

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, en ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. te
Amersfoort en ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V. te Utrecht
Zaak : Mondzorg, ongeval, duur van de dekking
Regelgeving : Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020 en 2021
Zaaknummer : 202200179
Zittingsdatum : 5 oktober 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,

en

- 1) ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort, en
 - 2) ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V. te Utrecht,
- hierna samen te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 15 juni 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 7 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 2 augustus 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 9 augustus 2022 aan verzoekster 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 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. Verzoekster was in 2020 en 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Vrije Keuze (combinatie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Pechvogelhulp Plus (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Verzoekster sloot tevens de aanvullende verzekeringen ZorgBeter en TandBeter af. Deze aanvullende verzekeringen en de zorgverzekering zijn niet in geschil en blijven om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Bij aanvraagformulier van 29 maart 2021 heeft verzoekster aanspraak gemaakt op mondzorg als gevolg van een ongeval dat op 26 september 2020 heeft plaatsgevonden. Verzoekster heeft in de aanvraag vermeld, voor zover hier van belang:

"(...) 5. Welke klachten ervaar je naar aanleiding van het ongeval?

Mijn hand. Ik heb hier een foto van laten maken maar niet gebroken wel gekneusd. En mijn tanden. Een snijtand afgebroken en last van mijn kies. Nu blijkt dat de kies is gebarsten en dat deze getrokken moet worden.

(...)

*7. Op welke zorg wil je beroep doen vanuit de pechvogelhulp?
Tandartskosten (...)"*

- 3.3. Bij brief van 16 april 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is goedgekeurd. In de brief is vermeld, voor zover hier van belang:
(...) *Welke kosten betalen wij?*
Wij betalen de kosten van mondzorg die verband houden met het ongeval. Voor de vaststelling van de vergoeding kijken wij naar het jaar waarin de eerste behandeling plaatsvond. De periode van vergoeding duurt maximaal een jaar vanaf de eerste behandeling. (...)"
- 3.4. In februari 2021 is een kies (element 47) bij verzoekster getrokken. Op 19 september 2021 is hiervoor in de plaats een implantaat aangebracht. De kosten voor laatstgenoemde behandeling zijn door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Op 8 november 2021 is een kroon geplaatst op het implantaat. De kosten hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar niet vergoed.
- 3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verschillende malen om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailberichten van 10 december 2021 en 12 januari 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 het aanbrengen van een kroon op 8 november 2021 moet voldoen op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering. Verzoekster heeft hiertoe aangevoerd dat zij een aanvraag heeft ingediend bij de ziektekostenverzekeraar, omdat haar kies was gebroken en verloren was gegaan als gevolg van een ongeval. De ziektekostenverzekeraar heeft deze aanvraag goedgekeurd bij brief van 16 april 2021. In de brief is vermeld dat de periode voor vergoeding maximaal één jaar duurt na de eerste behandeling. Verzoekster stelt dat de eerste behandeling aan haar kies heeft plaatsgevonden op 19 september 2021, zodat zij er redelijkerwijs op mocht vertrouwen dat ook de behandeling in november 2021 nog zou worden vergoed. Daarbij heeft verzoekster nog opgemerkt dat in de brief van 16 april 2021 niet is vermeld tot wanneer de goedkeuring geldt en/of voor welke datum de aangevraagde behandeling moet zijn afgerond. Verzoekster stelt dat dit wel op de weg van de ziektekostenverzekeraar had gelegen dit te doen. Overigens heeft verzoekster aangevoerd dat het aanbrengen van een implantaat en het daarop bevestigen van een kroon als één behandeling moet worden gezien. Verder heeft verzoekster nog opgemerkt dat zij niet eerder een beroep heeft gedaan op de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering en zij in dit verband niet kan plaatsen, waarom de ziektekostenverzekeraar de vergoeding van tandheelkundige zorg op basis van een andere aanvullende verzekering betreft bij de beoordeling van de dekking.
- 4.2. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop aangevoerd dat er enige tijd is verstreken tussen het moment dat haar kies is getrokken en een implantaat is aangebracht. Dit vanwege het feit dat haar kaak eerst moest herstellen, maar ook de coronamaatregelen en de zomervakantie ervoor hebben gezorgd dat dit enige tijd op zich heeft laten wachten. Daarnaast geldt dat zij onder behandeling was van een tandarts die eigenlijk al met pensioen is, maar met enige regelmaat bijspringt. Daardoor is deze tandarts beperkt beschikbaar.

5. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster geen recht heeft op een andere of hogere vergoeding dan reeds aan haar is toegekend op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat verzoekster op 26 september 2020 een ongeval is overkomen. Bij dit ongeval liep zij gebitsletsel op aan haar snijtand (element 22) en haar kies (element 47). Zorgkosten die samenhangen met het herstel hiervan, welke niet vallen onder de dekking van de zorgverzekering of een andere aanvullende verzekering, kunnen onder bepaalde voorwaarden worden vergoed op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering. Eén van de voorwaarden is dat de behandeling moet hebben plaatsgevonden binnen één jaar na de eerste behandeling als gevolg van het ongeval. De verzekeringsvoorwaarden zij

hierover duidelijk. De eerste behandeling heeft op 1 oktober 2020 plaatsgevonden, te weten tandheelkundige zorg aan de snijtand. Dit betekent dat de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering liep tot 1 oktober 2021, terwijl de kroon pas in november 2021 is aangebracht. Daarmee vallen de hiermee samenhangende kosten buiten de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering. Overigens heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat het aanbrengen van een implantaat en het plaatsen van een kroon wel degelijke twee verschillende behandelingen zijn, die overigens ook niet gelijktijdig worden uitgevoerd.

- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat eerst wordt beoordeeld of zorgkosten onder de dekking van de zorgverzekering vallen en daarna wordt beoordeeld of deze kosten onder de dekking van de afgesloten aanvullende verzekeringen vallen. Als dit alles niet het geval is, kunnen de zorgkosten onder de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering komen, mits is voldaan aan de daarin genoemde voorwaarden. Het is dus niet zo - anders dan verzoekster lijkt te veronderstellen - dat een verzekerde bepaalt op basis van welke verzekering zorgkosten al dan niet worden vergoed, maar dat dit ter beoordeling aan de ziektekostenverzekeraar is en de verzekeringsvoorwaarden hierin leidend zijn.

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 is vermeld op pagina 12 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 en artikel 3:35 BW zijn vermeld in de bijlage. 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 de kosten voor het plaatsen van een kroon op 8 november 2021 aan verzoekster dient te vergoeden op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 7.3. De commissie stelt vast dat partijen het er lopende de onderhavige procedure over eens zijn geworden dat de aanvullende ziektekostenverzekering dekking biedt tot één jaar na de eerste behandeling als gevolg van het ongeval. De brief van de ziektekostenverzekeraar van 16 april 2021 geeft geen aanleiding hierover anders te denken. Voor zover verzoekster dit toch deed, dient dit voor haar rekening en risico te komen. Het geschil spitst zich thans nog toe op het antwoord op de vraag wanneer de eerste behandeling als gevolg van het ongeluk heeft plaatsgevonden.
- 7.4. Naar het oordeel van de commissie heeft de eerste behandeling, als gevolg van het ongeval, plaatsgevonden op 1 oktober 2020. Op dat moment heeft verzoekster tandheelkundige zorg ondergaan aan de snijtand. Dit betekent dat de aanvullende ziektekostenverzekering dekking biedt tot 1 oktober 2021 en eventuele kosten die nadien zijn gemaakt voor rekening van verzoekster komen, zo ook de kosten van het aanbrengen van de kroon in november 2021.
- 7.5. Toepassing van de termijn die in de verzekeringsvoorwaarden is genoemd, leidt in de onderhavige situatie niet tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. Daarbij stelt de commissie voorop dat dit slechts in uitzonderlijke gevallen kan worden aangenomen, temeer omdat dit in de onderhavige kwestie ertoe zou leiden dat voorbij wordt gegaan aan de verzekeringsvoorwaarden, terwijl partijen door het afsluiten van de aanvullende ziektekostenverzekering juist zijn overeengekomen dat deze gelden. In dit geval overweegt de commissie dat een doorslaggevende verklaring van verzoekster voor de verstreken termijn

tussen het trekken van de kies en het aanbrengen van een implantaat ontbreekt. Hoewel voorstelbaar is dat enige tijd voorbij dient te gaan voor het herstel van de kaak, voordat een implantaat wordt aangebracht, kan het feit dat verzoekster heeft gekozen voor een tandarts die beperkt beschikbaar is en dat zij ervoor heeft gekozen de behandeling uit te stellen tot na de zomervakantie, de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen. Voorts heeft verzoekster niet aannemelijk gemaakt dat zij, als gevolg van de coronamaatregelen, niet eerder kon worden behandeld. Alles overwegende komt de commissie dan ook tot de conclusie dat de tandheelkundige zorg die verzoekster nodig had als gevolg van het ongeval binnen een jaar had kunnen plaatsvinden.

Slotsom

7.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 15 november 2022,

H.A.J. Kroon

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

Algemene voorwaarden

Wanneer vergoeden we niet?

- Als je ons opzettelijk onjuiste informatie hebt gegeven. Bijvoorbeeld bij de aanvang van je verzekering, bij het declareren van een nota of als je een belangrijke wijziging niet hebt doorgegeven.
- Als je zorgkosten op basis van een wet, een regeling of een andere (speciale) verzekering al dan niet van ouder datum al worden vergoed of op een andere verzekering gedekt zou zijn als deze verzekering niet bestond. Als dat het geval is, vergoeden we de zorgkosten pas als je niet meer in aanmerking komt voor een andere regeling of verzekering. En we vergoeden dan alleen het bedrag boven de maximale vergoedingen in de andere regelingen of verzekeringen.
- Als je volgens de Wlz recht hebt op een vergoeding.
- Je hebt alleen recht op een vergoeding als je de zorg krijgt in de periode waarin je bij ons verzekerd bent.
- Zorgkosten die je hebt gemaakt in de periode dat je nog niet bij ons verzekerd was, vergoeden we niet. We kijken hierbij naar de datum van behandeling of verstrekking van het hulpmiddel.
- Consulten, behandelingen, geneesmiddelen of hulpmiddelen verleend, voorgeschreven of verstrekt door een verzekerde voor zichzelf of binnen het gezin door een gezinslid voor een verzekerde vergoeden we niet, tenzij wij hiervoor toestemming hebben verleend.

We vergoeden ook niet:

- De eigen bijdragen voor de Wlz en eigen bijdragen bij bevolkingsonderzoeken.
- Behandelingen die in strijd zijn met de Wet op Bevolkingsonderzoeken.
- Kosten van:
 - Celtherapie.
 - Een niet nagekomen afspraak.
 - Keuringen en verklaringen.
 - Fysiofitness en medische fitness, al dan niet onder begeleiding van een fysiotherapeut.
 - Kosten die zijn veroorzaakt of verband houden met molest of atoomkernreacties.

Wat vergoeden we als je schade hebt door terrorisme?

In je basisverzekering is schade door terrorisme gedekt bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. (NHT). Lees hier meer over in de Clausule Terrorismedekking.

Waar is je verzekering op gebaseerd?

Je verzekering sluiten wij voor je af op basis van de gegevens die je ons verstrekt. Je bent verplicht om alle vragen zo volledig mogelijk te beantwoorden. Dit geldt ook voor de informatie die je ons geeft over iemand die je wilt meeverzekeren.

Wanneer begint je Pechvogelhulp Plus?

- De verzekering gaat voorlopig in op de datum dat we je aanvraag hebben ontvangen en gaat definitief in als we je aanvraag hebben geaccepteerd. De ingangsdatum van je polis staat op je polisblad die je via Mijn Ditzo kunt inzien.
- Je hebt 14 dagen bedenktijd zodra je de verzekering afsluit. In die periode kun je, zonder enige verplichting, de verzekering ongedaan maken. De premie die je dan al hebt betaald, betalen we je volledig terug.
- Je zorgverzekering geldt voor onbepaalde tijd. Je hebt elk jaar de mogelijkheid om je verzekering op te zeggen. Dit gebeurt dan per 1 januari van het volgende jaar.

Wanneer en hoe kun je de Pechvogelhulp Plus wijzigen?

Je kunt wijzigingen voor je Pechvogelhulp Plus via Mijn Ditto of telefonisch aan ons doorgeven.

Een wijziging van je dekking gaat dan in per 1 januari van het volgende jaar. Sluit deze aanvullende verzekering aan op een andere aanvullende verzekering? Dan wordt bij het bepalen van je vergoeding ook gekeken naar:

- Uitkeringen die je hebt gekregen op je vorige aanvullende verzekering.
- De termijn waarop je recht hebt op een vergoeding.

Kan je de Pechvogelhulp Plus afsluiten als je in het buitenland woont?

De Pechvogelhulp Plus kan door iedereen worden afgesloten die in Nederland belastingplichtig is.

Is je kind jonger dan 18 ook verzekerd?

Een kind jonger dan 18 jaar krijgt dezelfde aanvullende verzekering als die van de verzekeringnemer. Bij een wijziging van de aanvullende verzekering van de verzekeringnemer, wijzigt de aanvullende verzekering van het kind automatisch mee.

Wat als je kind 18 wordt?

Zes weken voorafgaand aan de maand waarin je kind 18 jaar wordt, krijgt het van ons een voorstel voor een volwassenenverzekering. Reageer je hier niet op, dan berekenen we een premie die overeenkomt met je bestaande aanvullende verzekering. De verzekering gaat dan in op de eerste van de maand die volgt op de maand waarin je kind 18 jaar wordt.

Hoe wordt een vergoeding vastgesteld?

- Zorgkosten van de Pechvogelhulp Plus krijg je pas vergoed als deze kosten niet door je basisverzekering of aanvullende verzekering worden vergoed en je aan alle in de artikelen genoemde voorwaarden voldoet, tenzij anders aangegeven.
- Kosten die onder het eigen risico van de basisverzekering vallen, worden niet vergoed.
- Voor de vaststelling van de vergoeding kijken wij naar het jaar waarin de eerste behandeling plaatsvond. De periode van vergoeding duurt maximaal een jaar vanaf de eerste behandeling.

Wat krijg je maximaal vergoed?

De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

- € 12.500 aan zorgkosten van één ongeval per kalenderjaar. Als bij een ongeval niet het hele bedrag wordt gebruikt, kan de rest van het bedrag niet worden gebruikt bij een tweede ongeval in hetzelfde kalenderjaar.
- € 12.500 uitkering bij overlijden na een ongeval.
- Als er al kosten zijn uitgekeerd naar aanleiding van het ongeval en je overlijdt door je verwondingen door dat ongeval later dan komen de al uitgekeerde kosten in mindering op de uitkering bij overlijden na een ongeval.
- het overeengekomen tarief dat is afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders;
- het op dat moment op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
- indien en voor zover geen (maximum-)tarief, op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg is vastgesteld, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het marktconform tarief. Hieronder wordt wettelijk verstaan: de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten. Als een zorgaanbieder kosten in rekening brengt die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten kunnen wij u dit deel derhalve niet vergoeden.
- Ga je per 1 januari over van een Pechvogelhulp Plus naar een Pechvogelhulp en wordt er op de Pechvogelhulp Plus al een uitkering verleend dan wordt deze op het maximum van de Pechvogelhulp in mindering gebracht.

Wat als we meer vergoeden?

Hebben we meer vergoed dan we hadden moeten vergoeden? Dan hebben we het recht om het bedrag dat we teveel hebben betaald terug te vorderen.

Algemene voorwaarden

Wanneer vergoeden we niet?

- Als je ons opzettelijk onjuiste informatie hebt gegeven. Bijvoorbeeld bij de aanvang van je verzekering, bij het declareren van een nota of als je een belangrijke wijziging niet hebt doorgegeven.
- Als je zorgkosten op basis van een wet, een regeling of een andere (speciale) verzekering al dan niet van ouder datum al worden vergoed of op een andere verzekering gedekt zou zijn als deze verzekering niet bestond. Als dat het geval is, vergoeden we de zorgkosten pas als je niet meer in aanmerking komt voor een andere regeling of verzekering. En we vergoeden dan alleen het bedrag boven de maximale vergoedingen in de andere regelingen of verzekeringen.
- Als je volgens de Wlz recht hebt op een vergoeding.
- Je hebt alleen recht op een vergoeding als je de zorg krijgt in de periode waarin je bij ons verzekerd bent.
- Zorgkosten die je hebt gemaakt in de periode dat je nog niet bij ons verzekerd was, vergoeden we niet. We kijken hierbij naar de datum van behandeling of verstrekking van het hulpmiddel.
- Consulten, behandelingen, geneesmiddelen of hulpmiddelen verleend, voorgeschreven of verstrekt door een verzekerde voor zichzelf of binnen het gezin door een gezinslid voor een verzekerde vergoeden we niet, tenzij wij hiervoor toestemming hebben verleend.

We vergoeden ook niet:

- De eigen bijdragen voor de Wlz en eigen bijdragen bij bevolkingsonderzoeken.
- Behandelingen die in strijd zijn met de Wet op Bevolkingsonderzoeken.
- Kosten van:
 - Celtherapie.
 - Een niet nagekomen afspraak.
 - Keuringen en verklaringen.
 - Fysiofitness en medische fitness, al dan niet onder begeleiding van een fysiotherapeut.
 - Kosten die zijn veroorzaakt of verband houden met molest of atoomkernreacties.

Wat vergoeden we als je schade hebt door terrorisme?

In je basisverzekering is schade door terrorisme gedekt bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. (NHT). Lees hier meer over in de Clausule Terrorismedekking.

Waar is je verzekering op gebaseerd?

Je verzekering sluiten wij voor je af op basis van de gegevens die je ons verstrekt. Je bent verplicht om alle vragen zo volledig mogelijk te beantwoorden. Dit geldt ook voor de informatie die je ons geeft over iemand die je wilt meeverzekeren.

Wanneer begint je Pechvogelhulp Plus?

- De verzekering gaat voorlopig in op de datum dat we je aanvraag hebben ontvangen en gaat definitief in als we je aanvraag hebben geaccepteerd. De ingangsdatum van je polis staat op je polisblad die je via Mijn Ditto kunt inzien.
- Je hebt 14 dagen bedenktijd zodra je de verzekering afsluit. In die periode kun je, zonder enige verplichting, de verzekering ongedaan maken. De premie die je dan al hebt betaald, betalen we je volledig terug.
- Je zorgverzekering geldt voor onbepaalde tijd. Je hebt elk jaar de mogelijkheid om je verzekering op te zeggen. Dit gebeurt dan per 1 januari van het volgende jaar.

Wanneer en hoe kun je de Pechvogelhulp Plus wijzigen?

Je kunt wijzigingen voor je Pechvogelhulp Plus via Mijn Ditzo of telefonisch aan ons doorgeven.

Een wijziging van je dekking gaat dan in per 1 januari van het volgende jaar. Sluit deze aanvullende verzekering aan op een andere aanvullende verzekering? Dan wordt bij het bepalen van je vergoeding ook gekeken naar:

- Uitkeringen die je hebt gekregen op je vorige aanvullende verzekering.
- De termijn waarop je recht hebt op een vergoeding.

Kan je de Pechvogelhulp Plus afsluiten als je in het buitenland woont?

De Pechvogelhulp Plus kan door iedereen worden afgesloten die in Nederland belastingplichtig is.

Is je kind jonger dan 18 ook verzekerd?

Een kind jonger dan 18 jaar krijgt dezelfde aanvullende verzekering als die van de verzekeringnemer. Bij een wijziging van de aanvullende verzekering van de verzekeringnemer, wijzigt de aanvullende verzekering van het kind automatisch mee.

Wat als je kind 18 wordt?

Zes weken voorafgaand aan de maand waarin je kind 18 jaar wordt, krijgt het van ons een voorstel voor een volwassenenverzekering. Reageer je hier niet op, dan berekenen we een premie die overeenkomt met je bestaande aanvullende verzekering. De verzekering gaat dan in op de eerste van de maand die volgt op de maand waarin je kind 18 jaar wordt.

Hoe wordt een vergoeding vastgesteld?

- Zorgkosten van de Pechvogelhulp Plus krijg je pas vergoed als deze kosten niet door je basisverzekering of aanvullende verzekering worden vergoed en je aan alle in de artikelen genoemde voorwaarden voldoet, tenzij anders aangegeven.
- Kosten die onder het eigen risico van de basisverzekering vallen, worden niet vergoed.
- Voor de vaststelling van de vergoeding kijken wij naar het jaar waarin de eerste behandeling plaatsvond. De periode van vergoeding duurt maximaal een jaar vanaf de eerste behandeling.

Wat krijg je maximaal vergoed?

De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

- € 12.500 aan zorgkosten van één ongeval per kalenderjaar. Als bij een ongeval niet het hele bedrag wordt gebruikt, kan de rest van het bedrag niet worden gebruikt bij een tweede ongeval in hetzelfde kalenderjaar.
- € 12.500 uitkering bij overlijden na een ongeval.
- Als er al kosten zijn uitgekeerd naar aanleiding van het ongeval en je overlijdt door je verwondingen door dat ongeval later dan komen de al uitgekeerde kosten in mindering op de uitkering bij overlijden na een ongeval.
- het overeengekomen tarief dat is afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders;
- het op dat moment op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
- indien en voor zover geen (maximum-)tarief, op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg is vastgesteld, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het marktconform tarief. Hieronder wordt wettelijk verstaan: de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten. Als een zorgaanbieder kosten in rekening brengt die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten kunnen wij u dit deel derhalve niet vergoeden.
- Ga je per 1 januari over van een Pechvogelhulp Plus naar een Pechvogelhulp en wordt er op de Pechvogelhulp Plus al een uitkering verleend dan wordt deze op het maximum van de Pechvogelhulp in mindering gebracht.

Wat als we meer vergoeden?

Hebben we meer vergoed dan we hadden moeten vergoeden? Dan hebben we het recht om het bedrag dat we teveel hebben betaald terug te vorderen.