

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, en Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te
Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak : Aanvullende ziektekostenverzekering, implantaat na ongeval
Regelgeving : Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021
Zaaknummer : 202200170
Zittingsdatum : 5 oktober 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te B,

en

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij brief van 29 mei 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 13 juni 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 1 augustus 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 2 augustus 2022 aan verzoeker gestuurd.
- 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 5 oktober 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.4. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld nog enkele nagekomen stukken, waaronder de ingediende aanvraag, over te leggen. Bij brief van 5 oktober 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar de betreffende informatie overgelegd. Een kopie hiervan is aan verzoeker gestuurd die daarbij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Van de geboden mogelijkheid heeft verzoeker geen gebruik gemaakt.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering ZieZo Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ZieZo Aanvullend * en ZieZo Tand 1 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
De zorgverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Bij verzoeker is in maart 2018, door een voetbalongeluk, schade aan het gebit ontstaan. Kort na het ongeval is door de behandelend tandarts de schade hersteld. Bij een controle op 21 juni 2021 bleek echter dat ter plaatse van element 22 wortelresorptie was opgetreden. Om die reden heeft verzoeker, in overleg met zijn tandarts, besloten te kiezen voor het aanbrengen van een implantaat. Hierop heeft de tandarts-implantoloog op 12 oktober 2021 namens verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag gedaan voor een implantaatbehandeling.

- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 5 november 2021 aan verzoeker meegedeeld dat de aangevraagde implantaatbehandeling niet voor vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering in aanmerking komt.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 6 januari 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de aangevraagde implantaatbehandeling moet vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 4.2. Verzoeker voert hiertoe aan dat de behandelend tandarts destijds namens hem bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag heeft gedaan voor een voorlopige behandeling met een open einde. Dit omdat de gevolgen van het ongeval nog niet geheel duidelijk waren. De ziektekostenverzekeraar heeft de ingediende aanvraag goedgekeurd en de voorlopige behandeling is uitgevoerd. De hieraan verbonden kosten zijn door de ziektekostenverzekeraar vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Toen bij de controle in 2021 bleek dat ter plaatse van element 22 sprake was van een extreme wortelresorptie, was de enige optie het betreffende element te extraheren en dit te vervangen door een implantaat. Omdat de implantaatbehandeling voortvloeit uit de schade van het ongeval is de ziektekostenverzekeraar verzocht de kosten te vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft de ingediende aanvraag afgewezen omdat de noodzaak van de implantaatbehandeling in 2018 nog niet werd vastgesteld en aangevraagd. Dit laatste is ook logisch, omdat de noodzaak pas is ontstaan na ontdekking van de wortelresorptie in 2021. Dit neemt niet weg dat een en ander nog wel het gevolg is van het ongeval in 2018. Verder stelt de ziektekostenverzekeraar zich op het standpunt dat de wortelresorptie geen directe schade is van het ongeval, maar een complicatie van de endodontische behandeling. Deze stelling is onjuist. Voor een onderbouwing verwijst verzoeker naar een verklaring van de behandelend endodontoloog van 2 mei 2022. Tot slot stelt verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar heeft nagelaten hem te informeren over de mogelijkheid een verlengingsaanvraag in te dienen. Deze ommissie is volgens verzoeker niet aan hem te wijten. Dit omdat van hem niet kan worden verwacht dat hij op de hoogte is van deze specifieke verzekeringsvoorwaarde. De ziektekostenverzekeraar heeft hiermee zijn zorgplicht geschonden.
- 4.3. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd dat het onredelijk is van hem te verwachten dat de gehele behandeling binnen één jaar na het ongeval wordt uitgevoerd. De bepaling hierover in de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is dan ook onredelijk bezwarend.

5. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat de aanvullende ziektekostenverzekering dekking biedt voor tandheelkundige hulp na een ongeval, indien de behandeling plaatsvindt binnen één jaar nadien. De behandeling moet zijn gericht op het directe letsel als gevolg van een ongeval tijdens de looptijd van de verzekering. Alleen als het gebit nog niet is volgroeid, en het noodzakelijk is de (definitieve) behandeling om die reden uit te stellen, dan geldt voornoemde periode van één jaar niet. Verzoeker heeft in 2018 een ongeval gehad waarbij schade aan het gebit is ontstaan. Kort na het ongeval ontving de ziektekostenverzekeraar een aanvraag voor restauraties met composiet, een endodontische behandeling en een kroon op element 22. Deze aanvraag is goedgekeurd. Nadien heeft de ziektekostenverzekeraar geen bericht meer ontvangen. Pas in 2021 werd gemeld dat ter

plaats van element 22 een implantaat moest worden aangebracht. Deze aanvraag is door de ziektekostenverzekeraar afgewezen.

Dit omdat met de endodontische behandeling, het plaatsen van een kroon en het opbouwen van de elementen met composiet de directe schade door het ongeval destijds is hersteld.

Dat de endodontische behandeling een tijdelijke behandeling zou zijn is volgens de ziektekostenverzekeraar niet juist. De wortelresorptie die nu is ontstaan, is een complicatie van de endodontische behandeling en geen directe schade door het ongeval. Ook kan de endodontische behandeling niet worden gezien als een tijdelijke behandeling in afwachting van een volgroeid gebit.

Verder geldt dat uitstel van de behandeling mogelijk is. Dit is alleen aan de orde als het gebit nog niet volgroeid is of als de behandeling nog net niet is afgerond. Voorwaarde is wél dat de noodzaak voor de behandeling al binnen het jaar vast moet komen te staan. Dit is bij verzoeker niet aan de orde omdat de noodzaak voor de behandeling pas drie jaar na het ongeval is ontstaan.

- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn eerder ingenomen standpunt herhaald en is door hem benadrukt dat van een causaal verband tussen het ongeval en de tandheelkundige zorg geen sprake is.

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 18.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Dit artikel is ook van toepassing op de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. Het relevante artikel uit de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. De commissie constateert dat partijen verdeeld zijn over het antwoord op de vraag of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aangevraagde implantaatbehandeling te vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.3. De commissie overweegt dat de aanvullende ziektekostenverzekering dekking biedt voor tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval voor verzekerden van achttien jaar en ouder (artikel D4). Het ongeval moet hebben plaatsgevonden tijdens de looptijd van de verzekering en de behandeling moet zijn gericht op het directe letsel als gevolg van dit ongeval. Daarnaast moet de behandeling plaatsvinden binnen één jaar na het ongeval, tenzij het noodzakelijk is de (definitieve) behandeling uit te stellen omdat het gebit nog niet is volgroeid. De aanvullende ziektekostenverzekering noemt nog twee extra voorwaarden, namelijk (i) dat betrokkene vooraf toestemming moet hebben verkregen van de ziektekostenverzekeraar, en (ii) dat bij de aanvraag onder meer een behandelplan moet worden ingediend.
Ter zitting heeft verzoeker de stelling betrokken dat voornoemde bepaling onredelijk bewarend is. De commissie passeert deze stelling aangezien artikel D4 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is aan te merken als een kernbeding.
- 7.4. Verzoeker heeft aangevoerd dat het herstel van de schade aan het gebit als gevolg van het ongeval al in 2018 is gestart en nog steeds niet is afgerond. De thans aangevraagde implantaatbehandeling maakt volgens hem deel uit van de in 2018 gestarte behandeling. Hoewel

de commissie kan begrijpen dat in de beleving van verzoeker een directe samenhang bestaat met het ongeval in 2018, staat vast dat de zelfstandige behandeling, bestaande uit het aanbrengen van een implantaat ter vervanging van element 22, niet binnen een jaar na de beschadiging van het gebit van verzoeker is aangevraagd noch binnen deze termijn heeft plaats gevonden.

Volgens verzoeker is deze vertraging ontstaan doordat pas later (bij een controle in 2021) bleek dat zich bij element 22 ernstige wortelresorptie voordeed. Los van de vraag wat de oorzaak is van de wortelresorptie, bepaalt D4 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering dat slechts in één met name genoemde situatie kan worden afgeweken van de termijn van een jaar, namelijk ingeval uitstel noodzakelijk is omdat het gebit nog niet is volgroeid. Dit laatste is gesteld noch gebleken.

De conclusie is dan ook dat geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van de aangevraagde implantaatbehandeling, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

- 7.5. Hetgeen verzoeker verder heeft aangevoerd, met name dat hij door de ziektekostenverzekeraar actief geïnformeerd had willen worden over de mogelijkheid een verlenging van de machtiging aan te vragen, maakt het voorgaande niet anders. Evenmin heeft de ziektekostenverzekeraar zijn zorgplicht geschonden.

Uit de brief van 15 maart 2022 van de ziektekostenverzekeraar leidt de commissie af dat de ziektekostenverzekeraar instemt met een verzoek tot verlenging van de machtiging in de uitzonderingssituatie dat een behandeling waarvoor machtiging is verleend niet vóór de einddatum kan worden afgerond ten gevolge van bijzondere omstandigheden. Het moet dan gaan om een redelijke termijn van verlenging. Niet is gebleken dat de behandeling waarvoor verzoeker in 2018 een machtiging had ontvangen, op de einddatum nog niet was afgerond. Niet valt in te zien dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker over een verlengingsmogelijkheid had dienen te informeren, noch dat de zorgverzekeraar zijn zorgplicht zou hebben geschonden. Dit geldt temeer daar het op de weg van de verzekerde ligt om actief bij de ziektekostenverzekeraar te informeren of een voorgenomen behandeling wordt vergoed, en zo nodig wat overigens de mogelijkheden zijn. Weliswaar is uit telefoonregistraties gebleken dat verzoeker informatie bij de ziektekostenverzekeraar heeft ingewonnen, maar pas ver nadat de aanspraak op vergoeding uit de aanvullende verzekering was verlopen. Bovendien valt in de brief van 14 oktober 202 van de behandelend tandarts te lezen dat na de endodontologische behandeling en het plaatsen van de kroon, er gereede kans was dat geen behandeling meer nodig was. Het kan niet worden aangenomen dat te voorzien zou zijn geweest dat drie jaar later element 22 verloren zou gaan en het aanbrengen van een implantaat nodig zou worden, waarmee ook een tijdig ingediende verlengingsaanvraag geen doel kon dienen.

Slotsom

- 7.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 november 2022,

L. Ritzema

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- een individuele behandeling of groepsbehandeling die als enig doel heeft door middel van training de conditie te bevorderen;
- zwangerschapsgymnastiek en postnatale gymnastiek, (medische) fitness, (sport)massage en arbeids- en bezigheidstherapie;
- toeslagen voor:
 - afspraken buiten reguliere werktijden;
 - niet-nagekomen afspraken;
 - rapporten.
- verband- en hulpmiddelen die uw fysiotherapeut of oefentherapeut Cesar/Mensendieck heeft verstrekt;

ZieZo	Dekking
Aanvullend 1	maximaal 6 behandelingen per persoon per kalenderjaar
Aanvullend 2	maximaal 9 behandelingen per persoon per kalenderjaar

3.5 Anticonceptiva

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden van 21 jaar en ouder de kosten van hormonale anticonceptiva en spiraaltjes (IUD's). Voor deze geneesmiddelen gelden de maximale vergoedingen die wij hebben vastgesteld.

Voorwaarden voor vergoeding

- Voor de anticonceptiepill is alleen bij de eerste aflevering een recept van een huisarts, arts van een centrum voor seksualiteit, verloskundige of medisch specialist noodzakelijk.
- Het anticonceptiemiddel moet voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS. GVS staat voor geneesmiddelenvergoedingssysteem.
- Het anticonceptiemiddel moet worden geleverd door een gecontracteerde apotheek.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op!

Het anticonceptiemiddel moet geleverd worden door een apotheek die wij gecontracteerd hebben. Kiest u voor een apotheek die wij niet gecontracteerd hebben? Dan ontvangt u geen vergoeding.

Wilt u weten met welke apotheken wij een contract hebben? Gebruik dan deZorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- anticonceptiva als deze worden vergoed vanuit de basisverzekering op grond van een medische indicatie. In het kader van dit artikel verstaan wij onder een medische indicatie endometriose of menorrhagie (hevig bloedverlies);
- de wettelijke eigen bijdrage (de bovenlimietprijs GVS), wanneer u de anticonceptiva vergoed krijgt vanuit de basisverzekering. Als u recht heeft op vergoeding vanuit de aanvullende verzekering geldt er geen wettelijke eigen bijdrage.

ZieZo	Dekking
Aanvullend 1	100%
Aanvullend 2	100%

D.4 Tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval

Wij vergoeden tandheelkundige zorg door een tandarts, tandprotheticus, orthodontist of kaakchirurg. De behandeling moet gericht zijn op het directe letsel als gevolg van een ongeval tijdens de looptijd van deze verzekering. Daarnaast moet de behandeling plaatsvinden binnen 1 jaar na het ongeval, tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen, doordat het gebit niet volgroeit is. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er wel of geen sprake is van een volgroeit gebit of van tijdelijke behandeling. Ten tijde van zowel het ongeval als de behandeling moet er volgens deze verzekering dekking zijn.

Voorwaarden voor vergoeding

- U moet van ons vooraf toestemming hebben gekregen. Voordat wij toestemming geven, beoordelen wij uw aanvraag voor de behandeling: is deze doelmatig en rechtmatig?
- Wij vergoeden de kosten die gemaakt moeten worden voor zover deze gericht zijn op herstel van de situatie direct voorafgaand aan het ongeval. U heeft geen recht op vergoeding als de indicatie voor de aangevraagde behandeling al voor het ongeval aanwezig was. Dit ter beoordeling van onze adviserend tandarts.
- Wij vergoeden alleen de kosten als er geen vergoeding is uit de basisverzekering.
- Bij uw aanvraag voor toestemming moet een behandelplan met kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's zitten. Het behandelplan moet zijn opgesteld door uw tandarts, tandprotheticus, orthodontist of kaakchirurg.
- Autotransplantaten (J39) (het verplaatsen van een eigen tand of kies naar de plaats van een ontbrekende tand) moet worden uitgevoerd door een multidisciplinair team autotransplantaten dat voldoet aan onze eisen qua deskundigheid. Kijk op onze website welke zorgverleners onderdeel uitmaken van dit team.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van behandelingen die direct of indirect het gevolg zijn van:

- a. ziekte of een ziekelijke afwijking van de verzekerde;
- b. grove schuld of opzet van de verzekerde;
- c. het gebruik van alcohol en/of verdovende middelen door verzekerde;
- d. deelname door verzekerde aan een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging.

ZieZo	Dekking
Aanvullend 1	maximaal € 10.000,- per ongeval
Aanvullend 2	maximaal € 10.000,- per ongeval

Voeten**D.5 Tweede Arts Online**

Wij vergoeden de kosten van Tweede Arts Online. Dit is een digitaal platform waarop u bij twijfel over een gestelde diagnose en/of behandeling een (medisch) specialist kan kiezen en hem/haar een vraag kan stellen over een gestelde diagnose en/of behandeling.

Voorwaarde voor vergoeding

U neemt contact op met de Persoonlijke Zorgcoach via telefoonnummer 071 - 364 02 80. De Persoonlijke Zorgcoach stuurt de aanvraag naar Tweede Arts Online.

ZieZo	Dekking
Aanvullend 1	100%
Aanvullend 2	100%