

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. drs. J.W. Heringa, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. J.J.M. Linders

Zaaknummer: 202500593

Partijen

A. te B., hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) Interpolis Zorgverzekeringen N.V. te Leiden, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Leiden,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 12 oktober 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 20 oktober 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 23 december 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 24 december 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 11 februari 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.4. Na de hoorzitting is de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld een nadere reactie te geven. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 20 februari 2026 gereageerd. Een afschrift van deze brief is op 25 februari 2026 aan verzoekster gezonden, met de mogelijkheid hierop binnen drie weken te reageren. Verzoekster heeft bij brief van 15 maart 2026 gereageerd. Een afschrift van deze reactie is op 18 maart 2026 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Interpolis ZorgCompact (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering ZorgCompact Plus (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Verzoekster heeft op 22 augustus 2024 een ongeval gehad, waarbij de elementen 11 en 12 beschadigd zijn geraakt. De tandarts heeft hierna een restauratie van de betreffende elementen met composiet uitgevoerd. Bij brief van 23 september 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de kosten van tandartsbehandelingen als gevolg van het ongeval, gemaakt in de periode van 22 augustus 2024 tot en met 21 augustus 2025, worden vergoed.

- 2.3. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag van 28 november 2024, vervangen door een aanvraag van 5 december 2024, ingediend voor facings op de elementen 11 en 12.
- 2.4. Verzoekster is met ingang van 1 januari 2025 overgestapt naar een andere zorgverzekeraar.
- 2.5. Bij brief van 9 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag voor facings is afgewezen.
- 2.6. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 20 januari 2025 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 gehouden is alsnog een (gedeeltelijke) vergoeding te verlenen voor de op 5 december 2024 aangevraagde behandeling met facings, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 3.2. Verzoekster heeft hiertoe in haar brief aan de commissie van 12 oktober 2025 aangevoerd dat zij ten tijde van het ongeval een tandongevallenverzekering had afgesloten bij de ziektekostenverzekeraar. In overleg met de tandarts is in eerste instantie gekozen voor een tijdelijke oplossing in de vorm van composiet. De reden hiervoor was dat volgens de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering moest worden gekozen voor de eenvoudigste en goedkoopste behandeling. Tijdens een telefoongesprek met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar werd verzoekster verteld dat als deze tijdelijke oplossing niet duurzaam zou blijken, zij binnen een jaar na het ongeval een aanvraag kon indienen voor een betere oplossing, waaronder facings. Indien het ging om schade als gevolg van hetzelfde ongeval, zou hiervoor een vergoeding worden verleend.
- 3.3. Toen de composietvullingen inderdaad binnen het jaar loslieten, adviseerde de tandarts verzoekster facings als een meer duurzame en medisch noodzakelijke oplossing. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag hiervoor echter afgewezen, ondanks de eerdere telefonische toezegging. De aanvraag voor facings is gedaan op 28 november 2024. Tegen het einde van het jaar had verzoekster echter nog geen reactie ontvangen van de ziektekostenverzekeraar. Aangezien zij met ingang van 1 januari 2025 wilde overstappen naar een andere zorgverzekeraar, heeft zij wederom telefonisch contact opgenomen om te informeren wat hiervan de gevolgen voor de ingediende aanvraag zouden zijn. Haar werd toen verteld dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag zelf zou afhandelen óf dat de nieuwe verzekeraar de aanvraag zou overnemen. Een voorwaarde daarvoor was dat verzoekster een vergelijkbare aanvullende verzekering moest afsluiten bij de nieuwe zorgverzekeraar. Verzoekster heeft conform deze mededeling gehandeld, maar kreeg bij brief van 9 januari 2025 alsnog een afwijzing van de ziektekostenverzekeraar, met als reden dat alleen recht bestaat op de goedkoopste en eenvoudigste behandeling binnen één jaar na het ongeval. Volgens de ziektekostenverzekeraar betrof dat de behandeling waarbij composiet wordt geplaatst. De tandarts had evenwel al verklaard dat een nieuwe composietvulling geen blijvende en duurzame oplossing is, en heeft om die reden voorgesteld facings te plaatsen. Het eerder aangebrachte composiet brokkelt af en vormt daarom geen blijvende oplossing. Op 16 januari 2025 heeft verzoekster een klacht ingediend bij de ziektekostenverzekeraar, die werd afgewezen met als reden dat zij niet meer bij de ziektekostenverzekeraar is verzekerd. Dit staat haaks op wat verzoeker telefonisch is meegedeeld. De onjuiste informatie over de overstap heeft een directe invloed gehad op de keuzes en verwachtingen van verzoekster.

- 3.4. Verzoekster is van mening dat de ziektekostenverzekeraar in redelijkheid moet overgaan tot (gedeeltelijke) vergoeding van de facings. De redenen hiervoor zijn het medisch falen van de eerdere behandeling met composiet, de gewekte verwachtingen door de telefonische toezegging, het ontbreken van duidelijke, schriftelijke communicatie over de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering, en het feit dat verzoekster bij verstrekking van de juiste informatie mogelijk andere keuzes had gemaakt ten aanzien van de verzekering voor het jaar 2025.
- 3.5. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop verklaard dat het ongeval in augustus 2024 in het buitenland heeft plaatsgevonden. Toen is geen behandeling uitgevoerd. Er was geen spoed en dit moest thuis gebeuren. Als tijdelijke oplossing is door de tandarts composiet aangebracht. De tandarts gaf hierbij aan dat dit niet duurzaam was en dat het zou kunnen gaan afbrokkelen. Haar is toen door de ziektekostenverzekeraar verteld dat zij binnen een jaar een nieuwe aanvraag mocht indienen, wat ook is gebeurd. Er is op de aanvraag pas laat gereageerd en deze is afgewezen met de opmerking dat er al eerder een restauratie was uitgevoerd. Verzoekster loopt nu al een jaar met scheurtjes in haar tanden en heeft functionele beperkingen. Zij kan bijvoorbeeld geen appel afbijten. Alleen de afgebroken stukjes zijn na het ongeval opgevuld met composiet. De scheurtjes in de tanden zijn het directe gevolg van het ongeval. Alleen aan de onderkant zit composiet, de scheurtjes zitten in de tanden zelf. Verzoekster vraagt zich af welke alternatieve behandeling de juiste zou zijn om deze scheurtjes te verhelpen. Tijdens de eerste behandeling, met composiet, is al gezegd dat facings een betere oplossing waren, maar in de polisvoorwaarden stond dat de meest goedkope oplossing moest worden gekozen en dat was composiet. De aangebrachte composiet is echter al na twee maanden afgebrokkeld. Door de breuklijntjes zijn de tanden minder sterk en blijft de composiet ook minder goed zitten. De aanvraag voor facings zou worden afgekeurd omdat dit niet de goedkoopste oplossing was. Dit was althans de inschatting van de tandarts destijds.
- 3.6. Bij brief van 15 maart 2026 heeft verzoekster aanvullend verklaard dat de tandarts – die haar gebit daadwerkelijk heeft onderzocht en beoordeeld – heeft vastgesteld dat herstel met composiet in haar specifieke situatie niet als een passende oplossing werd gezien. In de aanvraag is reeds toegelicht dat composiet in dit geval niet mooi en duurzaam werd geacht. Dit oordeel is gebaseerd op de professionele inschatting van de tandarts, die hierbij rekening houdt met de aard van de schade, de positie van de voortanden en de duurzaamheid van het herstel. Het advies van de adviserend tandarts is gebaseerd op informatie in het dossier, en niet op een persoonlijk klinisch onderzoek. Verder gaat het oordeel van de ziektekostenverzekeraar uitsluitend uit van de laagste directe kosten van herstel, zonder voldoende rekening te houden met de duurzaamheid van de behandeling. Composiet kan in bepaalde situaties een geschikte oplossing zijn, maar staat er ook om bekend dat het bij voortanden gevoeliger kan zijn voor slijtage, verkleuring of loslaten, waardoor herstel mogelijk vaker moet worden herhaald. Een behandeling die op korte termijn goedkoper lijkt, kan daardoor op de langere termijn juist minder doelmatig zijn. Vervolgens merkt verzoekster op dat het door de ziektekostenverzekeraar genoemde kostenverschil tussen composiet en facings niet los kan worden gezien van de kwaliteit en duurzaamheid van het herstel. Dat een behandeling goedkoper is, betekent niet automatisch dat deze ook de meest passende oplossing vormt voor het herstellen van ongevalsschade. Wanneer een goedkopere behandeling een groter risico heeft op herbehandeling of een minder stabiel resultaat, kan dit uiteindelijk leiden tot extra behandelingen en kosten. In dat licht bezien is het verschil in kosten niet het enige relevante criterium bij de beoordeling van een passende herstelbehandeling. Tot slot is het doel van een tandongevallenverzekering om schade die is ontstaan door een ongeval zo goed mogelijk te herstellen. In dat kader ligt voor de hand dat wordt gekozen voor een behandelmethode die het gebit zo goed mogelijk in de oorspronkelijke staat herstelt en een duurzaam resultaat biedt.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de facings. Hij heeft hiertoe in zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 23 juli 2025 aangevoerd dat van een toezegging tot vergoeding van de facings geen sprake is. De medewerker heeft verzoekster verteld dat de vergoeding vanuit de tandongevallendekking in ieder geval is beperkt tot behandelingen binnen één jaar na het ongeval. Ook is haar verteld dat voor vergoeding toestemming in de vorm van een machtiging nodig is. Op 30 december 2024 is wel onjuiste informatie gegeven over de gevolgen van het overstappen voor de lopende machtigingsaanvraag. Er is toen aan verzoekster verteld dat als zij zou overstappen, de gemachtigde behandelingen in 2025 door de nieuwe verzekeraar zouden worden betaald. Er had moeten worden gezegd dat verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd diende te blijven om gebruik te kunnen blijven maken van de dekking. Echter, ook uitgaande van de situatie dat verzoekster in 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd was gebleven, had zij geen aanspraak kunnen maken op de facings. Volgens de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat immers aanspraak op de goedkoopste en meest eenvoudige behandeling binnen één jaar na het ongeval. Eerder is verzoekster toestemming gegeven voor een meervlaksvulling composiet (V94) voor beide elementen. Daarmee is overeenkomstig de voorwaarden de opgelopen schade hersteld. De aangevraagde facings betreffen indirecte restauraties en vallen daarmee niet onder de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 4.2. In zijn brief aan de commissie van 23 december 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard dat, om voor vergoeding in aanmerking te komen, er volgens de polisvoorwaarden dekking moet zijn, zowel ten tijde van het ongeval als de behandeling. Ten onrechte heeft een medewerker van de ziektekostenverzekeraar verzoekster op 30 december 2024 verteld dat eventueel door de ziektekostenverzekeraar gemachtigde behandelingen in 2025 door de nieuwe zorgverzekeraar worden betaald. De medewerker had haar erop moeten wijzen dat zij bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd moest blijven, met de juiste aanvullende verzekering, om ook in 2025 gebruik te kunnen maken van de ongevallendekking. De ziektekostenverzekeraar werpt verzoekster daarom niet langer tegen dat zij in 2025 niet meer bij hem verzekerd was.
- 4.3. De overige voorwaarden voor vergoeding vanuit de ongevallendekking blijven echter onverkort van kracht. Volgens deze voorwaarden heeft verzoekster recht op vergoeding van het herstel van de directe schade en op basis van de goedkoopste en meest eenvoudige oplossing. De ziektekostenverzekeraar gaf eerder toestemming voor herstel door middel van composiet. Daarmee is overeenkomstig de polisvoorwaarden de opgelopen schade hersteld. De aangevraagde facings betreffen, als eerder gesteld, indirecte restauraties en zijn niet de goedkoopste en meest eenvoudige oplossing. Daarmee valt die behandeling niet onder de ongevallendekking. Ook als verzoekster in 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd was gebleven, zouden deze kosten niet vanuit de ongevallendekking worden vergoed.
- 4.4. Uit de telefoonnotities blijkt dat verzoekster op 10 september 2024 heeft gevraagd of, als er na bijvoorbeeld twee jaar nog schade is vanuit het ongeval, deze dan wordt vergoed. Tijdens dit gesprek is benadrukt dat de vergoeding beperkt blijft tot één jaar na het ongeval en dat daartoe eerst een machtiging zou moeten worden aangevraagd. Van een toezegging tot vergoeding van een duurzame behandeling, zoals facings, is dan ook geen sprake. De ziektekostenverzekeraar merkt verder op dat de medische noodzaak voor de facings niet wordt onderbouwd in de aanvragen van de tandarts. Uit deze aanvragen blijkt ook niet dat er sprake zou zijn van afgebroken vullingen. Dat een behandeling mooier of duurzamer is maakt deze nog niet medisch noodzakelijk. Een mooiere of duurzamere oplossing is evenmin gericht op herstel van de directe schade op basis van de goedkoopste en meest eenvoudige oplossing.

- 4.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat de ongevallenverzekeringdekking biedt voor de directe schade van het ongeval op basis van de meest eenvoudige en goedkoopste oplossing. Verzoekster heeft opgemerkt dat sprake was van een tijdelijke oplossing, maar dit kent de tandheelkunde alleen bij een gebit dat nog niet volgroeid is. Bijvoorbeeld een implantaatbehandeling die nodig is bij een kind waarvan het gebit nog niet is volgroeid. De “tijdelijke” oplossing die verzoekster beschrijft kennen de voorwaarden niet. Verzoekster heeft het over facings. Volgens de adviserend tandarts gaat het hierbij niet om het herstel van de directe schade, maar om het afvijlen van de tanden teneinde daar schildjes op te plaatsen. Er wordt hierdoor juist meer schade toegebracht. Wat betreft de gestelde toezegging en de gewekte verwachting geldt dat in de notitie van het gesprek van 9 oktober 2024 staat dat er niet is gesproken over facings of over afbrokkelen van vullingen en een tijdelijke oplossing. Er is de vraag gesteld wat er zou gebeuren als er later nog schade zou zijn. Hierop is geantwoord dat één jaar dekking bestaat en als er zich binnen die periode nog iets voordoet, verzoekster daar een nieuwe aanvraag voor kon indienen. De polisvoorwaarden werken niet zo dat eerst de goedkoopste oplossing moet worden gekozen en daarna, als deze niet werkt, er alsnog de mogelijkheid is van een duurdere oplossing. Het idee is dat er één behandeling plaatsvindt die de schade verhelpt, en dat dit de meest eenvoudige en goedkoopste oplossing is.
- 4.6. Bij brief van 20 februari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard dat facings niet de meest eenvoudige en goedkoopste herstelkans zijn. Voor het herstel van de haarscheurtjes op de voortanden had zogeheten directe restauratie door middel van composiet overwogen kunnen worden. Daarentegen is aangevraagd de zogenoemde indirecte restauratie door middel van facings, omdat – zo blijkt ook uit de aanvraag – herstel met composiet niet mooi/duurzaam werd geacht. Een mooier of duurzamer herstel is echter geen herstel op basis van de meest eenvoudige en goedkoopste oplossing. De kosten van herstel door middel van composiet (V15) bedragen circa € 90,-- per tand. In het geval van verzoekster zou dit dus neerkomen op ongeveer € 180,--. Herstel door middel van facings (R79) kost circa € 300,-- per tand, exclusief de techniekkosten van € 400,--. De totale herstelkosten door middel van facings zouden in het geval van verzoekster neerkomen op ongeveer € 1.000,--.

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.18 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 bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.2. De aanspraak op tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval is geregeld in artikel D.7 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Hierin is bepaald dat tandheelkundige zorg wordt vergoed die is gericht op het herstellen van de directe schade aan het gebit als gevolg van een ongeval tijdens de looptijd van de verzekering. Daarnaast moet de behandeling plaatsvinden binnen één jaar na het ongeval, tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen doordat het gebit niet is volgroeid. Ten tijde van zowel het ongeval als de behandeling moet dekking bestaan volgens deze verzekering. Verder bepaalt het artikel dat kosten worden vergoed die zijn gericht op het herstel van het gebit op basis van de goedkoopste en meest

eenvoudige oplossing. De behandeling mag niet tot een betere tandheelkundige situatie leiden dan de situatie direct voorafgaand aan het ongeval. De vergoeding bedraagt maximaal € 10.000,-- per ongeval.

- 6.3. Verzoekster is met ingang van 2025 tegen ziektekosten verzekerd bij een andere zorgverzekeraar. De aanvullende ziektekostenverzekering werd met ingang van 1 januari van dat jaar beëindigd. Verzoekster heeft de facings niet in 2024 laten plaatsen, zodat niet is voldaan aan de voorwaarde van artikel D.7 dat er dekking moet bestaan ten tijde van de behandeling. De ziektekostenverzekeraar heeft evenwel erkend dat tijdens het telefoongesprek op 30 december 2024 aan verzoekster een onjuiste mededeling hieromtrent is gedaan. Om die reden werpt de ziektekostenverzekeraar verzoekster het ontbreken van dekking in 2025 niet langer tegen en heeft hij alsnog een inhoudelijke beoordeling uitgevoerd. De commissie zal zich daarom beperken tot het beantwoorden van de vraag of de tijdig aangevraagde facings op basis van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden voor vergoeding in aanmerking komen.
- 6.4. Het staat vast dat de elementen 11 en 12 beschadigd zijn geraakt tijdens het ongeval op 22 augustus 2024. Volgens de aanvraag van 18 september 2024 is hiervoor op 10 september 2024 composiet aangebracht. Verzoekster heeft ter zitting toegelicht dat alleen de afgebroken stukjes aan de onderkant van de tanden met composiet zijn hersteld, en dat de composiet na enkele maanden alweer afbrokkelde. In de aanvraag van 28 november 2024, aangevuld met de aanvraag van 5 december 2024, zijn facings aangevraagd. Door de tandarts is in deze aanvraag verklaard dat barstjes aanwezig zijn in beide voortanden, en dat de schade niet mooi/duurzaam met composiet is te herstellen. In de eerdere aanvraag van 18 september 2024 heeft de tandarts al vermeld: *“veel breuklijntjes in glazuur zichtbaar onder lamp: evt. in toekomst facings?”* De adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar heeft erkend dat de schade, waar het gaat om de barstjes in de tanden, niet is hersteld met de composiet. Hij stelt hierover echter in zijn verslag: *“Om de scheurtjes te herstellen met facings moet tandweefsel worden weggenomen. Volgens polisvoorwaarden moet de behandeling gericht zijn op het herstel van de directe schade. Echter deze schade is niet te herstellen / weg te nemen, hooguit kan het element worden beslepen waarna de haarscheurtjes met een facing worden afgedekt. Hierbij wordt meer beschadigd dan hersteld.”*
- 6.5. De commissie overweegt dat, tegenover de onderbouwde stelling van verzoekster dat geen sprake is van duurzaam herstel na het ongeval, en dat dit uitsluitend mogelijk is door middel van de facings, de ziektekostenverzekeraar is blijven volharden in zijn standpunt dat de schade door het ongeval al – duurzaam – is hersteld met het aanbrengen van composiet, terwijl dat, gelet op de scheurtjes in het glazuur en het inmiddels afgebrokkelde composiet, niet het geval is. Hoewel bij het aanbrengen van facings tandweefsel moet worden weggenomen, en de commissie de adviserend tandarts kan volgen in zijn opmerking dat hiermee verdere schade aan de elementen wordt aangebracht, staat niet ter discussie dat het te verwachten eindresultaat is dat de beide voortanden van verzoekster zoveel mogelijk worden teruggebracht in de staat die zij hadden voorafgaand aan het ongeval en daarom is te beschouwen als herstel van directe schade als gevolg van het ongeval. De ziektekostenverzekeraar stelt in zijn brief van 20 februari 2026 dat voor het herstel van de haarscheurtjes op de voortanden zogeheten directe restauratie door middel van composiet overwogen had kunnen worden. Voor zover de ziektekostenverzekeraar hiermee betoogt dat restauratie door middel van facings geen directe restauratie is en daarom niet voor vergoeding in aanmerking komt, kan de commissie hem daarin – gelet op de voorgaande constatering – niet volgen. Uit de aanvraag blijkt dat de behandelend tandarts restauratie door middel van composiet wel heeft overwogen, maar in dit verband in de aanvraag heeft aangegeven dat de barstjes op de voortanden met composiet niet mooi/duurzaam kunnen worden hersteld. De ziektekostenverzekeraar stelt in zijn brief van 20 februari 2026 dat een mooier of duurzamer herstel geen herstel is op basis van de goedkoopste en de meest eenvoudige oplossing, maar heeft

daarmee nog niet gemotiveerd dat in dit geval herstel met composiet verzoekster in de situatie zou brengen van vóór het ongeval. Om deze reden is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden het gevraagde alsnog toe te kennen, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, en overigens met inachtneming van het bepaalde in de verzekeringsvoorwaarden. Aangezien het verzoek hiermee wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar verzoekster ook het vanwege deze procedure betaalde entreegeld te vergoeden.

Slotsom

6.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster een vergoeding dient te verlenen voor de aangevraagde facings, overigens met inachtneming van het bepaalde in de verzekeringsvoorwaarden;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden.

Zeist, 8 april 2026,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

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 zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

D. Vergoedingen ZorgCompact Plus

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a. anticonceptiva als deze worden vergoed vanuit de basisverzekering op grond van een medische indicatie. In het kader van dit artikel verstaan wij onder een medische indicatie endometriose of menorrhagie (hevig bloedverlies);
- b. de wettelijke eigen bijdrage (de bovenlimietprijs GVS), wanneer u de anticonceptiva vergoed krijgt vanuit de basisverzekering. Als u recht heeft op vergoeding vanuit de aanvullende verzekering geldt er geen wettelijke eigen bijdrage.

Aanvullend	Dekking
ZorgCompact Plus	vergoedt 100%

D.6 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Aanvullend	Dekking
ZorgCompact Plus	vergoedt 100%

Bent u 18 jaar of ouder? Dan vergoeden wij de volgende kosten van tandheelkundige behandelingen door een tandarts of mondhygiënist:

- 1 keer per persoon per kalenderjaar een controle (C002 of C003) en
- maximaal 15 minuten gebitsreiniging (M03)

D.7 Tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval

Wij vergoeden tandheelkundige zorg door een tandarts, tandprotheticus, orthodontist of kaakchirurg. De behandeling moet gericht zijn op het herstellen van de directe schade aan het gebit als gevolg van een ongeval tijdens de looptijd van deze verzekering. Daarnaast moet de behandeling plaatsvinden binnen 1 jaar na het ongeval, tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen, doordat het gebit niet volgroeid is. Als er toestemming is om de directe schade aan het gebit als gevolg van het ongeval met een implantaat te herstellen en het gebit is nog niet volgroeid, moet er een tijdelijke behandeling uitgevoerd worden tot er geïmplanteerd kan worden. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er wel of niet sprake is van een tijdelijke (d.w.z. nog niet definitieve) behandeling en of wel of geen sprake is van een volgroeid gebit. Ten tijde van zowel het ongeval als de behandeling moet er volgens deze verzekering dekking zijn.

D. Vergoedingen ZorgCompact Plus

Voorwaarden voor vergoeding

1. U moet van ons vooraf toestemming hebben gekregen. Voordat wij toestemming geven, beoordelen wij uw aanvraag voor de behandeling: is deze doelmatig en rechtmatig?
2. Wij vergoeden de kosten die gemaakt moeten worden voor zover deze gericht zijn op herstel van het gebit op basis van de goedkoopste en meest eenvoudige oplossing. U heeft geen recht op vergoeding als de indicatie voor de aangevraagde behandeling al voor het ongeval aanwezig was of als er sprake is van reeds aanwezige schade of uitgestelde zorg aan het gebit. De behandeling mag niet tot een betere tandheelkundige situatie leiden dan de situatie direct voorafgaand aan het ongeval. Dit ter beoordeling van onze adviserend tandarts.
3. Wij vergoeden alleen de kosten als er geen vergoeding is uit de basisverzekering.
4. Bij uw aanvraag voor toestemming moet een behandelplan met kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's zitten. Het behandelplan moet zijn opgesteld door uw tandarts, tandprotheticus, orthodontist of kaakchirurg.
5. Een autotransplantaat moet, voor verzekerden van 18 jaar en ouder, geplaatst worden door een door de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie (NVvP) erkende tandarts-parodontoloog of door een door de Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie (NVOI) erkende tandarts-implantoloog.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van behandelingen aan het gebit als sprake is van:

- a. grove schuld of opzet van de verzekerde;
- b. het gebruik van verdovende middelen en/of overmatig gebruik van alcohol door verzekerde;
- c. deelname door verzekerde aan een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging.

Aanvullend	Dekking
ZorgCompact Plus	vergoedt maximaal € 10.000,- per ongeval

D.8 Online coaching (Heycoach)

Wij vergoeden de kosten van een online coachingstraject met een vertrouwenspersoon van Shared Ambition (Heycoach). U kunt bij Heycoach terecht voor klachten op het gebied van werkstress en burn-out. Op de website heycoach.nl/interpolis kunt u zich aanmelden.

Aanvullend	Dekking
ZorgCompact Plus	1 coachingstraject per persoon per kalenderjaar. U betaalt een eigen bijdrage van maximaal € 50,-

D.9 Tweede Arts Online

Wij vergoeden de kosten van Tweede Arts Online. Dit is een digitaal platform waarop u bij twijfel over een gestelde diagnose en/of behandeling een (medisch) specialist kan kiezen en hem/haar een vraag kan stellen over een gestelde diagnose en/of behandeling.

Voorwaarde voor vergoeding

U neemt contact op met de Interpolis ZorgCoach via telefoonnummer 013 462 20 25. De Interpolis ZorgCoach stuurt de aanvraag naar Tweede Arts Online.