

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen ONVZ Ziektkostenverzekeraar N.V. te Houten  
Zaak : Mondzorg, implantaten, kroon, ongeval  
Regelgeving : Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020  
Zaaknummer : 202101027  
Zittingsdatum : 26 januari 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 6 september 2021 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoeker heeft hieraan voldaan; op 13 september 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 30 november 2021 per e-mail zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze e-mail is op 30 november 2021 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Verzoeker heeft op 17 januari 2022 een aanvullende reactie aan de commissie gestuurd. Een afschrift hiervan is op 18 januari 2022 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 26 januari 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die aan partijen zijn gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering PNO Ziektekosten Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Tandplus B (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Op 18 september 2019 is bij verzoeker als gevolg van een ongeval een kies afgebroken. Verzoeker heeft zich voor het herstel hiervan op 19 september 2019 tot zijn tandarts gewend. Deze heeft hem doorverwezen naar een implantoloog.
- 3.3. Verzoeker bezocht de implantoloog op 15 januari 2020. Deze heeft vervolgens een behandelplan opgesteld en ten behoeve van verzoeker op 28 januari 2020 een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 6 februari 2020 per e-mail aan verzoeker meegedeeld dat hij op grond van de ongevallendeckering die de aanvullende ziektekostenverzekering biedt, recht heeft op een vergoeding van maximaal € 2.369,23, mits de behandeling plaatsvindt binnen één jaar

nadat het ongeval heeft plaatsgevonden. Dit houdt in dat de afgegeven machtiging afloopt op 17 september 2020.

- 3.5. Verzoeker heeft op 20 juli 2020 telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar en verzocht de machtiging te verlengen. Op 29 juli 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail aan verzoeker meegedeeld dat de einddatum van de machtiging is aangepast naar 17 maart 2021.
- 3.6. Op 22 maart 2021 heeft de behandelend implantoloog een brief aan de ziektekostenverzekeraar gezonden en hierin over verzoeker verklaard:  
*"(...) Via de patiënt heb ik begrepen dat vanuit onze zijde er uitleg moet komen waarom het vervangen van de 23 (na ongeval) langer duurt dan 17 maart 2021.*

*Bovengenoemde patiënt bezocht mij voor een intake consult in januari 2020 met een afgebroken 23 en een tijdelijk plaatje. Ergens in 2020 hebben wij vernomen dat er een machtiging was om verder te gaan. Begin september 2020 is de 23 geëxtraheerd en de alvole opgevuld met donorbot om resorptie van de processus alveolaris te voorkomen. De genezingsfase van deze 'ridge preservation' is 4 maanden. In februari 2021 hebben wij het implantaat geplaatst. De genezingsfase in de bovenkaak is 6 maanden. Dus naar verwachting zoeken we het implantaat ergens in augustus 2021 op voor de 2e fase. Vervolgens moet het weefsel rond het healing abutment eerst matueren (6 weken). Daarna gaan we verder met de kroon die ongeveer na 1 tot 1,5 maand later klaar is. Ongeveer 8 weken daarna doen we de nulmeting om de behandeling af te ronden.*

*Dit alles overziend verzoek ik u de machtiging te verlengen tot 31 december 2021. Dat geeft ons de ruimte om het geheel zo goed mogelijk af te ronden.*

- 3.7. Op 1 april 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail aan verzoeker meegedeeld dat het verzoek van de behandelend implantoloog om de einddatum van de machtiging aan te passen naar 31 december 2021 wordt afgewezen.
- 3.8. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft op 6 april 2021 aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

#### 4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de tandheelkundige zorg als gevolg van het ongeval ook ná 17 maart 2021 te vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 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 4.78 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

#### 6. Beoordeling

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

### *Standpunt verzoeker*

- 6.2. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij zich na het ongeval op 18 september 2019 direct heeft gemeld bij zijn tandarts. Deze heeft hem doorverwezen naar de implantoloog, waar hij op 26 november 2019 terecht kon. De afspraak werd op verzoek van de implantoloog echter verplaatst naar 15 januari 2020. Op 28 januari 2020 heeft de implantoloog een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Wegens administratieve onvolkomenheden en onduidelijkheid over het behandelplan, is pas op 20 juli 2020 een machtiging afgegeven door de ziektekostenverzekeraar en kon de behandeling hierna pas aanvangen. Omdat verzoeker toen reeds wist dat de behandeling niet binnen 1 jaar na het ongeval kon worden afgerond, heeft hij verzocht de einddatum van de machtiging aan te passen. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop de einddatum aangepast naar 17 maart 2021. Verzoeker gaat er vanuit dat als het behandeltraject eenmaal is aangevangen de kosten hiervan volledig moeten worden vergoed door de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar weigert echter de kosten die zijn gemaakt ná 17 maart 2021 te vergoeden. Verzoeker vindt dit onredelijk. Hij heeft zich zo snel als mogelijk tot de tandarts en implantoloog gewend. Door een samenloop van omstandigheden kon hij echter niet direct worden geholpen en kon de behandeling niet eerder worden afgerond. Overigens wijst verzoeker erop dat uit het behandelplan en de verklaring van de implantoloog blijkt dat de behandeling minimaal 14,5 maanden zou duren en deze dus sowieso niet binnen 1 jaar na het ongeval kon worden uitgevoerd. Verder wijst verzoeker erop dat in de verzekeringsvoorwaarden niet is vermeld dat tandheelkundige zorg na een ongeval niet wordt vergoed als de behandeling langer dan een jaar duurt.

### *Standpunt ziektekostenverzekeraar*

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat de aanvullende ziektekostenverzekering dekking biedt voor tandheelkundige zorg na een ongeval, met dien verstande dat de behandeling binnen 1 jaar na het ongeval moet zijn afgerond. Op basis van de aanvraag die op 28 januari 2020 ten behoeve van verzoeker is ontvangen, is op 6 februari 2020 een machtiging afgegeven met als einddatum 17 september 2020. Vervolgens is op 17 juni 2020 een aanvullende aanvraag ontvangen met de daarbij een onjuiste begroting. De juiste begroting is op 17 juli 2020 ontvangen en deze werd op 20 juli 2020 goedgekeurd. Verzoeker is hierover op 20 juli 2020 per e-mail geïnformeerd. Ook toen is duidelijk vermeld dat de verstrekte machtiging verliep op 17 september 2020.
- Op 23 maart 2021 heeft verzoeker gevraagd de einddatum van de machtiging aan te passen naar 31 december 2021. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker op 1 april 2021 per e-mail laten weten dat hij hiermee niet akkoord gaat, maar dat hij wel bereid is de einddatum van de machtiging aan te passen naar 17 maart 2021. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat hij verzoeker hiermee voldoende tegemoet is gekomen. Een verlenging van de machtiging met 1 jaar en 3 maanden staat volgens hem namelijk niet in verhouding tot de dekking die de aanvullende ziektekostenverzekering biedt.

### *Overwegingen commissie*

- 6.4. De commissie overweegt dat het tot de beleidsvrijheid van de ziektekostenverzekeraar behoort de inhoud en de omvang van de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering vast te stellen. Verzoeker heeft slechts recht op vergoeding indien en voor zover aan de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is voldaan.
- 6.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor tandheelkundige zorg na een ongeval. Dit volgt uit pagina 142 e.v. van de verzekeringsvoorwaarden. In de verzekeringsvoorwaarden is vermeld, voor zover hier relevant:

*(...) Bent u 18 jaar of ouder?*

*Vanaf 18 jaar vergoedt de basisverzekering de meeste 'gewone' zorg van de tandarts en de mondhygiënist niet. Alleen voor de kaakchirurg, het kunstgebit en bijzondere tandheelkunde bent u verzekerd. De aanvullende verzekeringen Excellent en Tandplus A, B, C, D en Preventief vergoeden algemene tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar wel. In die vergoedingen staat waar u recht op heeft.*

*Extra vergoeding na een ongeval*

*Krijgt u de zorg die u nodig heeft niet (helemaal) vergoed volgens de vergoedingen hierboven? Dan vergoeden Excellent, Tandplus A, B, C, D en Preventief, en soms OntzorgPlus, tandheelkundige behandeling om de schade aan uw gebit te repareren. Hieronder vallen ook materiaal- en techniekkosten, bijvoorbeeld voor een kroon of een gedeeltelijk kunstgebit. Er geldt een maximale vergoeding per kalenderjaar. Het bedrag staat hieronder.*

*Het moet gaan om een ongeval dat gebeurde terwijl u 1 van deze 7 verzekeringen had. En u moet de behandeling binnen 1 jaar na het ongeval hebben gekregen. (...)"*

- 6.6. Op grond van de voornoemde verzekeringsvoorwaarden heeft verzoeker geen recht op vergoeding van tandheelkundige zorg na een ongeval die niet binnen 1 jaar na het ongeval heeft plaatsgevonden. Verzoeker heeft op 18 september 2019 een ongeval heeft gehad en had als gevolg hiervan tandheelkundige zorg nodig. Niet alle zorg heeft binnen 1 jaar na het ongeval plaatsgevonden. Dit betekent dat de aanvullende ziektekostenverzekering in het geval van verzoeker dekking biedt tot en met 17 september 2020. Dat de ziektekostenverzekeraar - in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden - heeft besloten de tandheelkundige zorg te vergoeden tot en met 17 maart 2021 doet daar niets aan af. Dit betekent dat verzoeker geen recht heeft op vergoeding van tandheelkundige zorg die hij, als gevolg van het ongeval op 18 september 2019, ná 17 maart 2021 heeft ontvangen of nog zal ondergaan.
- 6.7. Hetgeen verzoeker heeft aangevoerd, met name dat het niet aan hem is te wijten dat de behandeling niet eerder kon worden gestart en dat de behandeling sowieso niet binnen één jaar na het ongeval kon worden afgerond, leidt niet tot een ander oordeel. Zoals hiervoor is overwogen bepaalt de ziektekostenverzekeraar de inhoud en omvang van de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering. Verzoeker is hiermee akkoord gegaan op het moment dat hij de aanvullende ziektekostenverzekering heeft afgesloten. De ziektekostenverzekeraar heeft ervoor gekozen de dekking voor tandheelkundige zorg te beperken tot zorgkosten die binnen 1 jaar na het ongeval zijn gemaakt. Daarbij neemt de commissie in aanmerking dat verzoeker heeft verklaard dat hij niet is gestart met de behandeling nadat de ziektekostenverzekeraar hiervoor op 6 februari 2020 een machtiging had afgegeven. Dit had er volgens verzoeker mee te maken dat in het goedgekeurde behandelplan het aanbrengen van de kroon niet was meegenomen. Het aangepaste behandelplan is, nadat bepaalde administratieve onvolkomenheden zijn weggenomen, door de ziektekostenverzekeraar goedgekeurd op 20 juli 2020. Hierop volgend is verzoeker pas met de behandeling gestart. Het voorgaande kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen. Dat de ziektekostenverzekeraar gelet de samenloop van omstandigheden en de vertraging die is ontstaan in verband met corona de looptijd van machtiging evenwel heeft verlengd met 6 maanden acht de commissie dan ook alleszins redelijk.
- 6.8. Voorts overweegt de commissie dat zij verzoeker niet kan volgen in de stelling dat sprake is van één behandeltraject dat bestaat uit meerdere bezoeken aan de implantoloog en dat de ziektekostenverzekeraar om die reden is gehouden de kosten hiervan volledig te vergoeden. Weliswaar is sprake van één behandeltraject, maar dat neemt niet weg dat er meerdere behandelingen plaatsvinden die los van elkaar worden gedeclareerd. Overigens blijkt uit de verzekeringsvoorwaarden niet dat de aanvullende ziektekostenverzekering dekking biedt voor onbepaalde tijd, mits de behandeling en/of het behandeltraject binnen 1 jaar na het ongeval is

aangevangen. Integendeel, hierin is vermeld dat verzoeker de behandeling binnen 1 jaar na het ongeval moet hebben gekregen. Het is aan deze voorwaarde waaraan verzoeker niet voldoet.

6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 februari 2022,

L. Ritzema

# BIJLAGEN

## 1. Polisvoorwaarden

### Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

## Goed om te weten

### De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in dat u geen vergoeding krijgt als een behandeling alleen cosmetisch is, of als u een zorgafpraak niet nakomt ('no show').

### Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de tandheelkundige zorg die tandartsen normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

## Tandheelkundige zorg na een ongeval

**Een bal tegen uw gezicht bij het sporten. Een ongeluk met de fiets.**

## Wat u vergoed krijgt

Heeft u schade aan uw gebit door een ongeval<sup>1</sup>? De basisverzekering, uw aanvullende verzekering of uw Tandplus verzekering vergoedt mogelijk de kosten van de tandarts of de kaakchirurg. Dit hangt af van welke verzekering u heeft en van uw leeftijd.

### Bent u jonger dan 18 jaar?

Dan vergoedt de **basisverzekering** de meeste tandheelkundige zorg. Dat kan dus ook zorg zijn die u nodig heeft door een ongeval. De aanvullende verzekeringen Optimaal en hoger vergoeden algemene tandheelkundige zorg die niet onder de basisverzekering valt. Wat u vergoed krijgt staat bij tandheelkundige zorg tot 18 jaar.

### Bent u 18 jaar of ouder?

Vanaf 18 jaar valt de meeste 'gewone' zorg van de tandarts en de mondhygiënist niet onder de basisverzekering. Alleen voor de kaakchirurg, het kunstgebit en bijzondere tandheelkunde bent u dan standaard verzekerd. De **aanvullende verzekeringen** Excellent en Tandplus A, B, C, D en Preventief vergoeden algemene tandheelkundige zorg vanaf 18 jaar wel. In die vergoedingen staat waar u recht op heeft.

### Extra dekking na een ongeval

Krijgt u de zorg die u nodig heeft niet (helemaal) vergoed volgens de vergoedingen hierboven? Dan vergoeden Excellent en Tandplus A, B, C, D en Preventief vergoeden tandheelkundige behandeling die nodig is door een ongeval. Hieronder vallen ook materiaal- en techniekkosten, bijvoorbeeld voor een kroon of een gedeeltelijk kunstgebit. Er geldt een maximale vergoeding per kalenderjaar.

Het moet gaan om een ongeval dat gebeurde terwijl u 1 van deze 6 verzekeringen had. En u moet de behandeling binnen 1 jaar na het ongeval hebben gekregen.

### Hier kunt u terecht

- tandarts
- mondhygiënist
- tandprotheticus

### Dit wordt niet vergoed

- volledige narcose

<sup>1</sup> Met ongeval bedoelen wij in deze vergoeding: Een onverwacht geweld van buitenaf waardoor u lichamelijk letsel oploopt



## Vergoeding per verzekering

<b>Basisverzekering</b>	Sommige gevallen Volgens tandheelkundige zorg tot 18 jaar, of (vanaf 18 jaar) volgens kaakchirurg, kunstgebit, en bijzondere tandheelkunde
<b>Start</b>	Geen vergoeding
<b>Beter</b>	Geen vergoeding
<b>Plus</b>	Geen vergoeding
<b>Optimaal</b>	Geen vergoeding
<b>Top</b>	Geen vergoeding
<b>Excellent</b>	€ 5.000 Maximaal, 1 ongeval per kalenderjaar
<b>Tandplus A</b>	€ 2.500 Maximaal, 1 ongeval per kalenderjaar
<b>Tandplus B</b>	€ 5.000 Maximaal, 1 ongeval per kalenderjaar
<b>Tandplus C</b>	€ 5.000 Maximaal, 1 ongeval per kalenderjaar
<b>Tandplus D</b>	€ 5.000 Maximaal, 1 ongeval per kalenderjaar
<b>Tandplus Preventief</b>	€ 10.000 Maximaal, 1 ongeval per kalenderjaar

## Wat u zelf betaalt

### Geen eigen risico

Voor de zorg die onder de basisverzekering valt, geldt het eigen risico. Voor de zorg die onder de aanvullende verzekering valt, geldt geen eigen risico.

### Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

## Dit moet u zelf doen

### U moet ons vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden tandheelkundige zorg na een ongeval alleen als wij vooraf toestemming<sup>1</sup> hebben gegeven. Voor spoedeisende zorg kunt u de toestemming ook achteraf aanvragen. Om uw aanvraag te kunnen beoordelen, hebben wij een schriftelijke toelichting van uw zorgverlener nodig. Daar moeten een behandelplan en een begroting bij zitten.

<sup>1</sup> Zie hiervoor: [www.pnozorg.nl/vergoedingen/toestemming-vragen](http://www.pnozorg.nl/vergoedingen/toestemming-vragen)

## Goed om te weten

### **De algemene regels zijn altijd van toepassing**

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

### **Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft**

Hier is gebruikelijke zorg: de tandheelkundige zorg die tandartsen normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

## Orthodontie tot 18 jaar

Voor een goed werkend gebit.

## Wat u vergoed krijgt

Lukt het bijten en kauwen niet goed doordat uw tanden en kiezen niet goed op elkaar passen? Of door een afwijking aan de kaak? Dan spreken we van een 'functionele afwijking'. Die kan vaak worden verholpen met orthodontie. Orthodontie is het verbeteren van de stand van het gebit door een beugel.

De **basisverzekering** vergoedt orthodontie alleen als die nodig is door een ernstige aandoening, zoals een aangeboren afwijking of een groeistoornis. Dit komt maar weinig voor. In de vergoeding Bijzondere tandheelkunde staat waar u dan recht op heeft. De basisverzekering vergoedt 'gewone' orthodontie niet.

De **aanvullende verzekeringen** Plus en hoger vergoeden orthodontie tot 18 jaar, volgens de vergoeding die u nu leest.

Plus vergoedt maximaal € 750 in de eerste 12 maanden vanaf de start van de behandeling. En maximaal € 750 in de 12 maanden daarna. De vergoeding eindigt dus 2 jaar na de start van de behandeling, of als u 18 jaar wordt.

Optimaal vergoedt maximaal € 1.000 in de eerste 12 maanden vanaf de start van de behandeling, € 1.000 in de 12 maanden daarna en € 1.000 in de 12 maanden dáárna. De vergoeding eindigt dus 3 jaar na de start van de behandeling, of als u 18 jaar wordt.

Top en Excellent vergoeden orthodontie tot 18 jaar volledig. Ze hebben ook een vergoeding voor orthodontie vanaf 18 jaar.

De tandverzekeringen vergoeden orthodontie niet.

### **Hier kunt u terecht**

- tandarts
- orthodontist<sup>1</sup>

### **Dit wordt niet vergoed**

- orthodontie die vooral is bedoeld om het gebit mooier te maken

<sup>1</sup> Deze vindt u in het BIG-register als: tandarts-specialist voor dento-maxillaire orthopaedie