Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen
mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs, mr. J.J.M. Linders en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202600386

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

1) Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam, en
2) DSW Ziektekostenverzekeringen N.V. te Schiedam,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

1.1. Verzoeker heeft in een telefoongesprek op 20 april 2026 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Dit is schriftelijk aan hem bevestigd op 21 april 2026. Op 27 mei 2026 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.

1.2. Bij brief van 13 augustus 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 17 augustus 2026 aan verzoeker gestuurd.

1.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 30 september 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

2. Vaststaande feiten

2.1. Verzoeker was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Top (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

2.2. Verzoeker heeft op 30 augustus 2024 tandheelkundige zorg gehad op Cyprus. De kosten hiervan, te weten € 4.319,--, heeft hij op 4 december 2024 bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Bij brief van 6 december 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de kosten niet worden vergoed.

2.3. Bij brief van 24 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker om aanvullende informatie gevraagd. Hierover hebben partijen vervolgens gecorrespondeerd. Op 17 juni 2025 heeft verzoeker een herziene nota ter zake de tandheelkundige behandeling bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. Naar aanleiding hiervan heeft laatstgenoemde verzoeker op 20 juni 2025 om specifieke stukken gevraagd, die verzoeker niet heeft aangeleverd.

2.4. Bij brief van 10 juli 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de op Cyprus gemaakte tandartskosten niet worden vergoed.

2.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 1 mei 2026 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 door hem op Cyprus genoten tandheelkundige zorg te vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

3.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoeker bij klachtenformulier van 3 maart 2026 gesteld dat aanspraak bestaat op vergoeding van de in het buitenland gemaakte tandartskosten ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft dit geweigerd en daartoe steeds wisselende afwijsgronden genoemd, en om aanvullende gevoelige informatie gevraagd. Er wordt daarbij bewust niet in één keer om alle informatie verzocht, maar telkens op verschillende momenten. Hiermee rekt de ziektekostenverzekeraar tijd, totdat verzoeker de tandarts op Cyprus niet meer durft te benaderen.
Het gaat in dit geval om een tandarts in het buitenland en verzoeker kan hem niet zomaar benaderen. Bij een vervolgbezoek heeft verzoeker de tandarts gevraagd om een nieuwe nota, die voldoet aan de door de ziektekostenverzekeraar genoemde eisen. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar weer om andere informatie gevraagd, namelijk om een brief van de zorgverlener waarmee moet worden aangetoond waarom de behandeling niet kon wachten tot na terugkeer in Nederland. Deze brief moest in het Engels worden geschreven, terwijl de ziektekostenverzekeraar in het verleden ook nota's heeft geaccepteerd in een andere vreemde taal.

3.3. Ter zitting heeft verzoeker verklaard dat hij vraagt om vergoeding van de tandheelkundige kosten ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. De Cypriotische tandarts leerde hij kennen in coronatijd. In het verleden heeft verzoeker mondzorg gehad in Roemenië en Moldavië. In coronatijd kon er in Nederland geen zorg worden geleverd. Tijdens een bootreis van Griekenland naar Cyprus in 2024 ontstonden er problemen met het gebit. Het was niet duidelijk wat de oorzaak was en daarom is de scheepsarts bezocht. Volgens de scheeparts was sprake van een infectie. Hij kon alleen pijnstillers geven. Er werd geadviseerd om op Cyprus met spoed naar de tandarts te gaan. Dit advies is gevolgd. Bij de Cypriotische tandarts bleek dat er verschillende infecties waren in de mond. Er moesten verschillende kiezen en wortelkanalen worden behandeld. De behandeling heeft twee of drie weken geduurd. In die periode is ook twee weken antibiotica gebruikt. Inmiddels zijn er weer infecties opgetreden en heeft de Nederlandse tandarts laten weten dat er weer zorg nodig is. Die zorg is nog niet aangevraagd. De ziektekostenverzekeraar gaat altijd in discussie als er declaraties worden ingediend. In 2022 was hetzelfde aan de orde. Over de in geschil zijnde declaratie is regelmatig contact geweest met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar. Hij bleef maar vragen om nieuwe informatie. Er is meerdere malen geprobeerd om contact op te nemen met de Cypriotische tandarts om nieuwe informatie op te vragen.
Verzoeker heeft zijn best gedaan om de gevraagde informatie aan te leveren. Op Cyprus werkt de zorg anders dan in Nederland. Bij de Cypriotische tandarts is geen dossier beschikbaar. De behandelingen zijn uitgevoerd en dan is het klaar. Er zijn wel röntgenfoto's gemaakt, maar die zijn niet bewaard. De overzichtsfoto die door de ziektekostenverzekeraar wordt genoemd betreft een oude foto. Die is overgelegd om te laten zien hoe de situatie eerst was. Op Cyprus wordt zorg verleend en vervolgens wordt een nota gestuurd die moet worden betaald. Er staat dan niet op de nota wat er is uitgevoerd.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij niet kan overgaan tot vergoeding van de op Cyprus gemaakte kosten voor een tandheelkundige behandeling.

4.2. Ter onderbouwing hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 14 augustus 2026 aangevoerd dat de afwijzing van de declaraties op juiste en rechtmatige gronden heeft plaatsgevonden. Op grond van zowel de wettelijke bepalingen van de Zorgverzekeringswet als de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering, rust op een verzekerde de duidelijke bewijslast om de noodzaak, (in dit geval) het spoedeisende karakter, en de precieze inhoud van de verleende zorg aan te tonen. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker meermaals in de gelegenheid gesteld de ontbrekende en vereiste documenten - waaronder een behandelverslag, noodzakelijke diagnostische röntgenfoto's en een gedetailleerde gespecificeerde ziekenhuisnota - over te leggen. Nu verzoeker in gebreke is gebleven deze informatie te verstrekken, en er sprake is van inhoudelijke tegenstrijdigheden in de stellingen van verzoeker en van uitgesloten prestaties op de nota, kon de aanspraak op vergoeding niet worden vastgesteld en volgde een afwijzing, aldus de ziektekostenverzekeraar.

4.3. De Zorgverzekeringswet en het Besluit zorgverzekering regelen de aanspraken op zorg uit het wettelijk basispakket. Artikel 2.2 van het Besluit zorgverzekering bepaalt dat een verzekerde recht heeft op vergoeding van zorg die in het buitenland is genoten, mits deze zorg naar haar aard en omvang gelijkwaardig is aan de zorg zoals die in het Nederlandse basispakket is opgenomen, en wordt voldaan aan de criteria van de 'stand van de wetenschap en praktijk' en de medische noodzaak. Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder is uitgesloten van de dekking van de zorgverzekering, behoudens zeer specifieke situaties van bijzondere tandheelkunde of kaakchirurgische ingrepen van complexe aard (artikel 2.7 van het Besluit Zorgverzekering). De door verzoeker ondergane restauratieve behandelingen (zoals vullingen, wortelkanaalbehandelingen en kroon- en brugwerk) behoren voor een volwassen verzekerde niet tot het wettelijk basispakket. Derhalve bestaat er onder geen enkel beding aanspraak op vergoeding uit hoofde van de zorgverzekering. Aangezien de basisverzekering geen dekking biedt, dient de declaratie uitsluitend te worden getoetst aan de voorwaarden van de door verzoeker afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering.

4.4. Voor zorg die tijdens een tijdelijk verblijf buiten Nederland wordt genoten, bevat de aanvullende ziektekostenverzekering in de rubriek 'Buitenland' een specifieke bepaling: "*spoedeisende tandheelkundige hulp (zoals een extractie, een initiële wortelkanaalbehandeling, een reparatie van een prothese en/of een noodrestauratie). NB: definitieve kronen en/of bruggen dan wel geheel nieuwe prothesen worden niet vergoed.*"

4.5. De op 17 juni 2025 door verzoeker ingediende herziene nota betreft een omvangrijk complex aan tandheelkundige verrichtingen, gefactureerd op de enkele behandeldatum 30 augustus 2024. De nota vermeldt diverse posten. Na voorlegging van deze herziene nota aan de adviserend tandarts, heeft deze geconcludeerd dat op basis van enkel het factuurdocument niet kan worden vastgesteld of hier sprake is van een acute medische noodzaak die spoedeisende hulp rechtvaardigt. Het op één enkele dag uitvoeren van 10 wortelkanaalbehandelingen, het verwijderen van 14 oude kanaalvullingen, het slopen van 6 kronen en het leggen van 9 composietvullingen duidt eerder op een uitgebreide, geplande en definitieve gebitsrenovatie dan op het verlenen van acute eerste hulp bij een spoedgeval. Om die reden heeft de ziektekostenverzekeraar op 20 juni 2025 een gericht verzoek aan verzoeker gedaan om twee essentiële stukken aan te leveren, namelijk een gedetailleerd behandelverslag in het Engels, opgesteld door de tandarts, waarin de medische indicatie, de klachten en de noodzaak tot direct ingrijpen worden onderbouwd, en de negen röntgenfoto's die op de nota expliciet zijn gedeclareerd. Verzoeker heeft deze stukken niet overgelegd. Bij gebreke van een medische

onderbouwing door de tandarts kan de ziektekostenverzekeraar niet toetsen of de zorg redelijkerwijs niet kon wachten tot na terugkeer in Nederland. Daarmee is het recht op vergoeding uit hoofde van de aanvullende ziektekostenverzekering niet aangetoond.
Wat betreft de opgevraagde röntgenfoto's openbaart zich in het dossier daarnaast een onoverkomelijke tegenstrijdigheid. Op de door verzoeker ingediende tandartsnota zijn nadrukkelijk negen röntgenfoto's gedeclareerd. In de brief van SKGZ van 14 juli 2026, waarin verslag wordt gedaan van het telefoongesprek tussen de dossierbehandelaar van de Geschillencommissie en verzoeker op 27 april 2026, staat daarentegen het volgende: "U begreep dit, maar vindt dat er voldoende informatie is. Röntgenfoto's zijn volgens u niet gemaakt." Indien de verklaring van verzoeker juist is dat er geen röntgenfoto's zijn gemaakt, bewijst dit dat de overgelegde tandartsnota feitelijk onjuist en onbetrouwbaar is. Er zijn dan immers verrichtingen op de factuur gezet en in rekening gebracht die in werkelijkheid niet hebben plaatsgevonden. In dat geval ontbreekt bij afwezigheid van röntgenfoto's bovendien elke vorm van objectieve röntgenologische diagnostiek die de noodzaak en de uitvoering van 10 behandelingen op één dag zou kunnen ondersteunen. Als er daarentegen wél röntgenfoto's zijn gemaakt, dan weigert verzoeker dus deze te verstrekken. Daarmee voldoet verzoeker niet aan de op hem rustende wettelijke en contractuele medewerkings- en bewijsplicht. In beide scenario's kan de ziektekostenverzekeraar niet tot vergoeding van de tandartsnota overgaan.

4.6. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat er een aantal onduidelijkheden zijn. Verzoeker heeft benoemd dat het niet betalen van de ziektekostenverzekeraar heeft geleid tot problemen. Het is onduidelijk waarom verzoeker pas in december is gaan declareren. Het gaat om zorg die niet onder de zorgverzekering valt. De aanvullende ziektekostenverzekering is voor dergelijke zorgkosten bedoeld. Om aanspraak te maken op een gedeeltelijke vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering moet sprake zijn van een situatie waarbij redelijkerwijs tijdens een tijdelijk verblijf sprake is van een dusdanige medische situatie die niet kon worden uitgesteld tot terugkomst in Nederland. Volgens de verzoeker was hiervan sprake, maar dit moet wel kunnen worden vastgesteld. Dit heeft de ziektekostenverzekeraar niet kunnen doen. Er is om aanvullende informatie gevraagd. Omdat er steeds geen antwoord kwam, zijn de vragen telkens opnieuw gesteld. Het komt de ziektekostenverzekeraar onlogisch voor dat alle zorg op dezelfde dag is uitgevoerd, maar ook dit kan niet worden vastgesteld. De activiteiten duiden op een gebitsrenovatie en daar is de aanvullende ziektekostenverzekering niet voor bedoeld.
Er is een nota ingediend waarop negen of tien wortelkanaalbehandelingen worden benoemd. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar is nog nooit tegengekomen dat dit allemaal als spoedzorg bij één persoon nodig is. Om dit te kunnen onderzoeken is aanvullende informatie gevraagd. Het is voor de ziektekostenverzekeraar onduidelijk wat de indicatie was voor de zorg. Verzoeker benoemt infecties, maar dit is een breed begrip. Er kan sprake zijn van een infectie van een wortelkanaal, een wortelpunt of tandvlees. Die infecties worden allemaal op een andere manier behandeld. De ziektekostenverzekeraar heeft onvoldoende informatie, dus hij kan het niet beoordelen.
Er is een richtlijn voor endodontische diagnostiek en daarin staat vermeld dat er röntgenfoto's moeten worden gemaakt. Het doel hiervan is om voorafgaand aan een behandeling vast te stellen waar het probleem zit en welke behandeling nodig is. Ook kan aan de hand hiervan achteraf worden bekeken of de behandeling heeft gewerkt. Volgens verzoeker zijn er geen foto's beschikbaar. Er is wel een overzichtsfoto overgelegd. Deze foto lijkt op een foto die eerder in een andere procedure bij de commissie is overgelegd.

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 13 van de Algemene 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 Burgerlijk Wetboek (BW) en de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden zijn opgenomen in de bijlage. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

6.2. Ter zitting heeft verzoeker bevestigd dat hij vraagt om vergoeding van de op Cyprus gemaakte tandheelkundige kosten ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit betekent dat hetgeen de ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd aangaande de zorgverzekering onbesproken kan blijven.

6.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor zorg in het buitenland, waaronder spoedeisende tandheelkundige hulp (zoals een extractie, wortelkanaalbehandeling, reparatie van een prothese en/of noodrestauratie). Voor de vergoeding wordt onderscheid gemaakt tussen zorg binnen (EU-, EER- en verdragslanden) en buiten Europa (overige landen). Hierbij is opgemerkt dat definitieve kronen en/of bruggen dan wel geheel nieuwe prothesen niet worden vergoed. Dit blijkt uit hetgeen is beschreven op pagina 6 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6.4. Volgens de ziektekostenverzekeraar beschikt hij over onvoldoende informatie om te beoordelen of aanspraak bestaat op vergoeding van de gedeclareerde tandheelkundige kosten ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. In het bijzonder heeft hij gevraagd om een gedetailleerd behandelverslag in het Engels, opgesteld door de tandarts, waarin de medische indicatie, de klachten en de noodzaak tot direct ingrijpen staan onderbouwd, en de negen röntgenfoto's die op de nota expliciet zijn vermeld. Verzoeker heeft zijn onvrede geuit over de werkwijze van de ziektekostenverzekeraar, die volgens hem steeds andere en onnodige informatie verlangt, en uitgelegd dat het voor hem niet eenvoudig is om zijn buitenlandse zorgverlener hiervoor te benaderen. De commissie overweegt als volgt.

6.5. Op grond van het bepaalde in artikel 7:941, tweede lid, BW zijn de verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde verplicht binnen redelijke termijn de verzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen welke voor deze van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen. Dit is in vergelijkbare zin bepaald in artikel 6 van de Algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. De mogelijke sancties op het niet nakomen van de in artikel 7:941, tweede lid, BW benoemde inlichtingenplicht zijn vermeld in het derde en vierde lid van het artikel. Hierin is bepaald dat, indien door de tot uitkering gerechtigde een verplichting als bedoeld in de leden 1 of 2 niet is nagekomen, de verzekeraar de uitkering kan verminderen met de schade die hij daardoor lijdt (derde lid) en dat de verzekeraar het vervallen van het recht op uitkering wegens niet-nakoming van een verplichting als bedoeld in de leden 1 en 2 slechts kan bedingen voor het geval hij daardoor in een redelijk belang is geschaad (vierde lid).

6.6. Gelet op de stellingen van verzoeker komt de vraag op of de naar aanleiding van de herziene nota opgevraagde stukken benodigd zijn om de uitkeringsplicht te beoordelen. De commissie oordeelt dat dit inderdaad het geval is. Zoals door de ziektekostenverzekeraar is toegelicht, kan worden betwijfeld of sprake is van spoedeisende tandheelkundige zorg, gelet op het aantal en de aard van de uitgevoerde behandelingen. Daarnaast bestaat onduidelijkheid over de röntgenfoto's, die hetzij niet zijn gemaakt maar wel gedeclareerd, hetzij wél zijn gemaakt maar door verzoeker niet worden verstrekt (al dan niet omdat eventueel gemaakte röntgenfoto's niet meer beschikbaar zijn). Welke situatie ook aan de orde is, het ontbreken ervan klemt te meer omdat de foto's noodzakelijk zijn

voor de diagnostiek én deze inzicht zouden kunnen bieden in het spoedeisende karakter van de verleende zorg.
Nu verzoeker de op hem rustende inlichtingenplicht niet is nagekomen, heeft de ziektekostenverzekeraar niet kunnen vaststellen dat aanspraak bestaat op vergoeding en werd vergoeding van de op Cyprus gemaakte tandheelkundige kosten terecht door de ziektekostenverzekeraar geweigerd.

Slotsom

6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 2 november 2026,

J.J.M. Linders

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. Wetgeving

2. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

Burgerlijk Wetboek Boek 7

Artikel 941

1. Zodra de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde van de verwezenlijking van het risico op de hoogte is, of behoort te zijn, is hij verplicht aan de verzekeraar de verwezenlijking te melden. Dit geschiedt zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is.

2. De verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht binnen redelijke termijn de verzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen welke voor deze van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen.

3. Indien door de tot uitkering gerechtigde een verplichting als bedoeld in de leden 1 of 2 niet is nagekomen, kan de verzekeraar de uitkering verminderen met de schade die hij daardoor lijdt.

4. De verzekeraar kan het vervallen van het recht op uitkering wegens niet-nakoming van een verplichting als bedoeld in de leden 1 en 2 slechts bedingen voor het geval hij daardoor in een redelijk belang is geschaad.

5. Het recht op uitkering vervalt indien de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde een verplichting als bedoeld in de leden 1 en 2 niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar te misleiden, behoudens voor zover deze misleiding het verval van het recht op uitkering niet rechtvaardigt.

Brillen en contactlenzen voor kinderen

AV-STANDAARD	AV-TOP	
maximaal € 70,- per kalenderjaar	**maximaal € 70,- per kalenderjaar**	De vergoeding voor kinderen onder de 18 jaar bedraagt maximaal € 70,- per kalenderjaar voor een bril op sterkte (montuur inclusief glazen) of contactlenzen.

Buitenland

AV-STANDAARD	AV-TOP	
binnen Europa: 100% **buiten Europa: geen vergoeding**	**binnen Europa: 100%** **buiten Europa: 100%**	De aanvullende verzekering geeft tijdens vakantie in het buitenland de volgende aanspraken: • spoedeisende tandheelkundige hulp (zoals een extractie, wortelkanaalbehandeling, reparatie van uw prothese en/of noodrestauratie). NB: definitieve kronen en/of bruggen dan wel geheel nieuwe prothesen worden niet vergoed; • professionele medische hulpverlening door de alarmcentrale SOS International; • kosten van vervoer stoffelijk overschot van een verzekerde naar Nederland; • kosten van het organiseren en het toezenden van medicijnen en hulpmiddelen; • kosten van overbrengen van berichten door SOS International. Voor vergoedingen van vaccinaties bij een verblijf in het buitenland, zie ‘Vaccinaties buitenland’.

Camouflageproducten en instructie

AV-STANDAARD	AV-TOP	
75%, maximaal € 150,- per kalenderjaar	**75%, maximaal € 150,- per kalenderjaar**	Vergoed wordt 75% van de kosten van camouflagetherapie tot maximaal € 150,- per kalenderjaar. De vergoeding geldt voor: • instructie over camouflagetherapie in geval van ernstige huidafwijkingen in het gelaat en/of de hals; • de hiervoor te gebruiken camouflageproducten. De instructie moet worden verleend door een huidtherapeut die is aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH).

Flapoorcorrectie

AV-STANDAARD	AV-TOP	
geen	**eenmalig 75%**	Voor AV-Topverzekerden tot 18 jaar wordt eenmalig 75% van de kosten vergoed van een correctie van de oorstand.