

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. L. Ritzema, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202500818

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te B,

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. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 12 juli 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 28 juli 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Op 10 september 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar een brief aan de commissie gestuurd, waarin enkele vragen worden gesteld. Een kopie hiervan is op 11 september 2025 aan verzoeker gezonden, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld te reageren. Ondanks aan hem gezonden herinneringen – te weten op 9 oktober 2025 en 18 november 2025 – heeft de commissie van verzoeker geen reactie ontvangen. Bij brief van 11 december 2025 heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar hierover geïnformeerd en hem in de gelegenheid gesteld zijn standpunt uiteen te zetten. Bij brief van 13 januari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een kopie van deze brief is diezelfde dag aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 februari 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gezonden.
- 1.4. Bij brief van 25 februari 2025 en 23 maart 2025 is verzoeker om aanvullende informatie gevraagd. Verzoeker heeft hierop niet gereageerd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering OHRA Tand Sterk (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De eveneens afgesloten verzekeringen OHRA Zorgverzekering Combinatie en OHRA Energiek zijn niet in geschil en blijven daarom verder onbesproken.
- 2.2. Op 2 juli 2024 heeft verzoeker een ongeval gehad, waarna behandeling door de eerste tandarts heeft plaatsgevonden. Hierbij is de bestaande brug teruggeplaatst. Verzoeker heeft op 21 januari 2025 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een tandheelkundige behandeling, uit te voeren door de tweede tandarts.

- 2.3. Bij brief van 27 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.
- 2.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 14 februari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de aangevraagde tandheelkundige behandeling door de tweede tandarts volledig te vergoeden ten laste van de ongevallendeckking van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 3.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoeker bij klachtenformulier van 2 mei 2025 en ongedateerd e-mailbericht opgemerkt dat de ziektekostenverzekeraar de desbetreffende aanvraag heeft afgewezen, omdat deze te laat was gedaan. Op grond van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering dient een aanvraag namelijk binnen drie maanden na het ongeval te worden ingediend. Deze termijn werd echter door onbekendheid hiermee aan de kant van verzoeker en door verkeerde behandeling van de claim, en daarmee buiten zijn schuld, overschreden. Verzoeker heeft in dit verband toegelicht dat de eerste tandarts de traumaprocedure niet goed heeft gevolgd.
- 3.3. Door het ongeval was een brug van zes elementen gebroken. Verzoeker heeft daarom contact opgenomen met de eerste tandarts. Hierbij heeft hij gezegd dat hij mogelijk een bezoek moest brengen aan een nootdandarts, vanwege de schade aan zijn gebit. Vervolgens heeft de eerste tandarts aangeboden om verzoeker nog diezelfde middag te helpen. De elementen van de brug waren niet meer bruikbaar, maar het metalen frame is met succes teruggeplaatst op de pijlers. Verzoeker was blij dat hij enigszins toonbaar was en weer kon eten en praten. De eerste tandarts heeft geen verdere behandeling voorgesteld en verzoeker was op dat moment niet in staat om de juiste vragen te stellen. Vervolgens heeft hij een andere tandarts bezocht voor een second opinion. Deze tweede tandarts stelde vast dat verzoeker aan de voorwaarden voor aanspraak op vergoeding van mondzorg na een ongeval voldeed. Verzoeker wist niet dat hij door het handelen van de eerste tandarts vergoeding zou mislopen.
- 3.4. Ter zitting heeft verzoeker toegelicht dat hij na de val een flink gat in zijn mond had. Het brugdeel is de volgende dag zwaar beschadigd teruggevonden. De oude tandarts heeft het beschadigde brugdeel weer teruggezet in de mond, maar er was alleen een metalen frame over. Door het terugplaatsen kon weer worden gekauwd, maar eigenlijk was vervanging van de brug nodig. Er was geen tand meer te herkennen. Verzoeker kon kauwen op de stompjes die aanwezig waren. Hij kon in ieder geval weer eten en praten. Uiteindelijk is contact opgenomen met de tandarts van de partner van verzoeker. Volgens deze nieuwe tandarts moest de brug worden vernieuwd en er is een tandheelkundige behandeling uitgevoerd. De nieuwe tandarts vroeg of er een verzekering was afgesloten voor mondzorg na ongeval. Dit bleek het geval en na contact met de ziektekostenverzekeraar zijn de stukken ingediend. Op dat moment bleek de termijn van drie maanden al te zijn verlopen, maar de ziektekostenverzekeraar had aangegeven dat hij daar coulant mee om zou gaan. Desondanks is hij tot een negatieve beslissing gekomen, omdat de driemaandentermijn was verlopen. De eerste tandarts heeft fouten gemaakt. Op zijn nota stond niet meer dan 'herplaatsing van het element'. Met deze tandarts is geen gesprek gevoerd over nabehandeling of eventuele herstel mogelijkheden. Er is wel een opmerking gemaakt over een kunstgebit.

Voorafgaand aan het ongeval zat de brug uitstekend. Na de val was alles beschadigd. De brug was al meer dan tien jaar oud.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 10 september 2025 toegelicht dat hij ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering nadere voorwaarden mag stellen, waaronder die dat een aanvraag binnen een bepaalde termijn moet zijn gedaan. Een dergelijke voorwaarde is ook opgenomen in artikel D.8.6. van de aanvullende ziektekostenverzekering. Er zijn belangrijke redenen dat de ziektekostenverzekeraar heeft gekozen voor deze termijn, onder meer omdat de beoordeling of is voldaan aan de inhoudelijke voorwaarden van mondzorg bij ongevallen in de praktijk vaak lastiger is naarmate er meer tijd verstrijkt. De termijn is ook duidelijk opgenomen in de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering en hieraan is ook makkelijk te voldoen. Deze weigeringsgrond is naar het oordeel van de ziektekostenverzekeraar om genoemde redenen terecht.

De ziektekostenverzekeraar heeft er in het onderhavige geval evenwel voor gekozen om, bij wijze van uitzondering, alsnog te kijken of er voldoende informatie beschikbaar is om tot een inhoudelijke beoordeling van de aanvraag te komen. Daarbij heeft de ziektekostenverzekeraar meegewogen dat verzoeker contact met hem heeft opgenomen en dat, aangezien de termijn van drie maanden op dat moment al was verlopen, duidelijker aan hem had kunnen worden gecommuniceerd wat mogelijk was. De beschikbare informatie biedt echter onvoldoende houvast voor een inhoudelijke beoordeling. Het is bijvoorbeeld niet duidelijk wat de staat en leeftijd van de brug was, voorafgaand aan het ongeval, en wat de staat van de brug was, na het ongeval. Hierover dient door verzoeker aanvullende informatie te worden aangeleverd.

- 4.2. Bij brief van 13 januari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat er verschillende inhoudelijke toetsingscriteria zijn opgenomen in de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Een belangrijk criterium uit artikel D.8.6 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is: “de zorg is nodig om uw gebit te herstellen in de status direct voorafgaande aan het ongeval.”

Tot op heden is, ondanks een verzoek daartoe, geen nadere informatie overgelegd door verzoeker. Zonder die informatie is het voor de ziektekostenverzekeraar niet mogelijk een inhoudelijke beoordeling uit te voeren en is dus ook geen goedkeuring voor mondzorg bij ongevallen mogelijk. De ziektekostenverzekeraar heeft hierbij opgemerkt dat het bij elke beoordeling van een aanvraag voor mondzorg na een ongeval, gelet op bovenstaand toetsingscriterium, belangrijk is de staat van het gebit voorafgaand aan het ongeval in kaart te brengen. Op basis van de aanwezige informatie in het dossier kan de ziektekostenverzekeraar, als eerder gesteld, niet concluderen dat de staat van de brug destijds goed was. Er mist veel belangrijke tandheelkundige informatie, en uit de informatie die wel is meegestuurd volgt in ieder geval niet eenduidig dat de brug voorafgaand aan het ongeval in goede staat verkeerde.

- 4.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de aanvraag in eerste instantie is afgewezen, omdat de driemaandentermijn was verlopen. Dit is een eis die is gesteld in de verzekeringsvoorwaarden. De ziektekostenverzekeraar mag deze eis ook stellen. Er wordt enigszins coulant omgegaan met deze termijn, maar blijkbaar is in eerste instantie besloten dat de aanvraag te laat is ingediend. In de procedure bij SKGZ heeft de ziektekostenverzekeraar opnieuw gekeken naar de situatie. Hij heeft redenen gezien om het verstrijken van de drie maanden niet meer aan verzoeker tegen te werpen. De ziektekostenverzekeraar wil een medische beoordeling doen, maar hiervoor heeft hij meer informatie nodig. Er is bijvoorbeeld geen informatie beschikbaar over het terugplaatsen van de brug. Verzoeker heeft ter zitting uitgelegd dat de oplossing van de eerste tandarts enigszins functioneel was, maar esthetisch helemaal niet in orde. Een gebit hoeft esthetisch niet optimaal te zijn, maar wel adequaat. Dit wil de ziektekostenverzekeraar beoordelen, maar dan moet er wel meer informatie worden aangeleverd.

Van belang is de staat van de brug voorafgaand aan het ongeval. Er bestaat namelijk aanspraak op herstel tot de situatie direct voorafgaand aan het ongeval en niet meer dan dat. De ziektekostenverzekeraar moet dus weten wat de staat was van de brug voorafgaand aan het ongeval. Dit moet blijken uit het behandeldossier van de tandarts. Op basis van de beschikbare informatie kan de ziektekostenverzekeraar niet concluderen dat aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten ten laste van de ongevallendeckking.

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.23. 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 relevante bepaling uit het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (Rv) en de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 6.2. Uit het 'Vergoedingen Overzicht', behorende bij de aanvullende ziektekostenverzekering, blijkt dat onder meer aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van 'mondzorg bij ongeval' tot een bedrag van € 20.000,- per ongeval. Volgens verzoeker bestaat hierop in zijn situatie aanspraak, en dient de aanvraag voor de door de tweede tandarts uit te voeren tandheelkundige behandeling op grond van de ongevallendeckking te worden geaccordeerd. De commissie overweegt als volgt.
- 6.3. In artikel D.8.6. van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is opgenomen dat voor 'mondzorg bij ongeval' een akkoordverklaring van de ziektekostenverzekeraar nodig is voorafgaand aan de behandeling. Het verzoek om een akkoordverklaring dient de ziektekostenverzekeraar binnen drie maanden na het ongeval te hebben bereikt. Bovendien dient er sprake te zijn van zorg die nodig is om het gebit te herstellen in de status direct voorafgaand aan het ongeval.
- 6.4. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker op 2 juli 2024 een ongeval heeft gehad en dat hierdoor schade aan het gebit is ontstaan. Ook is niet in geschil dat de aanvraag waarvoor akkoord wordt gevraagd dateert van zes maanden later, namelijk van 22 januari 2025, zodat de termijn van drie maanden werd overschreden. De ziektekostenverzekeraar heeft echter, om hem moverende redenen, besloten om deze voorwaarde niet langer aan verzoeker tegen te werpen. Hij heeft zich bereid verklaard de aanvraag inhoudelijk te beoordelen en heeft in dit kader aanvullende informatie aan verzoeker gevraagd. Gelet hierop kan hetgeen verzoeker in verband met de oorzaak van de termijnoverschrijding heeft aangevoerd, namelijk dat de procedure door de eerste tandarts, en daarmee buiten zijn schuld, niet correct is gevolgd, onbesproken blijven. Dit laatste geldt ook voor zijn stelling dat hij niet bekend was met de termijn waarbinnen een aanvraag moest worden ingediend.
- 6.5. In de procedure bij de commissie is verzoeker meerdere malen in de gelegenheid gesteld informatie aan te leveren waaruit blijkt dat de aangevraagde behandeling voor vergoeding ten laste van de ongevallendeckking van de aanvullende ziektekostenverzekering in aanmerking komt. Er is in het bijzonder gevraagd om informatie over de staat van de brug voorafgaand aan, en direct na het ongeval. Verzoeker heeft hierop steeds niet gereageerd, ook niet nadat werd gerappelleerd en

verzoeker tijdens de hoorzitting nogmaals een termijn was gegeven om nadere informatie toe te sturen.

De commissie overweegt dat op grond van artikel 150 Rv en de jurisprudentie ter zake, het uitgangspunt geldt dat degene die meent een vordering op de verzekeraar te hebben, op grond van een bij deze verzekeraar afgesloten verzekeringsovereenkomst, de stelplicht en bewijslast heeft van zijn op een rechtsgevolg gerichte stelling dat sprake is van dekking onder de verzekeringsovereenkomst. Het lag dus op de weg van verzoeker om informatie aan te leveren waaruit blijkt dat aan artikel D.8.6. van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is voldaan. Dit is echter niet gebeurd. Om die reden is de aanvraag voor de tandheelkundige behandeling door de tweede tandarts terecht door de ziektekostenverzekeraar afgewezen.

Slotsom

6.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 april 2026,

S.M.L.M. Schneiders-Spoor

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

- U05*, X06, 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.
- 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*)
- 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 Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

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.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 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 jeugdandverzorging.

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)'.
• Mondzorg die (naar zijn karakter) deel uitmaakt van de basisverzekering en/of waar u een akkoordverklaring voor nodig heeft
Het gaat in ieder geval om deze prestatiecodes:
 - A20: behandeling onder algehele anesthesie (narcose) of sedatie (roesje);
 - X611: behandeling onder intraveneuze (injectie) sedatie (roesje, bijvoorbeeld met lachgas);
 - 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;
 - U05*, X06, 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 Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Hulpmiddelen in eigendom

Dit zijn hulpmiddelen die u volgens uw verzekeringsvoorwaarden in eigendom krijgt. Die zijn dan van u, u bent de eigenaar. De aanschafkosten worden verrekend met uw eigen risico.

Als u een hulpmiddel in eigendom krijgt, is dit voor eigen gebruik. U mag u dit hulpmiddel niet doorverkopen.

Jaar

Kalenderjaar. Alleen als het gaat om de leeftijd van iemand, wordt niet 'kalenderjaar' maar levensjaar bedoeld.

Maand

Kalendermaand.

Marktconform tarief

Dit is het tarief dat in de Nederlandse markt in redelijkheid passend is voor een bepaalde behandeling.

Hierbij kijken we welke bedragen zorgverleners gemiddeld in rekening brengen voor die behandeling. Dit betekent dat wij onredelijk hoge bedragen niet helemaal vergoeden.

Zie hiervoor ook artikel 2.2., tweede lid, onder b, van het Besluit zorgverzekering.

(Medisch) adviseur

De arts, apotheker, tandarts, fysiotherapeut of andere deskundige die ons adviseert. Het gaat dan om advies over medische zorg, farmacotherapeutische zorg, tandheelkundige zorg, fysiotherapeutische zorg of een ander zorginhoudelijk vakgebied.

Medische indicatie

De aandoening of ziekte die een arts (vermoedt of) vaststelt waarmee u toegang krijgt tot bepaalde zorg.

Ongeval

Een plotselinge, onverwachte en niet gewilde gebeurtenis van buitenaf. Deze gebeurtenis leidt rechtstreeks tot objectief medisch aan te tonen fysiek letsel.

Dit geldt ook als u de gebeurtenis niet heeft voorzien en redelijkerwijs ook niet kon voorzien.

We stellen een acute ernstige ziekte gelijk met een ongeval als:

- zorg op medische gronden direct nodig en niet uit te stellen is of als een ziekte of aandoening levensbedreigend is; en
- deze benodigde zorg onder de basisverzekering valt; en
- naar objectieve medische maatstaven binnen een halfjaar geen herstel te verwachten is.

Opname

Een periode van verpleging en behandeling met overnachting op een afdeling voor verpleging in een instelling voor medisch specialistische zorg (zoals een ziekenhuis). De opname moet medisch noodzakelijk zijn in verband met geneeskundige zorg.

We bedoelen niet verblijf in een polikliniek, niet een dagopname of spoedeisende hulp en ook niet verblijf in een instelling voor revalidatie.

Een opname komt maximaal 1.095 (3 x 365) aaneengesloten dagen voor rekening van uw basisverzekering. Hierbij gelden deze regels:

- bij een onderbreking van uw opname korter dan 31 dagen tellen de dagen van de onderbreking niet mee, maar tellen we na de onderbreking wel verder voor het totaal;
- bij een onderbreking van uw opname van meer dan 30 dagen gaan we na de onderbreking opnieuw tellen voor het totaal;
- bij een onderbreking voor weekend- en vakantieverlof tellen deze dagen van onderbreking wel mee voor het totaal aantal dagen.