



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in de hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C te B, tegen Centrale Zorgverzekeringen NZV N.V. te Tilburg

Zaak : Aanvullende verzekering (AV), orthodontie, wijziging vergoeding

Regelgeving : Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020, art. 7:940 BW

Zaaknummer : 202100590

Zittingsdatum : 7 juli 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema en mr. drs. J.W. Heringa)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, in de hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C te B, hierna te noemen: verzekerde,

tegen

Centrale Zorgverzekering NZV N.V. te Tilburg, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

2.1. Op 9 mei 2021 heeft verzoekster per e-mail de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie te sturen. Op 12 mei 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.

2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 16 juni 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is dezelfde dag aan verzoekster gezonden.

2.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 juli 2021 gehoord. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar bij deze gelegenheid verzocht haar binnen zeven dagen schriftelijk te informeren:

(i) waarom is gekozen voor een overgangstermijn van één jaar, en

(ii) of hij bereid is verzoekster op basis van coulance tegemoet te komen.

De ziektekostenverzekeraar heeft op 9 juli 2021 per brief gereageerd. Een kopie hiervan is dezelfde dag aan verzoekster gestuurd, waarbij haar de mogelijkheid is geboden binnen zeven dagen te reageren. Verzoekster heeft op 10 juli 2021 van deze mogelijkheid gebruikgemaakt. Een kopie van haar reactie is op 13 juli 2021 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzekerde is de dochter van verzoekster. Zij is in ieder geval vanaf 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering Top (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

De andere verzekeringen tegen ziektekosten die vanaf 2019 eveneens ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar waren afgesloten, zijn niet in geschil en blijven daarom verder onbesproken.

3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de vergoeding voor onzichtbare beugels ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 januari 2020 gewijzigd, waarbij door hem een overgangsregeling is gehanteerd. Verzoekster ontving hierover voor haar onder dezelfde voorwaarden verzekerde zoon op 8 november 2019 een brief met de volgende inhoud:

"(...)

[naam zoon verzoekster] heeft op dit moment de aanvullende verzekering (...) Top. In 2019 zijn op deze verzekering orthodontiebehandelingen voor een onzichtbare beugel gedeclareerd (categorie 7, 8 of 9). In sommige gevallen blijft de vergoeding hetzelfde als in 2019. In deze brief leest u hier meer over.

Wijziging vergoeding onzichtbare beugels per 1 januari 2020

Bij een orthodontiebehandeling voor een onzichtbare beugel vergoeden we op dit moment 100% van de kosten. Bij de vergoeding van deze kosten geldt geen maximale vergoeding. Dit geldt voor verzekerden tot en met 17 jaar. Vanaf 1 januari 2020 vergoeden we 100% tot maximaal € 2.250,- bij orthodontiebehandelingen voor een onzichtbare beugel. Hieronder vallen alleen de plaatsing van de onzichtbare beugel en de beugelconsulten (categorie 7, 8 of 9).

Goed om te weten

In sommige gevallen blijft de vergoeding voor een onzichtbare beugel in 2020 hetzelfde als in 2019. Dit geldt als:

- op 1 januari 2020 dezelfde aanvullende verzekering is afgesloten als op 31 december 2019; en
- de verzekerde op 1 januari 2020 nog geen 18 jaar is; en als
- de verzekerde in 2019 een orthodontiebehandeling voor een onzichtbare beugel heeft gehad (categorie 7, 8 of 9).

(...)

Wanneer stopt de ruimere vergoeding?

De ruimere vergoeding stopt op 31 december 2020 óf stopt eerder dan op 31 december 2020 als:

- de aanvullende verzekering Top wordt stopgezet; en/of als
- de verzekerde 18 jaar wordt. Vanaf 18 jaar geldt een andere vergoeding. U leest hier meer over in het vergoedingenoverzicht dat bij uw polis hoort.

(...)"

3.3. Verzekerde heeft op 24 december 2019 een eerste consult gehad voor een onzichtbare beugel, waarna verzoekster akkoord is gegaan met het voorgestelde behandelplan.

3.4. In 2020 bleven de kosten van de behandeling van verzekerde met een onzichtbare beugel voor rekening van verzoekster. Verzoekster heeft hierover op 22 april 2020 per e-mail haar beklag gedaan bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft op 29 april 2021 per e-mail, voor zover hier van belang, aan verzoekster meegedeeld:

"(...)

Wijziging vergoeding onzichtbare beugel

Wij verlaagden de vergoeding voor orthodontiebehandelingen voor een onzichtbare beugel vanuit onze aanvullende verzekeringen per 1 januari 2020. In sommige gevallen blijft de vergoeding voor een onzichtbare beugel in 2020 hetzelfde als in 2019. Dit geldt als:

- op 1 januari 2020 dezelfde aanvullende verzekering is afgesloten als op 31 december 2019; en
- de verzekerde op 1 januari 2020 nog geen 18 jaar is, en als
- de verzekerde in 2019 een orthodontiebehandeling voor een onzichtbare beugel heeft gehad (categorie 7, 8 of 9).

Geen kosten in 2019 of eerder bekend voor uw dochter

Op naam van uw dochter, [naam] zijn er in 2019 of eerder geen kosten gedeclareerd die betrekking hebben op een onzichtbare beugel. In deze situatie kan uw dochter geen aanspraak maken op de overgangsregeling voor een orthodontiebehandeling voor een onzichtbare beugel. U vertelde mij dat de orthodontist het eerste consult (F121A), van 24 december 2019 niet op naam van uw dochter declareerde, maar onterecht op uw naam. De orthodontist gaat deze fout herstellen en de kosten van het eerste consult (F121A) alsnog op de naam van uw dochter bij ons declareren. Als wij deze kosten hebben ontvangen en in ons systeem hebben verwerkt, dan maakt uw dochter aanspraak op de overgangsregeling die geldt in 2020. Zoals besproken, neem ik de volgende week opnieuw telefonisch contact met u op. Ik kan u dan vertellen of de orthodontist de kosten van het eerste consult (F121A) op naam van uw dochter heeft gedeclareerd.

(...)"

- 3.5. De orthodontist heeft de declaratie van het consult op 24 december 2019 gecorrigeerd, waarbij dit consult alsnog is gedeclareerd op naam van verzekerde. Verzoekster heeft op 14 augustus 2020 per e-mail haar beklag gedaan bij de ziektekostenverzekeraar dat de vergoeding voor een onzichtbare beugel nog altijd was gemaximeerd tot € 2.250,--. De ziektekostenverzekeraar heeft op 19 augustus 2020 per e-mail aan verzoekster meegedeeld:

"(...)

Samenvatting

U dochter, [naam] heeft in 2019 een consult gehad voor een onzichtbare beugel. Voor uw dochter, [naam] blijft de vergoeding daarom voor een onzichtbare beugel in 2020 hetzelfde als in 2019. Dit volgens de vergoedingsregeling orthodontie, vanuit de aanvullende verzekering Top. Zij maakt hiermee dus aanspraak op de overgangsregeling die geldt in 2020. Wij zorgen ervoor dat deze aanpassing zo spoedig mogelijk in onze administratie wordt aangepast. Met deze aanpassing komt het cumulatief voor uw dochter, [naam] van € 2.250,- te vervallen. (...)"

- 3.6. Verzoekster heeft op 1 maart 2021 per e-mail aan de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat verzekerde volgens haar nog altijd aanspraak heeft op de niet-gemaximeerde vergoeding voor een onzichtbare beugel zoals die gold in 2019. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 maart 2021 per e-mail aan verzoekster meegedeeld dat:
- (i) de overgangsregeling voor een onzichtbare beugel stopte op 31 december 2020, en
 - (ii) hij per 1 januari 2021 voor een onzichtbare beugel voor kinderen tot achttien jaar maximaal € 2.250,-- vergoedt ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de behandeling van verzekerde met een onzichtbare beugel volledig te vergoeden tot het bereiken van de leeftijd van achttien jaar.

- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

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.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepaling uit het Burgerlijk Wetboek (BW) is vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunt verzoekster

- 6.2. Volgens verzoekster moet de beugelbehandeling van verzekerde tot haar achttiende worden vergoed overeenkomstig de niet-gemaximeerde vergoeding die gold in 2019.

De behandeling van verzekerde is in 2019 gestart. In dat jaar hadden verzekerden tot achttien jaar aanspraak op een niet-gemaximeerde vergoeding voor onzichtbare beugels in categorie 7, 8 en 9, mits de polis ongewijzigd bleef. Dit laatste is bij verzekerde het geval. De ziektekostenverzekeraar heeft eerst in 2020 de fout gemaakt een andere vergoeding te hanteren dan die uit 2019. Nadat verzoekster hierover heeft geklaagd, is de vergoeding aangepast. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster niet meegedeeld dat de aanpassing slechts gold tot en met 31 december 2020.

De ziektekostenverzekeraar kan de vergoedingsregeling niet zomaar veranderen. Overigens is voor de behandeling met de beugel gekozen vanwege de garantie dat de kosten volledig zouden worden vergoed totdat verzekerde achttien werd. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar voorafgaand aan het consult op 24 december 2019 telefonisch naar de vergoeding van een beugel gevraagd. Zij heeft uit dit gesprek begrepen dat de beugel van verzekerde volledig zou worden vergoed.

Verzoekster heeft toegelicht dat zij niet weet hoe lang de behandeling van verzekerde zal duren en hoeveel controles nog nodig zijn. Wel is het zo dat verzekerde in de toekomst een nachtbeugel krijgt. Als de behandeling van verzekerde net zo verloopt als die van de zoon van verzoekster dan zal de gemaximeerde vergoeding van € 2.250,- voor onzichtbare beugels in categorie 7, 8 en 9 volgens verzoekster ontoereikend zijn en zullen de consulten voor de nachtbeugel voor haar rekening blijven. Verzoekster kan deze kosten op den duur niet betalen, hetgeen betekent dat verzekerde voortijdig moet stoppen met de behandeling.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. Verzoekster heeft volgens de ziektekostenverzekeraar geen aanspraak meer op de vergoedingsregeling voor onzichtbare beugels categorie 7, 8 en 9 uit 2019. Sinds 1 januari 2020 geldt een gemaximeerde vergoeding van € 2.250,- voor plaatsing van, en beugelconsulten voor minder zichtbare beugels in categorie 7, 8 of 9 (met codes F471A*, F481A*, F491A*, F517A, F518A en F519A) aan verzekerden tot achttien jaar. De ziektekostenverzekeraar heeft ervoor gekozen een overgangsregeling te hanteren. Deze overgangsregeling gold alleen in 2020 en stopte dus op 31 december 2020. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat hij dit, meerdere malen, duidelijk aan verzoekster heeft gecommuniceerd. In dit verband verwijst hij naar zijn brief van 8 november 2019, en zijn e-mailberichten van 29 april 2020 en 29 augustus 2020.

De ziektekostenverzekeraar merkt op dat de overgangsregeling strikt genomen niet voor verzekerde gold. De overgangsregeling was namelijk bedoeld voor verzekerden waarbij de beugel in categorie 7, 8 of 9 al in 2019 was geplaatst. Deze situatie was bij verzekerde niet aan de orde; de beugel werd bij haar in mei 2020 geplaatst. Desondanks is besloten verzekerde toch onder de overgangsregeling te laten vallen.

Over de achtergrond van de overgangsregeling heeft de ziektekostenverzekeraar het volgende toegelicht:


"De plaatsingskosten vormen de grootste kosten. Bij het plaatsen van een beugel wordt indirect het totaalbedrag van de techniekkosten voor de gehele behandeling in rekening gebracht. Ook krijgt de orthodontist de plaatsingskosten/tijd, behorend bij de betreffende beugel, direct vergoed. Deze kosten vallen onder de 100% vergoeding en worden niet vanuit de maximale vergoeding vergoed. Na het plaatsen van de beugel, vinden er beugelconsulten plaats. Deze beugelconsulten in de categorie 7, 8 of 9 mogen maar tot maximaal 24 consulten met een bepaalde code worden gedeclareerd. (...) Deze kosten vallen onder de overgangsregeling en worden in 2020 dus nog volledig vergoed. Vanaf 2021 worden deze kosten vanuit de maximale vergoeding vergoed. Indien er na de 24ste beugelconsult nog consulten nodig zijn, moeten deze met een andere code worden gedeclareerd. Deze code is niet te herleiden naar een bepaalde categorie beugel en vallen dus weer onder de 100% vergoeding"

De ziektekostenverzekeraar stelt dat in 2020 alle kosten voor de beugel van verzekerde zijn vergoed. Het ging om een bedrag van totaal € 2.027,62, dat niet meetelde voor de gemaximeerde vergoeding. Genoemd bedrag is inclusief vijf beugelconsulten. Omdat in 2020 vijf beugelconsulten zijn gedeclareerd met de code voor beugelcategorie 7, kunnen nog maximaal (24 - 5 =) 19 beugelconsulten ten laste van de gemaximeerde vergoeding van € 2.250,- worden gedeclareerd. Een beugelconsult kost - naar de stand van 9 juli 2021 - € 42,77, waarmee het bedrag voor de negentien beugelconsulten zou neerkomen op (19 x € 42,77 =) € 812,63. Als verzekerde na deze beugelconsulten nog een beugelconsult nodig heeft, vallen de kosten hiervan onder de 100%-vergoeding die geldt voor orthodontie voor verzekerden tot achttien jaar.

De ziektekostenverzekeraar is op basis van het voorgaande van mening dat alle kosten van de beugel van verzekerde volledig worden vergoed.

Overwegingen commissie

- 6.4. In 2019 kende de aanvullende ziektekostenverzekering een niet-gemaximeerde vergoeding voor orthodontie voor verzekerden tot achttien jaar. Tot deze aanspraak behoorde ook de behandeling met minder zichtbare beugels in categorie 7, 8 en 9. Ook in 2020 en 2021 kent de aanvullende ziektekostenverzekering een niet-gemaximeerde vergoeding voor orthodontie voor verzekerden tot achttien jaar, zij het dat voor plaatsing van, en beugelconsulten voor minder zichtbare beugels in categorie 7, 8 of 9 (met codes F471A*, F481A*, F491A*, F517A, F518A en F519A) een gemaximeerde vergoeding van € 2.250,- is geïntroduceerd. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is of verzoekster is gebonden aan deze wijziging.
- 6.5. Een verzekeraar mag de verzekeringsvoorwaarden in beginsel eenzijdig wijzigen. Als het een voor de verzekeringnemers nadelige wijziging betreft, dan geldt hierbij als eis dat de verzekeraar zijn verzekeringnemers tijdig de mogelijkheid moet bieden de verzekering op te zeggen. Dit laatste is bepaald in artikel 7:940, vierde lid, BW en staat ook in artikel A.5.3. van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Daarnaast hebben verzekeringnemers de mogelijkheid van reguliere opzegging met ingang van 1 januari van het volgende jaar. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster in ieder geval per brief van 8 november 2019 specifiek geïnformeerd dat de vergoeding voor plaatsing van, en beugelconsulten voor minder zichtbare beugels in categorie 7, 8 of 9 (met codes F471A*, F481A*, F491A*, F517A, F518A en F519A) aan verzekerden tot achttien jaar, met ingang van 1 januari 2020 zou worden gemaximeerd tot € 2.250,-. De desbetreffende brief had weliswaar betrekking op haar zoon, maar was gericht aan verzoekster, als verzekeringnemer. Zij heeft deze positie ook in relatie tot verzekerde. Dat zij voor verzekerde niet – tevens – een dergelijke mededeling ontving, is uitsluitend een gevolg van het onjuist declareren door de orthodontist (die de nota van het consult op 24 december 2019 op naam van verzoekster stelde), en doet aan de inhoud en de ontvangst door verzoekster van de mededeling van de wijziging niet af. Verzoekster kon, naar aanleiding van deze mededeling, besluiten de aanvullende ziektekostenverzekering ten behoeve van verzekerde op grond van artikel C.4.1. van de voorwaarden met ingang van 1 januari 2020 op te zeggen. Van deze mogelijkheid heeft zij geen gebruik gemaakt. Hieruit volgt dat verzoekster is gebonden aan de met ingang van 1 januari 2020 gewijzigde verzekeringsvoorwaarden, inclusief voornoemde maximumvergoeding.
- 6.6. De ziektekostenverzekeraar heeft ervoor gekozen voor 2020 een overgangsregeling te hanteren, waarbij verzekerden tot achttien jaar onder voorwaarden aanspraak konden blijven maken op de niet-gelimiteerde vergoeding voor minder zichtbare beugels in categorie 7, 8 of 9 (met codes F471A*, F481A*, F491A*, F517A, F518A en F519A) uit 2019. Hierbij gold als voorwaarde dat sprake moest zijn van een reeds aangevangen behandeling. De ziektekostenverzekeraar heeft in eerste instantie geoordeeld dat verzekerde niet aan deze voorwaarde voldeed, omdat in of voor 2019 geen kosten met betrekking tot een onzichtbare beugel in categorie 7, 8 of 9 waren gedeclareerd. Nadat de orthodontist de onjuiste declaratie met betrekking tot het eerste consult voor de onzichtbare beugel (F121A) van verzekerde op 24 december 2019 had hersteld, waardoor de kosten hiervan alsnog op naam van verzekerde konden worden gedeclareerd, heeft de ziektekostenverzekeraar de overgangsregeling voor 2020 alsnog op verzekerde van toepassing verklaard.
- 6.7. Anders dan verzoekster lijkt te veronderstellen, hield de overgangsregeling niet in dat de verzekeringsvoorwaarden van 2019 onverkort van toepassing zouden blijven. De overgangsregeling werd getroffen voor een bepaalde categorie verzekerden, in afwijking van de met ingang van 2020 gewijzigde verzekeringsvoorwaarden. Verzoekster had redelijkerwijs kunnen en moeten weten dat de overgangsregeling een onverplicht karakter had en dat deze alleen in 2020 van toepassing was, zodat alleen in dat jaar nog aanspraak kon worden gemaakt op de niet-gemaximeerde vergoeding voor plaatsing van minder zichtbare



beugels in categorie 7, 8 of 9 en de beugelconsulten daarvoor. Dit alles is helder gecommuniceerd door de ziektekostenverzekeraar in zijn brief aan verzoekster van 8 november 2019, en in zijn e-mailberichten van 29 april 2020 en 19 augustus 2020.

- 
- 6.8. Verzoekster had in 2020 opnieuw de mogelijkheid de aanvullende ziektekostenverzekering op te zeggen, en wel met ingang van 1 januari 2021. Van deze mogelijkheid heeft zij ook toen geen gebruik gemaakt. Hierdoor is verzoekster in 2021 gebonden aan de verzekeringsvoorwaarden van dat jaar. Op basis van deze voorwaarden bestaat aanspraak op vergoeding van plaatsing van, en beugelconsulten op minder zichtbare beugels in categorie 7, 8 of 9 (met codes F471A*, F481A*, F491A*, F517A, F518A en F519A) aan verzekerden tot achttien jaar tot maximaal € 2.250,--.
- 
- 6.9. Gelet op het voorgaande heeft verzoekster geen aanspraak op volledige vergoeding van de behandeling van verzekerde met een onzichtbare beugel categorie 7, 8 of 9 tot het bereiken van de leeftijd van achttien jaar.
Dat verzoekster in 2019 heeft gekozen voor een behandeling van verzekerde vanwege de toen geldende niet-gemaximeerde vergoeding voor onzichtbare beugels voor verzekerden tot achttien jaar, kan niet leiden tot een ander oordeel.
Zoals hiervoor is overwogen kan de ziektekostenverzekeraar de verzekeringsvoorwaarden onder voorwaarden eenzijdig en ten nadele van de verzekeringnemer wijzigen. Dit betekent dat de vergoeding van zorg, lopende een behandeling, kan veranderen, zeker als die behandeling zich over meer jaren uitstrekt.
- 
- 6.10. Verzoekster heeft gesteld dat de behandeling voortijdig moet worden gestaakt als kosten voor haar rekening blijven. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband aangevoerd dat de vergoedingen die de aanvullende ziektekostenverzekering voor verzekerden tot achttien jaar kent voor orthodontie respectievelijk onzichtbare beugels in categorie 7, 8 en 9 toereikend is om de kosten van de onzichtbare beugel van verzekerde volledig te dekken. Hij heeft dit uitgebreid toegelicht in zijn brief van 9 juli 2021. Verzoekster heeft de gemaakte berekening niet gemotiveerd bestreden. De commissie concludeert op basis hiervan dat de stelling van verzoekster, wat hier verder van zij, geen doel treft.
Verzoekster vreest - op basis van het verloop van de behandeling van haar zoon - dat de kosten van de onzichtbare nachtbeugel van verzekerde voor haar rekening blijven. Zij heeft echter niet met feiten onderbouwd dat deze vrees in de situatie van verzekerde reëel is.
Voor zover verzoekster stelt dat zij op basis van het telefoongesprek met de ziektekostenverzekeraar voorafgaand aan het consult op 24 december 2019 aanspraak heeft op de niet-gemaximeerde vergoeding die in 2019 gold voor onzichtbare beugels in categorie 7, 8 of 9, geldt dat deze toezegging door haar niet aannemelijk is gemaakt. Zo is niet duidelijk wanneer het telefoongesprek heeft plaatsgevonden, met wie verzoekster heeft gesproken, en wat over en weer is gezegd.
- 
- 6.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 



7. Bindend advies



7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 september 2021,



H.A.J. Kroon



BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2021

Wat krijgt u vergoed	Hoeveel krijgt u vergoed	Voorwaarden
Behandeling tegen snurken	100%	D.1.8.
Sterilisatie	€ 400,- (man) of € 1.250,- (vrouw)	D.1.1.
Sterilisatie ongedaan maken	100%	D.1.2.
Mondzorg		D.8.
Mondzorg tot 18 jaar	€ 500,- per jaar voor kronen, bruggen en inlays (R-codes)	D.8.2.
Kunstgebit	€ 200,- per jaar van de wettelijke eigen bijdrage voor volledig boven- en/of ondergebit (P of J-codes) vanaf 18 jaar	D.8.3.b.
Mondzorg bij ongeval	€ 10.000,- per ongeval	D.8.6.
Orthodontie	100% tot 18 jaar Voor plaatsing van en beugelconsulten op minder zichtbare beugels in categorie 7, 8 of 9 (met codes F471A*, F481A*, F491A*, F517A, F518A en F519A) geldt max. € 2.250,- zolang u bij ons deze aanvullende verzekering hebt;	D.8.1. en D.8.5.
Orthodontie	€ 1.500,- vanaf 18 jaar, zolang u bij ons deze aanvullende verzekering hebt	D.8.1. en D.8.5.
Obesitas behandeling		D.11.
Obesitas behandeling	€ 500,- zolang u bij ons verzekerd bent	D.11.
Preventie		D.2.
Patiëntenvereniging	100% voor contributie	D.2.9.a./b.
Griep prik	1x per jaar	D.2.2.i.
Consult overgang en PMS	€ 200,- per jaar	D.2.5.a.
Vaccinaties	100% voor preventieve inenting, medicijnen, bloedonderzoek hepatitis B en mantoux-test tuberculose i.v.m. een vakantiereis	D.2.3.e.
Voedingsadvies	€ 200,- per jaar	D.2.7.
Verblijf		D.13.
Herstellingsoord	€ 1.500,- per jaar	D.13.6.
Hospice	€ 30,- per dag voor de eigen bijdrage	D.13.7.
Logeerkosten	€ 200,- per jaar en € 200,- per jaar voor een Mappa Mondo huis	D.13.2.a. D.13.2.b.
Therapeutisch kamp	€ 200,- per jaar tot 18 jaar	D.13.1.
Thuisverzorging	€ 1.000,- per jaar bij chronische ziekte	D.13.8.a.
Thuisondersteuning	€ 1.000,- per jaar na ziekenhuisverblijf	D.13.8.b.
Kinderopvang bij ziekenhuisopname ouder	€ 200,- per jaar per gezin vanaf 10e opnamedag	D.13.8.c.
Vervoer		D.12.

VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2020

Wat krijgt u vergoed	Hoeveel krijgt u vergoed	Voorwaarden
Orthodontie	100% tot 18 jaar Voor plaatsing van en beugelconsulten op minder zichtbare beugels in categorie 7, 8 of 9 (met codes F471A*, F481A*, F491A*, F517A, F518A en F519A) geldt max. € 2.250,- zolang u bij ons verzekerd bent;	D.8.1. en D.8.5.
Orthodontie	€ 1.500,- vanaf 18 jaar (100% per behandeling), zolang u bij ons deze aanvullende verzekering hebt	D.8.1. en D.8.5.
Obesitas behandeling		D.11.
Obesitas behandeling	€ 500,- zolang u bij ons verzekerd bent	D.11.
Preventie		D.2.
Patiëntenvereniging	100% voor contributie	D.2.9.a./b.
Griep prik	1x per jaar	D.2.2.i.
Overgangsconsult	€ 200,- per jaar	D.2.5.a.
Vaccinaties	100% voor preventieve inenting, en medicijnen, bloedonderzoek hepatitis B en mantoux-test tuberculose i.v.m. een vakantie reis	D.2.3.e.
Voedingsadvies	€ 200,- per jaar	D.2.7.
Verblijf		D.13.
Herstellingsoord	€ 1.500,- per jaar	D.13.6.
Hospice	€ 30,- per dag voor de eigen bijdrage	D.13.7.
Logeerkosten	€ 200,- per jaar en € 200,- per jaar voor een Mappa Mondo huis	D.13.2.a. D.13.2.b.
Therapeutisch kamp	€ 200,- per jaar tot 18 jaar	D.13.1.
Thuisverzorging	€ 1.000,- per jaar bij chronische ziekte	D.13.8.a.
Thuisondersteuning	€ 1.000,- per jaar na ziekenhuisverblijf	D.13.8.b.
Kinderopvang bij ziekenhuisopname ouder	€ 200,- per jaar per gezin vanaf 10e opnamedag	D.13.8.c.
Vervoer		D.12.
Reiskosten	€ 200,- per jaar (auto € 0,19 per km; openbaar vervoer 2e klasse 100%) voor de ouders als uw kind is opgenomen	D.12.2.b.
Vervoer aanvullende kilometervergoeding	€ 0,24 per km voor vervoer per auto bovenop de vergoeding uit de basisverzekering	D.12.1.b.
Vervoer auto of openbaar vervoer	€ 0,24 per km voor vervoer per auto of 100% voor openbaar vervoer 2e klasse (voor vervoer naar medisch specialistische zorg als u voor dit vervoer geen vergoeding uit de basisverzekering krijgt)	D.12.1.d.

VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2019

Wat krijgt u vergoed	Hoeveel krijgt u vergoed	Voorwaarden
Hulpmiddelen	€ 1.500,- per jaar van de wettelijke eigen bijdrage of van het bedrag dat uitkomt boven de max. vergoeding van de basisverzekering	D.4.1.
Alarmering bij epilepsie	100%	D.4.20.
Bril, lenzen en ooglaseren	€ 500,- per 2 jaar	D.4.7.a/b/c en D.1.4.
Hoofdbedekking	€ 75,- per jaar voor hoofdbedekking anders dan een pruik	D.4.4.b.
Persoonsalarmering	100%	D.4.16.a.
Plaswekker	100% bij koop of 4 maanden bij huur; eenmalig zolang u bij ons verzekerd bent	D.4.6.
Braces en bandages	€ 150,- per jaar	D.4.18.
Redressiehelm	100%	D.4.21.
Thuisbewakingsmonitor	12 maanden	D.4.10.
Kuurbehandeling		D.9.
Kuurbehandeling	€ 750,- per jaar	D.9.
Mantelzorg		D.24.
Mantelzorgcursus	€ 150,- zolang u bij ons verzekerd bent	D.24.1.
Mantelzorgvervanging	14 dagen per jaar	D.24.2.
Medicijnen		D.3.
Anticonceptie	€ 200,- per jaar vanaf 21 jaar	D.3.5.
Medicijnen wettelijke eigen bijdrage	100% van de wettelijke eigen bijdrage van het geneesmiddelen vergoedingssysteem (GVS)	D.3.2.c.
Medicijnen overige	100% voor medicijnen buiten het geneesmiddelen vergoedingssysteem (GVS)	D.3.4.
Medisch specialistische zorg		D.1.
Borstprothese	100% voor vervanging	D.1.9.
Cosmetische behandeling	€ 1.500,- zolang u bij ons verzekerd bent	D.1.7.
Flapoorcorrectie	100%, eenmalig zolang u bij ons verzekerd bent	D.1.3.
Behandeling tegen snurken	100%	D.1.8.
Sterilisatie	€ 400,- (man) of € 1.250,- (vrouw)	D.1.1.
Sterilisatie ongedaan maken	100%	D.1.2.
Mondzorg		D.8.
Mondzorg tot 18 jaar	€ 500,- per jaar voor kronen, bruggen en inlays (R-codes)	D.8.2.
Kunstgebit	€ 200,- per jaar van de wettelijke eigen bijdrage voor volledig boven- en/of ondergebit (P of J-codes) vanaf 18 jaar	D.8.3.b.
Mondzorg bij ongeval	€ 10.000,- per ongeval	D.8.6.
Orthodontie	100% tot 18 jaar;	D.8.1. en D.8.5.
Orthodontie	€ 1.500,- vanaf 18 jaar, zolang u bij ons verzekerd bent	D.8.1. en D.8.5.
Obesitas behandeling		D.11.

A.5. Wanneer kunt u opzeggen of wijzigen?

A.5.1. Herroepen van uw nieuwe verzekering

Als u (verzekeringnemer) direct voorafgaand nog niet bij ons verzekerd was en een nieuwe verzekering hebt afgesloten, mag u die nieuw afgesloten verzekering kosteloos en zonder reden beëindigen door herroeping. Daarvoor gelden de volgende voorwaarden:

- U moet de herroeping schriftelijk indienen. Vermeld daarbij duidelijk uw naam, adres, woonplaats en welke verzekering u wilt herroepen.
- De herroeping moet binnen 14 dagen nadat uw nieuwe verzekering is ingegaan bij ons binnen zijn. Is de verzekering nog niet ingegaan dan moet de herroeping binnen 14 dagen nadat u het polisblad hebt ontvangen, bij ons binnen zijn.

Voldoet u niet aan deze voorwaarden, dan eindigt uw nieuwe verzekering niet door herroeping.

Wij beëindigen de nieuw afgesloten verzekering met terugwerkende kracht tot en met de dag waarop de verzekering is ingegaan. Had u ons al premie betaald voor deze verzekering, dan betalen wij die binnen 30 dagen nadat wij de herroeping hebben ontvangen aan u terug.

Had u tussen de ingangsdatum van de verzekering en de datum van herroeping kosten gemaakt en vergoed gekregen van ons, dan betaalt u die aan ons terug binnen 30 dagen nadat u daarvoor een specificatie van ons hebt ontvangen.

A.5.2. Met ingang van een nieuw jaar

U (verzekeringnemer) kunt uw verzekering elk jaar opzeggen of wijzigen. Wij moeten dan uiterlijk op 31 december schriftelijk uw opzegging of wijziging hebben ontvangen. Ontvangen wij die later, dan blijft uw lopende verzekering nog een jaar gelden en eindigt daarna op 1 januari. Dit artikel geldt niet voor een zorgverzekering die CAK voor u heeft gesloten; zie artikel A.5.8.

Bij wijziging sluit u - nadat wij hiermee akkoord zijn gegaan - bij ons een andere, vervangende verzekering. Uw lopende verzekering eindigt dan per 1 januari daaropvolgend.

A.5.3. Bij verandering van de verzekeringsvoorwaarden

Wij hebben het recht de verzekeringsvoorwaarden te veranderen. Is de verandering in uw nadeel (en gaat het om een wijziging in een verzekering die u hebt afgesloten), dan hebt u (verzekeringnemer) het recht de verzekering op te zeggen of te wijzi-

gen. Opzeggen moet u schriftelijk doen. U hebt hiervoor in ieder geval 30 dagen de tijd nadat wij u van de verandering op de hoogte hebben gebracht. Uw verzekering eindigt of wijzigt op de dag dat de verandering ingaat.

Het recht tot opzeggen of wijzigen van de verzekering geldt niet als de verandering van de verzekeringsvoorwaarden het gevolg is van een wijziging van de wetgeving.

A.5.4. Bij verandering van de premiegrondslag

Als wij de premiegrondslag veranderen, stellen wij u hiervan ten minste 7 weken van tevoren op de hoogte. Als wij de premiegrondslag verhogen, hebt u (verzekeringnemer) het recht uw verzekering op te zeggen of te wijzigen vanaf de dag dat wij u deze mededeling doen tot de dag waarop de verhoging ingaat. Opzeggen moet u schriftelijk doen. Uw verzekering eindigt of wijzigt op de dag dat de premieverhoging ingaat.

A.5.5. Bij verandering van collectiviteit

Bent u (verzekeringnemer) collectief verzekerd via een werkgever en treedt u aansluitend in dienst bij een andere werkgever die een andere collectieve verzekering heeft afgesloten? U (verzekeringnemer) kunt dan uw collectieve verzekering via uw oude werkgever ook in de loop van het jaar beëindigen. U (verzekeringnemer) kunt de oude collectieve verzekering schriftelijk opzeggen vanaf de dag dat uw oude dienstverband eindigt tot 30 dagen nadat uw nieuwe dienstverband is ingegaan. Uw nieuwe collectieve verzekering gaat in op de dag van indiensttreding bij uw nieuwe werkgever als dit de 1e dag van de kalendermaand is of anders op de 1e dag van de maand na indiensttreding. Uw oude collectieve verzekering eindigt diezelfde dag, evenals de premiekorting en andere collectieve afspraken die bij uw oude collectieve verzekering horen.

A.5.6. Bij verandering van collectieve verzekering naar individuele verzekering

Wij zetten voor u (verzekeringnemer) en uw gezinsleden de collectieve verzekering om in een individuele verzekering in de volgende gevallen:

- Als u (verzekeringnemer) de collectieve verzekering(en) hebt afgesloten via uw werkgever en u niet meer beschouwd kunt worden als werknemer van die werkgever. Vernemen wij dit binnen 30 dagen nadat u geen werknemer meer bent, dan kunt u aan de collectiviteit blijven deelnemen tot 1 januari van het volgende jaar. Als u het later doorgeeft, dan stellen wij vast wanneer de deelname eindigt.
- Als u (verzekeringnemer) de collectieve verze-

tijd hebben. U kunt bij ons navragen welke dat zijn.

C.3.2. Per gezinslid

U (verzekeringnemer) kunt voor de verzekerden op uw (gezins)polis kiezen uit de verschillende aanvullende verzekeringen die wij aanbieden. Deze kunnen per verzekerde verschillen.

C.3.3. Kinderen tot 18 jaar in een gezin

- De (combinatie van) aanvullende verzekering(en) van een kind moet(en) hetzelfde zijn als die van (één van) de ouders.
- In afwijking van het voorgaande kunt u voor uw kind één of meer aanvullende verzekeringen afsluiten die anders zijn dan die van zijn ouders. De aanvullende verzekeringen van uw kind zijn dan niet meer gratis. Ook zelfs de aanvullende verzekering die wel hetzelfde is als een van de aanvullende verzekeringen van een of beide ouders is dan niet meer gratis. Op uw kind is dan de premie vanaf 18 jaar van toepassing.

C.4. Begin en duur van uw aanvullende verzekering

C.4.1. Begin en duur

Als de aanvullende verzekering op 1 januari ingaat, is die aanvullende verzekering één heel jaar van kracht. Als de aanvullende verzekering na 1 januari ingaat, is die aanvullende verzekering het resterend deel van het lopende jaar plus het hele daarop volgende jaar van kracht.

C.4.2. Bijschrijving van gezinsleden

Voor gezinsleden die tijdens de looptijd van uw aanvullende verzekering op uw verzekering worden bijgeschreven, loopt hun aanvullende verzekering even lang als die van u.

C.5. Verzwijging

C.5.1. Vragen

Voordat wij u accepteren, voor een aanvullende verzekering of ziektekostenverzekering, kan het zijn dat wij een aantal vragen aan u of aan derden (zoals uw zorgverlener) stellen. U moet deze vragen volledig en naar waarheid beantwoorden.

C.5.2. Beëindiging door ons

Als blijkt dat de antwoorden onjuist of onvolledig zijn, wijzen wij u hierop. U hebt dan 14 dagen de tijd om te reageren. Wij kunnen binnen 60 dagen

na ontdekking de aanvullende verzekering of de ziektekostenverzekering meteen beëindigen.

C.5.3. Opzegging door verzekeringnemer

Vanaf het moment dat wij u op de onjuistheid of onvolledigheid wijzen, hebt u 60 dagen de gelegenheid om uw aanvullende verzekering of de ziektekostenverzekering met directe ingang te beëindigen.

C.6. Beëindigen of wijzigen

C.6.1. Beëindiging voor alle verzekerden

- Als de informatie die u ons bij het afsluiten van een aanvullende verzekering en/of een ziektekostenverzekering hebt gegeven onjuist of onvolledig blijkt te zijn, kunnen wij de betreffende verzekering binnen 60 dagen na deze ontdekking per direct beëindigen. Wij vorderen alle vergoedingen terug die wij u vanaf de dag van de misleiding hebben betaald.
- Als u 2 maanden betalingsachterstand heeft voor de ziektekostenverzekering kunnen wij de betreffende ziektekostenverzekering beëindigen.

C.6.2. Beëindiging voor één verzekerde

Wij beëindigen de aanvullende verzekering en ziektekostenverzekering van één verzekerde op het moment dat sprake is van (één van) de volgende situaties:

- De verzekerde maakt feitelijk geen deel meer uit van uw (verzekeringnemer) gezin;
- Het verblijf van u (verzekerde) in het buitenland is volgens deze verzekeringsvoorwaarden niet langer als tijdelijk te beschouwen en wij hebben u geen uitdrukkelijke toestemming gegeven om uw aanvullende verzekering te behouden.

Als van (één van) bovenstaande situaties sprake is, moet u dit schriftelijk aan ons melden. Wij moeten die melding uiterlijk binnen 30 dagen nadat van de betreffende situatie sprake is, hebben ontvangen.

C.6.3. Geen beëindiging

U kunt uw aanvullende verzekering niet opzeggen:

- als wij de premie verlagen;
- als wij de verzekeringsvoorwaarden veranderen waardoor u meer rechten of minder plichten krijgt;
- als wij de premie veranderen doordat u een bepaalde leeftijd bereikt en daardoor in een andere leeftijdscategorie terechtkomt;
- als wij de verzekeringsvoorwaarden of premie

A.21.4. Hechtenis of gevangenschap

Tijdens de periode dat u in hechtenis bent of in de gevangenis zit, hebt u geen recht op zorg of vergoeding van kosten daarvan. Ook als de zorg die u ontvangt wel onder de verzekering valt. Dit geldt zowel voor gevangenschap/hechtenis in Nederland als in het buitenland. U bent tijdens deze periode aangewezen op geneeskundige zorg die door of namens de instelling waar u verblijft wordt verstrekt. In Nederland zorgt het Ministerie van Justitie daarvoor.

A.22. Geschillen

A.22.1. Verzoek om heroverweging

Als u het niet eens bent met een beslissing die wij voor de uitvoering van de verzekering hebben genomen, kunt u schriftelijk aan onze afdeling Juridische Zaken vragen de beslissing te heroverwegen.

A.22.2. Rechter of geschillencommissie

Gaat u niet akkoord met de uitkomst van de heroverweging? U kunt dan kiezen voor één van de volgende mogelijkheden:

- U kunt naar de bevoegde rechter als wij niet binnen 4 weken op dit verzoek om heroverweging reageren. U kunt dit ook doen als wij aangeven dat (en waarom) wij bij onze beslissing blijven.
- U kunt het geschil ook voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist (www.skgz.nl). Bij deze stichting werkt de Ombudsman Zorgverzekeringen. Deze Ombudsman probeert door bemiddeling de klacht op te lossen. Als dit niet lukt, kan de SKGZ een bindend advies uitbrengen.

Hebt u eenmaal voor de ene mogelijkheid gekozen dan kunt u in principe geen gebruik maken van de andere mogelijkheid.

A.22.3. E-Court

Als u uw kosten (premie daaronder begrepen) niet op tijd aan ons betaalt, kunnen wij om deze schulden te innen in een arbitraal geding gebruik maken van het scheidsgerecht Stichting e-Court. U hebt gedurende een maand vanaf de oproeping het recht om te kiezen voor behandeling door de

kantonrechter. De wettelijke regels daarvoor en het Arbitrage Reglement dat op de internetsite www.e-court.nl staat zijn van toepassing.

A.23. Klachten

A.23.1. Klacht

Als u een klacht hebt die niet gaat over de uitvoering van uw zorgverzekering, dan kunt u dit ook aan ons laten weten. U kunt dit schriftelijk of telefonisch doen. Wij beslissen over uw klacht en wij stellen u hiervan op de hoogte.

A.23.2. Niet akkoord met de beslissing

Gaat u niet akkoord met onze beslissing en zijn uw klachten niet naar redelijkheid weggenomen? U hebt dan de volgende mogelijkheden:

- U kunt uw klacht voorleggen aan de bevoegde rechter;
- U kunt uw klacht voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Bij deze stichting werkt de Ombudsman Zorgverzekeringen. Deze Ombudsman probeert door bemiddeling de klacht op te lossen. Als dit niet lukt, kan de SKGZ een bindend advies uitbrengen.

Hebt u eenmaal voor de ene mogelijkheid gekozen dan kunt u in principe geen gebruik meer maken van de andere mogelijkheid.

A.23.3. Klacht over standaardformulieren

Als u, zorgverleners of andere zorgverzekeraars onze formulieren te ingewikkeld of overbodig vinden, kan een klacht daarover ingediend worden bij de NZa. De NZa doet hierover vervolgens een uitspraak. Die uitspraak is bindend.

A.24. Nederlands Recht

Op uw verzekering(en) is het Nederlands recht van toepassing.

A.25. Wat als situatie niet is geregeld?

In alle gevallen waarvoor in deze verzekeringsvoorwaarden niets is geregeld, beslist de raad van bestuur of directie hoe wij daarmee omgaan.

Burgerlijk Wetboek Boek 7

Artikel 940

1. Bij opzegging tegen het einde van een verzekeringsperiode teneinde verlenging van de overeenkomst te verhinderen, wordt een termijn van twee maanden in acht genomen.
2. De verzekeringnemer en, tenzij het een persoonsverzekering betreft, de verzekeraar kunnen een overeenkomst die is aangegaan voor een periode van meer dan vijf jaar, of die voor zulk een periode is verlengd, opzeggen tegen het einde van elk vijfde jaar binnen die periode. Daarbij geldt de in lid 1 genoemde termijn.
3. Indien de verzekeraar de bevoegdheid heeft bedongen de overeenkomst tussentijds op te zeggen, komt de verzekeringnemer een gelijke bevoegdheid toe. Tenzij jegens hem is gehandeld met het opzet tot misleiding neemt de verzekeraar onderscheidenlijk de verzekeringnemer daarbij een termijn van twee maanden in acht. Indien een verzekering dekking biedt tegen schade veroorzaakt door risico's als bedoeld in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht, kan, bij de verwezenlijking van een dergelijk risico of bij een dreiging van het ophanden zijn daarvan, de verzekeraar onderscheidenlijk de verzekeringnemer in afwijking van deze termijn van twee maanden, de overeenkomst met inachtneming van een termijn van zeven dagen opzeggen. De verzekeraar kan slechts tussentijds opzeggen op in de overeenkomst vermelde gronden welke van dien aard zijn dat gebondenheid aan de overeenkomst niet meer van de verzekeraar kan worden gevergd.
4. Indien de verzekeraar de voorwaarden van de overeenkomst ten nadele van de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde wijzigt, is de verzekeringnemer gerechtigd de overeenkomst op te zeggen tegen de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging hem is meegedeeld.
5. De verzekeraar kan een persoonsverzekering niet beëindigen of wijzigen op grond van verzwaring van het gezondheidsrisico, voor zover dat is gelegen in de persoon van degeen, die de verzekering betreft.
6. De verzekeringnemer kan de overeenkomst steeds langs elektronische weg opzeggen. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld ten aanzien van de verzending van opzeggingen langs elektronische weg.
7. De voordracht voor een krachtens het zesde lid vast te stellen algemene maatregel van bestuur wordt niet eerder gedaan dan vier weken nadat het ontwerp aan de beide kamers der Staten-Generaal is overgelegd.