

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C te B, tegen ONVZ
Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te
Houten

Zaak : Aanvullende ziektekostenverzekering, mondzorg, orthodontie, wijziging dekking

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2017-2021, Voorwaarden aanvullende
ziektekostenverzekering 2017-2021, art. 7:940 BW

Zaaknummer : 202101493

Zittingsdatum : 26 januari 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C te B, hierna te noemen: verzekerde,

tegen

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten, en
 - 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 15 juli 2021 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoeker heeft hieraan gehoor gegeven: op 3 september 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 8 november 2021 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar voorgesteld de eigen bijdrage voor de orthodontiekosten van 10 maart 2021 van € 42,77 aan verzoeker te vergoeden. De ziektekostenverzekeraar verwacht dat dit de laatste kosten zijn. Een kopie van deze brief is op 9 november 2021 aan verzoeker gestuurd, waarbij hem is gevraagd of het geschil hiermee is opgelost. Bij brief van 19 november 2021 heeft verzoeker aan de commissie te kennen gegeven dat dit niet het geval is.
- 2.3. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 26 januari 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Over deze samenstelling zijn zij tijdens de zitting door de commissie mondeling geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die aan partijen zijn gestuurd, met de mogelijkheid hierop te reageren. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 12 februari 2022 respectievelijk 14 februari 2022 schriftelijk gereageerd op voornoemde aantekeningen. Op 22 februari 2022 zijn de reacties naar de wederpartij gezonden.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzekerde is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering ONVZ Vrije Keuze Optifit (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
De zorgverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. De aanvullende ziektekostenverzekering kende tot en met 31 december 2017 volledige vergoeding voor de kosten van een orthodontische behandeling tot de leeftijd van 18 jaar. Met ingang van 1 januari 2018 is de dekking gewijzigd. Sindsdien was in de verzekeringsvoorwaarden opgenomen dat gedurende de eerste 12 maanden na de start van de orthodontische behandeling aanspraak

bestond op maximaal € 1.000,-, de tweede 12 maanden eveneens maximaal € 1.000,-, en in de daaropvolgende 12 maanden nogmaals maximaal € 1.000,-. Destijds is verzoeker tegen deze wijziging opgekomen. Vervolgens heeft hij de kwestie laten rusten.

Met ingang van 1 januari 2021 is de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering opnieuw gewijzigd. Sedertdien bestaat voor verzekerden tot 18 jaar gedurende de eerste 12 maanden aanspraak op maximaal € 1.000,- en in de daaropvolgende 12 maanden nogmaals maximaal dit bedrag. Hierbij is voor verzekerden die reeds een orthodontische behandeling ondergaan een overgangsregeling getroffen. Deze verzekerden houden aanspraak op vergoeding volgens de regeling die tot en met 31 december 2020 gold, waarbij de startdatum van de behandeling bepalend is. In het onderhavige geval is deze startdatum voor verzekerde blijktens de brief van verzoeker van 14 november 2017 in ieder geval gelegen in 2017. Door de ziektekostenverzekeraar is een nota voor orthodontie van 7 april 2021 ontvangen ten bedrage van € 42,77 voor een nacontrole beugel op 10 maart 2021. Deze nota is door de ziektekostenverzekeraar bij mailbericht van 5 mei 2021 afgewezen, omdat de desbetreffende verrichting is gelegen na de termijn van drie jaren, te rekenen vanaf 1 januari 2018.

- 3.3. Verzoeker kan zich niet met deze afwijzing verenigen en heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn beslissing gevraagd. Op 18 mei 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft. Eveneens op 18 mei 2021 heeft verzoeker hier per e-mail op gereageerd.

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat:

(i) de ziektekostenverzekeraar de kosten van de orthodontische behandeling van verzekerde alsnog volledig dient te vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering dan wel
(ii) verzekerde moet accepteren voor de aanvullende verzekering ONVZ Vrije Keuze Topfit.

- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 78 van de Algemene regels, die van toepassing zijn op de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepaling uit het Burgerlijk Wetboek (BW) is vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunt verzoeker

- 6.2. Verzoeker stelt dat verzekerde aanspraak heeft op volledige vergoeding van de kosten van de orthodontische behandeling ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering dan wel dat de ziektekostenverzekeraar hem moet accepteren voor de aanvullende verzekering ONVZ Vrije Keuze Topfit.

In dit verband voert hij aan dat indertijd is gekozen voor 100%-dekking en dat hiervoor ook steeds premie is betaald. Nu kosten worden gemaakt wijzigt de ziektekostenverzekeraar de voorwaarden eenzijdig in het nadeel van verzekerde. Volgens verzoeker is dit niet waarvoor een verzekering is bedoeld. Hij wijst erop dat de orthodontische behandeling al is gestart en maakt hierbij de vergelijking met een huis dat in brand staat. Overstappen is volgens hem in geval van een lopend behandeltraject niet mogelijk.

Verzoeker meent dat de ziektekostenverzekeraar dit ook inziet, nu hij immers voor het jaar 2021 wél een overgangsregeling heeft getroffen voor bestaande gevallen. Dit had ook in 2018 moeten gebeuren, toen de dekking werd beperkt, en verzoeker hierom vroeg. Destijds ontstond echter een patstelling, waarna hij besloot de kwestie maar te laten rusten.

- 6.3. Verzoeker heeft in zijn brief, gedateerd op 15 juli 2021 (bedoeld zal zijn 15 november 2021) meegedeeld dat het geschil niet is opgelost. Hij benadrukt dat het geschil niet één nota betreft, maar gaat over de aanpassing van de verzekeringsvoorwaarden tijdens een lopend orthodontische traject. Ook bij toepassing van de overgangsregeling in 2018 is sprake van een lagere dekking dan oorspronkelijk was overeengekomen. Daarnaast is niet zeker dat de nota van € 42,77 de laatste kosten zullen zijn voor de orthodontische behandeling van verzekerde. Het is immers aan de orthodontist om te bepalen of meer behandelingen nodig zijn in het orthodontische traject van verzekerde.
- 6.4. Ter zitting heeft verzoeker benadrukt dat de orthodontische behandeling destijds al was aangevangen. Hij kon de aanvullende ziektekostenverzekering dus niet opzeggen, want dan zou er niets meer worden vergoed. Een andere verzekeraar zou hem en zijn zoon immers niet accepteren voor een aanvullende verzekering met dekking voor orthodontie. Verzoeker heeft ter aanvulling aangevoerd dat wat voor de één een substantiële vergoeding is, dat voor een ander niet is. Als hij een verzekering sluit is voor hem duidelijk wat voor hem substantieel is, in dit geval was dat 100% vergoeding. Op basis daarvan heeft hij een besluit genomen. Voorts heeft verzoeker benadrukt dat tussen de beide poliswijzigingen een paar jaar is verstreken, waardoor de gewijzigde voorwaarden voor andere kinderen zullen gelden dan de oorspronkelijke voorwaarden.
- De ziektekostenverzekeraar heeft verwezen naar een eerder bindend advies van de commissie, te weten 202000171. Dit bindend advies is evenwel niet van toepassing op de situatie van verzoeker, omdat de verzekerde in die zaak nog niet was begonnen met de orthodontische behandeling.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.5. De ziektekostenverzekeraar verklaart dat hij zich geconfronteerd zag met stijgende kosten, met name van orthodontie. Er is vervolgens niet voor gekozen de premie te verhogen, maar de dekking te beperken. De ziektekostenverzekeraar beroept zich op zijn recht dit eenzijdig te doen. Een verzekeringnemer die niet met de wijziging instemt kan de verzekeringsovereenkomst beëindigen. Doet hij dit niet, dan vindt automatisch verlenging plaats, waarbij de gewijzigde voorwaarden voortaan van kracht zijn.
- Verzoeker had indertijd de mogelijkheid een aanvraag te doen voor de verzekering ONVZ Vrije Keuze Topfit, waarbij die aanvraag coulant zou worden beoordeeld. Van deze mogelijkheid heeft hij toen geen gebruik gemaakt. Overigens zou in dat geval wel de hogere premie voor deze verzekering zijn berekend.
- De nota's van de orthodontische behandeling zijn tot voor kort steeds volledig vergoed. Een nota uit maart 2021 werd evenwel afgewezen omdat de in het kader van de overgangsregeling geldende termijn van drie jaar na de startdatum van de behandeling inmiddels was verstreken. Volgens de ziektekostenverzekeraar is hij al coulant geweest door de vóór 2018 gemaakte kosten niet mee te tellen. Voor verzekerde gold vanaf 16 februari 2018 de volledige vergoeding voor drie jaren, die in 2021 bij wijze van overgangsregeling is voortgezet.
- 6.6. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 8 november 2021 meegedeeld dat volgens zijn gegevens de eigen bijdrage voor de orthodontie van verzekerde tot op dat moment € 42,77 bedroeg. Deze kosten zijn voor de vijfde nacontrole op 10 maart 2021. De beugel is op 27 november 2018 verwijderd. De ziektekostenverzekeraar verwacht dat dit de laatste kosten zijn. De ziektekostenverzekeraar is bereid deze kosten eenmalig, zonder erkenning van gehoudenheid, alsnog te vergoeden. Genoemd bedrag is reeds overgemaakt naar verzoeker.
- 6.7. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat ook ná de wijziging van de dekking nog steeds sprake was van een substantiële vergoeding voor orthodontie.

Overwegingen commissie

- 6.8. De commissie overweegt dat het de ziektekostenverzekeraar vrij staat de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering in te vullen en deze eenzijdig te wijzigen. Dit was in 2017 geregeld in artikel 8 van de Algemene bepalingen van de basisverzekering, welke bepaling via artikel 1 van de Algemene bepalingen van de aanvullende verzekeringen tevens van toepassing is op de aanvullende ziektekostenverzekering. Voor 2020 vloede de bevoegdheid voort uit de artikel 62 in combinatie met artikel 63 van de Algemene regels.
De commissie merkt hierbij op dat hij in eerdere bindende adviezen heeft geoordeeld dat de ziektekostenverzekeraar de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering mag wijzigen. Ook in het geval dit de mogelijkheden van verzekerden beperkt.
Artikel 7:940 BW bepaalt dat bij een wijziging ten nadele van de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde de mogelijkheid moet worden geboden de verzekering op te zeggen. De hiervoor aangehaalde verzekeringsvoorwaarden zijn hiermee in overeenstemming.
- 6.9. Uit de overgelegde stukken blijkt dat verzoeker in 2017 tijdig over de wijziging van de aanvullende ziektekostenverzekering is geïnformeerd. Op dat moment had hij de mogelijkheid deze verzekering ten behoeve van verzekerde tegen 1 januari 2018 te beëindigen. Hiervan heeft hij toen geen gebruik gemaakt. De commissie concludeert daarom dat verzoeker met ingang van het jaar 2018 was gebonden aan de nieuwe verzekeringsvoorwaarden, met hierin opgenomen een maximale vergoeding van € 1.000,- per 12 maanden, gedurende drie jaren, voor orthodontie.
Waarom verzoeker de kwestie op dat moment heeft laten rusten is nu niet meer van belang. Verzoeker heeft het in dit verband over een patstelling. Begrijpelijk is dat het voor hem bezwaarlijk kon zijn verzekerde met ingang van 2018 elders te verzekeren met een gelijke dekking, maar dit doet aan de overeengekomen bevoegdheid voor de ziektekostenverzekeraar tot eenzijdige wijziging van de verzekeringsvoorwaarden en de uiteindelijke acceptatie van de gewijzigde voorwaarden door verzoeker niet af.
- 6.10. Het staat vast dat de ziektekostenverzekeraar bij het treffen van de overgangsregeling in 2018 niet alleen de vergoeding heeft beperkt tot maximaal € 1.000,- per jaar gedurende maximaal drie jaren, maar dat ook is geregeld dat de kosten voor orthodontie, die in 2017 volledig werden vergoed, niet zijn meegerekend voor 2018. Dit betekent dat voor lopende gevallen de telling van het maximale aantal jaren niet begon op de werkelijke startdatum van de behandeling, maar in 2018.
- 6.11. Naar de commissie begrijpt, zijn in de jaren na de voorwaardenwijziging (2018, 2019 en 2020) de kosten van de orthodontische behandeling van verzekerde steeds volledig vergoed. Ook om die reden zou een overgangsregeling met ingang van 2018 in dit geval dus geen toegevoegde waarde hebben. Het gedurende een zekere periode - te denken valt aan drie jaren - voortzetten van de 100% vergoeding uit 2017 zou materieel tot een zelfde uitkomst hebben geleid.
Opnieuw geldt dat sprake is geweest van een eenzijdige wijziging van de verzekeringsvoorwaarden, en wel met ingang van 1 januari 2021.
- 6.12. Hetgeen verzoeker overigens heeft aangevoerd kan niet ertoe leiden dat hij aanspraak heeft op 100% vergoeding op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering. De commissie overweegt in dit verband dat het hier geen kapitaalverzekering betreft, waarbij de premie wordt gebruikt voor een uitkering in de toekomst, maar een schadeverzekering op basis van een omslagstelsel. De voor een verzekeringsjaar ontvangen premie wordt hierbij gebruikt ter dekking van de schadelast in die zelfde periode.
- 6.13. Waar het gaat om de toelating tot de verzekering ONVZ Vrije Keuze Topfit stelt de commissie vast dat hiertoe door de ziektekostenverzekeraar destijds een aanbod is gedaan waarvan door verzoeker geen gebruik is gemaakt. Ook later heeft hij geen aanvraag voor de desbetreffende aanvullende verzekering ten behoeve van verzekerde gedaan.

Voor deze verzekering geldt daarbij dat sprake is van de voorwaarde van medische acceptatie. Nu dit traject ten behoeve van verzekerde niet is gestart, kan in het midden blijven wat de uitkomst zou zijn geweest, en moet ook het tweede onderdeel van het verzoek worden afgewezen.

6.14. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 28 maart 2022,

H.A. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

Artikel 14 Reiskosten ziekenbezoek

Als uw gezinslid in een ziekenhuis in Nederland of in een ziekenhuis, gevestigd binnen 60 kilometer van de Nederlandse grens is opgenomen, vergoedt ONVZ vanaf de achtste opnamedag de reiskosten voor een bezoek aan dit opgenomen gezinslid. Het moet hierbij gaan om een aaneengesloten opnameperiode. ONVZ vergoedt € 0,27 per kilometer vanaf uw woonadres in Nederland naar het ziekenhuis. Vergoeding vindt plaats op basis van de optimale route volgens de routeplanner Routenet. De vergoeding bedraagt maximaal € 250,- per kalenderjaar. Zowel u als het opgenomen gezinslid moeten verzekerd zijn bij ONVZ.

Kosten die samenhangen met het vervoer, zoals parkeerkosten, worden niet vergoed.

Artikel 15 Mondzorg

lid 1 ONVZ vergoedt de kosten van orthodontie (gebitsregulatie zoals beugels) door een tandarts of orthodontist. De behandeling moet plaatsvinden voor het bereiken van de 18-jarige leeftijd.

lid 2 Als u jonger bent dan 18 jaar, vergoedt ONVZ de kosten van algemene tandheelkundige zorg (inclusief techniekkosten). Een tandarts verleent de zorg. In geval van tandprothetische voorzieningen kan ook een tandprotheticus de zorg verlenen. De vergoeding bedraagt maximaal € 500,- per kalenderjaar.

lid 3 ONVZ vergoedt geen kosten van:

- het bleken van elementen;
- het maken en plaatsen van een MRA (Mandibulair Repositie Apparaat). Dit is een beugel die beide kaken in een positie dwingt, waardoor er een opening blijft voor de luchtstroom.

Artikel 16 Preventieve zorg

lid 1 **Gezondheidscheck-up**
Na bemiddeling door de ONVZ ZorgConsulent vergoedt ONVZ een jaarlijkse gezondheidscheck-up. Deze bestaat uit: leefstijl vragenlijst, meting van BMI, vetpercentage, buikomvang, longfunctie en bloeddruk, conditietest, fit- en gezondheidsprofiel en onderzoek aan houdings- en bewegingsapparaat. Als alternatief voor deze jaarlijkse gezondheidscheck-up kunt u kiezen voor een sportcheck-up. Deze bestaat uit: leefstijl vragenlijst, meting van BMI en vetpercentage, inspanningstest en beweegadvies op maat. De gezondheidscheck-up en de sportcheck-up worden uitgevoerd door een fysiotherapeut.

Een aanvraag voor een gezondheidscheck-up of een sportcheck-up moet u indienen bij de ONVZ ZorgConsulent (zie deel C).

lid 2 **Griepvaccinatie**
ONVZ vergoedt de kosten van een jaarlijkse griepvaccinatie, als u niet behoort tot een risicogroep die hierop via het Nationaal Programma Grieppreventie aanspraak heeft.

lid 3 **Lidmaatschap patiëntenvereniging**
ONVZ vergoedt de minimale bijdrage voor het lidmaatschap van een patiëntenvereniging aangesloten bij de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF), leder(in) of het Landelijk Platform GGz (LPGGz), tot maximaal € 25,- per kalenderjaar. ONVZ vergoedt de bijdrage na het overleggen van een kopie van het inschrijvings- en betalingsbewijs.

lid 4 **Preventiecurssussen**
ONVZ vergoedt de kosten van door haar erkende preventiecurssussen tezamen tot maximaal € 250,- per kalenderjaar. De *Lijst erkende preventiecurssussen 2017* kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

lid 5 **Preventief medisch onderzoek**
ONVZ vergoedt de kosten van preventief medisch onderzoek voor 50% tot maximaal € 250,- per kalenderjaar.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de tandheelkundige zorg die tandartsen normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Orthodontie tot 18 jaar

Voor een goed werkend gebit.

Wat u vergoed krijgt

Lukt het bijten en kauwen niet goed doordat uw tanden en kiezen niet goed op elkaar passen? Of door een afwijking aan de kaak? Dan spreken we van een 'functionele afwijking'. Die kan vaak worden verholpen met orthodontie. Orthodontie is het verbeteren van de stand van het gebit door een beugel.

De **basisverzekering** vergoedt orthodontie alleen als die nodig is voor bijzondere tandheelkundige zorg. Dat is zorg bij ernstige aandoeningen, zoals een groeistoornis. Dit komt maar weinig voor. De basisverzekering vergoedt 'gewone' orthodontie niet.

De **aanvullende verzekeringen** Benfit en hoger vergoeden orthodontie tot 18 jaar.

Benfit vergoedt maximaal € 750 in de eerste 12 maanden vanaf de start van de behandeling. En maximaal € 750 in de 12 maanden daarna. De vergoeding eindigt dus 2 jaar na de start van de behandeling, of als u 18 wordt.

Optifit vergoedt maximaal € 1.000 in de eerste 12 maanden vanaf de start van de behandeling, € 1.000 in de 12 maanden daarna en € 1.000 in de 12 maanden dáárna. De vergoeding eindigt dus 3 jaar na de start van de behandeling, of als u 18 wordt.

Topfit en Superfit vergoeden orthodontie volledig. Bij Benfit en Optifit stopt de vergoeding als u 18 jaar wordt. Topfit en Superfit hebben ook een vergoeding voor orthodontie vanaf 18 jaar.

De tandverzekeringen vergoeden orthodontie niet.

Hier kunt u terecht

- tandarts
- orthodontist¹

Dit wordt niet vergoed

- orthodontie die vooral is bedoeld om het gebit mooier te maken

¹ Deze vindt u in het BIG-register als: tandarts-specialist voor dento-maxillaire orthopaedie

Vergoeding per verzekering

| | |
|-------------------------|---|
| Basisverzekering | Geen vergoeding |
| Startfit | Geen vergoeding |
| Extrafit | Geen vergoeding |
| Benfit | € 1.500 Vanaf start behandeling: 1e 12 maanden maximaal € 750 2e 12 maanden maximaal € 750 |
| Optifit | € 3.000 Vanaf start behandeling: 1e 12 maanden maximaal € 1.000 2e 12 maanden maximaal € 1.000 3e 12 maanden maximaal € 1.000 |
| Topfit | 100% |
| Superfit | 100% |

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Deze zorg valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij bepalen de startdatum als wij eerste declaratie ontvangen

Wij kijken dan naar de datum van het consult of de behandeling. Vindt de orthodontist tijdens een eerste consult dat uw kind beter kan wachten met een beugel? Dan kan het voordelig zijn dit consult zelf te betalen. Anders gaan de 2 of 3 jaar vergoeding al lopen voordat de behandeling echt begint. Meld dan bij de orthodontist dat u zelf betaalt. Veel orthodontisten sturen de declaratie namelijk rechtstreeks naar ONVZ.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is de gebruikelijke zorg: de orthodontie die tandartsen en orthodontisten normaal gesproken verlenen om een functionele afwijking te corrigeren. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de tandheelkundige zorg die tandartsen normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Orthodontie tot 18 jaar

Voor een goed werkend gebit.

Wat u vergoed krijgt

Lukt het bijten en kauwen niet goed doordat uw tanden en kiezen niet goed op elkaar passen? Of door een afwijking aan de kaak? Dan spreken we van een 'functionele afwijking'. Die kan vaak worden verholpen met orthodontie. Orthodontie is het verbeteren van de stand van het gebit door een beugel.

De **basisverzekering** vergoedt orthodontie alleen als die nodig is door een ernstige aandoening, zoals een aangeboren afwijking of een groeistoornis. Dit komt maar weinig voor. In de vergoeding Bijzondere tandheelkunde staat waar u dan recht op heeft. De basisverzekering vergoedt 'gewone' orthodontie niet.

De **aanvullende verzekeringen** Benfit en hoger vergoeden orthodontie tot 18 jaar, volgens de vergoeding die u nu leest.

Benfit vergoedt maximaal € 750 in de eerste 12 maanden vanaf de start van de behandeling. En maximaal € 750 in de 12 maanden daarna. De vergoeding eindigt dus 2 jaar na de start van de behandeling, of als u 18 jaar wordt.

Optifit vergoedt maximaal € 1.000 in de eerste 12 maanden vanaf de start van de behandeling, € 1.000 in de 12 maanden daarna en € 1.000 in de 12 maanden dáárna. De vergoeding eindigt dus 3 jaar na de start van de behandeling, of als u 18 jaar wordt.

Topfit en Superfit vergoeden orthodontie tot 18 jaar volledig. Ze hebben ook een vergoeding voor orthodontie vanaf 18 jaar.

De tandverzekeringen vergoeden orthodontie niet.

Hier kunt u terecht

- tandarts
- orthodontist¹

Dit wordt niet vergoed

- orthodontie die vooral is bedoeld om het gebit mooier te maken

¹ Deze vindt u in het BIG-register als: tandarts-specialist voor dento-maxillaire orthopaedie

Vergoeding per verzekering

| | |
|-------------------------|---|
| Basisverzekering | Alleen bij ernstige aandoeningen Volgens <u>bijzondere tandheekunde</u> |
| Startfit | Geen vergoeding |
| Extrafit | Geen vergoeding |
| Benfit | € 1.500 Vanaf start behandeling: 1e 12 maanden maximaal € 750 2e 12 maanden maximaal € 750 |
| Optifit | € 3.000 Vanaf start behandeling: 1e 12 maanden maximaal € 1.000 2e 12 maanden maximaal € 1.000 3e 12 maanden maximaal € 1.000 |
| Topfit | 100% |
| Superfit | 100% |

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Deze zorg valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico. Voor bijzondere tandheekunde betaalt u tot 18 jaar geen eigen risico. Daarboven geldt het eigen risico wel.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed, en welke wijzigingen u moet doorgeven. En dat vergoedingen uit het verleden meetellen als u bij ons van aanvullende verzekering wisselt.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is de gebruikelijke zorg: de orthodontie die tandartsen en orthodontisten normaal gesproken verlenen om een functionele afwijking te corrigeren. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Wij bepalen de startdatum als wij de eerste declaratie ontvangen

Wij kijken dan naar de datum van het consult of de behandeling. Vindt de orthodontist tijdens een eerste consult dat uw kind beter kan wachten met een beugel? Dan kan het bij Benfit en Optifit voordelig zijn dit consult zelf te betalen. Anders gaat de 2 of 3 jaar vergoeding al lopen voordat de behandeling echt begint. Meld dan bij de orthodontist dat u zelf betaalt. Veel orthodontisten sturen de declaratie namelijk rechtstreeks naar ons. Was uw behandeling al voor 2018 gestart? Dan geldt als startdatum: de 1e datum van consult of behandeling in 2018.

Dit moet u zelf doen

U moet ons vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden tandheeskundige zorg na een ongeval alleen als wij vooraf toestemming¹ hebben gegeven. Voor spoedeisende zorg kunt u toestemming ook achteraf vragen. Om uw aanvraag te kunnen beoordelen, hebben wij een schriftelijke toelichting van uw zorgverlener nodig. Daar moeten een behandelplan en een begroting bij zitten.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

OntzorgPlus of Superfit? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus

De uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus bepalen uw vergoeding. Dat geldt ook als u Superfit heeft. OntzorgPlus is daar namelijk onderdeel van.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de tandheeskundige zorg die tandartsen normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Orthodontie tot 18 jaar

Voor een goed werkend gebit

Wat u vergoed krijgt

Lukt het bijten en kauwen niet goed doordat uw tanden en kiezen niet goed op elkaar passen? Of door een afwijking aan de kaak? Dan spreken we van een 'functionele afwijking'. Orthodontie kan die vaak verhelpen. Orthodontie is het verbeteren van de stand van het gebit door een beugel.

De **basisverzekering** vergoedt orthodontie alleen als die nodig is door een ernstige aandoening, zoals een aangeboren afwijking of een groeistoornis. Dit komt maar weinig voor. In de vergoeding Bijzondere tandheeskunde staat waar u dan recht op heeft. De basisverzekering vergoedt 'gewone' orthodontie niet.

De **aanvullende verzekeringen** Benfit en hoger vergoeden orthodontie tot 18 jaar, volgens de vergoeding die u nu leest.

Benfit vergoedt maximaal € 750 in de eerste 12 maanden vanaf de start van de behandeling. En maximaal € 750 in de 12 maanden daarna. De vergoeding eindigt dus 2 jaar na de start van de behandeling, of als u 18 jaar wordt.

Optifit vergoedt maximaal € 1.000 in de eerste 12 maanden vanaf de start van de behandeling, € 1.000 in de 12 maanden daarna en € 1.000 in de 12 maanden daarna. De vergoeding eindigt dus 3 jaar na de start van de behandeling, of als u 18 jaar wordt.

Topfit en Superfit vergoeden orthodontie tot 18 jaar volledig. Ze hebben ook een vergoeding voor orthodontie vanaf 18 jaar.

De aanvullende tandverzekeringen vergoeden orthodontie niet.

Hier kunt u terecht

- tandarts
- orthodontist²

Dit wordt niet vergoed

- orthodontie die vooral is bedoeld om het gebit mooier te maken

¹ Zie hiervoor: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen

² Deze vindt u in het BIG-register als: tandarts-specialist voor dento-maxillaire orthopaedie

Vergoeding per verzekering

| | |
|-------------------------|--|
| Basisverzekering | Alleen bij ernstige aandoeningen, uit vergoeding Bijzondere tandheerkunde |
| Startfit | Geen vergoeding |
| Extrafit | Geen vergoeding |
| Benfit | Vanaf start behandeling: 1e 12 maanden max. € 750 2e 12 maanden max. € 750 |
| Optifit | Vanaf start behandeling: 1e 12 maanden max. € 1.000 2e 12 maanden max. € 1.000 3e 12 maanden max. € 1.000 |
| Topfit | 100% |
| Superfit | 100% |

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Deze zorg valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed, en welke wijzigingen u moet doorgeven. En dat vergoedingen uit het verleden meetellen als u bij ons van aanvullende verzekering wisselt.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is de gebruikelijke zorg: de orthodontie die tandartsen en orthodontisten normaal gesproken verlenen om een functionele afwijking te corrigeren. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Wij bepalen de startdatum als wij de 1e declaratie ontvangen

Wij kijken dan naar de datum van het consult of de behandeling. Vindt de orthodontist tijdens een 1e consult dat uw kind beter kan wachten met een beugel? Dan kan het bij Benfit en Optifit voordelig zijn dit consult zelf te betalen. Anders gaat de 24 maanden (Benfit) of 36 maanden (Optifit) vergoeding al lopen voordat de behandeling echt begint. Meld dan bij de orthodontist dat u het consult zelf betaalt. Veel orthodontisten sturen de declaratie namelijk rechtstreeks naar ons. Was uw behandeling al voor 2018 gestart? Dan geldt als startdatum: de 1e datum van consult of behandeling in 2018.

OntzorgPlus of Superfit? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus

De uitgebreide voorwaarden OntzorgPlus bepalen uw vergoeding. Dat geldt ook als u Superfit heeft. OntzorgPlus is daar namelijk onderdeel van.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de tandheelkundige zorg die tandartsen normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Orthodontie tot 18 jaar

Voor een goed werkend gebit.

Vergoeding per verzekering

| | |
|-------------------------|--|
| Basisverzekering | Alleen bij ernstige aandoeningen, uit vergoeding Bijzondere tandheeskunde |
| Startfit | Geen vergoeding |
| Benfit | Geen vergoeding |
| Optifit | Vanaf start behandeling: 1e 12 maanden max. € 1.000 2e 12 maanden max. € 1.000 |
| Topfit | Vanaf start behandeling: 1e 12 maanden max. € 1.000 2e 12 maanden max. € 1.000 3e 12 maanden max. € 1.000 |
| Superfit | 100% |

Wat u vergoed krijgt

Lukt het bijten en kauwen niet goed doordat uw tanden en kiezen niet goed op elkaar passen? Of door een afwijking aan de kaak? Dan spreken we van een 'functionele afwijking'. Orthodontie kan die vaak verhelpen. Orthodontie is het verbeteren van de stand van het gebit door een beugel.

De **basisverzekering** vergoedt orthodontie alleen als die nodig is door een ernstige aandoening, zoals een aangeboren afwijking of een groeistoornis. Dit komt maar weinig voor. In de vergoeding Bijzondere tandheeskunde staat waar u dan recht op heeft. De basisverzekering vergoedt 'gewone' orthodontie niet.

De **aanvullende verzekeringen** Optifit en hoger vergoeden orthodontie tot 18 jaar, volgens de vergoeding die u nu leest.

Optifit vergoedt maximaal € 1.000 in de eerste 12 maanden vanaf de start van de behandeling. En maximaal € 1.000 in de 12 maanden daarna. De vergoeding eindigt dus 2 jaar na de start van de behandeling, of als u 18 jaar wordt.

Topfit vergoedt maximaal € 1.000 in de eerste 12 maanden vanaf de start van de behandeling, € 1.000 in de 12 maanden daarna en € 1.000 in de 12 maanden dáárna. De vergoeding eindigt dus 3 jaar na de start van de behandeling, of als u 18 jaar wordt.

Optifit en Topfit vergoeden orthodontie dus niet tot een maximum per kalenderjaar, maar per behandeljaar. Hoe dat werkt, leest u op onze informatiepagina¹.

Superfit vergoedt orthodontie tot 18 jaar volledig. De aanvullende tandverzekeringen vergoeden orthodontie niet.

¹ Zie hiervoor: www.onvz.nl/vergoedingen/uitleg-vergoeding-orthodontie-tot-18-jaar-uit-optifit-en-topfit

Andere vergoedingen

Topfit en Superfit hebben ook een vergoeding voor orthodontie vanaf 18 jaar.

Hier kunt u terecht

- tandarts
- orthodontist¹

Dit wordt niet vergoed

- orthodontie die vooral is bedoeld om het gebit mooier te maken

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Voor orthodontie tot 18 jaar geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor orthodontie tot 18 jaar betaalt u geen eigen bijdrage.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed, en welke wijzigingen u moet doorgeven. En dat vergoedingen uit het verleden meetellen als u bij ons van aanvullende verzekering wisselt.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is de gebruikelijke zorg: de orthodontie die tandartsen en orthodontisten normaal gesproken verlenen om een functionele afwijking te corrigeren. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Wij bepalen de startdatum als wij de 1e declaratie ontvangen

Wij kijken dan naar de datum van het consult of de behandeling. Vindt de orthodontist tijdens een 1e consult dat uw kind beter kan wachten met een beugel? Dan kan het bij Optifit en Topfit voordelig zijn dit consult zelf te betalen. Anders gaat de 24 maanden (Optifit) of 36 maanden (Topfit) vergoeding al lopen voordat de behandeling echt begint. Meld dan bij de orthodontist dat u het consult zelf betaalt. Veel orthodontisten sturen de declaratie namelijk rechtstreeks naar ons.

Orthodontie vanaf 18 jaar

Goed kunnen bijten en kauwen is belangrijk voor uw hele gezondheid.

Vergoeding per verzekering

| | |
|-------------------------|---|
| Basisverzekering | Alleen bij ernstige aandoeningen, uit vergoeding Bijzondere tandheelkunde |
| Startfit | Geen vergoeding |
| Benefit | Geen vergoeding |
| Optifit | Geen vergoeding |
| Topfit | € 500 Max. per kalenderjaar |
| Superfit | 100% |

¹ Deze vindt u in het BIG-register als: tandarts-specialist voor dento-maxillaire orthopaedie

Burgerlijk Wetboek Boek 7

Artikel 940

1. Bij opzegging tegen het einde van een verzekeringsperiode teneinde verlenging van de overeenkomst te verhinderen, wordt een termijn van twee maanden in acht genomen.
2. De verzekeringnemer en, tenzij het een persoonsverzekering betreft, de verzekeraar kunnen een overeenkomst die is aangegaan voor een periode van meer dan vijf jaar, of die voor zulk een periode is verlengd, opzeggen tegen het einde van elk vijfde jaar binnen die periode. Daarbij geldt de in lid 1 genoemde termijn.
3. Indien de verzekeraar de bevoegdheid heeft bedongen de overeenkomst tussentijds op te zeggen, komt de verzekeringnemer een gelijke bevoegdheid toe. Tenzij jegens hem is gehandeld met het opzet tot misleiding neemt de verzekeraar onderscheidenlijk de verzekeringnemer daarbij een termijn van twee maanden in acht. Indien een verzekering dekking biedt tegen schade veroorzaakt door risico's als bedoeld in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht, kan, bij de verwezenlijking van een dergelijk risico of bij een dreiging van het ophanden zijn daarvan, de verzekeraar onderscheidenlijk de verzekeringnemer in afwijking van deze termijn van twee maanden, de overeenkomst met inachtneming van een termijn van zeven dagen opzeggen. De verzekeraar kan slechts tussentijds opzeggen op in de overeenkomst vermelde gronden welke van dien aard zijn dat gebondenheid aan de overeenkomst niet meer van de verzekeraar kan worden gevergd.
4. Indien de verzekeraar de voorwaarden van de overeenkomst ten nadele van de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde wijzigt, is de verzekeringnemer gerechtigd de overeenkomst op te zeggen tegen de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging hem is meegedeeld.
5. De verzekeraar kan een persoonsverzekering niet beëindigen of wijzigen op grond van verzwaring van het gezondheidsrisico, voor zover dat is gelegen in de persoon van degeen, die de verzekering betreft.
6. De verzekeringnemer kan de overeenkomst steeds langs elektronische weg opzeggen. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld ten aanzien van de verzending van opzeggingen langs elektronische weg.
7. De voordracht voor een krachtens het zesde lid vast te stellen algemene maatregel van bestuur wordt niet eerder gedaan dan vier weken nadat het ontwerp aan de beide kamers der Staten-Generaal is overgelegd.