



SOCIÉTÉ MUTUALISTE
D'ASSURANCES
DU BRABANT - SMAB

DENTIMUT PLUS

Conditions générales au 1er janvier 2022

Ce document décrit le fonctionnement du contrat d'assurance Soins Dentaires et précise nos engagements réciproques. Il détaille le contenu des garanties ainsi que les limitations et exclusions de celles-ci.

Lisez-le attentivement.

Table des matières

	Page
Définitions	3 à 4
Comment puis-je m'affilier ?	5
Quand l'assurance prend-elle cours et quelle en est la durée ?	5
Puis-je suspendre l'assurance ?	5 à 6
Quelle est la période de stage et dans quelles conditions peut-il être supprimé ?	6
Y a-t-il des limites territoriales ?	6
Dans quels cas n'y a-t-il pas d'intervention ?	6
Comment l'intervention est-elle calculée ?	6 à 7
Quelles sont les obligations de l'assuré ?	7
Que doit faire l'assuré pour obtenir une intervention ?	7
Que se passe-t-il en cas de décès de l'assuré ?	7
Combien de temps ai-je pour introduire mes frais ?	7
Quel est le montant de la prime ?	7 à 8
Indexation et modifications tarifaires	8
Quand dois-je payer la prime ?	8
Quand la SMAB peut-elle réclamer des indus ?	8
Que faire en cas de contestation ?	8 à 9
Informations légales	9

Objet du contrat

Le présent contrat d'assurance a pour objet, dans les conditions définies ci-dessous, d'octroyer aux assurés tels que définis ci-dessous une intervention dans les frais réels restant à charge de l'assuré pour des soins dentaires.

1. Définitions

1.0. Assureur

La SMAB "Société Mutualiste d'Assurances du Brabant" est une entreprise agréée par l'Office de contrôle des mutualités et des Unions nationales de mutualités, par décision du 24 juin 2013 pour offrir des assurances maladie au sens de la branche 2 de l'annexe 1 de l'Arrêté Royal du 22 février 1991 portant règlement général relatif au contrôle des entreprises d'assurances, ainsi que pour couvrir, à titre complémentaire, des risques qui appartiennent à l'assistance telle que visée dans la branche 18 de l'annexe 1 de l'Arrêté Royal précité, sous le numéro de code OCM 350/03 – Rue du Midi 111 à 1000 Bruxelles (n° BCE 0838.221.243).

1.1. Preneur d'assurance

La personne physique inscrite à la FMSB en qualité de titulaire, qui a souscrit le contrat et qui est tenue au paiement de la prime.

1.2. Personne assurée

Toute personne désignée comme telle dans les conditions particulières et qui bénéficie des garanties mentionnées dans la police.

1.3. Nomenclature

Est une liste codifiée reprenant les prestations médicales qui existent dans l'assurance soins de santé et indemnités (A.R. du 14 septembre 1984 et modifications ultérieures).

1.4. Soins dentaires

Il s'agit :

- des prestations reprises, soit dans l'Arrêté Royal du 1er juin 1934 réglementant l'exercice de l'art dentaire, soit dans l'Arrêté Royal du 9 novembre 1951 complétant l'Arrêté Royal du 1er juin 1934 réglementant l'exercice de l'art dentaire,
- qui sont prodiguées de manière ambulatoire ou lors d'une hospitalisation de jour, par un prestataire de soins agréé par l'autorité compétente et porteur d'un des titres professionnels particuliers suivants (ou un titre professionnel étranger correspondant) :
 - dentiste généraliste,
 - dentiste spécialiste en orthodontie,
 - dentiste spécialiste en parodontologie,
 - médecin-spécialiste en stomatologie et en chirurgie faciale, de la bouche et de la mâchoire,
 - médecin, détenteur du diplôme de dentisterie ou licencié en sciences dentaires,
 - hygiéniste bucco-dentaire,
- qui ont un caractère diagnostique et/ou curatif,
- qui sont éprouvées à suffisance sur le plan thérapeutique, c'est-à-dire testés avec succès sur une période suffisamment longue et faisant l'objet d'un consensus parmi les praticiens et d'une validation scientifique ;

- et qui sont médicalement nécessaires.

Les soins dentaires décrits à la nomenclature des prestations de santé établie par l'INAMI et qui bénéficient de l'intervention de l'assurance obligatoire, sont présumés répondre aux 3 critères précités, lorsqu'ils ont été fournis et attestés conformément aux règles et conditions de cette intervention.

Il en va de même :

- pour les soins préventifs décrits au point 1.5, indépendamment de l'intervention de l'assurance obligatoire,

- pour les autres soins dentaires, décrits à la nomenclature des prestations de santé établie par l'INAMI, qui ne bénéficient pas de l'intervention de l'assurance obligatoire en raison de l'âge de l'assuré.

1.5. Soins dentaires préventifs

On entend par soins dentaires préventifs, les examens bucco-dentaires, l'examen parodontal (test DPSI: test de dépistage des maladies des gencives), les nettoyages prophylactiques, le détartrage, les scellements de fissures et de puits et les consultations reprises dans la nomenclature sous les codes suivants: 301011, 301092, 301114, 371011, 371092, 371114, 101054, 102012 et 102535 (par un stomatologue).

1.6. Soins dentaires curatifs

On entend par soins dentaires curatifs : les extractions dentaires, les soins conservateurs, la radiologie buccale, la petite chirurgie buccale (voir point 1.11), les suppléments pour prestations techniques urgentes, les consultations (sauf celles reprises au point 1.5) et les consultations d'urgence. Sont incluses les prestations reprises dans la nomenclature à titre de pseudo-nomenclature, à concurrence des prix maximaux fixés.

1.7. Parodontologie

Il s'agit des prestations de diagnostic et de traitement des maladies du parodonte, qui sont en lien avec la conservation de dents naturelles ou d'implants ostéo-intégrés. Le parodonte englobe le processus alvéolaire, les ligaments parodontaux, le cément et la gencive.

1.8. Orthodontie

Concerne l'optimalisation de la position des dents.

1.9. Prothèses et implants

Il s'agit des soins dentaires relatifs à la fourniture et au placement de :

Prothèse dentaire : remplace tout ou une partie de la dentition naturelle. Les réparations et rebasage de la prothèse sont aussi pris en compte.

Implant dentaire : il s'agit d'un placement de racines artificielles.

Couronne : élément de prothèse fixe qui est placé sur une dent rabotée ou sur un implant.

Bridge : prothèse fixée sur plusieurs dents et/ou implants en remplacement d'une dent manquante. On parle d'un

bridge lorsqu'au moins trois dents doivent être restaurées. Sont également visées les techniques d'augmentation ou de régénération osseuse préparatoires à la pose d'implants, tels que greffe, sinus lift, etc.

1.10. Comportement préventif

Le fait d'avoir eu une prestation de soins dentaires préventifs telle que définie au point 1.5., remboursée au cours de l'année civile qui précède la demande d'intervention.

1.11. La petite chirurgie buccale

Les prestations de l'article 14, I (stomatologie) de la nomenclature dont les codes sont suivis d'un signe « + ».

1.12. Dispositifs médicaux fournis implantés ou fabriqués sur mesure

Sont visés les implants, prothèses dentaires, plaques de suroclusion, appareils orthodontiques et d'une manière générale, tout dispositif médical qui accomplit son action par un moyen mécanique, qui est ou pas façonné par rapport à la dentition du patient et/ou qui la remplace partiellement ou complètement.

Sauf lorsque la nomenclature INAMI prévoit une prestation indemnisable séparément,

- le montant facturé pour la confection, fourniture et/ou pose du dispositif inclut tous les travaux d'étude préparatoires et/ou d'ajustement ultérieurs, à l'exception des prestations d'imagerie médicale ;
- la réparation, le remplacement anticipé du dispositif et la fourniture de pièces de rechange, ne sont pas indemnisables.

L'intervention de l'assurance est calculée, pour le coût total du dispositif, à la date du soin, c'est-à-dire, en règle générale, de la pose du dispositif, ou de la livraison pour les dispositifs amovibles, selon les dispositions applicables au type de soin auquel le dispositif correspond, telles que reprises à l'article 8.

1.13. Frais

On entend par frais, les quotes-parts ou montants à charge de l'assuré et les suppléments éventuels.

1.14. Accident

Un événement soudain qui porte atteinte à l'intégrité physique de l'assuré par l'action subite d'une force extérieure indépendante de sa volonté.

1.15. Assurance ou garantie similaire

Toute assurance :

- qui couvre les soins dentaires préventifs, curatifs, les soins de parodontologie, d'orthodontie et les prothèses et implants, indépendamment de la prise en charge de ces soins par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;
- dont les remboursements sont effectués sur la base des

frais réellement facturés à l'assuré,

- qui intervient dans les prestations de soins dentaires à concurrence d'au moins 50 % dans les frais restant à charge, avec un plafond annuel au moins égal à 500 EUR.

1.16. Stage

La période débutant à la date de prise de cours du contrat d'assurance et pendant laquelle l'assuré ne peut prétendre aux garanties.

1.17. FMSB

Fédération des Mutualités Socialistes du Brabant, intermédiaire d'assurance agréé par l'Office de Contrôle des Mutualités sous le numéro 3001.

1.18. Intervention légale

Tout remboursement perçu:

- soit en vertu des législations belges relatives :
 - * à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités telle qu'organisée par la loi coordonnée le 14 juillet 1994 et ses A.R. d'exécution et par l'A.R. du 30 juin 1964
 - * aux accidents de travail (loi du 10 avril 1971 et A.R. d'exécution) et aux maladies professionnelles (loi du 3 juin 1970 et A.R. d'exécution);
- soit en application d'une disposition de droit commun;
- soit en vertu des règlements européens n° 1408/71, 574/72 et 883/04 ou d'une convention multilatérale ou bilatérale de sécurité sociale conclue par la Belgique;
- soit encore par l'intermédiaire du service "soins urgents à l'étranger" organisé par la FMSB .

1.19. Intervention extralégale

Tout remboursement perçu en vertu de conventions personnelles, familiales ou collectives ayant le même objet que le contrat, en ce compris l'assurance complémentaire.

1.20. Assurance complémentaire

L'ensemble des services et interventions proposés par la FMSB conformément à l'article 3, 1er alinéa, b) et c) de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités, aux affiliés en règle de cotisation.

1.21. Titulaire

La personne physique qui, par son activité professionnelle ou sa situation assimilée, ouvre ou peut ouvrir des droits en assurance obligatoire soins de santé et indemnité, et qui est inscrite en qualité de titulaire auprès de la FMSB.

1.22. Ménage mutualiste

Le ménage constitué par un titulaire et les personnes inscrites à sa charge, au sens de l'article 2 de l'arrêté royal du 2 mars 2011.

1.23. Enfants

Personne inscrite à charge du preneur d'assurance, qui n'a pas atteint l'âge de 25 ans.

SMAB a été informée de cette inscription. Le même jour débute le stage d'attente.

2. Souscription

La souscription au contrat d'assurance et le bénéfice de sa garantie sont réservés aux membres de la Fédération des Mutualités Socialistes du Brabant qui sont assujettis à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et qui bénéficient de l'intervention de celle-ci, et dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire n'a pas été supprimée en raison du non-paiement des cotisations pour l'assurance complémentaire durant une période consécutive d'au moins 24 mois, ou qui sont en ordre de paiement depuis que la période visée à l'article 2quater, alinéa 3, de l'arrêté royal du 7 mars 1991 portant exécution de l'article 2, §§ 2 et 3, article 14, § 3, et article 19, alinéas 3 et 4, de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales des mutualités, a été entamée pour les services qui y sont visés.

Par dérogation aux dispositions à l'alinéa précédent, aucune personne ne peut acquérir avant le 1^{er} janvier 2022 la qualité d'un membre de la FMSB dont la possibilité de bénéficier de l'assurance complémentaire est supprimée. Le cas échéant, la personne maintient durant la période allant du 25^{ème} mois de non-paiement des cotisations de l'assurance complémentaire au 31 décembre 2021, la qualité de membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est suspendue.

Le contrat est obligatoirement souscrit pour l'ensemble des personnes composant le ménage mutualiste.

Toutefois, cette obligation n'est pas applicable à la personne qui est déjà couverte par une assurance soins dentaires indemnitaire.

Pour souscrire le contrat, le preneur d'assurance adresse à l'assureur la proposition d'assurance complétée et signée. En signant la proposition d'assurance, le preneur d'assurance reconnaît avoir pris connaissance des conditions générales. L'acceptation par le preneur d'assurance de la proposition d'assurance initiale et des conditions générales implique également son accord pour que le contrat d'assurance soit automatiquement adapté en cas d'inscription d'une personne à sa charge après la prise d'effet du contrat (sauf dispense prévue à l'alinéa 3 ci-dessus).

3. Début, durée et fin du contrat d'assurance

3.1. Le contrat d'assurance prend effet le premier jour du mois qui suit celui au cours duquel la SMAB a reçu la proposition d'assurance et pour autant que la prime ou la fraction de prime soit payée dans les délais, ceci selon les formalités précisées au point 11. Le même jour débute le stage repris au point 5.

La date apposée sur la proposition d'assurance lors de sa réception par la SMAB a force probante entre parties.

En cas d'inscription d'une personne à charge du preneur d'assurance après la prise de cours du contrat, la garantie pour ce nouvel assuré prend effet le 1^{er} jour du mois qui suit celui au cours duquel la

3.2. En cas de non-respect du délai de paiement défini aux points 11.1. et 11.4., la prime ou la fraction de prime sera remboursée et une nouvelle procédure d'affiliation devra être entreprise.

3.3. Le contrat est conclu à vie.

L'assureur peut adapter les conditions générales et/ou tarifaires qui ne présentent pas un caractère essentiel dans le chef du preneur d'assurance.

L'assureur informe le preneur d'assurance de ces modifications par écrit.

Elles sont opposables au preneur d'assurance et à l'assuré à partir du 1^{er} janvier qui suit cette communication, sous réserve du droit du preneur d'assurance de résilier le contrat conformément à l'article 3.4.

3.4. Fin du contrat d'assurance

Le preneur d'assurance peut résilier à tout moment. La résiliation n'a d'effet qu'à l'expiration d'un délai de trois mois prenant cours le 1^{er} jour du mois qui suit la date de la signification, du récépissé ou, dans le cas d'une lettre recommandée, de son dépôt à la poste.

En cas de résiliation en bonne et due forme du contrat par le preneur d'assurance, la partie de la prime payée relative à la période postérieure à la résiliation est remboursée conformément aux dispositions légales.

Sans préjudice de ce qui précède, le contrat prend fin lorsque :

- le preneur d'assurance ou l'assuré perd sa qualité de membre de la SMAB ou en est exclu, conformément aux articles 5 et/ou 6 des statuts de la SMAB,
- l'assuré décède ou quitte le contrat,
- l'assuré a perdu la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire en raison du non-paiement des cotisations pour l'assurance complémentaire durant une période consécutive d'au moins 24 mois, ou est en retard de paiement de 6 mois depuis que la période visée à l'article 2quater, alinéa 3, de l'arrêté royal précité du 7 mars 1991 a été entamée pour les services qui y sont visés ;

Par dérogation aux dispositions à l'alinéa précédent, aucune personne ne peut acquérir avant le 1^{er} janvier 2022 la qualité d'un membre de la FMSB dont la possibilité de bénéficier de l'assurance complémentaire est supprimée. Le cas échéant, la personne maintient durant la période allant du 25^{ème} mois de non-paiement des cotisations de l'assurance complémentaire au 31 décembre 2021, la qualité de membre dont la possibilité de bénéficier des avantages de l'assurance complémentaire est suspendue.

- la prime ou la fraction de prime n'est pas payée, et

- à condition que le débiteur ait été mis en demeure,
- il y a fraude ou tentative de fraude,
- le preneur d'assurance ou l'assuré a délibérément communiqué une information incorrecte concernant la souscription ou les demandes de remboursements.

4. Suspension

En cas de détention de l'assuré, l'assurance peut être suspendue à la demande du preneur d'assurance ou de l'assuré.

La suspension du contrat doit être demandée par courrier recommandé. Dans ce cas, l'assurance est suspendue à partir de la fin du mois suivant celui au cours duquel la suspension est demandée (la date du cachet de la poste faisant foi). La prime relative à la période d'assurance qui est frappée de suspension, est remboursée au preneur d'assurance.

L'assurance reprend son effet à partir du 1er jour du mois qui suit la demande de l'assuré de mettre fin à cette période de suspension et à condition qu'il en fasse la demande par recommandé dans les 90 jours qui suivent la fin du motif de la suspension et qu'il s'acquitte de sa prime dans les 15 jours de la demande de paiement par la SMAB.

5. Stage

La durée du stage est de **6** mois pour les prestations suivantes : soins préventifs, soins curatifs et la parodontologie. Il est de **12** mois pour les prestations d'orthodontie, les prothèses dentaires et les implants dentaires.

Il n'y a pas d'intervention prévue pour les soins dentaires dispensés pendant la période de stage.

Le stage est supprimé pour :

- les accidents survenus après la date de souscription à l'assurance,
- l'assuré qui, la veille de la prise d'effet du contrat, bénéficiait d'une assurance présentant des garanties similaires auprès d'une autre compagnie d'assurances, par laquelle il était couvert depuis plus de 6 mois (soins dentaires préventifs, soins dentaires curatifs et la parodontologie) ou 12 mois (prestations d'orthodontie, les prothèses dentaires et les implants dentaires), et dont la prime était payée. Il ne peut y avoir aucune interruption entre la date de fin de la couverture précédente et la souscription à la société mutualiste. Ces conditions sont vérifiées sur la base d'une attestation de la compagnie d'assurances concernée.

La durée du stage d'attente déjà accomplie est portée en diminution de la durée du stage d'attente à accomplir.

6. Etendue territoriale

Les prestations sont couvertes pour autant qu'elles soient dispensées en Belgique, en France, aux Pays-Bas, en Allemagne et au Grand-duché de Luxembourg.

7. Cas de non-intervention

Ne sont pas couverts, les frais de soins dentaires afférents à une maladie ou un accident qui est la conséquence :

- d'ivresse, alcoolisme ou intoxication alcoolique,
- d'un fait ou d'un acte intentionnel de l'assuré sauf en cas de sauvetage de personnes ou de biens, ou de l'aggravation volontaire du risque par l'assuré,
- de l'usage non thérapeutique de stupéfiants, d'hallucinogènes ou d'autres drogues ainsi que de toxicomanie,
- d'un fait de guerre, de guerre civile ou des faits de même nature; toutefois la garantie reste acquise pendant 14 jours après le début des hostilités si l'assuré a été surpris par le déclenchement d'un état de guerre au cours d'un voyage en pays étranger,
- de la participation volontaire à des actes de violence d'inspiration collective concédés (sauf la preuve à apporter par l'assuré qu'il ne prenait pas part active et volontaire à ces événements), ou de la participation à un crime ou un délit,
- d'une faute grave ou délibérément commise par l'assuré,
- de la pratique rémunérée de tout sport,
- des réactions nucléaires, radioactivité, radiations ionisantes.

Ne sont pas couverts, les frais relatifs à :

- des soins dentaires à caractère esthétique, cosmétique (bleaching, facing-plaquettes...)
- un traitement médicamenteux
- la petite chirurgie buccale (voir point 1.11) sauf ceux prévus à l'article 14, I (stomatologie) de la nomenclature et dont les codes sont suivis d'un signe « + ».

8. Calcul de l'intervention

8.1. La base de calcul de l'intervention de l'assurance est égale à la somme des frais diminuée du montant des interventions légales et extralégales auxquelles l'assuré peut prétendre.

Cette intervention ne peut pas dépasser le montant des frais réels à charge du patient ni le plafond annuel.

8.2. Le remboursement est calculé de la façon suivante :

Soins	Taux de remboursement* si pas de comportement préventif	Taux de remboursement* si comportement préventif
Préventifs	100 %	100 %
Parodontologie	50%	90%
Orthodontie	60 %	60 %
Curatifs	50%	90%
Prothèses dentaires et	50 %	60 %

implants		
----------	--	--

*du montant à charge de l'assuré après déduction des interventions légales et extralégales éventuelles auxquelles l'assuré peut prétendre.

L'intervention est limitée annuellement par personne assurée à :

Année de souscription	Plafond
Première année	300 EUR
Deuxième année	600 EUR
Troisième année et suivantes	1.200 EUR sauf pour l'orthodontie où le plafond est fixé à 1.000 EUR par assuré

Lorsque l'assuré était couvert par une assurance soins dentaires similaire, le nombre d'années de souscription à cette assurance est pris en compte pour déterminer le plafond annuel applicable.

8.3. Lorsque les sommes accordées en vertu d'une autre législation, du droit commun ou d'un autre contrat d'assurance, sont inférieures aux prestations octroyées par DENTIMUT PLUS, le bénéficiaire a droit à la différence à charge de la SMAB.

Ces renseignements doivent figurer sur la "Demande de remboursement".

9. Obligations du preneur d'assurance et de la personne assurée

9.1. Condition du remboursement

Il n'y pas de remboursement lorsque, à la date des soins, le preneur d'assurance ou la personne assurée n'était plus membre de la SMAB conformément aux conditions statutaires, ou ne satisfait plus à la définition de « personne assurée » visée au point 1.2.

9.2. Devoir d'information

Le preneur d'assurance et la personne assurée sont tenus :

- de faire les déclarations et communications par écrit ou par voie électronique au siège de l'assureur,
- d'aviser l'assureur, au plus tôt, de la date à laquelle les conditions préalables au maintien du contrat ne sont plus réunies,
- d'aviser l'assureur au plus tôt de l'existence d'une convention couvrant un risque similaire ou identique, soit totalement, soit partiellement,
- de fournir à l'assureur tout renseignement demandé.

Toute modification dans la composition du ménage mutualiste doit être signalée à la SMAB dans un délai de 30 jours à dater de la modification.

9.3. Formalités administratives

Pour obtenir un remboursement, un formulaire de

« Demande de remboursement » doit être introduit auprès de la SMAB, complété par le preneur d'assurance et par le prestataire de soins.

Pour permettre le calcul de l'intervention, le formulaire doit comporter :

- soit, le code de nomenclature correspondant à chaque soin, qu'il y ait ou pas intervention de l'assurance obligatoire,
- soit, une description détaillée du soin, lorsqu'il n'en n'existe pas dans la nomenclature.

Toutes les prestations correspondant à l'honoraire mis à charge, doivent être mentionnées.

Doit y être jointe :

- la quittance de l'organisme assureur qui a remboursé les prestations prévues par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et/ou l'assurance complémentaire.
- lorsqu'il n'y pas de remboursement par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, une facture ou note d'honoraire originale et détaillée, ou le document justificatif prévu à l'article 53 § 1^{er}/2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Le dossier doit établir, dans le respect des réglementations spécifiques applicables à chacun des documents cités à l'alinéa précédent :

- la réalité des prestations et leur date,
- le montant des honoraires correspondant aux soins, la nature et le détail de ceux-ci,
- en cas de fourniture ou pose d'un dispositif médical : le coût total de ce dispositif et la date de sa pose ou de sa fourniture.

En cas de décès de l'assuré, l'intervention sera accordée :

- au conjoint ou cohabitant légal survivant;
- à défaut, aux personnes physiques qui peuvent prouver qu'elles sont héritières légales. L'intervention sera alors versée soit au notaire désigné pour liquider la succession, soit à l'un des héritiers mentionnés sur la base d'une procuration légalisée de l'ensemble des autres héritiers mentionnés soit à l'acte notarié, soit encore à l'acte d'hérédité.
- à défaut, aux personnes physiques ayant supporté effectivement les frais relatifs aux soins dentaires.

10. Prescription

Les pièces justificatives des dépenses pouvant donner lieu à remboursement doivent être introduites à la société mutualiste dans un délai de 3 ans à partir du jour de la prestation des soins.

11. Primes

11.1. Généralités

Le preneur d'assurance est tenu de payer la prime pour l'ensemble des assurés à l'échéance.

La prime est payable anticipativement selon la périodicité choisie.

11.2. Montant des primes

La prime couvre une année d'assurance.

La première année d'assurance se termine le 31 décembre de l'année au cours de laquelle le contrat est entré en vigueur. Ensuite, chaque année d'assurance correspond à l'année civile.

La prime est calculée en fonction de l'âge de chacun des assurés à la date d'effet du contrat et ensuite, de leur âge au 1^{er} janvier.

La prime pour la première année d'assurance est proportionnelle au nombre de mois restant à courir jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

Dans le cadre de l'affiliation obligatoire de l'ensemble des personnes composant le ménage mutualiste, lorsque plusieurs enfants sont assurés en plus du preneur d'assurance, aucune prime n'est due à partir du 3^e enfant. La dispense de prime est appliquée pour les enfants les plus jeunes, indépendamment du fait qu'une prime soit effectivement prévue pour la catégorie d'âge à laquelle ils appartiennent.

Tout impôt, taxe, contribution ou cotisation imposé par la loi ou toute autre disposition réglementaire, est ou sera exclusivement à charge du preneur d'assurance.

Sous réserve d'application de la clause de révision établie au point 11.3.1, et de l'indexation prévue au point 11.3.2., les primes applicables au 1^{er} janvier 2022 sont les suivantes (toutes taxes comprises - EUR) :

	Age à la prise de cours du contrat			
	Avant 45 ans	Entre 45 et 49 ans (inclus)	Entre 50 et 59 ans (inclus)	A partir de 60 ans
Age au 1 ^{er} janvier				
De 0 à 3 ans	0,00			
De 4 à 6 ans	54,60			
De 7 à 17 ans	106,08			
De 18 à 29 ans	120,96			
De 30 à 44 ans	163,08			
De 45 à 49 ans	192,60	259,68		
De 50 à 59 ans	231,12	312,60	347,28	
A partir de 60 ans	247,92	334,44	371,28	420,96

11.3. Adaptation et révision de la prime

11.3.1. Révision de la prime

En dehors de l'indexation annuelle, la prime du contrat ne

peut être adaptée après la conclusion de celui-ci, qu'à l'intervention de l'Office de Contrôle des Mutualités, si celui-ci constate ou si la Société Mutualiste d'Assurances l'informe que l'application du tarif donne lieu ou risque de donner lieu à des pertes et qu'il exige que l'assureur mette ce tarif en équilibre, conformément à l'article 504 de la loi du 13 mars 2016 relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance.

Le relèvement d'un tarif s'applique aux primes des contrats en cours, qui viennent à échéance à partir du premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision de l'Office de Contrôle des Mutualités, sans préjudice du droit du preneur de résilier le contrat.

11.3.2. Indexation de la prime

Les primes individuelles sont indexées chaque année avec effet au 1^{er} janvier, à l'évolution de l'indice spécifique résultant de valeurs définies à l'article 6, § 3, alinéa 2, et 6, § 4 de l'arrêté royal du 1^{er} février 2010 déterminant les indices spécifiques visés à l'article 204, § 3, de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances (valeurs indépendantes des catégories d'âge), pour la garantie "soins dentaires".

Les primes peuvent au maximum être adaptées au pourcentage d'évolution entre le dernier indice spécifique publié, et l'indice spécifique de l'année qui précède, pour autant que cette variation dépasse l'évolution des prix à la consommation au cours de la même période. Si ce n'est pas le cas, les primes sont adaptées en fonction de l'évolution de l'indice des prix à la consommation du mois de septembre.

Les montants obtenus sont divisés par douze et arrondis à l'eurocent inférieur. Ensuite, ces montants sont à nouveau multipliés par douze.

L'assureur informe le preneur d'assurance par écrit de toute adaptation ou révision de la prime.

11.4. Paiement des primes

La prime est annuelle et payable par anticipation au siège central de la société mutualiste.

Le fractionnement du paiement par trimestre est possible moyennant obligatoirement une domiciliation bancaire.

Un seul mode de paiement peut être choisi pour la prime de l'ensemble des personnes assurées. En cas de domiciliation, un premier paiement doit toujours être effectué par virement, tant pour la première prime (annuelle ou trimestrielle) du contrat que pour la prime exigible en cas d'ajout d'un assuré après la prise d'effet du contrat.

Les dates de paiement et les montants de prime sont communiqués en temps utile au preneur d'assurance.

En cas de non-paiement de la prime ou d'une fraction de la prime, le contrat sera résilié pour autant que le preneur d'assurance ait été mis en demeure.

12. Sanction

La société mutualiste n'est tenue à aucune prestation à l'égard d'un assuré qui enfreint une des obligations découlant du présent contrat d'assurance.

13. Récupérations d'indemnités payées indûment

La SMAB se réserve le droit de demander le remboursement des indemnités payées indûment.

14. Contestations - Litiges

L'assureur, le preneur d'assurance et la personne assurée collaborent en vue de déterminer le droit aux prestations, qui est établi sur la base des renseignements fournis. Le preneur d'assurance et la personne assurée autorisent l'assureur à solliciter les informations nécessaires et s'engagent à collaborer à la bonne exécution des mesures d'information et d'investigation auxquelles l'examen du droit aux prestations donne lieu.

En cas de litige relatif à l'exécution du contrat et si les parties ne parviennent pas à trouver un accord à l'amiable, l'assuré a la possibilité de s'adresser :

- au Service "Médiation et qualité" de la FMSB (rue du Midi, 111 à 1000 Bruxelles)
- au Service Ombudsman des Assurances, Square de Meeûs 35 à 1000 Bruxelles.

Toute contestation relative au présent contrat relève de la compétence exclusive des juridictions belges.

Seul le droit belge est applicable au présent contrat.

15. Informations légales

15.1. Modes de communication et langues employées

La SMAB communique avec les assurés à travers différents canaux :

- par courrier ordinaire et par e-mail à l'adresse mail@fmsb.be
- par téléphone au 02 506 99 25
- par l'intermédiaire des agences de la FMSB.

Toute communication se tient en français ou néerlandais, au choix de l'assuré.

Les documents sont disponibles en français ou en néerlandais. Les documents contractuels sont établis dans la langue utilisée par le preneur d'assurance dans ses contacts avec la FMSB.

15.2. Politique en matière de conflits d'intérêts

La SMAB s'efforce d'éviter les conflits d'intérêts dans toutes ses activités d'assurance et de distribution.

Notre politique de conflits d'intérêts peut être consultée sur le site internet <https://www.fmsb.be/fr/informations-legales-et-vie-privée-concernant-la-smab>