

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. J.J.M. Linders

Zaaknummer: 202500406

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) OHRA Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, en
 - 2) OWM CZ groep U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 1 augustus 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 24 augustus 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 6 oktober 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 7 oktober 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 november 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.4. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld te reageren op het ter zitting door verzoekster overgelegde stuk. Bij brief van 11 december 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan verzoekster gezonden.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de OHRA Zorgverzekering Combinatie (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering OHRA Sterk (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 2.2. Verzoekster is op 29 april 2024 met de fiets gevallen, waarbij zij schade aan twee voortanden heeft opgelopen. De volgende dag heeft de spoed tandarts in het ziekenhuis de beschadigde elementen provisorisch hersteld. Enkele dagen later heeft haar eigen tandarts de noodreparaties verwijderd en de elementen 11 en 21 met composiet hersteld. Begin mei 2024 heeft de tandarts een begroting opgesteld voor het plaatsen van twee porseleinen facings. Kort daarna heeft verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend om de hiermee gemoeide kosten te vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Bij bericht van 30 juli 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard hiertoe niet over te gaan.

- 2.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij ongedateerde brief heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten voor het plaatsen van twee porseleinen facings te vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 3.2. Verzoekster heeft toegelicht dat zij op 29 april 2024 met de fiets ten val is gekomen, waarbij delen van de elementen 11 en 21 zijn afgebroken. Een dag later heeft de spoed tandarts in het ziekenhuis de elementen met noodvullingen provisorisch gerepareerd zodat verzoekster deze weer enigszins kon gebruiken. Voor verdere behandeling werd zij verwezen naar haar eigen tandarts. Enkele dagen daarna heeft verzoekster de tandarts geconsulteerd. Deze heeft de noodvullingen verwijderd en haar geadviseerd te kiezen voor een tijdelijke oplossing, omdat op dat moment nog niet duidelijk was of de wortels van de elementen beschadigd waren geraakt. De tijdelijke oplossing bestond uit het herstel van de betreffende elementen met composiet.
- 3.3. Toen vaststond dat de wortels bij de val niet beschadigd waren geraakt, heeft verzoekster de definitieve herstel mogelijkheden met de tandarts besproken. In overleg met haar werd een begroting opgesteld voor herstel in de vorm van het plaatsen van porseleinen facings. Hiervoor werd niet alleen gekozen omdat facings een langere levensduur hebben en slijtvaster zijn, maar ook omdat porseleinen facings het beste aansluiten bij de gebitssituatie van vóór het ongeval. Het is frustrerend dat de ziektekostenverzekeraar de betreffende kosten niet ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering wil vergoeden. Het is immers aan verzoekster om, in overleg van de behandelend specialisten, te besluiten hoe de schade aan het gebit het beste kan worden hersteld. Daarbij is het niet aan de ziektekostenverzekeraar te bepalen dat de schade door het aanbrengen van de composiet restauraties al goed is hersteld en dat de facings alleen een esthetisch doel hebben. In de huidige tijd is esthetiek belangrijker dan ooit en dit zou door de ziektekostenverzekeraar moeten worden meegenomen in zijn besluitvorming. Het voorgaande sluit ook aan bij de verzekeringsvoorwaarden. Hierin is namelijk opgenomen dat die zorg wordt vergoed, die nodig is om het gebit te herstellen in de staat direct voorafgaand aan het ongeval. Dit kan worden bereikt met de facings. Dat de ziektekostenverzekeraar heeft aangeboden de kosten van de composiet restauraties te vergoeden is niet meer dan een sigaar uit eigen doos.
- 3.4. Ter zitting heeft verzoekster het voorgaande herhaald en de keuze voor porseleinen facings nogmaals toegelicht. Hieraan heeft zij toegevoegd dat voor zover de ziektekostenverzekeraar stelt dat het plaatsen van facings niet doelmatig is, geldt dat het door de tandarts ingediende behandelplan in overeenstemming is met de richtlijn 'Dental Trauma Guide'. Verzoekster heeft de betreffende passage uit de richtlijn overgelegd. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat met nieuwe composiet restauraties een vergelijkbare situatie als vóór het ongeval kan worden bereikt treft geen doel. Er zit namelijk een aanzienlijk verschil tussen composiet restauraties en porseleinen facings. Het kan zo zijn dat er behandelaars zijn die met composiet een goed resultaat weten te bereiken, maar herstel door middel van facings geeft een beter resultaat. Het is aan verzoekster om in overleg met haar tandarts te komen tot een duurzame oplossing die past bij haar wensen en er is gekozen voor porseleinen facings, omdat die behandeling de situatie van vóór het ongeval het beste zal benaderen.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de schade glazuur-dentinefracturen van beperkte omvang betreft. Deze schade is in eerste instantie provisorisch hersteld zodat verzoekster geen

last meer had van de afgebroken elementen. Later is de directe schade als gevolg van het ongeval – het gedeeltelijk afbreken van de elementen 11 en 21 – hersteld door middel van composietrestauraties. Verzoekster acht het resultaat dat hiermee is bereikt onvoldoende en in overleg met de tandarts heeft zij besloten beide elementen te voorzien van porseleinen facings. De ziektekostenverzekeraar heeft het verzoek om vergoeding van de hiermee gemoeide kosten afgewezen, omdat de ontstane schade met de composietrestauraties op een adequate wijze is hersteld. Het voor verzoekster onacceptabele resultaat van de restauraties is geen gevolgschade van het ongeval, maar onvrede met het esthetische aspect van het herstel. In artikel D.8.6. van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is opgenomen dat alleen zorg die noodzakelijk is als direct gevolg van het ongeval voor vergoeding in aanmerking komt. Na de uitgevoerde composietrestauraties is geen sprake van een medische noodzaak voor het plaatsen van facings of kronen. De aanvraag is uitsluitend gebaseerd op de wens van verzoekster om het esthetisch resultaat te verbeteren. Dit betekent dat niet kan worden geconcludeerd dat verzoekster naar aard en omvang redelijkerwijs is aangewezen op deze zorg, als bedoeld in artikel A.3. van de verzekeringsvoorwaarden.

- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag voorgelegd aan zijn adviserend tandarts. Deze heeft geconcludeerd dat het opheffen van het kleurverschil door middel van facings tevens niet als doelmatige zorg kan worden beschouwd. Het betreft een glazuur-dentitiefractuur van beperkte omvang, die duurzaam en esthetisch goed te herstellen is met composiet. Behandeling met facings is in dit geval onnodig kostbaar en omvangrijk, en wordt daarom als niet-doelmatige zorg aangemerkt. Omdat de schade reeds is hersteld, er geen medische noodzaak is, en de voorgestelde behandeling niet doelmatig is, komen de kosten hiervan niet voor vergoeding in aanmerking.
- 4.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar erkend dat met de huidige composietrestauraties geen situatie is bereikt zoals deze bestond voorafgaand aan het ongeval. Om dit alsnog te realiseren stelt de ziektekostenverzekeraar voor de huidige composietrestauraties te vervangen door nieuwe, duurzame composietrestauraties. Als de beschadigde elementen op een duurzame wijze worden hersteld met composiet, kan de situatie worden bereikt die vóór het ongeval bestond. Er zijn door verzoekster geen argumenten aangevoerd waarom duurzame composietrestauraties bij haar niet mogelijk zouden zijn. Enige jaren geleden is bij haar een stukje van element 21 afgebroken en is dit ook door middel van composiet hersteld. Qua kosten is herstel door middel van composiet vele malen goedkoper dan het plaatsen van facings. De kosten van de facings zijn ongeveer vijf keer zo hoog. De ziektekostenverzekeraar is daarnaast bereid om de kosten die verzoekster zelf heeft betaald voor de eerder uitgevoerde composietrestauraties alsnog te vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Eventueel is de ziektekostenverzekeraar ook bereid om mee te denken waar het herstel met composiet kan worden uitgevoerd. Voor zover verzoekster toch porseleinen facings wenst geldt dat deze oplossing niet als doelmatig kan worden beschouwd.
- 4.4. Bij brief van 11 december 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de door verzoekster overgelegde passage uit de richtlijn 'Dental Trauma Guide' zijn standpunt niet verandert. Dit omdat deze richtlijn alleen een beschrijving geeft van de algemene werkwijze bij tandletsel na een ongeval. In de richtlijn wordt niet ingegaan op definitieve restauraties of op de geschiktheid van specifieke materialen. Daarnaast wordt hierin vermeld dat een permanente restauratie met composiet en een adhesieve techniek mogelijk is.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22. van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

6. Beoordeling

- 6.1. De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden zijn opgenomen in de bijlage van dit bindend advies. Deze bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.2. Uit artikel D.8.6. van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering blijkt dat aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van mondzorg na een ongeval tot een bedrag van € 20.000,- per ongeval. Hierbij gelden de volgende voorwaarden:
- (i) de zorg is noodzakelijk naar de normen van de beroepsgroep van de betreffende zorgverleners;
 - (ii) de zorg is niet spoedeisend;
 - (iii) de zorg is nodig om het gebit te herstellen in de status direct voorafgaande aan het ongeval.
- Daarnaast is in artikel A.3. van de 'Algemene voorwaarden' van de aanvullende ziektekostenverzekering opgenomen dat betrokkene naar aard en omvang redelijkerwijs op de zorg moet zijn aangewezen en dat de zorg alleen voor vergoeding in aanmerking komt als deze doelmatig is.

- 6.3. Partijen zijn niet erover verdeeld dat de schade aan de elementen 11 en 21 het gevolg is van een ongeval. De ziektekostenverzekeraar heeft aanvankelijk gesteld dat deze schade al is hersteld door middel van de huidige composietrestauraties. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar evenwel erkend dat een kleurverschil bestaat. Dit probleem kan worden opgelost door middel van het aanbrengen van nieuwe – duurzame – composietrestauraties. Met deze nieuwe composietrestauraties kan de status van vóór het ongeval worden bereikt. Verzoekster is daarom volgens de ziektekostenverzekeraar niet redelijkerwijs aangewezen op de facings en deze zouden, vanwege de vijfmaal hogere kosten, bovendien niet doelmatig zijn. Ook omdat de beperkte schade aan de beide elementen goed is te herstellen met composiet.
- De commissie overweegt dat vaststaat dat bij verzoekster sprake is van een kleurverschil tussen de huidige composietrestauraties en de natuurlijke delen van de beide elementen. Met de eerder uitgevoerde restauraties is daarom niet de status bereikt die bestond voorafgaand aan het ongeval. De ziektekostenverzekeraar heeft gemotiveerd gesteld dat het bestaande kleurverschil kan worden opgeheven door middel van het aanbrengen van nieuwe – duurzame – composietrestauraties en dat met deze nieuwe composietrestauraties de status van vóór het ongeval kan worden bereikt. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij met haar tandarts heeft gekozen voor de in haar ogen beste oplossing, maar heeft niet aannemelijk gemaakt dat zij specifiek is aangewezen op de duurdere facings. Daarom heeft de ziektekostenverzekeraar in redelijkheid kunnen besluiten dat deze oplossing onnodig kostbaar is en mocht hij de aanvraag hiervoor afwijzen.
- De commissie heeft er goede nota van genomen dat de ziektekostenverzekeraar heeft toegezegd ook de kosten van het eerdere herstel te vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, en dat hij desgevraagd bereid is mee te denken over waar het herstel met composiet zou kunnen plaatsvinden.

Slotsom

- 6.4. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 januari 2026,

A. de Ruijter

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 er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

- Oefentherapeut Cesar of Mensendieck.
Uw zorgverlener heeft als oefentherapeut Cesar of Mensendieck de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici.
- Huidtherapeut of oedeemfysiotherapeut verleent oedeemtherapie.
De huidtherapeut heeft de status 'kwaliteitsgeregistreerd' in het Kwaliteitsregister Paramedici en beschikt bij de aanvang van een behandeling over een geldige AGB-code.
De oedeemfysiotherapeut is een fysiotherapeut die als oedeemfysiotherapeut geregistreerd staat in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie Nederland (KRF) of de Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF).

Wat krijgt u niet vergoed?

- Oedeemfysiotherapie als gevolg van een cosmetische ingreep.
- Littekenbehandeling als gevolg van een cosmetische ingreep.
- Littekenbehandeling na normaal wondherstel.
Wij beoordelen of sprake is van normaal wondherstel.
- Sportmassage.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Mondzorg

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw aanvullende verzekering?

Mondzorg bij ongeval (artikel D.8.6.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Mondzorg na een ongeval.
De zorg omvat mondzorg (kronen, bruggen, inlays, kunstgebit, implantaten en overige mondzorg) als er sprake is van ongevallenzorg.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van € 20.000,-, maximaal, per ongeval voor mondzorg bij ongeval.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - U heeft een ongeval gehad.
Zie het begrip Ongeval

Wat zijn de voorwaarden?

- De zorg is noodzakelijk als direct gevolg van een ongeval.
De zorg is noodzakelijk naar de normen van de beroepsgroep van de betreffende zorgverleners
- De zorg is niet spoedeisend.
- De zorg is nodig om uw gebit te herstellen in de status direct voorafgaande aan het ongeval.
Als volledig herstel niet mogelijk is, dan gaat het om de zorg waardoor naar de stand van wetenschap en praktijk dit herstel redelijkerwijs benaderd wordt.

- Op het moment van het ongeval en van de behandeling bent u bij ons verzekerd voor deze ongevallenzorg.
U of de zorgverlener stuurt ons zo snel mogelijk na het ongeval een verklaring dat er een ongeval was met de datum daarvan. Ook staat in de verklaring dat de zorg noodzakelijk is als direct gevolg van dit ongeval. Wij moeten de verklaring hebben voordat de behandeling start.
Als u een politierapportage (proces-verbaal) heeft waarin de datum en de toedracht van het ongeval staat, stuurt u die ook naar ons.
- De behandeling is binnen 2 jaar na het ongeval afgerond.
Behalve als het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen, omdat het gebit niet volgroeid is. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er wel of geen sprake is van een volgroeid gebit of van een tijdelijke behandeling.
- De zorg wordt gedeclareerd met alle prestatiecodes, behalve code F.
Dit is op basis van de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven tariefbeschikking tandheelkundige zorg.
- Heeft u meerdere verzekeringen met een vergoeding voor mondzorg bij ongevallen? Dan ontvangt u eenmaal de hoogste vergoeding. Als de vergoeding in beide verzekeringen gelijk is, krijgt u uw vergoeding uit één van die verzekeringen.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Tandarts.

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig voorafgaand aan de behandeling en binnen 3 maanden na het ongeval.
- Bij de aanvraag voor de akkoordverklaring hoort een schriftelijk definitief of voorlopig behandelplan met bijbehorende begroting van de tandarts of kaakchirurg.
Deze is opgesteld volgens de KNMT Praktijkrichtlijn Tandletsel. Deze praktijkrichtlijn maakt deel uit van deze voorwaarden en staat op onze website.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Tandarts.
De tandarts heeft een geldig universitair diploma en staat als tandarts geregistreerd volgens de voorwaarden van artikel 14 van de Wet BIG.
- Tandprotheticus.
De tandprotheticus heeft een geldig diploma volgens het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan centrum voor mondzorg.
- Bevoegde zorgverlener verbonden aan een instelling voor jeugdtandverzorging.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Een mandibulair repositie apparaat (MRA).
Inclusief diagnostiek en nazorg (codes G71*, G72 en G73*). Dit is een hulpmiddel bij apneu (snurken). Hier is eventueel wel een vergoeding voor mogelijk uit het artikel 'Hulpmiddelen (voor ademhalingsstelsel)'.
Het gaat in ieder geval om deze prestatiecodes:
 - A20: behandeling onder algehele anesthesie (narcose) of sedatie (roesje);
 - X611: behandeling onder intraveneuze (injectie) sedatie (roesje);
 - X631: behandeling onder algehele anesthesie (narcose);
 - B10, B11 en B12: sedatie door middel van een roesje (lachgassedatie). Sedatie is het verlagen van de staat van het bewustzijn van een patiënt met het doel een medische procedure of ingreep aangenamer te maken;
 - A30: voorbereiding behandeling onder algehele narcose;
- Mondzorg die (naar zijn karakter) deel uitmaakt van de basisverzekering en/of waar u een akkoordverklaring voor nodig heeft.

- U05*, X731* en X831*: tijdtarieven begeleiding moeilijk behandelbare patiënten; het betreft hier de behandeling in het kader van mondzorg van bijzondere zorggroepen;
- X21: maken van een kaakoverzichtsfoto (OPT) bij verzekerden tot 18 jaar;
- H36, H37, H38 en H39: plaatsen van autotransplantaten (autologe implantaten) bij verzekerden tot 18 jaar.
- Uitgestelde zorg na het ongeval of als er al een behandelindicatie aanwezig was voor het ongeval.
- Behandelingen bijzondere tandheelkunde of kaakchirurgie.
Deze vallen onder de dekking van de basisverzekering. Zie artikelen Medisch specialistische zorg en Mondzorg.
- Orthodontie (prestatiecode F).
- Uitwendig bleken van tanden (code E97).
- Myofunctionele apparatuur (code G74*) of een consult myofunctionele therapie (code G76*).
bijvoorbeeld Trainers.
- Behandeling van witte vlekken (codes M80* en M81*).
- Zorg die nodig is door gebrek aan onderhoud of verzorging van uw gebit.
- Mondzorg die nodig is na het nuttigen van voedsel of drank.
- Zorg voor tanden die al ontbraken op het moment van het ongeval.
- Spoedeisende mondzorg.
- Zorg die u krijgt buiten het land waar u woont.
- Cosmetisch zorgtraject directe facing (in de mond gemaakt) (code K001).
- Cosmetisch zorgtraject indirecte facing (buiten de mond gemaakt) (code K002).
- Uitwendig bleken per kaak (code K003).
- Onvoltooid cosmetische zorgtraject (K004).

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Controle van uw polisblad

U moet de gegevens op uw polisblad controleren.

Zijn de gegevens niet goed zijn of niet volledig? Dan moet u dit aan ons doorgeven. Dit moet binnen 30 dagen nadat u uw polisblad heeft ontvangen. Als wij binnen die tijd niets doorkrijgen dan gaan wij ervan uit dat deze gegevens juist en volledig zijn.

Geldende verzekeringsvoorwaarden

Op uw polisblad staan de door u gekozen verzekeringen. De verzekeringsvoorwaarden die bij uw verzekeringen gelden, kunt u via de beveiligde 'Mijn omgeving' bekijken, downloaden en bewaren. Als er nieuwe verzekeringsvoorwaarden zijn, vervallen de oude voorwaarden.

Vertaling van de verzekeringsvoorwaarden

De verzekeringsvoorwaarden zijn in het Nederlands maar we hebben ook vertalingen. Als er verschil is tussen de inhoud en uitleg van de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden en een vertaling dan gelden de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden.

Als verzekeringsvoorwaarden afwijken van de wet

De verzekeringsvoorwaarden en bijlagen die bij uw verzekering horen, komen overeen met geldende wetgeving.

Verandert de wetgeving? Vervalt een wet of komt er een nieuwe wet? Ontstaat er daardoor of is er een verschil tussen de verzekeringsvoorwaarden en wet- en regelgeving? Dan gelden de meest recente wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie en niet de verzekeringsvoorwaarden.

A.3. Inhoud en omvang van uw verzekering

Algemene en specifieke eisen

De zorg die u krijgt, moet voldoen aan bepaalde algemene eisen. Specifieke eisen die niet voor alle soorten zorg gelden, staan bij de betreffende zorg.

Dit zijn de algemene eisen voor alle soorten zorg:

- Het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen. Wat betekent dit?
- Zorgverleners binnen een beroepsgroep verlenen eenzelfde soort zorg bij bepaalde klachten en ziektes. Die zorg hoort dan tot het deskundigheidsgebied van die beroepsgroep.
- Het is verzekerde zorg die is omschreven in uw verzekeringsvoorwaarden.
- De inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Of worden bepaald door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Wat betekent dit?
- Er moet genoeg bewijs zijn dat de zorg die u krijgt goed en veilig is. Ook op de lange termijn. Het gaat daarbij om medisch, wetenschappelijk objectief bewijs. Als het nodig is kijken we ook naar de specifieke situatie.
Voor zorg uit uw aanvullende verzekering is medisch, wetenschappelijk objectief bewijs niet nodig.
- De omvang van de zorg staat in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook in andere communicatiemiddelen kunt u lezen tot hoeveel u vergoed krijgt. Bij de betreffende zorg staat het verzekerde maximale bedrag, aantal of de periode. We vergoeden nooit meer dan wat op de nota staat.
- Op grond van uw medische indicatie bent u naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op de betreffende zorg. En de zorg moet doelmatig en passend in uw individuele situatie zijn. Wat betekent dit?
- Het moet logisch zijn dat u met uw klachten of ziekte die betreffende zorg krijgt: er moet dus een medische indicatie zijn die past bij de zorg die u krijgt.
- De zorg mag niet onnodig duur zijn en ook niet onnodig uitgebreid of veel. Als de zorg te duur of te uitgebreid is, dan is die zorg in uw situatie niet doelmatig. De zorg valt dan niet onder uw basisverzekering, óók niet als u een deel zelf betaalt.

Werelddekking

Uw verzekering heeft een werelddekking.