

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B en Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. te Leiden.  
Zaak : Aanvullende ziektekostenverzekering, mondzorg, ongeval, nuttigen voedsel  
Regelgeving : Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2022  
Zaaknummer : 202201984  
Zittingsdatum : 21 juni 2023

## 1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. te Leiden, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

## 2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij brief van 11 maart 2023 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 14 april 2023 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 15 mei 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 16 mei 2023 aan verzoekster gestuurd. Bij brief van 9 juni 2023 heeft verzoekster hierop gereageerd. Deze brief is op 13 juni 2023 in kopie aan de ziektekostenverzekeraar 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. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 21 juni 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.4. Na sluiting van de mondelinge behandeling (i.e. afsluiting van het onderzoek door de commissie) heeft verzoekster bij e-mailbericht van 22 juni 2023, zonder instemming van de ziektekostenverzekeraar en zonder daartoe door de commissie in de gelegenheid te zijn gesteld, nog aanvullende stukken aan de commissie gestuurd. Deze stukken worden, gelet op het feit dat de schriftelijke ronde reeds was geëindigd en de hoorzitting al had plaatsgevonden en gelet op het bepaalde in artikel 14.1 van het Reglement voor het behandelen van klachten door de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen, door de commissie buiten beschouwing gelaten. Voor de commissie bestaat geen aanleiding voor verder onderzoek na de hoorzitting.

## 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Zeker Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Standaard (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Op 20 mei 2022 heeft verzoekster op een steentje in een krentenbol gebeten waardoor een van haar kiezen is gebroken. De behandelend tandarts heeft op 20 juli 2022 namens verzoekster een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor een tandheelkundige behandeling, bestaande uit onder meer het plaatsen van een implantaat met hierop een kroon.

- 3.3. Bij brief van 4 augustus 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar meermaals om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brieven van 20 september 2022 respectievelijk 9 november 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

#### 4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de aangevraagde tandheelkundige behandeling moet vergoeden op grond van de ongevallendeckking van de aanvullende ziektekostenverzekering (tot maximaal € 10.000,-).
- 4.2. Verzoekster heeft hiertoe aangevoerd dat de benodigde tandheelkundige zorg het gevolg is van een ongeval. Op grond van de begrippenlijst behorende bij de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de Begrippenlijst) is sprake van een ongeval bij een plotselinge inwerking van geweld op het lichaam van buitenaf buiten de wil van de verzekerde waardoor medisch aantoonbaar lichamelijk letsel is veroorzaakt. Verzoekster heeft toegelicht dat zij een hap heeft genomen van een krentenbol, waarbij zij heeft gebeten op een steentje, dat verhuuld in deze krentenbol zat. Dit kan worden aangemerkt als een plotselinge inwerking van geweld op het lichaam van buitenaf. De schade die hierdoor is ontstaan, namelijk het breken van een gave kies tot in de wortel, waarbij ook de tandzenuw is gesneuveld, is het rechtstreekse gevolg van het steentje dat door een natuurlijke beweging tussen de gebitselementen is geklemd. De ziektekostenverzekeraar heeft zich ten onrechte op het standpunt gesteld dat het bijten op een steentje geen rechtstreekse inwerking van geweld betreft en dat geen sprake is van geweld van buitenaf, omdat het steentje zich al in de mond bevond. In dit verband vergelijkt verzoekster het bijten op een steentje in een krentenbol met het doorslikken van een prikpen, een te hete aardappelkroket of lampenolie. In deze situaties kan niet worden volgehouden dat geen sprake is van een ongeval met rechtstreekse inwerking van geweld. Ook het argument dat het geen van buiten komend geweld betreft, omdat het object of de vloeistof zich al in de mond bevond, kan in bedoelde gevallen niet worden gevolgd. Dit geldt eveneens voor het bijten op een steentje in een krentenbol. Daarbij komt dat in de situatie van verzoekster tussen het afhappen en de gewraakte kauwbeweging maar één seconde heeft gezeten, waardoor ook naar de tijdsperiode bezien, het steentje wel degelijk als van buiten komend moet worden aangemerkt.
- 4.3. Verzoekster bestrijdt dat het hier gaat om een gebeurtenis waarvan zij vooraf had kunnen voorzien dat schade aan het gebit kon ontstaan. Zij had onmogelijk kunnen bevroeden dat het consumeren van iets alledaags als een krentenbol tot vergaande schade aan het gebit zou kunnen leiden. Verzoekster heeft verklaard dat zij al jaren probleemloos krentenbollen eet. De bewuste krentenbol bleek onverwacht een steentje te bevatten. Hiervan nam zij pas kennis toen zij dit object doorbeet. Met het eten van de krentenbol heeft verzoekster noch de opzet gehad noch op de koop toegenomen dat daarbij haar gave kies zou worden vernield. Daarbij komt dat het bijten in een krentenbol niet te vergelijken is met situaties waarin bewust een risico wordt genomen, zoals het openen van een fles of het kraken van noten met de tanden.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar erkent volgens verzoekster dat het in de mond raken van schadeveroorzakende voorwerpen, zoals een flessendop, of voedingsmiddelen, zoals noten, zonder meer onder de ongevallendeckking van de aanvullende ziektekostenverzekering valt. De ziektekostenverzekeraar heeft immers verklaard dat een uitsluiting pas relevant is als iets onder de dekking valt. Het openen van een fles met de tanden en het eten van noten valt dus wel degelijk onder de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering, om vervolgens - terecht - te worden uitgesloten op grond van 'eigen schuld'. Hieruit kan worden opgemaakt dat ook het in de mond brengen van een steentje dat schade veroorzaakt onder de dekking valt. Vervolgens wordt deze situatie niet uitgesloten door de uitsluitingsgronden in de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering, onder meer omdat 'eigen schuld' hierin ontbreekt.

- 4.5. Daarbij komt dat de ziektekostenverzekeraar telefonisch heeft toegezegd dat de tandheelkundige kosten voor vergoeding in aanmerking komen. Verzoekster heeft op 23 juni 2022 telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar en gevraagd of zij voldeed aan de voorwaarden voor vergoeding vanuit de ongevalsdekking tandheelkunde. Er is toen besproken of haar situatie een ongeval betrof, of zij zich binnen de gestelde termijn bij de ziektekostenverzekeraar had gemeld en of de schade en de kosten direct voortvloeiden uit het ongeval. Al deze vragen zijn in het telefoongesprek door de medewerker van de ziektekostenverzekeraar bevestigend beantwoord. Verzoekster had op dat moment een medewerker van de ziektekostenverzekeraar aan de telefoon en had daarom geen reden om te twifelen aan de juistheid van de informatie die werd verschaft. De ziektekostenverzekeraar stelt zich thans op het standpunt dat uit de gespreksnotitie niet blijkt dat een vergoeding is toegezegd. Echter, uit de gespreksnotitie blijkt ook niet dat de aanvraag zou worden afgewezen of dat hierover twijfel bestond. Verzoekster was te goeder trouw en heeft de uitspraken van de medewerker van de ziektekostenverzekeraar als juist mogen opvatten en zij heeft op basis hiervan terecht vervolgstappen ondernomen.
- 4.6. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling op het vorenstaande nog verklaard dat zij erg van slag was door het verliezen van de kies. De ziektekostenverzekeraar heeft rommelig met haar gecommuniceerd. Zij heeft telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar en heeft de geldende voorwaarden toen doorgenomen. Op 4 augustus 2022 is de aanvraag afgewezen, omdat gebitsschade die te voorzien is, niet wordt vergoed. Verzoekster heeft om uitleg van deze beslissing gevraagd, aangezien haar schade niet voorzienbaar was. Zij heeft hiertoe meerdere malen contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Uiteindelijk heeft de ziektekostenverzekeraar pas op 9 november 2022 toegelicht dat het eten van een krentenbol geen ongeval is. Verzoekster heeft zich op het standpunt gesteld dat het bijten op een steentje in een krentenbol wel degelijk een ongeval is en dat dit ongeval niet te voorzien was. Er is geen sprake van normaal eten als er een steentje in voedsel zit. Daarnaast komt het steentje van buitenaf. Ten aanzien van het begrip 'geweld' merkt verzoekster op dat het steentje een bepaalde weerstand had en dat daardoor de schade is veroorzaakt. Er was dus wel degelijk sprake van geweld. Voor de medewerker van de ziektekostenverzekeraar die verzoekster heeft gesproken én haar behandelend tandarts, was het overigens duidelijk dat het om een ongeval ging. Op het formulier dat de tandarts moest invullen voor de ziektekostenverzekeraar is gevraagd of de oorzaak van het ongeval het nuttigen van voedsel of drank was. Met die mogelijkheid houdt de ziektekostenverzekeraar dus al rekening. Verzoekster bestrijdt verder dat sprake is van eigen schuld. Volgens de ziektekostenverzekeraar is dit echter wél het geval, omdat zij op het steentje heeft gebeten. Op grond van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering mag pas met de behandeling worden gestart nadat de aanvraag is goedgekeurd. Ook moet de behandeling binnen één jaar worden afgerond. De behandeling van verzoekster is gestart voordat de aanvraag is goedgekeurd. De reden hiervoor is dat verzoekster een ontsteking in de kaak kreeg. Hierdoor kon niet langer worden gewacht. Het zou volgens de ziektekostenverzekeraar onlogisch zijn om na een toewijzing nog een aanvraag in te dienen. Volgens verzoekster blijkt uit de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering dat het zo moet gebeuren. Daarnaast is het indienen van een aanvraag ook na een (telefonisch) verkregen toestemming logisch, omdat de ziektekostenverzekeraar vooraf zal willen weten wat er wordt gedaan en wat hiervan de kosten zijn. Verzoekster heeft voorts nog opgemerkt dat het bindend advies van de commissie met nummer 202200697 niet op haar situatie van toepassing is, omdat het in deze zaak ging om een persoon met een reeds zwaar gerestaureerd element. Verzoekster had daarentegen een goed gebit. Verzoekster heeft ter zitting nog opgemerkt dat de behandeling uitgebreider is geweest dan volgens de aanvraag gepland en dat meer kosten zijn gemaakt.
- 4.7. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

## 5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster niet voldoet aan de voorwaarden om in aanmerking te komen voor vergoeding van tandheelkundige kosten na een ongeval. Hij heeft hiertoe gesteld dat geen sprake is geweest van een ongeval. Het begrip ongeval is in de Begrippenlijst gedefinieerd. Een ongeval is een plotselinge en rechtstreekse inwerking van een van buiten komend geweld, waardoor lichamelijk letsel wordt toegebracht waarvan door de ziektekostenverzekeraar de aard en plaats geneeskundig is vast te stellen. De ziektekostenverzekeraar heeft in eerste instantie in zijn brief van 4 augustus 2022 aangevoerd dat gebeurtenissen waarbij men vooraf kan voorzien dat schade aan het gebit kan ontstaan niet onder deze definitie vallen. Hierbij kan worden gedacht aan het openen van een fles met de tanden, op iets hards bijten zoals noten, het niet-dragen van gebitsbescherming bij relevante sporten en schade ten gevolge van ziekte. In zijn brief van 21 maart 2023 in de ombudsfase heeft de ziektekostenverzekeraar geschreven dat deze zin over de voorzienbaarheid in zijn brief van 4 augustus 2022 een algemene tekst is en dus geen betrekking heeft op de specifieke situatie inzake de krentenbol.
- 5.2. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat het bijten op een steentje in een krentenbol geen rechtstreekse inwerking van een van buiten komend geweld is, omdat een steentje in een krentenbol geen geweld betreft. Ter onderbouwing hiervan verwijst hij naar een bindend advies van de commissie van 24 maart 2023 (SKGZ 202200697) waarin is geoordeeld dat 'normaal' eten en drinken niet onder het begrip ongeval valt, omdat geen sprake is van een 'van buiten werkend geweld'. Dit geldt ook voor het eten van een krentenbol. De ziektekostenverzekeraar merkt daarbij op dat voor zover het bijten op een steentje in een krentenbol wel als geweld kan worden gezien - wat hij betwist - het geweld niet van buiten kwam. De krentenbol bevond zich immers al in de mond zonder schade te veroorzaken. Weliswaar wordt het bijten in een krentenbol niet als uitsluiting genoemd in de polisvoorwaarden, maar dit leidt niet ertoe dat de kosten moeten worden vergoed. Een uitsluiting is namelijk pas relevant als iets onder de dekking valt. De ziektekostenverzekeraar bestrijdt de uitleg die verzoekster geeft aan deze opmerking. Hiermee wordt immers bedoeld dat indien een bepaalde situatie niet als expliciete uitsluitingsgrond is genoemd in de polisvoorwaarden, dit niet automatisch betekent dat dekking bestaat. Er moet nog steeds worden beoordeeld of de situatie valt onder de omschrijving van de dekking, in dit geval of sprake is van een ongeval. Zoals eerder toegelicht, betreft het hier geen ongeval en bestaat dus ook geen dekking.
- 5.3. Het is niet aangetoond dat telefonisch een vergoeding is toegezegd. Daarbij komt dat uit de overgelegde telefoonnotitie blijkt dat is gesproken over de ongevalsdekking en mogelijk is gezegd dat verzoekster hiervoor verzekerd is. Dit laatste betekent echter niet dat is toegezegd dat onder de gegeven omstandigheden ook daadwerkelijk aanspraak bestaat op die ongevalsdekking. Het komt onlogisch voor dat verzoekster via haar behandelend tandarts een machtigingsaanvraag heeft ingediend, ondanks de door verzoekster gestelde toezegging tot vergoeding.
- 5.4. De adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar beoordeelt een aanvraag niet alleen op rechtmatigheid, maar ook op doelmatigheid. Daarnaast geldt dat een medische beoordeling na een verzekeringstechnische beoordeling niet is uitgesloten.
- 5.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar, in aanvulling op het vorenstaande, nog benadrukt dat de situatie van verzoekster geen ongeval betrof, omdat geen sprake was van 'rechtstreeks van buiten komend geweld' als bedoeld in de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Bij inwerking met geweld gaat iets met kracht naar binnen. Een voorbeeld van rechtstreeks van buiten komend geweld is als iemand een klap krijgt. In de situatie van verzoekster gaat het om het bijten op een steentje in een krentenbol. Een kauwbeweging is geen geweld. Het steentje is ook niet met geweld naar binnen gekomen. Daarentegen zou bijvoorbeeld het naar iemand gooien van een steentje wel kunnen worden aangemerkt als geweld. De ziektekostenverzekeraar wil niet beweren dat sprake is van eigen schuld. Er is volgens de

ziektekostenverzekeraar sprake van 'normaal' eten en drinken, maar het is niet normaal dat er een steentje in een krentenbol zit. Hij wijst verzoekster erop dat zij mogelijk de bakkerswinkel of de leverancier aansprakelijk kan stellen.

Op het aanvraagformulier staat inderdaad de vraag of de schade het gevolg is van het nuttigen van eten of drinken. Dit is een selectietool van de ziektekostenverzekeraar. Hiernaar wordt gevraagd, omdat dit op zichzelf al een afwijzingsgrond kan zijn.

In het geval van verzoekster is doorslaggevend geweest dat geen sprake was van een ongeval. De aanvraag is daarom niet inhoudelijk beoordeeld. Het is onduidelijk of een beoordeling van het behandelplan heeft plaatsgevonden.

De ziektekostenverzekeraar bestrijdt dat een toezegging is gedaan en dat de aanvraag een formaliteit betrof. Hij heeft geen verdere informatie kunnen terugvinden over de door verzoekster gestelde toezegging. Medewerkers van de klantenservice hebben de instructie dat zij geen beoordeling mogen doen. Zij geven alleen informatie uit het systeem.

- 5.6. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

## 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 5.6 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. De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden zijn opgenomen in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor tandheelkundige hulp, namelijk 75% van de kosten tot een maximum van € 150,- per kalenderjaar. Hierover bestaat tussen partijen geen geschil. Verzoekster heeft gebruik gemaakt van deze vergoeding. Wat partijen verdeeld houdt, is het antwoord op de vraag of verzoekster aanspraak kan maken op vergoeding van de (overige) kosten van tandheelkundige hulp vanuit de ongevallende dekking tandheelkunde van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- Uit het 'Vergoedingenoverzicht', behorende bij de aanvullende ziektekostenverzekering, volgt dat aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van tandheelkundige hulp na een ongeval tot maximaal € 10.000,- per ongeval. In artikel 13.3. van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is opgenomen wanneer aanspraak kan worden gemaakt op deze vergoeding. In voornoemd artikel staat onder meer dat voor vergoeding in aanmerking komen de kosten van tandheelkundige hulp die nodig is ten gevolge van een ongeval. Deze tandheelkundige hulp moet binnen twaalf maanden na de datum van het ongeval zijn uitgevoerd. De behandeling moet zijn gericht op het letsel, moet doelmatig en gebruikelijk zijn, en mag niet onnodig kostbaar of ingewikkeld zijn.
- 7.3. Ten behoeve van verzoekster is een aanvraag ingediend voor vergoeding van de kosten van tandheelkundige hulp ten laste van de ongevallende dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering. De commissie stelt vast dat tussen partijen de feitelijke aanleiding voor deze aanvraag niet in geschil is, in die zin dat verzoekster onbestreden heeft gesteld dat zij op 20 mei 2022 op een steentje in een krentenbol heeft gebeten en dat haar kies als gevolg hiervan is gebroken.
- 7.4. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag voor een herstelbehandeling afgewezen, omdat in zijn optiek geen sprake is geweest van een ongeval in de zin van de verzekeringsvoorwaarden,

zodat geen aanspraak kan worden gemaakt op dekking, en aan de vraag naar eventueel toepasselijke uitsluitingen en eigen schuld niet wordt toegekomen. Waar het gaat om het bestaan van dekking overweegt de commissie als volgt.

De term 'ongeval' uit artikel 13.3 is in de Begrippenlijst gedefinieerd als 'een plotselinge en rechtstreekse inwerking van een van buiten komend geweld, waardoor lichamelijk letsel wordt toegebracht waarvan door [de ziektekostenverzekeraar] de aard en plaats geneeskundig is vast te stellen'. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd en ter zitting toegelicht dat naar zijn oordeel bij het bijten op een steentje in een krentenbol geen sprake is van rechtstreekse inwerking van een van buiten komend geweld, omdat het kauwen op een steentje in een krentenbol geen geweld betreft. Hierbij heeft hij verwezen naar een bindend advies van de commissie van 24 maart 2023 (SKGZ 202200697). Voor zover het bijten op een steentje in een krentenbol wel als geweld kan worden gezien - wat hij betwist - was er geen rechtstreekse inwerking van buiten, omdat het steentje niet met geweld naar binnen is gekomen, maar zich al in de mond bevond.

- 7.5. Waar het de diverse elementen van deze definitie betreft, geldt dat vast staat dat het steentje van buiten kwam. De stelling van de ziektekostenverzekeraar in dit verband dat het steentje zich na het afhappen in de mond bevond, aanvankelijk zonder daar schade te veroorzaken, overtuigt niet en lijkt, nog afgezien van het zeer korte tijdsverloop, vooral voort te komen uit een eigen - engere - interpretatie van de woorden 'van buiten komend'. Voor een zodanige interpretatie biedt de definitie evenwel geen steun.
- Met het verloren gaan van de kies vormt het lichamelijk letsel een gegeven. Het laatste geldt ook voor de 'rechtstreekse inwerking', nu er immers geen andere oorzaak dan het van buiten komende steentje voor het verlies aanwijsbaar is, en dit ook niet is gesteld of gebleken.
- Waar het erom gaat of kan worden gesproken van 'geweld', heeft de commissie in een eerdere, door de ziektekostenverzekeraar aangehaalde, zaak overwogen dat dit bij 'normaal' eten en drinken niet aan de orde is. In het onderhavige geval is, naar het oordeel van de commissie, van 'normaal' eten geen sprake, omdat bij het nuttigen van een krentenbol redelijkerwijs geen rekening hoeft te worden gehouden met de mogelijkheid dat hierin een steentje aanwezig zou kunnen zijn, zoals ook door de ziektekostenverzekeraar is erkend. De kracht waarmee het steentje heeft ingewerkt op de kies, en waardoor de schade is ontstaan, merkt de commissie aan als 'geweld' als bedoeld in de Begrippenlijst. Dat die kracht werd veroorzaakt door de kauwbeweging van verzoekster maakt de conclusie niet anders. Daarbij overweegt de commissie dat verzoekster niet voorzichtig hoefde te zijn met het kauwen omdat zij er niet op bedacht hoefde te zijn dat zich mogelijk een steentje in de krentenbol zou bevinden. Vanzelfsprekend kan dit anders zijn bij het nuttigen van voedsel met een harde structuur, zoals noten of hardgebakken producten, dan wel van vruchten met een pit.
- Het voorgaande leidt tot de conclusie dat aan de diverse elementen van de definitie van een ongeval is voldaan, zodat in beginsel dekking bestaat op grond van artikel 13.3. van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 7.6. Vervolgens moet worden nagegaan of een uitsluiting van toepassing is. Dat is niet het geval. Er is geen sprake van eigen schuld aan de zijde van verzoekster, in de zin dat de schade aan de kies een gevolg is van een omstandigheid die aan haar kan worden toegerekend (art. 6:101 BW). De ziektekostenverzekeraar heeft dit ter zitting ook erkend.
- Tot slot merkt de commissie op dat in artikel 13.3 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat de behandeling moet zijn gericht op het letsel, doelmatig en gebruikelijk moet zijn, en niet onnodig kostbaar of ingewikkeld mag zijn. De ziektekostenverzekeraar heeft weliswaar verklaard dat - indien aan een inhoudelijke beoordeling zou zijn toegekomen - hierbij ook de doelmatigheid van de aangevraagde behandeling zou zijn meegenomen, maar verder heeft hij niet gesteld dat een implantaat met kroon onder de gegeven omstandigheden niet aan dit criterium voldoet. Hetzelfde geldt voor het kostenaspect.
- 7.7. Gelet op hetgeen hiervoor is overwogen, concludeert de commissie dat verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de aangevraagde tandheelkundige behandeling (aanvraag gedateerd 20 juli 2022) onder aftrek van hetgeen ter zake al werd vergoed.

De commissie merkt op dat eventuele verdere kosten die verzoekster stelt te hebben gemaakt en die geen onderdeel zijn van de aangevraagde tandheelkundige behandeling, buiten de reikwijdte van het onderhavige geschil vallen en daarmee ook buiten de toewijzing van het verzoek door de commissie.

*Slotsom*

7.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

8.1. De commissie beslist dat:

- (i) verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de aangevraagde behandeling op grond van de ongevalsdekking van de aanvullende ziektekostenverzekering;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 6 september 2023,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs



### **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](http://www.rechtspraak.nl).*

### **BIJLAGE - Relevante bepalingen**

1. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering.

Vergoedingsoverzicht 2022	Basisverzekering Zorg Zeker Polis en Zorg Vrij Polis	Artikel- nummer	AV-Basis	AV-Sure	AV-Standaard	AV-GeZZin Compact	AV-GeZZin	AV-Top	AV-Plus	AV-Totaal	Artikel- nummer
<b>Revalidatie</b>											
Revalidatie	100%*	B8	-	-	-	-	-	-	-	-	
<b>Tandheelkundige hulp</b>											
<b>Tandheelkundige hulp tot 18 jaar (in aanvulling op de basisverzekering)</b>											
Basis tandheelkundige hulp exclusief kronen, bruggen en orthodontie	100%*, exclusief uitsluitingen	B18.1/ B18.2	-	-	-	-	-	-	-	-	
Extra tandheelkundige hulp (gegoten vullingen en kronen en bruggen)	-		-	75% max. € 150,00	75% max. € 150,00	75% max. € 250,00	75% max. € 500,00	75% max. € 500,00	75% max. € 500,00	85% max. € 1.000,00	A13.1.1
Orthodontie tot 18 jaar											A13.1.2
- bestaande gebruikers	-		-	-	-	100% max. € 1.000,00	100% max. € 2.000,00	100% max. € 1.750,00	-	100%	
- nieuwe gebruikers vanaf 2018	-		-	-	-	100% max. € 1.000,00 (wachtijd 12 maanden)	100% max. € 1.750,00 (wachtijd 12 maanden)	100% max. € 1.500,00 (wachtijd 12 maanden)	-	-	
<b>Tandheelkundige hulp vanaf 18 jaar (maximum geldt voor alle vergoedingen samen)</b>											
Totale maximum vergoeding voor tandheelkundige hulp	-		-	max. € 150,00	max. € 150,00	max. € 250,00	max. € 500,00	max. € 500,00	max. € 500,00	max. € 1.000,00	A13.2
controle	-		-	100% tot de maximum vergoeding	100% tot de maximum vergoeding	100% tot de maximum vergoeding	100% tot de maximum vergoeding	100% tot de maximum vergoeding	100% tot de maximum vergoeding	100% tot de maximum vergoeding	A13.2.1
overige tandheelkundige hulp (o.a. preventie, mondhygiëne, röntgendiagnostiek, gegoten vullingen, kronen en bruggen, orthodontie, prothetische hulp)	-		-	75% tot de maximum vergoeding	75% tot de maximum vergoeding	75% tot de maximum vergoeding	75% tot de maximum vergoeding	75% tot de maximum vergoeding	75% tot de maximum vergoeding	85% tot de maximum vergoeding	A13.2.2
Volledige gebitsprothesen	75%*	B18.3	-	75% (eigen bijdrage) tot de maximum vergoeding	75% (eigen bijdrage) tot de maximum vergoeding	75% (eigen bijdrage) tot de maximum vergoeding	75% (eigen bijdrage) tot de maximum vergoeding	75% (eigen bijdrage) tot de maximum vergoeding	75% (eigen bijdrage) tot de maximum vergoeding	85% (eigen bijdrage) tot de maximum vergoeding	A13.2.2
Gebitsprothesen reparaties en rebasen	100%*, exclusief eigen bijdrage		-	-	-	-	-	-	-	-	
Kaakchirurgische zorg	100%*, exclusief eigen bijdrage		-	-	-	-	-	-	-	-	
Ongevalsekking tandheelkunde	-		100% max. € 10.000,00	100% max. € 10.000,00	100% max. € 10.000,00	100% max. € 10.000,00	100% max. € 10.000,00	100% max. € 10.000,00	100% max. € 10.000,00	100% max. € 10.000,00	A13.3
Implantaten in betande kaak	-		-	-	-	-	-	-	100% max. € 750,00 door tandarts of 100% max. € 500,00 door kaakchirurg	100% max. € 750,00 door tandarts of 100% max. € 500,00 door kaakchirurg	A13.4
Tandheelkundige zorg bijzondere gevallen	100%*, exclusief eigen bijdrage	B18.4.1	-	-	-	-	-	-	-	-	
<b>Delen van tandvergoeding (* tegen extra premie)</b>											
Totaal vergoeding per twee (betalende) verzekerden	-		-	max. € 300,00	max. € 300,00	max. € 500,00	max. € 1.000,00	max. € 1.000,00	max. € 1.000,00	max. € 2.000,00	A13.2.3
<b>Overige vergoedingen</b>											
Bezoekkosten opgenomen gezinslid	-		100% max. € 250,00	-	100% max. € 250,00	-	100% max. € 250,00	100% max. € 250,00	100% max. € 250,00	100% max. € 300,00	A14.1
Contributie patiëntenvereniging voor chronische aandoeningen	-		max. € 20,00	-	max. € 20,00	-	max. € 20,00	max. € 20,00	max. € 20,00	max. € 20,00	A14.2
Vergoeding eigen bijdrage Wlz/Wmo (thuiszorg)	-		-	-	-	-	-	-	100% max. € 200,00	100% max. € 200,00	A14.4
Lidmaatschap thuiszorgorganisatie	-		-	-	-	-	100% max. € 17,50	-	-	100% max. € 17,50	A14.5
Contributie sportvereniging tot 18 jaar	-		-	-	-	-	100% max. € 50,00 contributie van sportvereniging aangesloten bij NOC*NSF	-	-	100% max. € 50,00 contributie van sportvereniging aangesloten bij NOC*NSF	A14.6

### 13.3 Ongevalsekking tandheekkunde

#### Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van tandheekkundige hulp die nodig zijn ten gevolge van een ongeval en binnen twaalf maanden na de datum van het ongeval uitgevoerd zijn. De behandeling gericht op het letsel moet doelmatig en gebruikelijk zijn en de behandeling mag niet onnodig kostbaar of ingewikkeld zijn.

#### Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- u moet het ongeval binnen zestig dagen schriftelijk bij ons melden. Zie [zorgzekerheid.nl/verhaalszaken](http://zorgzekerheid.nl/verhaalszaken) voor de mogelijkheden om het ongeval bij ons te melden;
- het tandheekkundig letsel is ontstaan door een ongeval tijdens de looptijd van de verzekering;
- de kosten zijn een direct gevolg van het ongeval;
- de behandeling vindt plaats door een daartoe bevoegde zorgverlener.

Indien het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen (meer dan twaalf maanden na het ongeval), beoordeelt onze adviserend tandarts of er wel of geen sprake is van een noodzakelijk uitstel.

#### Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

- u heeft vooraf schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid. De tandarts dient de aanvraag voor schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid in via het digitale portaal van VECOZO. De aanvraag dient vergezeld te gaan van een motivatie van de tandarts;
- de zorgverlener geeft bij de aanvraag een verklaring mee waaruit blijkt dat het tandheekkundig letsel is ontstaan door het ongeval.

#### Welke kosten worden niet vergoed?

De kosten:

- als gevolg van ziekte of een ziekelijke afwijking;
- als gevolg van grove schuld of roekeloosheid/opzet;
- als gevolg van het gebruik van alcohol en/of verdovende middelen;
- als gevolg van deelname aan een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging;
- die voorzien zijn en niet het gevolg zijn van een ongeval;
- van een behandeling in het buitenland;
- van orthodontische zorg;
- vanaf een jaar na de datum van het ongeval die ontstaan zijn ten gevolge van een ongeval in het buitenland. Meer informatie over tandheekkundige hulp in het buitenland kunt u vinden in artikel 3.3.2 in deze polisvoorwaarden.

#### Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis  
AV-Sure  
AV-Standaard  
AV-GeZZin Compact  
AV-Top  
AV-GeZZin  
AV-Plus  
AV-Totaal

100% tot maximaal € 10.000,00  
per gebeurtenis

### 13.4 Implantaten in een betande kaak

#### Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten voor:

- onderzoek, diagnostiek en opstellen behandelplan;
- botopbouw die noodzakelijk is om het implantaat te plaatsen;
- plaatsen van het implantaat;
- de kosten van het implantaat.

#### Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De behandeling dient te worden uitgevoerd door een tandarts of kaakchirurg.

#### Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

<b>AV-Basis</b> <b>AV-Sure</b> <b>AV-Standaard</b> <b>AV-GeZZin Compact</b> <b>AV-Top</b> <b>AV-GeZZin</b>	<b>AV-Plus</b> <b>AV-Totaal</b>
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 750,00 door een tandarts of 100% tot maximaal € 500,00 door een kaakchirurg

## Artikel 14 Overige

### 14.1 Bezoekkosten opgenomen gezinslid

#### *Wat wordt er vergoed?*

Bij opname van een gezinslid in een ziekenhuis of revalidatie-instelling in Nederland komen per verzekerde, per kalenderjaar, de kosten van vervoer van de verzekerde van het woonadres naar de instelling en terug in aanmerking voor vergoeding.

#### *Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?*

- het opgenomen gezinslid moet ook aanvullend zijn verzekerd bij Zorg en Zekerheid;
- de gezinsleden wonen op hetzelfde adres;
- bij de declaratie moet worden vermeld:
  - de naam van de opgenomen en van de bezoekende verzekerde;
  - de naam van het ziekenhuis of revalidatie-instelling;
  - de periode waarin de bezochte verzekerde opgenomen is geweest.

#### *Wat moet ik nog meer weten?*

- de vergoeding wordt berekend op basis van de kortst gebruikelijke afstand. De afstand wordt berekend aan de hand van de 'kortste route' volgens de ANWB routeplanner op [anwb.nl/routeplanner](http://anwb.nl/routeplanner);
- als u reist met eigen vervoer dan geldt een vergoeding van € 0,32 per kilometer. De enkele reisafstand wordt verminderd met 20 kilometer per rit (40 kilometer retour), waarvan de kosten voor eigen rekening blijven;
- als u gebruikmaakt van de (rolstoel)taxi betreft het alleen een kilometervergoeding;
- als u gebruikmaakt van het openbaar vervoer dan wordt de vergoeding verleend op basis van de kosten voor de kortste route en de genoemde prijs voor de laagste klasse op [9292.nl](http://9292.nl);
- de vergoeding kan voor maximaal één bezoek per dag worden toegekend.

#### *Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?*

<b>AV-Sure</b> <b>AV-GeZZin Compact</b>	<b>AV-Basis</b> <b>AV-Standaard</b> <b>AV-Top</b> <b>AV-GeZZin</b> <b>AV-Plus</b>	<b>AV-Totaal</b>
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 250,00	100% tot maximaal € 300,00

### 14.2 Contributie patiëntenvereniging

#### *Wat wordt er vergoed?*

In aanmerking komen de kosten van het lidmaatschap van een patiëntenvereniging aangesloten bij Patiëntenfederatie Nederland (NPCF) of bij koepelorganisatie leder(in), per verzekerde, per kalenderjaar.

#### *Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?*

Het moet een patiëntenvereniging zijn voor verzekerden met een chronische aandoening.

#### *Welke kosten worden niet vergoed?*

- de contributies voor belangenorganisaties zijn voor uw eigen rekening;
- donaties en steunend lidmaatschap.

#### *Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?*