

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, en NV Univé Zorg te Arnhem
Zaak : Beëindiging aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht,
premierestitutie
Regelgeving : Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016-2021, art. 7:938 BW
Zaaknummer : 202200400
Zittingsdatum : 5 oktober 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

NV Univé Zorg te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij brief van 23 mei 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 1 juli 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 19 juli 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 20 juli 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.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Univé Zorg Geregeld polis (hierna: de zorgverzekering). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende verzekering Aanvullend Best afgesloten. Deze twee verzekeringen zijn niet in geschil en blijven om die reden verder onbesproken.
In geschil is de eveneens afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering Tand Best (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar op 14 mei 2021 verzocht de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht tot 1 januari 2016 te beëindigen en de sindsdien betaalde premie te restitueren. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan verzoeker meegedeeld dit verzoek niet in te willigen.
- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar via de SKGZ om heroverweging van deze beslissing gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft bij ongedateerde brief 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 aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht tot 1 januari 2016 moet

beëindigen. Daarnaast moet de ziektekostenverzekeraar de voor deze verzekering betaalde premie restitueren. Verzoeker heeft hiertoe aangevoerd dat hij in 2016 een volledige gebitsprothese heeft gekregen en dat hij sindsdien geen kosten meer heeft gedeclareerd ten laste van deze verzekering.

In 2019 kwam verzoeker erachter dat de aanvullende ziektekostenverzekering in feite overbodig was, en dat hij sinds 2016 ten onrechte de premie voor deze verzekering had voldaan aan de ziektekostenverzekeraar. Om die reden heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar verzocht de vanaf 1 januari 2016 betaalde premie te restitueren, hetgeen door deze is geweigerd. Dit laatste vindt verzoeker onaanvaardbaar aangezien hij kan nagaan dat er sindsdien geen kosten zijn vergoed. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar een zorgplicht richting zijn verzekerden.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker al meerdere jaren bij hem is verzekerd op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering. Tot 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar kosten van regulier gebitsonderhoud vergoed ten laste van deze verzekering. Vanaf 2016 heeft verzoeker een volledige gebitsprothese en worden er geen kosten meer vergoed. Het lag op de weg van verzoeker om de aanvullende ziektekostenverzekering te beëindigen. Op 14 mei 2021 heeft verzoeker hierover voor het eerst telefonisch contact opgenomen. Na dit contact is de aanvullende ziektekostenverzekering pas met ingang van 1 januari 2022 beëindigd. Gelet op de eigen verantwoordelijkheid van verzoeker ziet de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht te beëindigen en de betaalde premie te restitueren.

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 7 van de voorwaarden van 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 het Burgerlijk Wetboek (BW) en de van belang zijnde bepaling uit de verzekeringsvoorwaarden zijn 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 is gehouden de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht tot 1 januari 2016 te beëindigen en de voor deze verzekering betaalde premie te restitueren.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.3. De commissie overweegt dat de aanvullende ziektekostenverzekering ieder jaar stilzwijgend wordt verlengd, tenzij de verzekeringnemer deze vóór 1 januari schriftelijk opzegt. Dit blijkt uit de artikelen 6.1 en 6.4 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, en door verzoeker niet gemotiveerd betwist, dat verzoeker op 14 mei 2021 voor de eerste maal contact heeft gehad met de ziektekostenverzekeraar teneinde de aanvullende ziektekostenverzekering op te zeggen. Na dit contact is de aanvullende ziektekostenverzekering pas met ingang van 1 januari 2022 door verzoeker beëindigd. Ten aanzien van de vraag of beëindiging per eerdere datum dan deze datum mogelijk is, geldt het volgende.

- 7.4. Verzoeker stelt dat de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht tot 1 januari 2016 moet worden beëindigd omdat hij in 2016 een volledige gebitsprothese heeft gekregen. Nadien heeft verzoeker, naar eigen zeggen, geen zorg meer genoten waarvan de kosten ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering komen. De commissie oordeelt dat deze stelling niet ertoe kan leiden dat de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht moet worden beëindigd en de premie moet worden gerestitueerd. Op basis van artikel 7:938, eerste lid, BW is geen premie verschuldigd indien over een vol verzekeringsjaar door de verzekeraar in het geheel geen risico is gelopen. In de situatie van verzoeker is dit niet aan de orde, aangezien de aanvullende ziektekostenverzekering dekking biedt voor de eigen bijdrage die op grond van de zorgverzekering is verschuldigd bij vervaardiging en plaatsing van een volledige gebitsprothese. Dat verzoeker op de bestaande dekking geen beroep heeft gedaan is hierbij niet van belang; vast staat dat de ziektekostenverzekeraar ook na 1 januari 2016 risico heeft gelopen. De verwijzing, door verzoeker, naar de bestaande zorgplicht kan niet leiden tot een andere uitkomst. Van een zodanige zorgplicht is geen sprake. Het ligt op de weg van een verzekerde om ieder jaar bij verlenging van de verzekering na te gaan of deze nog steeds voldoet aan zijn verzekeringsbehoefte. Dat bij verzoeker op enig moment twijfels ontstonden over de noodzaak van de aanvullende ziektekostenverzekering is de ziektekostenverzekeraar niet aan te rekenen. Van een verzekeraar kan namelijk niet worden gevergd dat deze zijn verzekerden regelmatig individueel benadert om te controleren of zij, gelet op het risico van ziektekosten, nog steeds de meest passende (aanvullende) verzekering hebben afgesloten. De commissie heeft begrip voor het vervelende gevoel dat verzoeker hieraan heeft overgehouden, maar hij heeft een eigen verantwoordelijkheid na te gaan of de verzekering, die hij heeft afgesloten, nog voldoet aan zijn behoeften.
- Het voorgaande leidt ertoe dat verzoeker tot en met 31 december 2021 verzekerd is gebleven op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering en dat de ziektekostenverzekeraar niet is gehouden tot premierestitutie.

Slotsom

- 7.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
8. **Bindend advies**
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 14 oktober 2022,

J.W. Heringa

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. Wetgeving
2. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

Burgerlijk Wetboek Boek 7

Artikel 938

1. Behoudens het geval van opzet van de verzekeringnemer of de derde, bedoeld in artikel 928 lid 2 of lid 3 om de verzekeraar te misleiden is geen premie verschuldigd indien in het geheel geen risico is gelopen. Indien over een vol verzekeringsjaar geen risico is gelopen, is over dat jaar geen premie verschuldigd. De verzekeraar heeft recht op een billijke vergoeding van de te zijnen laste gekomen kosten.
2. Gedurende één maand na afloop van een vol verzekeringsjaar waarin geen risico is gelopen, mag elke partij de overeenkomst met ingang van het nieuwe verzekeringsjaar opzeggen. Deze opzegging heeft geen rechtskracht, indien risico is gelopen tussen de aanvang van het nieuwe verzekeringsjaar en de opzegging.
3. Is slechts risico gelopen over een kleiner aantal zaken of een kleinere hoeveelheid dan was verzekerd, dan zijn de leden 1 en 2 van toepassing voor zover geen risico is gelopen.

Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering(en)

6.1. Begin en duur

De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop de zorgverzekering van ons aanvangt of op 1 januari van een kalenderjaar. De aanvullende verzekering wordt gesloten voor het kalenderjaar waarin de aanvullende verzekering is ingegaan. Na afloop van deze termijn wordt de aanvullende verzekering telkens stilzwijgend verlengd voor de periode van een kalenderjaar.

6.2. Acceptatie voor de aanvullende verzekering(en)

6.2.1. Toelating tot de aanvullende verzekering(en)

U kunt de aanvullende verzekering(en) als aanvulling op een zorgverzekering van Univé sluiten met uitzondering van de Univé Zorg Select polis. Voor het Univé Tand Beter Pakket en Univé Tand Best Pakket moet u voor personen vanaf 8 jaar een tandheelkundige verklaring invullen.

6.2.2. Gezinsdekking

Kinderen jonger dan 18 jaar krijgen dezelfde aanvullende verzekering als de hoogst verzekerde ouder/verzorger op de polis wanneer deze kinderen ook een Univé Zorg Vrij polis of een Univé Zorg Geregeld polis hebben. Hiervan kan worden afgeweken als wij u of uw kind niet accepteren voor een Univé Tand Beter Pakket of Univé Tand Best Pakket.

6.2.3. Wijziging aanvullende verzekering

U kunt uw aanvullende verzekering(en) wijzigen. Het bepaalde in 6.2.1. en 6.2.2. is van toepassing. U als verzekeringnemer moet de wijziging uiterlijk 31 december aan ons doorgeven. De wijziging gaat in per 1 januari van het volgend kalenderjaar. Voor zorg waarbij vergoedingstermijnen van meer dan een kalenderjaar gelden, lopen deze termijnen door bij wijziging van een aanvullende verzekering binnen Univé. Dit betekent dat eerder door ons uitgekeerde vergoedingen op grond van een vorige aanvullende verzekering meegenomen worden naar de nieuwe aanvullende verzekering. Op voorwaarde dat in uw nieuwe aanvullende verzekering een vergoeding is opgenomen voor deze zorg.

6.3. Einde van rechtswege

De aanvullende verzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop:

- de zorgverzekeraar door wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen verzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren. Wij informeren u hierover uiterlijk 2 maanden van te voren;
- de verzekerde overlijdt;
- de zorgverzekeraar stopt met het aanbieden en uitvoeren van de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde aanvullende verzekering(en). Wij informeren u hierover uiterlijk 3 maanden van te voren.

U als verzekeringnemer bent verplicht ons zo snel als mogelijk te informeren over het overlijden van een verzekerde of andere feiten en omstandigheden over de verzekerde die tot het einde van de aanvullende verzekering hebben geleid of kunnen leiden.

Als wij vaststellen dat de aanvullende verzekering is geëindigd of zal eindigen, sturen wij u zo spoedig mogelijk een bewijs van einde.

6.4. Wanneer kunt u uw aanvullende verzekering(en) opzeggen?

6.4.1. Jaarlijks

U als verzekeringnemer kunt de aanvullende verzekering(en) schriftelijk opzeggen per 1 januari van ieder jaar op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar hebben ontvangen.

U kunt jaarlijks per 1 januari uw aanvullende verzekering(en) opzeggen, op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk op 31 december hebben ontvangen.

6.4.2. Tussentijds

U als verzekeringnemer kunt de aanvullende verzekering(en) tussentijds schriftelijk opzeggen:

- bij premie en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 5.2;
- tegelijk met het beëindigen van onze zorgverzekering;
- als een meeverzekerd kind 18 jaar wordt. De opzegging gaat in op de eerste dag van de maand volgend op de maand waarin uw kind 18 jaar wordt, op voorwaarde dat wij de opzegging hebben ontvangen vóór het einde

van de maand waarin uw kind 18 jaar wordt.

6.4.3. Opzegservice

U kunt voor opzegging van de aanvullende verzekering(en) zoals bedoeld in artikel 6.4.1. en 6.4.2. ook gebruikmaken van de opzegservice van de Nederlandse zorgverzekeraars. Dit houdt in dat u de verzekeraar van de nieuwe aanvullende verzekering(en) toestemming geeft om de oude aanvullende verzekering(en) op te zeggen.

6.5. Wanneer kunnen wij de aanvullende verzekering(en) opzeggen, ontbinden of schorsen?

Wij kunnen de aanvullende verzekering(en) schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

- als er sprake is van het niet op tijd betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel 3.5;
- als er sprake is van fraude (zie artikel 2.4);
- als u ons opzettelijk geen, niet-volledige of onjuiste inlichtingen of stukken hebt verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;
- als u hebt gehandeld met het opzet ons te misleiden of als wij geen aanvullende verzekering(en) zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. In die gevallen kunnen wij binnen 2 maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang de aanvullende verzekering(en) opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen.

Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

Artikel 7. Klachten en geschillen

7.1. Hebt u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement

U kunt ervan uitgaan dat wij alles rond uw aanvullende verzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt uw klacht gemakkelijk indienen via het online klachtenformulier op onze website. Bent u niet in de gelegenheid om uw klacht digitaal in te dienen? Dan kunt u uw klacht schriftelijk voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

Tips bij het indienen van een klacht

- Geeft u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover u ontevreden bent en wat volgens u de beste oplossing is.
- Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met uw klacht mee. U kunt de originele stukken namelijk zelf nog nodig hebben.
- Als u uw klacht niet zelf wilt of kunt indienen, dan is het ook mogelijk dit door iemand anders te laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij uw klacht in behandeling.

U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

7.2. Klachten over onze formulieren

Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt uw klacht hierover indienen via onze website. Het is ook mogelijk om uw klacht schriftelijk voor te leggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven.

U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht over formulieren. Als u niet tevreden bent met het antwoord of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, kunt u uw klacht voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: info@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

Artikel 8. Zorgadvies en bemiddeling

U hebt recht op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet-aanvaardbare lange wachttijd voor behandeling door een zorgaanbieder die deze zorg mag leveren volgens deze aanvullende verzekering. U kunt voor deze bemiddeling een beroep doen op onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling.

U kunt ook een beroep doen op deze afdeling bij algemene vragen over de zorg. Denk hierbij aan het zoeken naar een zorgaanbieder met een bepaalde expertise of hulp bij het vinden van de juiste weg binnen de zorg. Wij bekijken samen met u welke mogelijkheden er zijn.

III. Univé Tand Goed Pakket, Univé Tand Beter Pakket, Univé Tand Best Pakket

Artikel 58. Tandheelkundige zorg

Omschrijving

Tandheelkundige zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Hierbij moet u denken aan bijvoorbeeld een (half-)jaarlijkse controle, gebitsreiniging, het vullen van een gaatje, het trekken van een kies, een kroon of een gedeeltelijke gebitsprothese. De vergoeding is inclusief techniek- en materiaalkosten.

Onder tandheelkundige zorg verstaan wij ook:

- eenvoudige extracties die worden uitgevoerd door de kaakchirurg (code 234032);
- implantologie in de niet-tandeloze kaak uitgevoerd door de kaakchirurg. Wij vergoeden dan de kosten voor het honorarium, de techniek- en materiaalkosten en de bijkomende kosten voor de instelling/het ziekenhuis.

Wie mag de zorg verlenen

Tandarts, mondhygiënist, orthodontist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied. De kaakchirurg mag de zorg verlenen als het gaat om implantologie in de niet-tandeloze kaak en eenvoudige extracties.

Vergoeding voor alle tandheelkundige zorg samen

| | |
|-------------------|--|
| Tand Goed Pakket | maximaal € 250 per kalenderjaar; 100% voor de periodieke controle (C11) en het probleemgericht consult (C13) en 80% voor overige behandelingen |
| Tand Beter Pakket | maximaal € 500 per kalenderjaar; 100% voor de periodieke controle (C11) en het probleemgericht consult (C13) en 80% voor overige behandelingen |
| Tand Best Pakket | maximaal € 1.000 per kalenderjaar; 100% voor de periodieke controle (C11) en het probleemgericht consult (C13) en 80% voor overige behandelingen |

Bijzonderheden

1. Niet vergoed worden de kosten van:
 - niet nagekomen afspraken;
 - orthodontische zorg;
 - algehele narcose (A20).
2. De kosten van tandheelkundige hulp in het buitenland worden ook vergoed. Deze vallen wel onder het maximale bedrag per kalenderjaar.

Artikel 59. Orthodontische zorg

59.1. Voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Omschrijving

Orthodontische zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden.

Wie mag de zorg verlenen

Tandarts of orthodontist.

Vergoeding

| | |
|-------------------|---|
| Tand Goed Pakket | geen vergoeding |
| Tand Beter Pakket | maximaal € 1.500 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering |
| Tand Best Pakket | maximaal € 2.500 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering |

59.2. Voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Omschrijving

Orthodontische zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden.

Wie mag de zorg verlenen

Tandarts of orthodontist.

Vergoeding

| | |
|-------------------|---|
| Tand Goed Pakket | geen vergoeding |
| Tand Beter Pakket | maximaal € 500 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering |
| Tand Best Pakket | maximaal € 1.500 voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering |

Uw tandarts of orthodontist specificeert de uitgevoerde behandelingen op de nota volgens de omschrijving en codering in de tarievenlijst tandheelkundige zorg en orthodontische zorg. Deze tarievenlijsten met maximum tarieven worden voor 2016 vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Artikel 60. Tandheelkundige kosten ten gevolge van een ongeval

Omschrijving

Vergoeding van de kosten voor onvoorziene tandheelkundige zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, waardoor de schade als gevolg van het ongeval aan uw gebit wordt hersteld. Ook de kosten voor de techniek en het materiaal komen voor vergoeding in aanmerking.

Een ongeval is een plotselinge inwerking van geweld op uw lichaam, van buitenaf en buiten uw wil, waardoor medisch aantoonbaar lichamelijk letsel is veroorzaakt.

Het ongeval en de behandeling moeten plaatsvinden tijdens de looptijd van de aanvullende verzekering Univé Tand Goed, Univé Tand Beter of Univé Tand Best Pakket. Daarnaast moet de behandeling plaatsvinden binnen 1 jaar na het ongeval, tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er wel of geen sprake is van een noodzakelijk uitstel.

Wie mag de zorg verlenen

Tandarts of kaakchirurg in Nederland.

Toestemming

U hebt vooraf onze toestemming nodig. Bij uw aanvraag voor toestemming moet een door u ingevuld formulier 'vragenformulier ongeval', een behandelplan met kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's zitten. Het behandelplan moet zijn opgesteld door uw tandarts of kaakchirurg. Onze adviserend tandarts beoordeelt of u redelijkerwijs op de zorg bent aangewezen en of de zorg niet onnodig duur is.

Vergoeding

| | |
|-------------------|-------------------------------|
| Tand Goed Pakket | maximaal € 10.000 per ongeval |
| Tand Beter Pakket | maximaal € 10.000 per ongeval |
| Tand Best Pakket | maximaal € 10.000 per ongeval |

Bijzonderheden

U hebt geen recht op vergoeding van:

- kosten als gevolg van ziekte of een ziekelijke afwijking;
- kosten als gevolg van grove schuld of roekeloosheid/opzet;
- kosten als gevolg van het gebruik van alcohol en/of verdovende middelen;
- kosten als gevolg van deelname aan een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging;
- kosten die niet onvoorzien zijn en niet het gevolg zijn van een ongeval;
- kosten van een behandeling in het buitenland;
- kosten van orthodontische zorg.