

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak : Aanvullende ziektekostenverzekering, tandheelkundige zorg na ongeval
Regelgeving : Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019, artt. 6:231 en 6:237 BW
Zaaknummer : 202101105
Zittingsdatum : 15 december 2021

1. Partijen

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

1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist, hierna gezamenlijk te noemen: de
ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 4 augustus 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 16 augustus 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 12 oktober 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 13 oktober 2021 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 15 december 2021 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen AV B 3 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering), Bijdrage gemeente, en Gespreid betalen Eigen Risico.
De zorgverzekering en de aanvullende verzekeringen Bijdrage gemeente, en Gespreid betalen Eigen Risico zijn niet in geschil en blijven om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Bij verzoeker is in april 2018, bij een val in de badkamer, een voortand in de bovenkaak afgebroken. Kort na het ongeval is door de behandelend tandarts het restant van het desbetreffende element verwijderd en is een partiële prothese vervaardigd. Omdat verzoeker van deze prothese klachten bleef houden, heeft hij in overleg met zijn tandarts besloten te kiezen voor het aanbrengen van een implantaat. Hierop heeft de tandarts op 6 augustus 2019 namens verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag gedaan voor een implantaatbehandeling.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 19 augustus 2019 aan verzoeker meegedeeld dat de aangevraagde implantaatbehandeling niet voor vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering in aanmerking komt.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 14 januari 2021 en 10 februari 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de tandheelkundige behandeling, thans begroot op totaal € 2.129,21, moet 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 18.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Dit artikel is ook van toepassing op de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

6.1. Het relevante artikel uit de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunt verzoeker

6.2. Nadat verzoeker in april 2018 in de badkamer was gevallen en daarbij een voortand was afgebroken, is hij direct door de tandarts geholpen. Het achtergebleven deel van de voortand is toen getrokken en er is een partiële prothese vervaardigd. Een en ander volgt ook uit de door verzoeker overgelegde behandelhistorie van zijn tandarts. Nadien moest worden afgewacht hoe het tandvlees zou herstellen en op de partiële prothese zou reageren. Toen duidelijk was dat een partiële prothese niet zou leiden tot het gewenste resultaat is gekozen voor een implantaatbehandeling als oplossing. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat de behandeling aan de voortand niet binnen één jaar na het ongeval is aangevangen is derhalve onjuist. Anders dan de ziektekostenverzekeraar stelt, is de behandeling van de voortand direct na het ongeval gestart en deze is nog steeds niet afgerond. De thans aangevraagde implantaatbehandeling maakt dan ook deel uit van de in 2018 aangevangen behandeling. Verder stelt verzoeker dat de tandarts de kosten van de in 2018 uitgevoerde ingreep bij de ziektekostenverzekeraar heeft gedeclareerd. Om onduidelijke redenen heeft de ziektekostenverzekeraar de uitgevoerde behandeling destijds beschouwd als reguliere tandheelkundige zorg en de kosten tot maximaal € 500,- vergoed. Als de ziektekostenverzekeraar de behandeling toen had aangemerkt als een direct gevolg van het ongeval, was een groter deel van de kosten voor vergoeding in aanmerking gekomen. Deze omissie is volgens verzoeker niet aan hem te wijten. Dit omdat van hem niet kan worden verwacht dat hij op de hoogte is van de specifieke verzekeringsvoorwaarden. Zeker nu deze voorwaarden zijn opgesteld in het Nederlands en verzoeker die taal niet goed beheerst. Ter zitting heeft verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de desbetreffende bepaling in de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering (artikel 18) onredelijk bezwarend is in de zin van artikel 6:237, sub b, BW. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar inderdaad gevraagd of er in 2018 meer kosten zijn gemaakt dan de maximale vergoeding van € 500,-. Aangezien dit echter niet het geval was, is hierop niet gereageerd.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

6.3. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat de aanvullende ziektekostenverzekering dekking biedt voor tandheelkundige hulp na een ongeval indien de behandeling plaatsvindt binnen één jaar na het ongeval. De behandeling moet zijn gericht op het directe letsel als gevolg van een ongeval tijdens de looptijd van de verzekering. Alleen als het gebit nog niet is volgroeid, en het noodzakelijk is de (definitieve) behandeling om die reden uit te stellen, dan geldt voornoemde periode van één jaar niet.

Verzoeker heeft in 2018 een ongeval gehad en kort daarna heeft hij een tandheelkundige behandeling ondergaan. De hiermee gemoeide kosten zijn aangemerkt als reguliere tandheelkundige zorg zodat verzoeker een vergoeding heeft ontvangen van € 500,-, het maximum bedrag voor reguliere tandheelkundige zorg op grond van de aanvullende verzekering van verzoeker. Zoals eerder (op 14 januari 2021) aan verzoeker is meegedeeld, kan alsnog worden bekeken of het gedeelte dat destijds voor rekening van verzoeker is gebleven onder de ongevallenregeling kan worden gebracht. Om die reden is verzoeker gevraagd duidelijkheid te verschaffen welke kosten destijds niet zijn vergoed. Hierop heeft de ziektekostenverzekeraar van verzoeker echter geen reactie ontvangen.

Op 6 augustus 2019 is door de tandarts van verzoeker een aanvraag gedaan voor een implantaatbehandeling. Omdat deze behandeling niet binnen een jaar na het ongeval is aangevraagd en zal plaatsvinden, heeft de ziektekostenverzekeraar hierop afwijzend beslist. Ten overvloede wordt nog opgemerkt dat verzoeker de ziektekostenverzekeraar niet tijdig om toestemming heeft gevraagd, zodat ook aan deze voorwaarde niet is voldaan. Weliswaar heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar om uitleg van de vergoedingen gevraagd, maar de aanspraak op vergoeding uit de ongevallenregeling was toen al verlopen. Onder de gegeven omstandigheden ziet de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding een coulancevergoeding toe te kennen.

Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat in beginsel de behandeling moet plaatsvinden én zijn afgerond binnen een jaar na het ongeval. In zeer uitzonderlijke gevallen kan deze termijn echter worden verlengd. Van zulke bijzondere omstandigheden is in het onderhavige geval niet gebleken. In de periode van april 2018 tot juli 2019 is tussen verzoeker en zijn behandelaar geen enkel contact geweest. Voorts is niet gebleken dat de verdere behandelingen zijn uitgesteld omdat niet duidelijk was hoe het tandvlees zou reageren. Tot slot deelt de ziektekostenverzekeraar het standpunt van verzoeker dat artikel 18 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering onredelijk bezwarend is en daarom buiten beschouwing moet worden gelaten niet. Het gaat hier immers om een kernbeding.

Overwegingen commissie

- 6.4. De commissie overweegt dat de aanvullende ziektekostenverzekering dekking biedt voor tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval voor verzekerden van achttien jaar en ouder (artikel 18). Het ongeval moet hebben plaatsgevonden tijdens de looptijd van de verzekering en de behandeling moet zijn gericht op het directe letsel als gevolg van dit ongeval. Daarnaast moet de behandeling plaatsvinden binnen één jaar na het ongeval, tenzij het noodzakelijk is de (definitieve) behandeling uit te stellen omdat het gebit nog niet is volgroeid. De aanvullende ziektekostenverzekering noemt nog twee aanvullende voorwaarden, namelijk (i) dat betrokkene vooraf toestemming moet hebben verkregen van de ziektekostenverzekeraar en (ii) dat bij de aanvraag onder meer een behandelplan moet worden ingediend.
- 6.5. Door verzoeker is in de eerste plaats gesteld dat de bepaling van de termijn als bedoeld in artikel 18 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering onredelijk bewarend is in de zin van artikel 6:237, sub b, BW en, zo begrijpt de commissie verzoeker, dat de bepaling daarom vernietigbaar is op grond van artikel 6:233, sub a BW. Uit artikel 6:231, aanhef en onderdeel a, BW volgt evenwel dat bedingen die de kern van de prestaties aangeven, mits duidelijk en begrijpelijk geformuleerd, niet worden aangemerkt als algemene voorwaarden, en dus niet op voornoemde grond kunnen worden vernietigd. In dit geval betreft de bepaling de dekkingsomschrijving van de verzekering zodat sprake is van een kernbeding, dat op zich zelf genomen voldoende duidelijk en begrijpelijk is geformuleerd, waardoor toetsing aan de hand van artikel 6:237, aanhef en sub b, BW en vernietiging niet aan de orde is.
- 6.6. Verzoeker heeft verder aangevoerd dat de behandeling naar aanleiding van het ongeval al in 2018 is gestart en nog steeds niet is afgerond. De aangevraagde implantaatbehandeling maakt volgens hem deel uit van de in 2018 gestarte behandeling. Hoewel de commissie het standpunt van verzoeker kan begrijpen, staat vast dat de zelfstandige behandeling, bestaande uit het aanbrengen van een implantaat niet is aangevraagd / is gestart en plaatsvindt binnen een jaar

na het ongeval. Volgens verzoeker is deze vertraging ontstaan doordat pas later bleek dat de in 2018 vervaardigde prothese niet voldeed. Artikel 18 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt echter dat slechts in één met name genoemde situatie van de termijn kan worden afgeweken, namelijk als uitstel noodzakelijk is omdat het gebit nog niet is volgroeid. Dit laatste is bij verzoeker niet het geval.

Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar evenwel verklaard dat ook in andere bijzondere gevallen de termijn van een jaar een verzekerde niet wordt tegengeworpen. Er moet dan wel sprake zijn van bijzondere omstandigheden. De situatie van verzoeker valt hier volgens de ziektekostenverzekeraar niet onder, waarbij erop is gewezen dat verzoeker in de periode van april 2018 tot en met juli 2019 geen behandelingen aan zijn gebit heeft ondergaan.

De commissie kan het standpunt van de ziektekostenverzekeraar, dat bij verzoeker niet is gebleken van bijzondere omstandigheden, volgen. Verzoeker heeft weliswaar verklaard dat hij moest wachten totdat duidelijk was hoe zijn tandvlees zich zou ontwikkelen, maar nergens blijkt uit dat hierover afspraken waren gemaakt met de tandarts of dat de ontwikkelingen op dit terrein door de tandarts werden gevolgd. Ook heeft verzoeker niet nader onderbouwd waarom in zijn geval sprake is van bijzondere omstandigheden, waardoor zijn situatie anders zou kunnen zijn dan die van andere gebruikers van een partiële prothese. Dit leidt tot de conclusie dat geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van de aangevraagde implantaatbehandeling, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

- 6.7. Hetgeen verzoeker verder heeft aangevoerd, met name dat hij ongeletterd is en de Nederlandse taal niet machtig is, waardoor hij onvoldoende op de hoogte is van alle polisvoorwaarden, kan niet leiden tot een andere uitkomst. Zoals de ziektekostenverzekeraar heeft aangegeven, ligt het in dat geval op zijn weg om tijdig hulp in te roepen van iemand die de Nederlandse taal wel voldoende beheerst. Bovendien kon hij bij de ziektekostenverzekeraar (telefonische) uitleg vragen. Gebleken is dat hij dat ook heeft gedaan, maar pas toen de aanspraak op vergoeding uit de ongevallendekking al was verlopen. Ten aanzien van de mogelijkheid van een coulancevergoeding is de commissie niet bevoegd. Dit is slechts anders indien de ziektekostenverzekeraar zou handelen in strijd met het eigen coulancebeleid dan wel indien door hem in vergelijkbare gevallen wél een vergoeding is verleend. Het een noch het ander is echter door verzoeker gesteld.
- 6.8. Door verzoeker is nog aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte de kosten van de in 2018 door hem ondergane behandeling heeft aangemerkt als reguliere tandheelkundige zorg. Hiertoe overweegt de commissie dat teneinde aanspraak te kunnen maken op de ongevallendekking tevens moet zijn voldaan aan de onder 6.4 genoemde aanvullende voorwaarden. Zonder verzoek om voorafgaande toestemming en het overleggen van een behandelplan, zal de oorzaak van de schade aan het gebit - een ongeval - voor de ziektekostenverzekeraar niet kenbaar zijn en zal de beoordeling van de ingediende nota plaatsvinden in het kader van de reguliere tandheelkundige zorg. Dit lijkt de situatie in 2018 te zijn geweest. De ziektekostenverzekeraar heeft voorgesteld alsnog te bekijken of de desbetreffende kosten onder de ongevallendekking van 2018 kunnen vallen. Ter zitting heeft verzoeker echter verklaard dat alle kosten destijds zijn vergoed zodat hij het niet nodig vond op het aanbod te reageren. Om die reden beschouwt de commissie dit onderdeel van het verzoek als afgehandeld.
- 6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 december 2021,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

BIJLAGEN

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

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 231

In deze afdeling wordt verstaan onder:

- a. algemene voorwaarden: een of meer bedingen die zijn opgesteld teneinde in een aantal overeenkomsten te worden opgenomen, met uitzondering van bedingen die de kern van de prestaties aangeven, voor zover deze laatstgenoemde bedingen duidelijk en begrijpelijk zijn geformuleerd;
- b. gebruiker: degene die algemene voorwaarden in een overeenkomst gebruikt;
- c. wederpartij: degene die door ondertekening van een geschrift of op andere wijze de gelding van algemene voorwaarden heeft aanvaard.

Artikel 233

Een beding in algemene voorwaarden is vernietigbaar

- a. indien het, gelet op de aard en de overige inhoud van de overeenkomst, de wijze waarop de voorwaarden zijn tot stand gekomen, de wederzijds kenbare belangen van partijen en de overige omstandigheden van het geval, onredelijk bezwarend is voor de wederpartij; of
- b. indien de gebruiker aan de wederpartij niet een redelijke mogelijkheid heeft geboden om van de algemene voorwaarden kennis te nemen.

Artikel 237

Bij een overeenkomst tussen een gebruiker en een wederpartij, natuurlijk persoon, die niet handelt in de uitoefening van een beroep of bedrijf, wordt vermoed onredelijk bezwarend te zijn een in de algemene voorwaarden voorkomend beding

- a. dat de gebruiker een, gelet op de omstandigheden van het geval, ongebruikelijk lange of onvoldoende bepaalde termijn geeft om op een aanbod of een andere verklaring van de wederpartij te reageren;
- b. dat de inhoud van de verplichtingen van de gebruiker wezenlijk beperkt ten opzichte van hetgeen de wederpartij, mede gelet op de wettelijke regels die op de overeenkomst betrekking hebben, zonder dat beding redelijkerwijs mocht verwachten;
- c. dat de gebruiker de bevoegdheid verleent een prestatie te verschaffen die wezenlijk van de toegezegde prestatie afwijkt, tenzij de wederpartij bevoegd is in dat geval de overeenkomst te ontbinden;
- d. dat de gebruiker van zijn gebondenheid aan de overeenkomst bevrijdt of hem de bevoegdheid daartoe geeft anders dan op in de overeenkomst vermelde gronden welke van dien aard zijn dat deze gebondenheid niet meer van hem kan worden gevergd;
- e. dat de gebruiker een ongebruikelijk lange of onvoldoende bepaalde termijn voor de nakoming geeft;
- f. dat de gebruiker of een derde geheel of ten dele bevrijdt van een wettelijke verplichting tot schadevergoeding;
- g. dat een de wederpartij volgens de wet toekomende bevoegdheid tot verrekening uitsluit of beperkt of de gebruiker een verdergaande bevoegdheid tot verrekening verleent dan hem volgens de wet toekomt;
- h. dat als sanctie op bepaalde gedragingen van de wederpartij, nalaten daaronder begrepen, verval stelt van haar toekomende rechten of van de bevoegdheid bepaalde verweren te voeren, behoudens voor zover deze gedragingen het verval van die rechten of verweren rechtvaardigen;
- i. dat voor het geval de overeenkomst wordt beëindigd anders dan op grond van het feit dat de wederpartij in de nakoming van haar verbintenis is tekort geschoten, de wederpartij verplicht een geldsom te betalen, behoudens voor zover het betreft een redelijke vergoeding voor door

- de gebruiker geleden verlies of gederfde winst;
- j. dat de wederpartij verplicht tot het sluiten van een overeenkomst met de gebruiker of met een derde, tenzij dit, mede gelet op het verband van die overeenkomst met de in dit artikel bedoelde overeenkomst, redelijkerwijze van de wederpartij kan worden gevergd;
 - k. dat voor een overeenkomst als bedoeld in artikel 236 onder j of p respectievelijk q een duur bepaalt van meer dan een jaar, tenzij de wederpartij na een jaar de bevoegdheid heeft de overeenkomst te allen tijde op te zeggen met een opzegtermijn van ten hoogste een maand;
 - l. dat de wederpartij aan een opzegtermijn bindt die langer is dan de termijn waarop de gebruiker de overeenkomst kan opzeggen;
 - m. dat voor de geldigheid van een door de wederpartij te verrichten verklaring een strengere vorm dan het vereiste van een onderhandse akte stelt;
 - n. dat bepaalt dat een door de wederpartij verleende volmacht onherroepelijk is of niet eindigt door haar dood of ondercuratelestelling, tenzij de volmacht strekt tot levering van een registergoed;
 - o. dat de wederpartij bij overeenkomsten, niet zijnde verlengde, vernieuwde of voortgezette overeenkomsten als bedoeld in artikel 236, onder j of p respectievelijk q, aan een opzegtermijn bindt die langer is dan een maand.



Mond en tanden (mondzorg)

Wij vergoeden de kosten van noodzakelijke tandheelkundige zorg zoals tandartsen, tandprothetic, kaakchirurgen, mondhygiënist en orthodontisten die plegen te bieden. In de onderstaande artikelen (van 14 tot en met 18) gaan wij hierop in.

14 Orthodontie voor verzekerden tot 18 jaar

Wij vergoeden aan verzekerden tot 18 jaar de kosten van orthodontie (gebitsregulatie) en een second opinion. De zorg wordt gedeclareerd met de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven prestatiecodes voor orthodontie eindigend op de letter 'A'.

Voorwaarde voor vergoeding

Een orthodontist of tandarts moet de behandeling uitvoeren of de second opinion geven.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Verliest of beschadigt u bestaande orthodontische voorzieningen door uw eigen schuld of nalatigheid? Dan vergoeden wij niet de kosten van reparatie of vervanging hiervan.

AV Amsterdam 1

geen dekking

AV Amsterdam 2

maximaal € 1.250,- voor verzekerden tot 18 jaar voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

AV Amsterdam 3

maximaal € 2.000,- voor verzekerden tot 18 jaar voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

15 Tandheelkundige zorg – wettelijke eigen bijdrage prothesen (kunstgebiten)

Heeft u een uitneembare volledige prothese (kunstgebit) vergoed gekregen vanuit de basisverzekering of deze laten repareren of rebasen (zie artikel 9 van het hoofdstuk "Verzekerde zorg basisverzekeringen")? Dan vergoeden wij deze wettelijke eigen bijdrage.

AV Amsterdam 1

100%

AV Amsterdam 2

100%

AV Amsterdam 3

100%

16 Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar – kronen, bruggen, inlays en implantaten

Aan verzekerden tot 18 jaar vergoeden wij alleen de kosten van kronen, bruggen, inlays en implantaten, inclusief techniekkosten.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Een tandarts, Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of kaakchirurg moet de behandeling uitvoeren.
- 2 U moet van ons vooraf toestemming hebben gekregen. Voordat wij toestemming geven, beoordelen wij uw aanvraag voor de behandeling: is deze doelmatig en rechtmatig?

AV Amsterdam 1

100%

AV Amsterdam 2

100%

AV Amsterdam 3

100%

Let op! De kosten van orthodontie worden vergoed vanuit artikel 14 van deze polisvoorwaarden.

17 Tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Bent u 18 jaar of ouder? Dan vergoeden wij de kosten van tandheelkundige behandelingen door een tandarts, kaakchirurg, Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde, mondhygiënist of tandprotheticus.

Een tandtechnicus kan een reparatie uitvoeren zoals hieronder omschreven onder 'Vergoeding kosten tandtechnicus'.

Vergoeding kosten kaakchirurg

U heeft recht op parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en een ongecompliceerde extractie (kies of tand trekken) door een kaakchirurg. Chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het bijbehorende röntgenonderzoek worden niet vergoed vanuit de aanvullende verzekering. Deze kosten worden vergoed vanuit uw basisverzekering (zie artikel 8 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen').

Vergoeding kosten tandtechnicus

U heeft recht op kleine reparaties aan een gedeeltelijk kunstgebit (plaatje of frame) door een tandtechnicus als er geen handelingen in de mond nodig zijn. Dit betreft het opnieuw vastzetten of vervangen van een tand of kies en het herstellen van een scheur in het gedeeltelijk kunstgebit. Zit er een breuk in uw gedeeltelijk kunstgebit? Dan moet de reparatie uitgevoerd worden door een tandarts en niet door een tandtechnicus. Bij een scheur is uw gedeeltelijk kunstgebit kapot, maar nog één geheel. Bij een breuk is uw gedeeltelijke kunstgebit in 2 of meer delen uiteengevallen.

Let op! Wij vergoeden alleen de kosten als de maximale vergoeding van de door u gekozen aanvullende verzekering nog niet is bereikt.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a keuringsrapporten en tandheelkundige verklaringen (C70, C75 en C76);
- b een afspraak die u niet bent nagekomen (C90);
- c uitwendig bleken van tanden en kiezen (E97, E98 en E00);
- d mandibulair repositieapparaat (MRA: een prothese tegen snurken) en de diagnostiek en nazorg hiervoor (G71, G72 en G73);
- e orthodontie;
- f abonnementen;
- g volledige narcose;
- h gecompliceerde extractie door de kaakchirurg, deze wordt uit de basisverzekering vergoed;
- i gedeeltelijk voltooid werk.

AV Amsterdam 1

maximaal € 100,- per persoon per kalenderjaar

AV Amsterdam 2

maximaal € 250,- per persoon per kalenderjaar

AV Amsterdam 3

maximaal € 500,- per persoon per kalenderjaar

18 Tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Wij vergoeden aan verzekerden van 18 jaar en ouder tandheelkundige zorg door een tandarts, orthodontist of kaakchirurg. De behandeling moet gericht zijn op het directe letsel 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. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er wel of geen sprake is van een volgroeid gebit of van tijdelijke behandeling. Ten tijde van zowel het ongeval als de behandeling moet er volgens de verzekering dekking zijn.

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 Bij uw aanvraag voor toestemming moet een behandelplan met kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's zitten. Het behandelplan moet zijn opgesteld door uw tandarts, orthodontist of kaakchirurg.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van behandelingen die direct of indirect het gevolg zijn van:

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

AV Amsterdam 1

maximaal € 10.000,- per ongeval

AV Amsterdam 2

maximaal € 10.000,- per ongeval

AV Amsterdam 3

maximaal € 10.000,- per ongeval



Ogen en oren

19 Hoortoestellen

Wij vergoeden de wettelijke eigen bijdrage voor hoortoestellen.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet recht hebben op vergoeding van een hoortoestel vanuit de basisverzekering (zie artikel 4 van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen').

AV Amsterdam 1

100%

AV Amsterdam 2

100%

AV Amsterdam 3

100%

20 Onderhoud hoortoestel

Wij vergoeden per hoortoestel het totaalonderhoud (inclusief batterijen)

AV Amsterdam 1

maximaal € 25,- per hoortoestel per kalenderjaar

AV Amsterdam 2

maximaal € 25,- per hoortoestel per kalenderjaar

AV Amsterdam 3

maximaal € 25,- per hoortoestel per kalenderjaar

21 Brillen en contactlenzen

Wij vergoeden de kosten van brillen met glazen op sterkte en contactlenzen (lenzen op sterkte of nachtlenzen) samen per periode van 3 kalenderjaren.

Het gaat hier om een periode van 3 kalenderjaren van 1 januari tot en met 31 december. De periode begint op 1 januari in het jaar van de eerste aanschaf.

Voorwaarde voor vergoeding

Een opticien of optiekbedrijf moet de brillen en/of contactlenzen aan u leveren.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoed en

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a (zonne)brillen en contactlenzen zonder sterkte;
- b prismab Brillen;
- c de wettelijke eigen bijdrage voor brillenglazen en/of lenzen die worden vergoed vanuit de basisverzekering (zie artikel 4 van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen');
- d losse monturen en/of accessoires;
- e gekleurde contactlenzen.

AV Amsterdam 1

maximaal € 100,- per persoon per 3 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen samen

AV Amsterdam 2

maximaal € 100,- per persoon per 3 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen samen

AV Amsterdam 3

maximaal € 100,- per persoon per 3 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen samen

TIP

Basisbrilregeling

Wij hebben met Pearle, Specsavers en Hans Anders afspraken gemaakt over een basisbril. Wat betekent dit voor u? Voor het bedrag in uw polis bieden Pearle, Specsavers en Hans Anders u een complete basisbril (montuur inclusief glazen). Extra dun geslepen glazen, ontspiegeling of een duurder montuur vallen niet onder de voorwaarden van de basisbril. Voor deze extra opties moet u dan zelf bijbetalen. Kijk op onze website of vraag bij de betreffende opticiens welk aanbod en voorwaarden voor u gelden.

Voorwaarden:

- om voor de basisbrilregeling in aanmerking te komen moet uw polis beschikken over een minimale vergoeding van € 100,-;
- wanneer blijkt dat u uw vergoedingslimiet heeft bereikt zal Specsavers, Pearle of Hans Anders u voor dit bedrag een nota toesturen;
- voor de basisbrilregeling moet u uw klantenpas in de filialen van Specsavers, Pearle of Hans Anders overleggen;
- voor de basisbrilregeling gelden de voorwaarden van Specsavers, Pearle of Hans Anders. Vraag hiernaar bij de opticiens of kijk op onze website;
- Specsavers, Pearle of Hans Anders zullen de nota rechtstreeks naar ons sturen.

22 Ooglaseren en lensimplantatie

In dit artikel leest u de voorwaarden voor de vergoeding van de kosten van ooglaseren (22.1) en lensimplantatie (22.2).

22.1 Ooglaseren

Wij vergoeden de kosten van een ooglaserbehandeling.

Voorwaarde voor vergoeding

De oogarts die de behandeling uitvoert, moet als refractiechirurg geregistreerd staan bij het Nederlands Oogheelkundig Genootschap (NOG). Is de specialist niet geregistreerd bij het NOG, dan moet hij voldoen aan de richtlijnen van dit genootschap en zich houden aan de criteria gesteld in de consensus refractiechirurgie.

Let op! In het register van het NOG staan ook oogartsen ingeschreven. U heeft echter alleen recht op vergoeding, als de behandelend oogarts is ingeschreven als refractiechirurg.

22.2 Lensimplantatie

Wij vergoeden de meerkosten van een andere lens dan een monofocale (standaard) kunstlens bij vergoeding van een staaroperatie uit de basisverzekering.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Als u recht heeft op vergoeding van lensimplantatie vanuit de basisverzekering geldt deze vergoeding voor de meerkosten.
- 2 Bij implantatie van een torische lens moet u of uw arts een medische verklaring kunnen overhandigen waarin staat waarom u geen bril verdraagt.