

DKV Smile Comfort

Conditions Générales d'Assurance

82C
20.12.22

Table des matières

1.	Champ d'application	3
1.1	Qui est assurable ?	3
1.2	Qui est assuré ?	3
2.	Étendue de la garantie d'assurance	3
2.1	Où l'assurance est-elle valable ?	3
2.2	Qu'est-ce qui est assuré ?	3
2.2.1	Dispositions générales.....	3
2.2.2	Critères de remboursement	3
2.3	Frais couverts par le plan d'assurance DKV Smile Comfort : Soins Dentaires de Base	3
2.3.1	Soins dentaires préventifs	4
2.3.2	Consultations	4
2.3.3	Examen radiologique	5
2.3.4	Soins dentaires curatifs	5
2.3.5	Accidents dentaires	5
2.4	Frais couverts par le plan d'assurance DKV Smile Comfort : Soins Dentaires Spécialisés	6
2.4.1	Orthodontie.....	7
2.4.2	Soins dentaires prothétiques	7
2.4.3	Parodontologie	7
2.4.4	Petite chirurgie buccale	7
2.5	Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?	8
3.	Cas d'assurance (aussi appelés "sinistres")	9
3.1	Quelles sont vos obligations en cas de sinistre ?	9
3.2	Modalités de détermination du droit aux prestations d'assurance	9
3.3	Modalités de prestation d'assurance	9
3.4	Règlement des divergences d'opinion	10
4.	Déroulement du contrat d'assurance	10
4.1	Début du contrat d'assurance et du plan d'assurance	10
4.1.1	Évaluation et acceptation du risque à assurer	10
4.1.2	Conclusion du contrat d'assurance et début de la garantie d'assurance	10
4.1.3	Durée du contrat d'assurance.....	11
4.2	Primes	11
4.2.1	Dispositions générales.....	11
4.2.2	Paiement de la prime.....	11
4.2.3	Primes impayées	11
4.2.4	Adaptation de la prime et/ou des conditions d'assurance.....	11
4.3	Fin du contrat d'assurance et du plan d'assurance	12
4.3.1	Fin du contrat d'assurance	12
4.3.2	Fin du plan d'assurance.....	12
4.4	Droit à la continuation à la sortie du contrat d'assurance	12
4.5	Déclarations obligatoires	13
4.6	Protection de la vie privée	13
4.7	Dispositions finales	13
4.7.1	Droit applicable et juridiction.....	13
4.7.2	Gestion des plaintes	13
5.	Glossaire	14

Les mots repris en *caractères italiques* font référence à des termes pour lesquels une explication ou une définition concise est fournie au glossaire alphabétique situé à la fin de ce document.

Le contenu repris en **caractères gras** met en évidence des exclusions et/ou limites à la garantie d'assurance.

1. Champ d'application

Assurance individuelle soins dentaires à caractère indemnitaire, conformément à la législation belge applicable, en complément de toute *intervention légale/statutaire ou autre*. Cette assurance couvre les soins dentaires de base et spécialisés, tels que décrits ci-après.

1.1 Qui est assurable ?

Toute personne physique qui simultanément :

- n'a pas atteint l'âge de 70 ans au moment de la souscription du *plan d'assurance* ;
- a son *lieu de résidence* et sa *résidence principale* en Belgique, ce qui signifie qu'elle ne séjourne pas pendant plus de 90 jours consécutifs à l'étranger ;
- est assujettie à la sécurité sociale belge et en bénéficie.

Les nouveau-nés d'un *assuré* peuvent être assurés dès la naissance, sans examen médical du risque, dans tout *plan d'assurance similaire* à celui-ci et qui est activement commercialisé au moment de la naissance, pour autant que la demande d'affiliation soit effectuée, par écrit (en format papier ou digital), endéans les 60 jours suivant le jour de la naissance.

Le séjour effectif temporaire dans les États membres de l'Union européenne (à l'exclusion des territoires d'outre-mer) des étudiants de moins de 26 ans est couvert conformément à l'article 2.1, lorsqu'ils sont effectués en continuité de leurs études et rentrent dans des programmes unilatéraux ou multilatéraux ou dans le cadre d'une convention entre deux ou plusieurs établissements d'enseignement supérieur. La durée maximale du séjour est de 6 mois, et l'*assuré* doit continuer à être soumis et à bénéficier de la couverture de sécurité sociale belge. À la demande de l'*assureur*, l'*assuré* (étudiant) fournit un certificat d'inscription de l'établissement d'enseignement supérieur à l'étranger indiquant la durée du séjour ainsi qu'une copie de sa carte européenne d'assurance maladie.

1.2 Qui est assuré ?

Les personnes physiques, mentionnées sur la police, pour lesquelles l'*assureur* a reçu une *proposition d'assurance* qu'il a acceptée sur base de critères médicaux et techniques d'assurance. Elles bénéficient, à ce titre, du *plan d'assurance* souscrit dans le *contrat d'assurance*.

2. Etendue de la garantie d'assurance

L'étendue de la garantie d'assurance dépend du *plan d'assurance* souscrit.

2.1 Où l'assurance est-elle valable ?

Le *plan d'assurance* n'est valable qu'en Belgique.

2.2 Qu'est-ce qui est assuré ?

2.2.1 Dispositions générales

Sauf mention contraire explicite dans le *plan d'assurance* souscrit,

- la garantie d'assurance comprend les *cas d'assurance* résultant d'une *maladie* ou d'un *accident* ;
- le *cas d'assurance* commence avec le début du *traitement dentaire* et se termine lorsque le *traitement* n'est plus médicalement nécessaire.

2.2.2 Critères de remboursement

Sauf mention contraire explicite dans le *plan d'assurance* souscrit, sont uniquement remboursés dans le cadre d'un *cas d'assurance* les *soins dentaires* qui simultanément :

- ont un caractère *ambulatoire*, diagnostique et/ou curatif ;
- sont *scientifiquement et thérapeutiquement éprouvés* ;
- sont médicalement nécessaires et dont les frais sont également médicalement nécessaires ;
- sont dispensés en Belgique par un *dentiste* agréé ;
- sont encourus pendant la durée du *plan d'assurance*.

S'il est établi qu'un *dentiste* poursuit une *politique d'honoraires discriminatoire* dans le contexte des garanties « accidents » (article 2.3.5) ou « soins dentaires spécialisés » (article 2.4), ou qu'il poursuit une *politique d'honoraires excessive*, l'*assureur* se réserve le droit de ne pas intervenir à la suite des prestations fournies par ce *dentiste*, aussi longtemps que ladite *politique* est appliquée. Ceci sera communiqué par écrit (en format papier ou digital) à l'*assuré*. Dans le cas des garanties « accidents » ou « soins dentaires spécialisés », la notification aura lieu lors du processus d'autorisation au préalable, c-à-d avant le début du *traitement dentaire*.

L'*assuré* est libre de choisir son ou ses *dentiste(s)* en Belgique pour l'exécution du *traitement dentaire*.

2.3 Frais couverts par le plan d'assurance DKV Smile Comfort : Soins Dentaires de Base

L'*assureur* intervient, par *cas d'assurance* et selon les modalités décrites ci-dessous, dans les frais réels encourus (*tickets modérateurs légaux et suppléments d'honoraires*) du *traitement dentaire* qui restent à la charge de l'*assuré* après toute *intervention légale/statutaire ou autre*.

Si une *intervention légale/statutaire ou autre* est soumise à une période de renouvellement ou à une limitation de la fréquence de prestation par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, les mêmes règles sont d'application pour déterminer le droit aux prestations d'assurance de l'*assureur*.

RÉSUMÉ : COUVERTURE DES SOINS DENTAIRES DE BASE - ACCIDENT		
Prestations d'assurance	Prestations clés	Intervention de l'assureur (a)
1. Soins dentaires préventifs (§2.3.1)	<ul style="list-style-type: none"> - Examen clinique buccal - Dépistage parodontal - Scellement des sillons et cavités dentaires - Détartrage 	100%
2. Consultations (§2.3.2)	<ul style="list-style-type: none"> - Consultation - Consultation urgente 	70%
3. Examen radiologique (§2.3.3)	<ul style="list-style-type: none"> - Radiographie, capture d'images 3D 	
4. Soins dentaires curatifs (§2.3.4)	<ul style="list-style-type: none"> - Soins conservateurs (p. ex. obturations) - Extractions dentaires ou de résidus de racines dentaires - Services techniques urgents 	
5. Accidents dentaires (§2.3.5)	Traitement dentaire avec pour objectif de restaurer les dents dans leur état antérieur à l'accident	100% (b) <i>jusqu'à maximum € 10.000 par cas d'assurance</i>
<i>(a) les interventions de l'assureur concernent les frais réels encourus qui restent à charge de l'assuré après déduction de toutes les interventions légales/statutaires ou autres</i>		
<i>(b) un processus d'autorisation au préalable doit être respecté avant de commencer le traitement</i>		
<i>Ceci est un résumé des garanties, veuillez consulter les paragraphes correspondants (§) pour tous les détails concernant les garanties/restrictions</i>		

L'assureur intervient, par assuré, dans les frais des soins dentaires de base, tels qu'énumérés aux articles 2.3.1 à 2.3.5.

L'intervention de l'assureur ne peut jamais dépasser les frais réels encourus.

2.3.1 Soins dentaires préventifs

Par dérogation à l'article 2.2.2, l'assureur intervient dans les soins dentaires préventifs visés par les prestations dentaires suivantes (liste exhaustive) :

- l'examen clinique des dents et des tissus mous afin de dépister des anomalies (l'examen buccal) ;
- le dépistage parodontal pour détecter les problèmes de gencives ;
- le détartrage et le nettoyage prophylactique ;
- le scellement des sillons et cavités dentaires au moyen d'un matériau d'obturation.

tels que décrits dans la *nomenclature* au Chapitre III, Section 2, article 5, paragraphes 1 et 2 - rubriques "Traitements préventifs" et "Parodontologie".

Pour chacune de ces *prestations remboursables*, le montant restant à la charge de l'assuré après déduction de toutes les *interventions légales/statutaires ou autres* est remboursé à 100%.

Ce remboursement est maintenu pour les examens buccaux pour lesquels il n'existe pas de droit à une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (personnes âgées de 67 ans et plus).

2.3.2 Consultations

Les consultations comprennent les prestations dentaires suivantes (liste exhaustive) :

- la consultation au cabinet d'un dentiste généraliste ou au domicile de la personne malade suite à la demande d'un médecin ;
- la consultation urgente au cabinet d'un *dentiste* la nuit, le samedi, le dimanche ou les jours fériés lors d'un service de garde organisée.

tels que décrits dans la *nomenclature* au chapitre II, article 2 B. rubrique "Consultations au cabinet" et au Chapitre III, Section 2, article 5, paragraphes 1 et 2 - rubrique "Consultations".

Pour chacune de ces *prestations remboursables*, le montant restant à charge de l'assuré après déduction de toutes les *interventions légales/statutaires ou autres* est remboursé à 70 %.

Les consultations réalisées dans le cadre d'un traitement orthodontique, qui font l'objet d'une facturation séparée de la prestation, sont couvertes conformément à l'article 2.4.1. comme partie intégrante du traitement orthodontique classique ou régulier.

Les consultations réalisées dans le cadre d'un traitement parodontal, qui font l'objet d'une facturation séparée de la prestation, sont couvertes conformément à l'article 2.4.3. comme partie intégrante du traitement parodontal.

2.3.3 Examen radiologique

L'examen radiologique comprend les prestations dentaires suivantes (liste exhaustive) :

- radiographie intrabuccale d'une ou de plusieurs dents ;
- radiographie panoramique de la mâchoire supérieure et/ou inférieure ;
- capture d'images 3D (Conebeam CT dentaire) de la mâchoire supérieure en cas de fente labiale, à la mâchoire ou au palais.

tels que décrits dans la *nomenclature* au Chapitre III, Section 2, article 5, paragraphes 1 et 2 - rubrique "Radiographies" et §4 "Supplément d'honoraires pour prestations urgentes".

Pour chacune de ces *prestations remboursables*, le montant restant à la charge de l'assuré, après déduction de toutes les *interventions légales/statutaires ou autres*, est remboursé à 70 %. Sont incluses, les prestations énumérées dans la *nomenclature* en tant que *tarif maximum*.

Les images du crâne facial de profil pour détecter les anomalies verticales et horizontales (les téléradiographies crâniofaciales), réalisées dans le cadre d'un traitement orthodontique et qui font l'objet d'une facturation séparée de la prestation, sont couvertes conformément à l'article 2.4.1. comme partie intégrante du traitement orthodontique classique ou régulier.

2.3.4 Soins dentaires curatifs

Les soins dentaires curatifs comprennent les prestations dentaires suivantes (liste exhaustive) :

- les soins conservateurs ;
- les extractions de dents ou de résidus de racines dentaires ;
- les *prestations techniques urgentes*.

tels que décrits dans la *nomenclature* au Chapitre III, article 5, §1 et §2 - rubriques "Soins conservateurs", "Extractions" et "Soins besoins particuliers".

Pour chacune de ces *prestations remboursables*, le montant restant à la charge de l'assuré, après déduction de toutes les *interventions légales/statutaires ou autres*, est remboursé à 70 %. Sont incluses, les prestations énumérées dans la *nomenclature* en tant que *tarif maximum*.

Ce remboursement est maintenu pour les extractions de dents ou de résidus de racines dentaires pour lesquelles il n'existe pas de droit à une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (personnes âgées de 18 à 53 ans).

2.3.5 Accidents dentaires

Le *cas d'assurance* au titre de la garantie « accidents » de ce *plan d'assurance* est constitué de l'ensemble des prestations dentaires qui simultanément sont :

- encourues à la suite d'un *accident* n'ayant pas encore fait l'objet d'une intervention de l'assureur ;
- approuvées par l'assureur au terme de la procédure décrite ci-après ;
- dispensées en Belgique, avec pour objectif de restaurer les dents dans leur état antérieur à l'*accident* ;
- effectuées endéans les 12 mois qui suivent l'*accident*.

L'*accident* doit donner lieu à des lésions traumatiques qui sont médicalement objectivables et dès lors permettent de poser un diagnostic, et nécessitent un traitement de nature telle qu'elles sont couvertes par ces dispositions. Les lésions doivent être diagnostiquées par un *dentiste* ou un médecin (urgentiste) autorisé à exercer.

Pour chaque prestation du *traitement dentaire* approuvé, le montant qui reste à charge de l'assuré, après déduction de toutes les *interventions légales/statutaires ou autres*, est remboursé à 100 %. **L'intervention de l'assureur au titre de la garantie « accident » est plafonnée à € 10.000 par cas d'assurance.**

Le paiement du remboursement convenu a lieu à la fin du traitement convenu et préalablement approuvé par le(s) *dentiste(s)* traitant(s) en Belgique.

Pour prétendre à l'intervention de l'assureur, l'assuré ou une personne mandatée par ce dernier doit déclarer l'*accident* par écrit (en format papier ou digital) à l'assureur. La déclaration doit se faire via le formulaire de déclaration d'accident prévu à cet effet endéans les 48 heures, ou dès que cela est raisonnablement possible après l'*accident*.

Le remboursement des frais par l'assureur nécessite que tous les documents énumérés ci-après soient préalablement soumis à et approuvés par écrit (en format papier ou digital) par l'assureur :

- le formulaire de déclaration d'accident (disponible auprès de l'assureur, de votre intermédiaire d'assurance ou sur notre site www.dkv.be) ;
- un certificat médical décrivant les lésions subies ou rapport du *dentiste* ou du médecin (urgentiste) qui a posé le diagnostic ;
- un *plan de traitement* détaillé avec devis précis des coûts établi par le(s) *dentiste(s)* traitant(s) ;
- des radiographies datées d'avant et après l'*accident* ou d'autres preuves et/ou documents médicaux qui permettent d'établir objectivement la situation dentaire avant et après l'*accident* ;
- des photographies en couleur de la situation dentaire juste après l'*accident*.

Sur cette base, l'assureur avec son médecin-conseil, sera amené à :

- évaluer la relation causale entre l'*accident* et les lésions subies au moyen du certificat médical ou du rapport du *dentiste* ou du médecin (urgentiste) qui a établi le diagnostic ;

- évaluer le *plan de traitement* et le devis de couts en vérifiant si l'*assuré* est raisonnablement éligible aux soins dentaires décrits et si les honoraires estimés ne sont ni *discriminatoires* ni *excessifs* ;
- déterminer le *traitement dentaire* approprié et le montant du remboursement.

L'*assureur* informe l'*assuré* par écrit (en format papier ou digital) de sa décision concernant le *traitement dentaire* et le remboursement convenus.

2.4 Frais couverts par le plan d'assurance DKV Smile Comfort : Soins Dentaires Spécialisés

L'*assureur* intervient, par *cas d'assurance* et selon les modalités décrites ci-dessous, dans les frais réels encourus (*tickets modérateurs légaux* et *suppléments d'honoraires*) du *traitement dentaire* qui restent à la charge de l'*assuré* après toute *intervention légale/statutaire* ou *autre*.

Si une *intervention légale/statutaire* ou *autre* est soumise à une période de renouvellement ou à une limitation de la fréquence de prestation par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, les mêmes règles sont d'application pour déterminer le droit aux prestations d'assurance de l'*assureur*.

RÉSUMÉ : COUVERTURE DES SOINS DENTAIRES SPECIALISES		
Prestations d'assurance	Prestations clés	Intervention de l'assureur (a)
L'intervention de l'assureur pour les soins dentaires spécialisés est plafonnée annuellement à €250 la 1^e année d'assurance ; à €500 la 2^e année ; à €1.000 la 3^e année ; à €2.000 à partir de la 4^e année. Quelle que soit la hauteur des interventions mentionnées dans ce tableau, elles seront réduites à concurrence du capital annuel disponible pour les payer.		
6. Orthodontie (§2.4.1)	Diagnostic et traitement d'un défaut de position de dents et/ou de mâchoires jusqu'à 21 ans inclus	70% (b) <i>jusqu'à maximum € 1.500 par assuré sur toute la durée du contrat</i>
7. Soins dentaires prothétiques (§2.4.2)	Réhabilitation fonctionnelle du processus de mastication en remplaçant les dents couvertes manquantes ou endommagées par une prothèse dentaire provisoire ou définitive	70% (b)
8. Parodontologie (§2.4.3)	Traitement parodontal conservateur pour le diagnostic et le traitement des maladies des gencives et/ou des autres tissus de soutien des dents : <ul style="list-style-type: none"> - Consultation - Examen buccal parodontal - Elimination du tartre sous les gencives Chirurgie parodontale résectrice Chirurgie parodontale régénératrice	70% (b)
9. Petite chirurgie buccale (§2.4.4)	<ul style="list-style-type: none"> - Extraction (complexe) de dents (de sagesse) incluses ou retenues - Traitement du tissu dentaire affecté en raison d'une inflammation - Ablation des gencives infectées, abcès, tumeurs bénignes, tissus musculaires dans la bouche - Gouttières de suroclusion contre l'usure excessive (exemples - voir liste ci-dessous)	70% (b)
(a) les interventions de l'assureur concernent les frais réels encourus qui restent à charge de l'assuré après déduction de toutes les interventions légales/statutaires ou autres (b) un processus d'autorisation au préalable doit être respecté avant de commencer le traitement		
Ceci est un résumé des garanties, veuillez consulter les paragraphes correspondants (§) pour tous les détails concernant les garanties/restrictions.		

En plus de la couverture d'assurance décrite précédemment, l'*assureur* intervient également dans les frais de soins dentaires spécialisés tels qu'énumérés aux articles 2.4.1 à 2.4.4.

L'intervention maximale en additionnant tous les traitements dentaires énumérés aux articles 2.4.1 à 2.4.4 est limitée, par année d'assurance, à un capital assuré croissant annuellement :

- pendant la première année d'assurance : €250
- pendant la deuxième année d'assurance : €500
- pendant la troisième année d'assurance : €1.000
- à partir de la quatrième année d'assurance : €2.000

L'intervention de l'assureur ne peut jamais dépasser les frais réels encourus.

2.4.1 Orthodontie

L'orthodontie pour les jeunes jusqu'à 21 ans inclus comprend toutes les prestations dentaires pour le diagnostic et le traitement orthodontique classique ou régulier d'un défaut de position de dents et/ou de mâchoires, telles que décrites au chapitre III, section 2, article 5, §1 et §2 - rubriques "Consultations", "Radiographies" et §3 "Autres prestations" : Orthodontie" de la *nomenclature*.

Le remboursement des frais par l'assureur nécessite qu'un *plan de traitement* détaillé avec devis précis des couts soit préalablement soumis et approuvé par écrit (en format papier ou digital) par l'assureur.

L'assureur, avec son médecin-conseil, évaluera sur cette base le *plan de traitement* et le devis de couts soumis en vérifiant si l'assuré est raisonnablement éligible aux soins dentaires décrits et si les honoraires estimés ne sont ni *discriminatoires* ni *excessifs*. **Le droit aux prestations de l'assureur est subordonné à l'approbation préalable du traitement par le médecin-conseil de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et à l'indemnisation par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (" la mutuelle ")**.

Pour chaque prestation du *traitement dentaire* préalablement approuvé par l'assureur, le montant restant à la charge de l'assuré, après déduction de toutes les *interventions légales/statutaires ou autres*, est remboursé à 70%. **L'intervention de l'assureur au titre de la garantie « orthodontie » est limitée à un seul *plan de traitement* de maximum €1.500 par assuré sur toute la durée du *contrat d'assurance*.**

2.4.2 Soins dentaires prothétiques

On entend par soins dentaires prothétiques : les prestations de soins dentaires qui permettent la réhabilitation fonctionnelle du processus de mastication et qui consistent à remplacer par une *prothèse dentaire* provisoire ou définitive les dents manquantes ou endommagées.

Le remboursement des frais par l'assureur nécessite qu'un *plan de traitement* détaillé avec devis précis des couts soit préalablement soumis et approuvé par écrit (en format papier ou digital) par l'assureur.

L'assureur, avec son médecin-conseil, évaluera sur cette base le *plan de traitement* et le devis de couts soumis en vérifiant si l'assuré est raisonnablement éligible aux soins dentaires décrits et si les honoraires estimés ne sont ni *discriminatoires* ni *excessifs*.

Pour chaque prestation du *traitement dentaire* préalablement approuvé par l'assureur, le montant restant à la charge de l'assuré, après déduction de toutes les *interventions légales/statutaires ou autres*, est remboursé à 70%.

Les dents qui sont déjà manquantes, remplacées par ou munies d'une *prothèse dentaire* amovible ou fixe au moment de la conclusion du *contrat d'assurance* sont exclues de la couverture d'assurance et n'entrent pas en considération pour le placement d'une *prothèse dentaire* provisoire ou définitive.

2.4.3 Parodontologie

Ce *plan d'assurance* couvre toutes les prestations dentaires pour le diagnostic et le traitement des maladies des gencives et/ou des autres tissus de soutien des dents : le traitement parodontal conservateur/initial, l'élimination des tissus enflammés (chirurgie parodontale résectrice), la restauration des tissus perdus soit par remplissage avec de l'os artificiel et/ou de l'os propre, soit par activation de certaines cellules pour recréer les tissus (chirurgie parodontale régénératrice).

Par traitement parodontal conservateur/initial pour le diagnostic et le traitement des maladies des gencives et/ou des autres tissus de soutien des dents, on entend (liste exhaustive) :

- consultation au cabinet d'un dentiste généraliste ou d'un dentiste spécialiste en parodontologie ;
- examen buccal parodontal ;
- élimination du tartre sous les gencives.

tels que décrits au Chapitre III, Section 2, article 5, paragraphes 1 et 2 - rubriques "Consultations" et "Parodontologie" de la *nomenclature*.

Le remboursement des frais par l'assureur nécessite qu'un *plan de traitement* détaillé avec devis précis des couts soit préalablement soumis et approuvé par écrit (en format papier ou digital) par l'assureur.

L'assureur, avec son médecin-conseil, évaluera sur cette base le *plan de traitement* et le devis de couts soumis en vérifiant si l'assuré est raisonnablement éligible aux soins dentaires décrits et si les honoraires estimés ne sont ni *discriminatoires* ni *excessifs*.

Pour chaque prestation du *traitement dentaire* préalablement approuvé par l'assureur, le montant restant à la charge de l'assuré, après déduction de toutes les *interventions légales/statutaires ou autres*, est remboursé à 70%.

Ce *plan d'assurance* couvre les frais encourus pour les traitements parodontaux jusqu'à l'âge de 65 ans.

2.4.4 Petite chirurgie buccale

Ce *plan d'assurance* couvre les prestations suivantes (liste exhaustive) :

- l'extraction dentaire complexe dans laquelle tout ou partie de l'os autour d'une dent infectée est enlevé pour permettre une extraction (alvéolectomie) étendue sur une zone d'au moins 6 dents ;

- le traitement chirurgical au cours duquel des tissus dentaires affectés sont enlevés par curetage en raison d'une inflammation, d'une infection ou d'une ostéite radiculaire des dents de la mâchoire supérieure et/ou inférieure (traitement chirurgical par curetage pour ostéite alvéolaire ou pour ostéite apicale du massif maxillo-facial et/ou maxillaire inférieur, en un ou plusieurs temps) ;
- la résection chirurgicale des gencives infectées (gingivectomie) étendue sur une zone d'au moins 6 dents sur une mâchoire ;
- l'ablation chirurgicale d'une tumeur bénigne située dans la bouche ou à l'intérieur des joues (exérèse de tumeurs intrabuccales bénignes) ;
- l'excision chirurgicale d'un frein reliant la lèvre à la mâchoire ou la langue au plancher de la langue (frénectomie) ;
- l'incision d'un abcès situé dans la bouche ou à l'intérieur des joues (incision intrabuccale d'abcès d'origine dentaire) ;
- l'extraction d'une dent, généralement une canine ou une dent de sagesse, qui n'a pas (partiellement) atteint son état fonctionnel normal au moment usuel, ou qui est empêchée de l'atteindre (extraction d'une dent incluse ou retenue) ;
- la fabrication et la mise en place d'une gouttière de surocclusion, qui est souvent destinée à réduire le grincement et le serrage de dents et à protéger les dents contre une usure excessive (confection et mise en place d'une plaque de surocclusion de type attèle de stabilisation ou attèle de repositionnement en résine synthétique dure, qui recouvre complètement une des deux mâchoires et est en contact avec tous les éléments de la mâchoire antagoniste, dans le cadre de la douleur et de la dysfonction du système maxillaire).

tels que décrits au Chapitre 5 Prestations techniques médicales spéciales, Section 5 Chirurgie, article 14I Stomatologie, suivis d'un signe "+" de la *nomenclature*.

Le remboursement des frais par l'assureur nécessite qu'un *plan de traitement* détaillé avec devis précis des coûts soit préalablement soumis et approuvé par écrit (en format papier ou digital) par l'assureur.

L'assureur, avec son médecin-conseil, évaluera sur cette base le *plan de traitement* et le devis de coûts soumis en vérifiant si l'assuré est raisonnablement éligible aux soins dentaires décrits et si les honoraires estimés ne sont ni *discriminatoires* ni *excessifs*.

Pour chaque prestation du *traitement dentaire* préalablement approuvé par l'assureur, le montant restant à la charge de l'assuré, après déduction de toutes les *interventions légales/statutaires ou autres*, est remboursé à 70%.

2.5 Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

Sont exclus de la couverture d'assurance du *plan d'assurance* DKV Smile Comfort :

- a) les coûts des *traitements dentaires* qui découlent :
 - d'un *accident* survenu avant la date de début du *plan d'assurance* ;
 - d'une *maladie* ou une affection qui existait déjà avant la date de début du *plan d'assurance* ou dont les symptômes s'étaient déjà manifestés avant la date de début du *plan d'assurance*.
- b) les coûts des *traitements dentaires* qui découlent :
 - d'une *maladie* ou un *accident* survenant de la participation active de l'assuré à une guerre civile ou autre, à des émeutes, des actes de violence à caractère politique, idéologique ou social ;
 - de la participation volontaire de l'assuré à un délit, sauf s'il prouve qu'il s'agissait d'un acte de légitime défense ;
 - d'un *acte intentionnel* ou d'un *acte téméraire* de l'assuré, à moins qu'il ne prouve qu'il s'agisse d'un acte de légitime défense de personnes ou de biens ;
 - d'une lésion subie lors de la pratique de sports pour lesquels il est d'usage ou obligatoire de porter une protection faciale, buccale ou dentaire ou à la suite d'une pratique sportive professionnelle ou rémunérée, y compris l'entraînement ;
 - d'un acte de terrorisme commis à l'aide d'armes ou d'engins destinés à exploser par une modification de structure du noyau atomique ;
 - d'une tentative de suicide ;
 - de l'alcoolisme, la toxicomanie, la consommation de produits dopants, la consommation excessive de médicaments (sauf prescription médicale), l'utilisation de médicaments non conformes aux indications de la notice d'usage pour le patient ; l'état d'ivresse, d'intoxication punissable ou un autre état analogue résultant de produits autres que les boissons alcoolisées, à condition qu'il soit démontré qu'il existe un rapport de causalité entre ces états et le traitement ;
 - de la pose et le port de bijoux dentaires ou buccaux et de piercings buccaux ;
- c) les médicaments et tout autre type de produits librement disponibles sur le marché ;
- d) les frais qui, conformément à la loi et aux règlements belges, ne peuvent pas être facturés ;
- e) les *soins dentaires esthétiques* ;
- f) tout *traitement dentaire* de dents naturelles absentes ou remplacées par une *prothèse dentaire* amovible ou fixe lors de la souscription du *contrat d'assurance*, à l'exception des dents de lait, des dents (de sagesse) extraites dans le cadre d'un traitement orthodontique ;
- g) l'orthodontie précoce chez les enfants de moins de 9 ans ;
- h) les traitements prothétiques des dents de sagesse, y compris les *implants dentaires* ;
- i) les *transplantations dentaires* ;
- j) l'orthopédie chirurgicale de la mâchoire, c.-à-d. les ostéotomies pour corriger une position/croissance anormale de la mâchoire inférieure et/ou supérieure ;
- k) la chirurgie parodontale esthétique comme la réparation des gencives perdues où la racine de la dent devient visible au moyen d'une greffe de gencive (traitement des récessions gingivales), l'extension de la couronne anatomique de la dent pour une restauration ultérieure au moyen d'une *couronne* (extension

clinique de la couronne), la correction de la forme des gencives en vue d'un travail de *couronnement* et de *bridge*.

L'assureur supporte la charge de la preuve pour toutes les exclusions et limitations du *plan d'assurance*.

3. Cas d'assurance (aussi appelés "sinistres")

3.1 Quelles sont vos obligations en cas de sinistre ?

- Exécuter le *contrat d'assurance* de bonne foi et prendre toutes les mesures raisonnables pour prévenir et limiter les conséquences d'un *cas d'assurance*.
- Avant de demander une indemnisation à l'*assureur*, d'abord faire valoir les demandes d'indemnisation dans le cadre de toutes les *interventions légales/statutaires ou autres*.
- Déclarer chaque *cas d'assurance* à l'*assureur*, de préférence via le portail client digital ou l'application sur smartphone mis à disposition par l'*assureur*, le cas échéant en utilisant les formulaires de déclaration spécifiques prévus et conformément aux consignes et au(x) délai(s) décrit(s). La copie digitale doit être de bonne qualité (lisible) et conforme à l'original (aucune modification ou mise à jour manuscrite). L'*assureur* se réserve le droit de demander l'original à l'*assuré*, qui se doit de le conserver ou de supporter les frais éventuels d'un duplicata. Si les pièces justificatives (rapports ou certificats médicaux, facture ou note d'honoraires) ont été rédigées dans une langue autre que le français, le néerlandais ou l'anglais, l'*assureur* peut en demander la traduction de plein droit dans la langue du *contrat d'assurance*. Les frais de traduction seront à la charge de l'*assuré*. Les documents envoyés resteront en possession de l'*assureur*.
- Signaler l'existence de tout autre accord couvrant un risque similaire ou identique, totalement ou partiellement. Si le *preneur d'assurance* et/ou l'*assuré* est en droit de réclamer l'indemnisation des frais réels encourus, l'*assureur* peut faire valoir les droits et les actions en justice du *preneur d'assurance* et/ou de l'*assuré* dans la limite de ses prestations d'assurance. Par conséquent, le *preneur d'assurance* et/ou l'*assuré* ne peuvent renoncer à aucun droit de recours sans l'accord écrit préalablement de l'*assureur*. Si, par les actions du *preneur d'assurance* et/ou de l'*assuré*, la substitution de l'*assureur* ne peut avoir aucun effet, l'*assureur* peut demander le remboursement de l'indemnité versée dans la mesure du préjudice subi.
- Le délai de prescription pour soumettre des frais d'un *cas d'assurance* est de 3 ans à compter de la date de traitement de la prestation.

Si le *preneur d'assurance* ou l'*assuré* ne respectent pas leurs obligations contractuelles et que ce manquement entraîne un préjudice pour l'*assureur* ou la personne mandatée par lui dans un *cas d'assurance*, alors l'*assureur* peut réduire ses prestations d'assurance dans la mesure du préjudice subi ou même refuser d'intervenir intégralement dans les prestations d'assurance si le manquement a été commis avec une intention frauduleuse.

3.2 Modalités de détermination du droit aux prestations d'assurance

L'*assureur* ou la personne mandatée par lui, le *preneur d'assurance* et l'*assuré* collaborent ensemble afin de déterminer le droit aux prestations au moyen de toutes les informations utiles demandées :

- le *preneur d'assurance* et l'*assuré* donnent leur accord pour que l'*assureur* ou la personne mandatée par lui obtiennent les informations nécessaires et s'engagent à coopérer à la bonne exécution des mesures requises en matière d'information et d'enquête sur les circonstances et l'étendue du *cas d'assurance*, auxquelles le droit aux prestations donne lieu ;
- l'*assureur*, ou la personne mandatée par lui, peut subordonner le droit aux prestations à la présentation de preuves et/ou de documents médicaux supplémentaires qui objectivent le diagnostic posé et/ou la nécessité médicale du traitement. En outre, il a le droit de faire examiner à tout moment l'exactitude ou l'exhaustivité des déclarations et, si nécessaire, de demander des informations ou des données médicales supplémentaires à un médecin-conseil désigné par lui-même ;
- le médecin-conseil de l'*assureur* s'abstient de toute mesure disproportionnée, non pertinente et excessive dans le cadre de l'enquête sur le droit aux prestations. Seules les informations/données médicales pertinentes, qui se limitent à la description de l'état de santé initial au moment de la survenance du *cas d'assurance*, seront transmises au médecin-conseil de l'*assureur*.

Si le *preneur d'assurance* ou l'*assuré* ne respectent pas leurs obligations contractuelles et que ce manquement entraîne un préjudice pour l'*assureur* ou la personne mandatée par lui dans un *cas d'assurance*, alors l'*assureur* peut réduire ses prestations d'assurance dans la mesure du préjudice subi ou même refuser d'intervenir intégralement dans les prestations d'assurance si le manquement a été commis avec une intention frauduleuse.

Les accords que le *preneur d'assurance* et/ou l'*assuré* a conclus avec des tiers concernant des droits qui découlent de l'exécution du *contrat d'assurance* (par exemple, des accords avec des *dentistes* pour facturer des *suppléments d'honoraires* ou d'autres frais qui ne seraient pas conformes à la législation et à la réglementation belges) ne sont opposables à l'*assureur* qu'à partir de la date à laquelle l'*assureur* a approuvé ces droits.

3.3 Modalités de prestation d'assurance

L'indemnité est versée sur le numéro de compte indiqué par le *preneur d'assurance* lors de la déclaration du sinistre et libère complètement l'*assureur* de toute poursuite pour paiement incorrect.

Le paiement s'effectue en euros.

L'*assureur* se réserve le droit de récupérer toute prestation indument payée. Le délai de prescription pour la réclamation est de 10 ans à compter de la date du paiement indu.

3.4 Règlement des divergences d'opinion

Tout litige concernant le droit aux prestations d'assurance doit être signalé à l'*assureur* par écrit (en format papier ou digital) dans un délai de 30 jours suivant la décision de l'*assureur* ou dès que raisonnablement possible. L'*assuré* a le droit de soumettre les litiges de nature médicale à une expertise médicale à l'amiable comme précisé ci-après. La décision qui en résulte est définitive et contraignante pour les deux parties.

Le *preneur d'assurance* et/ou l'*assuré* d'une part et l'*assureur* d'autre part, désignent chacun un médecin-expert pour régler le litige. Si les deux médecins-experts ne parviennent pas à un accord, ils désigneront un troisième médecin-expert. Les trois médecins-experts prennent la décision à la majorité, mais à défaut de majorité, l'avis du troisième médecin-expert est déterminant.

Si l'une des parties ne désigne pas son médecin-expert endéans les 14 jours après la demande de la partie adverse, ou si les deux médecins-experts ne s'accordent pas sur le choix du troisième médecin-expert, celui-ci est désigné par le président du Tribunal de première instance du *lieu de résidence* du *preneur d'assurance* ou de l'*assuré* à la demande de la partie la plus diligente.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin-expert, y compris tout examen ou acte médical supplémentaire que son médecin-expert pourrait demander dans le cadre de l'expertise. La partie perdante supporte les frais et honoraires du troisième médecin-expert ainsi que les frais de sa nomination, y compris tout examen ou acte médical supplémentaire que le troisième médecin-expert pourrait demander dans le cadre de l'expertise.

4. Déroulement du contrat d'assurance

4.1 Début du contrat d'assurance et du plan d'assurance

4.1.1 Évaluation et acceptation du risque à assurer

L'*assureur* est responsable de l'évaluation, de l'acceptation du risque à assurer et de la conclusion du *contrat d'assurance* au moyen des données personnelles et/ou médicales des personnes à assurer indiquées sur la *proposition d'assurance*, dûment complétée et signée.

La *proposition d'assurance* consiste en un questionnaire administratif et médical pour chaque personne à assurer.

Toutes les circonstances connues et pertinentes, qui déterminent l'évaluation du risque à assurer, doivent être méticuleusement rapportées par le *preneur d'assurance* et par l'*assuré* jusqu'à la conclusion du *contrat d'assurance*, afin que le médecin-conseil de l'*assureur* puisse évaluer correctement le risque à assurer. Cela s'applique également si les informations ont été fournies et/ou complétées par une personne mandatée par le *preneur d'assurance* et/ou par l'*assuré*.

Toute omission intentionnelle ou communication incorrecte dans les déclarations du *preneur d'assurance* et/ou de la personne à assurer, qui induit l'*assureur* en erreur dans l'appréciation du risque à assurer, rend le *contrat d'assurance* nul et non avenu, sans préjudice des *primes* déjà versées au moment où l'*assureur* a pris connaissance de l'omission intentionnelle ou de la communication incorrecte.

La *proposition d'assurance* n'engage ni le *preneur d'assurance* ni l'*assureur* à conclure le *contrat d'assurance*. Ce n'est que si l'*assureur* n'a pas notifié d'offre d'assurance dans les 30 jours suivant la réception de la *proposition d'assurance*, n'a pas soumis l'assurance à une demande d'information ou n'a pas refusé l'assurance, que l'*assureur* s'engage à conclure le contrat sous peine de dommages et intérêts.

Conformément à la législation belge applicable, l'*assureur* peut refuser d'assurer des personnes qui constituent un risque aggravé ou bien peut décider de les assurer à des conditions particulières ; si nécessaire, exclure certains risques de la garantie d'assurance et/ou facturer une *surprime* pour une *maladie* ou une affection qui existait avant la conclusion du *contrat d'assurance*. Celles-ci sont déterminées lors de l'émission de la police et de ses avenants et sont décrites dans les Conditions Particulières d'Assurance.

La décision d'acceptation est communiquée par écrit (en format papier ou digital) au *preneur d'assurance* tandis que la motivation est communiquée à l'*assuré*.

4.1.2 Conclusion du contrat d'assurance et début de la garantie d'assurance

Sauf convention contraire expresse, la conclusion du *contrat d'assurance* ne peut avoir lieu qu'à distance, via le portail de souscription numérique mis à disposition par l'*assureur* à cet effet.

Cela signifie que, jusqu'à la conclusion du *contrat d'assurance*, seulement une ou plusieurs techniques de communication à distance (p. ex. le courrier électronique, internet) sont utilisées, sans la présence physique et concomitante de l'*assureur* et/ou de l'intermédiaire d'assurance d'une part, et le *preneur d'assurance* d'autre part.

Le *contrat d'assurance* est conclu au moment de l'émission de la police.

La couverture d'assurance n'entrera en vigueur qu'après le paiement de la première *prime* annuelle complète ou de la *prime* partielle convenue dans le délai imparti. En aucun cas, le *plan d'assurance* ne prendra effet avant la date de début du *contrat d'assurance*, comme stipulé dans la police. En payant la première *prime* annuelle ou la *prime* partielle convenue, le *preneur d'assurance* et les *assurés* sont réputés avoir accepté les Conditions Générales et Particulières d'Assurance applicable à leur couverture (y compris les éventuelles exclusions et/ou *surprimes*).

L'*assureur* ne fournira aucune prestation d'assurance avant la date d'entrée en vigueur effective du *plan d'assurance*.

Tant le *preneur d'assurance* que l'*assureur* peuvent se rétracter du *contrat d'assurance* conclu à distance sans pénalité et sans justification de motifs, par écrit (en format papier ou digital) et endéans les 14 jours aux adresses suivantes : 25 rue de Lozum à 1000 Bruxelles (format papier) ou contract-fr@dkv.be (format digital). Ce délai, pendant lequel le droit de rétractation peut être exercé, commence à courir à partir du jour où le *contrat*

d'assurance est conclu, ou du jour où le *preneur d'assurance* a reçu la police et toutes les informations (précontractuelles) connexes sur un support de données durable, si cette seconde date est postérieure à la première.

La rétractation par le *preneur d'assurance* prend effet immédiatement au moment de la notification, tandis que la rétractation de l'*assureur* ne prend effet que 8 jours après sa notification.

Si le *contrat d'assurance* est rétracté par le *preneur d'assurance* ou par l'*assureur* et que, à la demande du *preneur d'assurance*, l'exécution du *contrat d'assurance* avait déjà commencé avant la rétractation, le *preneur d'assurance* est tenu de payer la *prime* au prorata de la période pendant laquelle la couverture d'assurance a été fournie.

À l'exception de cette *partie de la prime*, l'*assureur* rembourse le solde de la *prime* reçue du *preneur d'assurance*. Il dispose d'un délai de 30 jours pour ce faire, qui commence aux dates suivantes :

- à partir du jour où l'*assureur* reçoit la rétractation par le *preneur d'assurance* ;
- à partir du jour où l'*assureur* envoie la rétractation au *preneur d'assurance*.

4.1.3 Durée du contrat d'assurance

Conformément à la législation belge applicable, le *contrat d'assurance* est conclu à vie, sans préjudice des dispositions légales ou énoncées à l'article 4.3. et du droit de résiliation du *preneur d'assurance*.

4.2 Primes

4.2.1 Dispositions générales

Le *preneur d'assurance* est redevable de la totalité de la *prime* annuelle (pour tous les *assurés*) à la *date d'échéance annuelle*. En contrepartie, l'*assureur* s'engage à exécuter le *contrat d'assurance*.

Lors de la conclusion du *contrat d'assurance*, la *prime* annuelle est calculée selon :

- le *lieu de résidence* du *preneur d'assurance* ;
- l'âge d'entrée de chaque *assuré*, obtenu en soustrayant l'année de naissance de l'année en cours ;
- l'état de santé de chaque *assuré*.

Le tableau de *primes* est disponible dans les Conditions Particulières d'Assurance, dont il fait intégralement partie.

4.2.2 Paiement de la prime

La *prime* annuelle est payable annuellement et à l'avance. Elle doit être payée au plus tard à la date d'échéance, selon la périodicité convenue (mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle) stipulée dans la police, sur présentation d'un avis d'échéance ou d'une simple invitation à payer à la dernière adresse connue du *preneur d'assurance*.

La *prime* n'est pas exonérée après la survenance d'un *cas d'assurance* ni pendant celui-ci.

4.2.3 Primes impayées

- En cas de non-paiement de la *prime*, l'*assureur* est en droit de résilier le *contrat d'assurance*, à condition que le *preneur d'assurance* ait été mis en demeure par lettre recommandée. La totalité de la *prime* annuelle est payable de plein droit.
- En cas de paiement incomplet ou de non-paiement de la *prime*, le *preneur d'assurance* sera mis en demeure par lettre recommandée. Celle-ci appelle le *preneur d'assurance* à régler les arriérés de *primes* endéans les 15 jours à compter du lendemain de la date du dépôt de la lettre recommandée à la Poste. Cette lettre indiquera le début de ce délai, ainsi que les conséquences du non-paiement de la *prime* par le *preneur d'assurance*. Si le *preneur d'assurance* ne règle pas les arriérés de *primes* dans le délai imparti, la garantie de l'assurance sera automatiquement suspendue de plein droit à l'expiration du délai prévu dans la mise en demeure.

Si le *preneur d'assurance* n'a toujours pas payé la *prime* endéans un second délai de 15 jours courant à partir du premier jour de suspension, le *contrat d'assurance* sera résilié de plein droit. La résiliation du *contrat d'assurance pour non-paiement de la prime* prend effet à compter du jour suivant le jour où le délai précité prend fin. Toutefois, elle n'affecte pas la couverture d'assurance pour les *cas d'assurance* survenant avant la date de résiliation.

Il n'y a aucun droit aux prestations pour les *cas d'assurance* survenant pendant la période de suspension. La garantie d'assurance reprend cours pour tous les *cas d'assurance* survenant après le paiement de toutes les *primes* impayées et échues, ainsi que des éventuels frais de recouvrement, par le *preneur d'assurance*, pour autant que le *contrat d'assurance* n'ait pas fait l'objet d'une résiliation comme mentionné à l'alinéa précédent.

4.2.4 Adaptation de la prime et/ou des conditions d'assurance

La *prime* et les conditions d'assurance sont définies compte tenu des paramètres contenus dans le plan technique que l'*assureur* constitue sur base de critères actuariels et de souscription.

Pendant la durée du *contrat d'assurance*, la *prime* de chaque *assuré* est adaptée :

- à la *date d'échéance annuelle* sur base de la catégorie d'âge alors atteinte par l'*assuré* et du tarif déterminé pour cette catégorie d'âge ;
- à partir du premier jour du mois qui suit le changement du *lieu de résidence* du *preneur d'assurance* et du tarif déterminé pour cette adresse ;

Le *preneur d'assurance* ne peut pas invoquer l'adaptation de la *prime* pour résilier le *contrat d'assurance*, comme décrit à l'article 4.3.1.

Conformément à la législation belge applicable, la *prime* et/ou les prestations d'assurance peuvent également être adaptées à la *date d'échéance annuelle* jusqu'à concurrence maximum de l'un des indices publiés au Moniteur belge suivants :

- l'indice des prix à la consommation. Le taux d'indexation se calcule alors en comparant les indices des mois de juin de l'année civile en cours et précédente ; ou
- les indices médicaux spécifiques liés au type de soins dentaires couverts par les contrats d'assurance maladie privée, s'il apparaît du tableau des indices médicaux spécifiques de l'année civile précédente que l'évolution dépasse celle de l'indice des prix à la consommation. Cette adaptation peut être appliquée de manière différenciée par catégorie d'âge.

Ces adaptations sont notifiées par écrit (en format papier ou digital) au *preneur d'assurance* au plus tard à la *date d'échéance annuelle*. Elles ne peuvent être invoquées par le *preneur d'assurance* pour résilier le *contrat d'assurance*, comme indiqué à l'article 4.3.1.

Outre l'indexation annuelle, la *prime* et/ou les conditions d'assurance ne peuvent être adaptées après la conclusion du *contrat d'assurance* que par l'intervention des *autorités de contrôle*, si celles-ci déterminent ou si l'*assureur* les informe que, nonobstant l'indexation de la *prime*, le *plan d'assurance* est ou risque d'être déficitaire et que, conformément à la législation belge applicable, elles décident que l'*assureur* doit équilibrer ce *plan d'assurance*.

Cette adaptation est également notifiée par écrit (en format papier ou digital) au *preneur d'assurance* au plus tard à la *date d'échéance annuelle*. L'adaptation peut être invoquée par le *preneur d'assurance* pour résilier le *contrat d'assurance*, comme décrit à l'article 4.3.1. (2) et (3).

Si le *preneur d'assurance* ne résilie pas son *contrat d'assurance* conformément aux articles 4.3.1. (2) ou (3), l'adaptation de la *prime* et/ou des conditions d'assurance s'appliquera à tous les contrats en cours conformément aux délais et dispositions prescrits par la législation belge applicable.

4.3 Fin du contrat d'assurance et du plan d'assurance

4.3.1 Fin du contrat d'assurance

Le *contrat d'assurance* expire en cas :

- de résiliation par le *preneur d'assurance* par écrit (par lettre recommandée, par exploit d'huissier, ou par remise d'une lettre contre récépissé)
 - (1) à la fin de chaque *année d'assurance* moyennant un préavis de trois mois. La résiliation du *contrat d'assurance* prend effet à la *date d'échéance annuelle* du *contrat d'assurance* ;
 - (2) endéans les 3 mois qui suivent la notification d'une adaptation de la *prime* et/ou des conditions d'assurance imposée par les *autorités de contrôle* faite au moins 4 mois avant l'échéance annuelle du *contrat d'assurance* en cours. La résiliation du *contrat d'assurance* prend effet à la *date d'échéance annuelle* du *contrat d'assurance* ;
 - (3) endéans les 3 mois qui suivent la notification d'une adaptation de la *prime* et/ou des conditions d'assurance imposée par les *autorités de contrôle* faite moins de 4 mois avant l'échéance annuelle du *contrat d'assurance* en cours. La résiliation prend effet après un mois à compter du lendemain de la notification ou de la date du récépissé ou, dans le cas d'une lettre recommandée, à compter du lendemain de son dépôt à la Poste.
- de résiliation **par l'assureur** par lettre recommandée
 - (4) en cas de fraude ou de tentative de fraude constatée dans le chef du *preneur d'assurance* et/ou de l'*assuré* ;
 - (5) en cas de non-paiement des *primes*, comme décrit à l'article 4.2.3 second point.
- de déménagement à l'étranger : dès que le *preneur d'assurance* transfère son *lieu de résidence* ou sa *résidence principale* à l'étranger, le *contrat d'assurance* prend fin automatiquement. Le *preneur d'assurance* en sera informé par écrit.

4.3.2 Fin du plan d'assurance

Le *plan d'assurance* expire :

- pour tous les *assurés* à la fin du *contrat d'assurance* ;
- pour les *assurés* auxquels une circonstance décrite ci-après s'applique :
 - les conditions d'assurabilité (voir article 1.1) ne sont plus remplies ;
 - décès ;
 - sortie du *contrat d'assurance*, sans préjudice au droit de continuation individuelle (voir article 4.4) ;
 - fraude ou de tentative de fraude.

La garantie d'assurance prend fin en même temps que le *plan d'assurance*.

4.4 Droit à la continuation à la sortie du contrat d'assurance

Le *preneur d'assurance* informe l'*assureur* dans un délai de 30 jours, par écrit (en format papier ou digital), du moment où un *assuré* quitte le *contrat d'assurance* et de son nouveau *lieu de résidence* et *résidence principale*. Sur la base de ces informations, l'*assureur* soumet à l'*assuré*, dans les 30 jours, une offre de continuation du *contrat d'assurance*, avec effet au premier jour qui suit la fin du *plan d'assurance*.

Si l'*assuré* accepte l'offre d'assurance dans un délai de 60 jours par écrit (en format papier ou digital), le *contrat d'assurance* se poursuit de manière ininterrompue et sans nouvel examen médical du risque.

Le droit à la continuation s'éteint après l'expiration de ce délai et n'est pas d'application au cas où le *contrat d'assurance* expire par résiliation du *preneur d'assurance* ou de l'*assureur* comme prévu sous les articles 4.3.1. (1) à (5).

4.5 Déclarations obligatoires

Pendant la durée du *contrat d'assurance*, le *preneur d'assurance*, l'*assuré* ou la personne mandatée par lui sont tenus de :

- faire toutes les déclarations et communication à l'*assureur* par écrit (en format papier ou digital), à moins que le *contrat d'assurance* ne prévoie d'autres modalités de notification ;
- aviser l'*assureur* dans les meilleurs délais, de l'existence de tout autre accord couvrant un risque similaire ou identique, totalement ou partiellement ;
- aviser l'*assureur* dans les 30 jours de la date à laquelle les conditions pour maintenir le *contrat* ne sont plus réunies.

En particulier :

- tout changement de *lieu de résidence* ou de *résidence principale* du *preneur d'assurance* ou de l'*assuré* ;
- tout séjour à l'étranger de plus de 90 jours consécutifs de la part de l'*assuré* ;
- tout séjour temporaire de plus de 6 mois dans les États membres de l'Union européenne (à l'exclusion des territoires d'outre-mer) des étudiants de moins de 26 ans, lorsqu'ils sont effectués en continuité de leurs études et rentrent dans des programmes unilatéraux ou multilatéraux ou dans le cadre d'une convention entre deux ou plusieurs établissements d'enseignement supérieur (voir article 1.1) ;
- tout changement de statut de sécurité sociale qui a pour conséquence que l'*assuré* n'est plus assujéti à la sécurité sociale belge et ne peut plus en bénéficier.

L'*assureur* peut résilier le contrat avec effet rétroactif au jour de la nouvelle situation s'il apparaît que, du fait du changement de situation, les conditions pour le maintien du *contrat d'assurance* ne sont plus remplies. Dans la mesure du possible, l'*assureur* formulera une proposition d'ajustement dans les 30 jours suivant la réception de cette déclaration, avec effet au premier jour du mois suivant le changement de situation.

Si le *preneur d'assurance* ou l'*assuré* ne respectent pas leurs obligations contractuelles et que ce manquement entraîne un préjudice pour l'*assureur* ou la personne mandatée par lui dans un *cas d'assurance*, alors l'*assureur* peut réduire ses prestations d'assurance dans la mesure du préjudice subi ou même refuser d'intervenir intégralement dans les prestations d'assurance si le manquement a été commis avec une intention frauduleuse.

4.6 Protection de la vie privée

L'*assureur* traite les données personnelles et médicales du *preneur d'assurance* et de l'*assuré* uniquement dans le cadre des prestations d'assurance précitées, conformément à la loi belge du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et au règlement 2016/679 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

Pour plus d'informations sur le traitement de vos données personnelles, y compris vos données médicales, ainsi que sur vos droits relatifs aux données, veuillez consulter la page "Privacy" sur notre site www.dkv.be/privacy.

4.7 Dispositions finales

4.7.1 Droit applicable et juridiction

Le droit belge s'applique à ce *contrat d'assurance*.

Tous les litiges relatifs à la conclusion, la validité, l'exécution, l'interprétation ou la dissolution du présent *contrat d'assurance* relèvent de la compétence exclusive des cours et tribunaux belges.

4.7.2 Gestion des plaintes

Toute plainte relative au *contrat d'assurance* ou la gestion d'un sinistre peuvent être adressées à DKV Belgium S.A. – Quality Control, 25 rue de Lozum, 1000 Bruxelles - (qualitycontrol@dkv.be).

Sans préjudice de la possibilité pour le *preneur d'assurance* d'engager une procédure judiciaire, le *preneur d'assurance* peut s'adresser à l'ombudsman de l'assurance, square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles - (www.ombudsman.as, +32 (0) 2 547 58 71, info@ombudsman.as).

5. Glossaire

Abutment

Liaison entre un implant dentaire et une prothèse dentaire fixe ou amovible. Selon la technique utilisée, il peut être placé seul sur l'implant dentaire ou faire partie de l'implant dentaire ou de la prothèse dentaire.

Accident

Événement soudain survenant indépendamment de la volonté de l'assuré et causant des lésions corporelles à l'assuré, dont la cause ou l'une des causes se situe en dehors de son organisme.

Acte intentionnel

L'acte intentionnel est l'acte volontaire et délibéré commis dans l'intention de causer un dommage.

Acte téméraire

Un acte téméraire est un acte risqué et imprudent qui est commis intentionnellement ou de manière imprudente.

Année d'assurance

La période de 12 mois à compter de la date d'échéance annuelle du contrat d'assurance.

Assureur

DKV Belgium S.A., ayant son siège social au 25 rue de Loxum à 1000 Bruxelles (Belgique), compagnie d'assurances agréée sous le numéro 739, sous le contrôle de la Banque Nationale de Belgique, ayant son siège social au 14 bd de Berlaimont à 1000 Bruxelles (Belgique), inscrite à la Banque carrefour des entreprises à Bruxelles sous le numéro 0414858607.

Assuré

La personne physique sur qui repose le risque et qui est bénéficiaire du contrat d'assurance.

Autorités de contrôle

Il existe deux autorités de contrôle, chacune ayant des compétences spécifiques :

- FSMA : Autorité des Services et Marchés Financiers
12-14 rue du Congrès à 1000 Bruxelles
Tél. 02 220 52 11 - Fax 02 220 52 78 -
www.fsma.be
- Banque Nationale de Belgique
14 bd de Berlaimont à 1000 Bruxelles
Tél. 02 221 21 11 - Fax 02 221 31 00 -
www.nbb.be

Bridge

Prothèse dentaire fixe d'une seule pièce, constituée de deux ou plusieurs piliers entre lesquels se trouvent un ou plusieurs éléments intermédiaires, qui est ancrée aux dents naturelles adjacentes existantes ou à des implants destinés à remplacer une ou plusieurs dents manquantes.

Cas d'assurance ou cas de sinistre

L'objet de la garantie d'assurance, tel que stipulé dans le contrat d'assurance.

Contrat d'assurance

Le contrat d'assurance est formé par la police. La police se compose des Conditions Générales et Particulières d'Assurance et de leurs avenants.

Couronne

Prothèse dentaire permanente d'une seule pièce qui remplace toute la surface coronaire d'une dent endommagée, fracturée ou déformée ou qui est ancrée à un implant dentaire au moyen d'un abutment en vue de la restauration définitive de la forme et de la fonction d'origine.

Date d'échéance annuelle

Date d'échéance annuelle de la prime ou date d'échéance principale telle que définie dans la police.

Dentiste

La personne physique qui simultanément :

- possède l'une des compétences suivantes dans les limites des prérogatives conférées par les diplômes et titres professionnels licites :
 - titulaire du titre professionnel spécifique de dentiste généraliste ;
 - titulaire du titre professionnel spécifique de spécialiste dentaire en orthodontie ;
 - titulaire du titre professionnel spécifique de spécialiste dentaire en parodontologie ;
 - médecin spécialiste en stomatologie et en chirurgie orale, maxillo-faciale et faciale ;
 - médecin titulaire d'un diplôme de dentiste ou d'une licence en dentisterie ;
- est enregistré auprès d'une Commission Médicale Provinciale ;
- possède un numéro d'agrément INAMI et est autorisé à certifier les prestations visées aux articles 2, 5, 6 ou 14I de la nomenclature des prestations médicales.

Fedris (Agence fédérale des risques professionnels)

Fedris est une institution publique de sécurité sociale qui veille au respect des droits des victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

Implant dentaire

Élément prothétique intégré dans l'os de la mâchoire et destiné à remplacer artificiellement une ou plusieurs racines d'une dent naturelle manquante afin de fixer une prothèse dentaire fixe ou amovible.

Inlay/onlay

Restauration indirecte d'une partie d'une dent naturelle par la cimentation d'un matériau dentaire préfabriqué en laboratoire en vue de restaurer sa forme et sa fonction d'origine. C'est une technique à mi-chemin entre la restauration via une obturation normale (plombage) et une couronne. L'onlay est similaire à l'inlay, mais légèrement plus grand.

Intervention légale/statutaire ou autre

Toute intervention ou remboursement (partiel) de frais réels encourus en application de :

- l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, telle qu'elle est organisée par la loi du 14 juillet 1994 et ses arrêtés royaux d'exécution et par l'arrêté royal du 30 juin 1964 ;
- les législations relatives aux accidents du travail (loi du 10 avril 1971 et ses arrêtés royaux d'exécution) et aux maladies professionnelles (loi du 3 juin 1970 et ses arrêtés royaux d'exécution) ;
- la loi sur le maximum à facturer (loi du 03 juin 2002) ;
- loi relative à la création du statut de solidarité nationale, à l'octroi d'une pension de dédommagement et au remboursement des soins médicaux à la suite d'acte de terrorisme (loi du 18 juillet 2017) ;
- les règlements européens 1408/71, 574/72 et 883/04 ou par une convention multilatérale ou bilatérale de sécurité sociale conclue par la Belgique ou, à défaut, un montant égal au remboursement prévu par la législation belge ;
- l'assurance complémentaire des mutualités (loi du 06 août 1990 sur mutualités et aux unions nationales de mutualités) comprenant tous les services et prestations des mutualités ;
- le service "soins urgents à l'étranger" des mutualités ;
- une disposition de droit commun.

Lieu de résidence

Lieu auquel la personne physique est inscrite au registre de la population.

Maladie

Toute altération de l'état de santé non causée par un accident, dont la cause et les symptômes sont médicalement objectivables et qui, en tant que tels, permettent un diagnostic et nécessitent une thérapie ou un traitement.

Nomenclature

La nomenclature et la pseudo-nomenclature des prestations médicales est une liste codée des prestations médicales qui sont totalement ou partiellement remboursées par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (assurance maladie légale). La liste et les modifications sont publiées au Moniteur belge. Les présentes Conditions Générales d'Assurance font toujours référence à la nomenclature en vigueur au moment de la prestation médicale.

Plan d'assurance

La garantie d'assurance.

Plan d'assurance similaire

Un plan d'assurance similaire offre au moins des garanties similaires en termes de remboursement des frais.

Plan de traitement

Le plan de traitement est établi par un dentiste agréé avant le début du traitement dentaire désigné et comprend une description précise et détaillée (entre autres : les dents à traiter, les matériaux utilisés, les techniques employées, le calendrier établi, etc.) du traitement complet et l'ordre dans lequel le traitement décrit sera effectué.

Politique d'honoraires discriminatoire ou excessive

L'assureur considère qu'un dentiste poursuit une politique d'honoraires discriminatoire si les honoraires facturés par ce dentiste varient selon que son patient a (ou n'a pas) souscrit une assurance soins dentaires et/ou selon l'assureur auprès duquel cette assurance a été souscrite.

L'assureur détermine si un dentiste applique une politique d'honoraires excessive en comparant les honoraires facturés par ce dentiste aux assurés (de l'assureur) avec :

- le tarif conventionné (en vigueur au moment de la dispensation) pour les prestations remboursables ;
- le tarif Fedris prévu par l'Arrêté royal du 25.07.2014 établissant les conditions d'indemnisation des prothèses dentaires nécessitées à la suite des lésions subies lors d'un accident du travail. Ce tarif est indexé annuellement.

Preneur d'assurance

La personne physique, ayant son lieu de résidence et sa résidence principale en Belgique, qui souscrit le contrat d'assurance et qui est redevable du paiement de la prime.

Prestation ambulatoire

Prestation qui n'est pas dispensée lors d'une hospitalisation (hospitalisation avec nuitée ou de jour) et pour laquelle l'hôpital ne peut pas facturer une journée d'hospitalisation ou un forfait spécifique pour l'admission en hôpital de jour.

Prestation remboursable

Prestation pour laquelle il existe un droit à une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (assurance-maladie légale).

Prime

Le montant y compris toutes les taxes d'assurance, les impôts, les contributions légales et les charges dus en contrepartie des obligations de l'assureur en exécution du contrat d'assurance.

Proposition d'assurance

La proposition d'assurance est le formulaire émis par l'assureur, rempli par le preneur d'assurance, dont le but est d'informer l'assureur de la nature de la transaction, des faits et des circonstances, qui lui permettront d'évaluer le risque. Elle vise à la conclusion du contrat d'assurance.

Prothèse dentaire

Un dispositif médical sur mesure qui remplace artificiellement une partie ou l'entièreté d'une ou plusieurs dents naturelles manquantes. Il peut s'agir d'une prothèse dentaire amovible que l'assuré peut retirer lui-même de la bouche (p. ex. une prothèse dentaire en résine synthétique ou une prothèse dentaire squelettique) ou d'une prothèse dentaire fixe que l'assuré ne peut pas retirer lui-même de la bouche (p. ex. une couronne ou un bridge, inlay et onlay).

Résidence principale

Le lieu où les personnes physiques résident de manière habituelle (pendant la majeure partie de l'année) sur base de la situation factuelle.

Scientifiquement et thérapeutiquement éprouvé

Un traitement dentaire est scientifiquement et thérapeutiquement éprouvé quand il répond à l'état de l'art et aux normes reconnues de la pratique médicale. Un tel traitement n'est ni expérimental ni en phase de recherche. Elle est évaluée sur la base de la médecine factuelle (EBM, 'evidence-based medicine'). La médecine factuelle est l'utilisation explicite, judicieuse et consciencieuse des meilleures preuves disponibles lors du choix du traitement d'un patient. Tout cela étant donné l'état de la science (médicale) à cette époque.

Prestation technique urgente

La prestation technique urgente est celle dont l'état du patient nécessite qu'elle soit dispensée en urgence (traitement dentaire dans les 24 heures suivant la demande du patient) et ne puisse être différée.

Soins dentaires esthétiques

Traitement dentaire de nature cosmétique, dont le seul but est de corriger les imperfections et d'embellir les dents (entre autres : application de facettes, blanchiment des dents). Le traitement ne vise pas à diagnostiquer et/ou à guérir les maladies, les dysfonctionnements et les lésions des dents, des gencives et des mâchoires.

Supplément d'honoraires

Supplément facturé en plus du tarif conventionné. Le supplément est exprimé en pourcentage. Un supplément de 100 % signifie un doublement du tarif officiel.

Tarif conventionné

Taux officiel des honoraires d'un dentiste tel que convenu dans l'Accord National Dento-Mutualiste. C'est également sur cette base qu'est calculée l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Tarif maximum

Les tarifs maximaux sont des montants maximaux convenus dans l'Accord National Dento-Mutualiste. Ils peuvent être facturés en plus des honoraires d'un dentiste pour certaines prestations, réalisées avec des matériaux ou instruments spécifiques qui augmentent la qualité et la durabilité du traitement ou dans des situations spécifiques, après consentement éclairé du patient conformément à l'article 8 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits des patients.

En cas d'application des tarifs maximaux, le dentiste attestera en outre un pseudo-code en plus du code de nomenclature. Le pseudo-code représente le supplément maximal qui peut être facturé.

Les tarifs maximaux ne s'appliquent pas aux jeunes de moins de 18 ans ni aux bénéficiaires avec régime préférentiel.

Ticket modérateur légal

La différence entre le tarif conventionné et l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Traitement dentaire

Les prestations :

- incluses soit dans l'arrêté royal du 1er juin 1934 réglementant l'exercice de la dentisterie, soit dans l'arrêté royal du 9 novembre 1951 complétant l'arrêté royal du 1er juin 1934 réglementant l'exercice de la dentisterie ;
- visant au diagnostic et/ou au traitement des maladies, dysfonctionnements et lésions des dents, des gencives et des mâchoires.

Transplantation dentaire

Le déplacement de la propre dent d'une personne à un autre endroit de la mâchoire.