijfplaats* in hoofde van de *verzekeringnemer* of de *verzekerde;*
  - ieder verblijf van meer dan 90 opeenvolgende dagen in het buitenland in hoofde van de *verzekerde;*
  - ieder tijdelijk verblijf van meer dan 6 maanden in lidstaten van de Europese Unie (met uitzondering van de overzeese gebieden) in hoofde van studenten, jonger dan 26 jaar, wanneer dit kadert binnen de continuïteit van hun studies die vallen onder unilaterale of multilaterale programma's of een overeenkomst tussen 2 of meer instellingen voor hoger onderwijs (zie artikel 1.1);
  - elke wijziging van het sociale zekerheidsstatuut waardoor de *verzekerde* niet meer onderworpen is aan de Belgische sociale zekerheid en er niet meer kan van genieten.

De *verzekeraar* kan het *verzekeringscontract* met terugwerkende kracht beëindigen vanaf de dag van de nieuwe toestand wanneer blijkt dat als gevolg van de gewijzigde situatie de voorwaarden tot behoud van het *verzekeringscontract* niet meer vervuld zijn. Waar mogelijk, formuleert de *verzekeraar* binnen de 30 dagen na

ontvangst van deze verklaring een aanpassingsvoorstel, met ingang vanaf de eerste dag van de maand volgend op de gewijzigde situatie.

Als de *verzekeringnemer* of *verzekerde* zijn contractuele verplichtingen niet nakomt en deze tekortkoming, bij een *verzekeringsgeval*, een nadeel voor de *verzekeraar* of de door hem gemandateerde persoon veroorzaakt, dan kan de *verzekeraar* zijn verzekeringsprestaties verminderen ten belope van het door hem geleden nadeel of zelfs volledig weigeren wanneer de tekortkoming met bedrieglijk opzet werd begaan.

4.6 Bescherming van de persoonlijke levenssfeer

De *verzekeraar* verwerkt de persoonsgegevens en medische gegevens van de *verzekeringnemer* en *verzekerde* enkel in het kader van voormelde verzekeringsprestaties, in overeenstemming met de Belgische wet van 30 juli 2018 betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot 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.

Voor meer informatie over de verwerking van uw persoonsgegevens, waaronder uw medische gegevens, alsook over uw gegevensrechten, gelieve de pagina "Privacy" op onze website www.dkv.be/privacy te raadplegen.

4.7 Eindbepalingen

4.7.1 Toepasselijk recht en rechtsmacht

Het Belgisch recht is van toepassing op dit *verzekeringscontract*.
Alle geschillen betreffende het sluiten, de geldigheid, de uitvoering, de interpretatie of de ontbinding van dit *verzekeringscontract* behoren tot de exclusieve bevoegdheid van de Belgische hoven en rechtbanken.

4.7.2 Klachtenbeheer

Elke klacht m.b.t. het *verzekeringscontract* of het beheer van een schadegeval kan gericht worden aan DKV Belgium N.V. - Quality Control, Loksumstraat 25, 1000 Brussel – (qualitycontrol@dkv.be)

Zonder afbreuk te doen aan de mogelijkheid voor de *verzekeringnemer* een gerechtelijke procedure aan te spannen, kan deze zich richten tot de Ombudsdienst der Verzekeringen, de Meeûssquare 35, 1000 Brussel – (www.ombudsman.as, +32 (0) 2 547 58 71, info@ombudsman.as)”

5. Verklarende woordenlijst

Abutment
Verbindingsstuk tussen een tandimplantaat en een vaste of uitneembare tandprothese.
Naargelang de gebruikte techniek kan het solitair op het tandimplantaat geschroefd worden of onderdeel uitmaken van het tandimplantaat of de tandprothese.

Ambulante verstrekking
Verstrekking die niet tijdens een ziekenhuisopname (hospitalisatie met overnachting of daghospitalisatie) wordt uitgevoerd en waarvoor het ziekenhuis geen ligdag of specifiek forfait voor een opname in een dagziekenhuis kan aanrekenen.

Behandelingsplan
Het behandelingsplan wordt voor aanvang van de aangewezen tandheelkundige behandeling door een erkende tandheelkundige opgesteld en omvat een nauwkeurige en gedetailleerde omschrijving (o.a. te behandelen tanden, gebruikte materialen, toegepaste technieken, geplande timing e.d.) van de volledige behandeling en de volgorde waarin de beschreven behandeling zal worden uitgevoerd.

Brug
Vaste tandprothese uit één geheel, bestaande uit twee of meer dragende pijlers met daartussen één of meer zwevende tussenelementen, die verankerd wordt op bestaande aangrenzende natuurlijke tanden of op implantaten, ter vervanging van één of meer ontbrekende tanden.

Conventietarief
Officieel tarief van de erelonen van een tandheelkundige zoals overeengekomen in het Nationaal Akkoord Tandheelkundigen-Ziekenfondsen. Tevens de basis waarop de tegemoetkoming vanuit de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen wordt berekend.

Discriminerend of buitensporig erelonenbeleid
De verzekeraar is van oordeel dat een tandheelkundige een discriminerend erelonenbeleid voert als de door hem aangerekende erelonen variëren naargelang zijn patiënt al dan niet een tandzorgverzekering heeft afgesloten en/of bij welke verzekeraar een dergelijke verzekering is afgesloten.

De verzekeraar stelt vast of een tandheelkundige een buitensporig erelonenbeleid hanteert door de door hem aangerekende erelonen aan de verzekerden van de verzekeraar te vergelijken met:
- het conventietarief (van kracht op het moment van de verstrekking) voor terugbetaalbare verstrekkingen;
- het Fedris-tarief voorzien in het Koninklijk Besluit van 25.07.2014 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder tandprotheses ingevolge de letsels opgelopen bij een arbeidsongeval worden terugbetaald. Dit tarief wordt jaarlijks geïndexeerd.

Dringende technische verstrekking
Een dringende technische verstrekking is een verstrekking waarin de toestand van de patiënt vergt dat deze dringend (tandheelkundige behandeling binnen de 24 uur na aanvraag van de patiënt) wordt verleend en niet kan worden uitgesteld.

Esthetische tandzorg
Tandheelkundige behandeling van zuiver cosmetische aard die enkel en alleen tot doel heeft onvolkomenheden te corrigeren en het gebit mooier te maken (o.a. het aanbrengen van facetten, bleken van de tanden e.d.). De behandeling is niet gericht op het stellen van een diagnose en/of genezen van ziekten, dysfuncties en letsels van tanden, tandvlees en kaken.

Ereloonsupplement
Supplement dat aangerekend wordt bovenop het conventietarief. Het supplement wordt uitgedrukt in procenten. Een ereloonsupplement van 100% houdt een verdubbeling van het officiële tarief in.

Fedris (Federaal Agentschap voor beroepsrisico's)
Fedris is een openbare instelling van sociale zekerheid die erover waakt dat de rechten van slachtoffers van arbeidsongevallen en beroepsziekten worden gerespecteerd.

Feitelijke hoofdverblijfplaats
De plaats waar natuurlijke personen overwegend (gedurende het grootste deel van het jaar) effectief verblijven, gebaseerd op de feitelijke situatie.

Inlay/onlay
Indirect herstel van een deel van een natuurlijke tand d.m.v. het aanbrengen (cementeren) van, in een laboratorium, vooraf op model gemaakt tandmateriaal met het oog op het herstel van zijn oorspronkelijke vorm en functie. Het is een techniek die het midden houdt tussen het direct herstel via een normale vulling en een kroon. Onlay is vergelijkbaar met inlay, maar iets groter.

Jaarlijkse vervaldatum
Jaarlijkse vervaldag van de premie of hoofdvervaldag zoals bepaald in de polis.

Kroon
Vaste tandprothese uit één geheel, die het gehele kauwoppervlak van een beschadigde, gebroken of vervormde tand bedekt of door middel van een abutment op een tandimplantaat wordt verankerd met het oog op het definitief herstel van zijn oorspronkelijke vorm en functie.

Maximumtarieven
Maximumtarieven zijn maximale bedragen, die overeengekomen zijn in het Nationaal Akkoord Tandheelkundigen-Ziekenfondsen. Ze kunnen door een tandheelkundige bovenop het ereloon aangerekend worden voor bepaalde verstrekkingen, uitgevoerd met specifieke materialen of instrumenten die de kwaliteit en duurzaamheid van de behandeling verhogen of in specifieke situaties, na geïnformeerde toestemming van de patiënt overeenkomstig artikel 8 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

In geval van toepassing van maximumtarieven zal de tandheelkundige bijkomend een pseudocode attesteren samen met de nomenclatuurcode. De pseudocode geeft de maximum toeslag weer dat aangerekend mag worden.

Maximumtarieven zijn niet van toepassing voor jongeren onder de 18 jaar noch voor personen met verhoogde tegemoetkoming.

Nomenclatuur
De nomenclatuur en pseudonomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen is een gecodeerde lijst van geneeskundige verstrekkingen die geheel of gedeeltelijk vergoed worden door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging (wettelijke ziekteverzekering). De lijst en de wijzigingen worden in het Belgisch Staatsblad gepubliceerd.
Deze Algemene Verzekeringsvoorwaarden verwijzen steeds naar de nomenclatuur die van kracht is op het moment van de geneeskundige verstrekking.

Ongeval
Een plotse gebeurtenis, die zich buiten de wil van de verzekerde voordoet en een lichamelijk letsel veroorzaakt waarvan de oorzaak of één van de oorzaken buiten diens organisme ligt.

Op wetenschappelijk en therapeutisch vlak voldoende beproefd
Een op wetenschappelijk en therapeutisch vlak voldoende beproefde tandheelkundige behandeling is een behandeling die beantwoordt aan de stand van de wetenschap en de geaccepteerde normen van de medische praktijk. Dergelijke behandeling is niet experimenteel en zit noch in de onderzoeksfase. Ze wordt beoordeeld op basis van evidence-based medicine (EBM, 'geneeskunde op basis van bewijs'). Evidence-based medicine is het expliciet, oordeelkundig en consciëntieus gebruikmaken van het beste beschikbare bewijs bij het maken van een keuze voor de behandeling van een patiënt. Dit alles gegeven de stand van de (medische) wetenschap van dat moment.

Opzettelijke daad
De opzettelijke daad is de vrijwillig en bewust gestelde handeling met de bedoeling om schade te veroorzaken.

Premie
Het bedrag, inclusief alle verzekeringstaksen, belastingen, wettelijke bijdragen en lasten, verschuldigd als tegenprestatie voor de verbintenissen van de verzekeraar in uitvoering van het verzekeringscontract.

Roekeloze daad
Een roekeloze daad is een risicovolle en onvoorzichtige handeling die bewust of op een onbezonnen manier wordt begaan.

Tandheelkundige
De natuurlijke persoon die tegelijk:
- beschikt over één van volgende bekwaamheden binnen de perken van de door de wettelijke diploma's en beroepstitels verleende prerogatieven:
  - houder van de bijzondere beroepstitel van algemeen tandarts;
  - houder van de bijzondere beroepstitel van tandarts-specialist in de orthodontie;
  - houder van de bijzondere beroepstitel van 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;
- geregistreerd is bij een Provinciale Geneeskundige Commissie;
- beschikt over een RIZIV-erkenningsnummer en verstrekkingen mag attesteren vermeld in artikels 2, 5, 6 of 14l van de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen.

Tandheelkundige behandeling
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;
- gericht op het stellen van een diagnose en/of het behandelen van ziekten, dysfuncties en letsels van tanden, tandvlees en kaken.

Tandimplantaat
Prothetisch element aangebracht in het kaakbot en bedoeld om één of meerdere wortels van een ontbrekende natuurlijke tand kunstmatig te vervangen met het oog op de fixatie van een vaste of uitneembare tandprothese.

Tandprothese
Een op maat gemaakt medisch hulpmiddel waarmee één of meer ontbrekende natuurlijke tanden geheel of gedeeltelijk kunstmatig worden vervangen. Het kan gaan om een uitneembare tandprothese die de verzekerde zelf uit de mond kan verwijderen (bv. een prothese in kunsthars, een skeletprothese) of een vaste tandprothese die de verzekerde niet zelf uit de mond kan verwijderen (bv. kroon- en brugwerk, inlay en onlay).

Tandtransplantatie
De eigen tand van een persoon verplaatsen naar een andere plek in de kaak.

Terugbetaalbare verstrekking
Verstrekking waarvoor er recht op tegemoetkoming is vanuit de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Toezichthoudende overheden
Er zijn twee controleautoriteiten met elk hun specifieke bevoegdheden:
- FSMA: Autoriteit voor Financiële Diensten en Markten Congresstraat 12-14 - 1000 Brussel Tel. 02 220 52 11 - Fax 02 220 52 78 - www.fsma.be
- NBB: Nationale Bank van Belgiëde Berlaimontlaan 14 - 1000 Brussel Tel. 02 221 21 11 - Fax 02 221 31 00 - www.nbb.be

Verzekeraar
DKV Belgium N.V., met maatschappelijke zetel te Loksumstraat 25, 1000 Brussel (België), verzekeringsonderneming toegelaten onder het nummer 739, onder toezicht van de Nationale Bank van België, met maatschappelijke zetel te de Berlaimontlaan 14, 1000 Brussel (België), ingeschreven in de Kruispuntbank van Ondernemingen te Brussel onder het nummer 0414858607.

Verzekerde
De natuurlijke persoon op wie het risico rust en die de begunstigde is van het verzekeringscontract.

Verzekeringnemer
De natuurlijke persoon, met woonplaats en feitelijke hoofdverblijfplaats in België, die het verzekeringscontract afsluit en instaat voor de betaling van de premie.

Verzekeringsvoorstel
Het verzekeringsvoorstel is het formulier dat uitgaat van de verzekeraar en in te vullen is door de verzekeringnemer met als doel de verzekeraar in te lichten over de aard van de verrichting en over de feiten en omstandigheden die voor hem gegevens zijn voor de beoordeling van het risico.
Het strekt tot het afsluiten van het verzekeringscontract.

Verzekeringscontract
Het verzekeringscontract wordt gevormd door de polis. De polis wordt gevormd door de Algemene en Bijzondere Verzekeringsvoorwaarden en bijvoegsels.

Verzekeringsgeval of schadegeval
Het voorwerp van de verzekeringswaarborg, zoals bepaald in het verzekeringscontract.

Verzekeringsjaar
De periode van 12 maanden te rekenen vanaf de jaarlijkse vervaldatum van het verzekeringscontract.

Vergelijkbaar verzekeringsplan
Een vergelijkbaar verzekeringsplan biedt minstens waarborgen die gelijksoortig zijn, voor wat betreft de vergoeding van de kosten.

Verzekeringsplan
De verzekeringswaarborg

Wettelijk remgeld
Het verschil tussen het conventietarief en de tegemoetkoming vanuit de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (wettelijke ziekteverzekering).

Wettelijke/statutaire of andere tegemoetkoming
Elke tegemoetkoming of (gedeeltelijke) terugbetaling van de werkelijk gedragen kosten in toepassing van:

- de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen, zoals deze georganiseerd wordt door de op 14 juli 1994 gecoördineerde wet en haar uitvoerings-KB's en door het KB van 30 juni 1964;
- de wetgevingen i.v.m. de arbeidsongevallen (wet van 10 april 1971 en uitvoerings-KB's) en met de beroepsziekten (wet van 3 juni 1970 en uitvoerings-KB's);
- de wet betreffende de maximumfactuur (wet van 03 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);
- de Europese verordeningen 1408/71, 574/72 en 883/04 of door een multilaterale of bilaterale sociale zekerheidsovereenkomst gesloten door België of bij gebrek hiervan, een bedrag gelijk aan de terugbetaling voorzien in de Belgische wetgeving;
- de aanvullende verzekering van de ziekenfondsen (wet van 06 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen) inclusief alle diensten en voordelen van het ziekenfonds;
- de dienst 'dringende zorg in het buitenland' van de ziekenfondsen;
- een bepaling van gemeen recht.

Woonplaats
De plaats waar natuurlijke personen zijn ingeschreven in het bevolkingsregister.

Ziekte
Elke aantasting van de gezondheidstoestand die niet door een ongeval veroorzaakt wordt en waarvan de oorzaak en de symptomen medisch objectiveerbaar zijn en die als zodanig een diagnose toelaten en een therapie of behandeling vereisen.