

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. L. Ritzema, mr. B.L.A. van Drunen en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202500112

Partijen

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

en

- 1) OHRA Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, en
 - 2) OWM CZ groep U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij klachtbrief van 16 januari 2025 een klacht voorgelegd aan SKGZ. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft op 24 maart 2025 telefonisch aan verzoeker meegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling, hetgeen bij brief van dezelfde datum aan hem is bevestigd. Verzoeker heeft tijdens het telefoongesprek meegedeeld dat hij de commissie vraagt een uitspraak te doen. Op 8 april 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 11 juni 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 12 juni 2025 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 10 september 2025 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 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de OHRA Zorgverzekering Combinatie (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering OHRA Sterk (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 2.2. Verzoeker is op 27 februari 2022 met de fiets gevallen waarbij hij schade aan twee voortanden heeft opgelopen. Op 28 februari 2022 heeft verzoeker een bezoek gebracht aan zijn tandarts, waarna deze is gestart met het uitvoeren van diverse tandheelkundige behandelingen om de schade aan het gebit te herstellen. De tandarts heeft de facturen rechtstreeks naar de ziektekostenverzekeraar gestuurd met het verzoek deze te vergoeden. Bij brief van 29 september 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker meegedeeld dat de kosten niet ten laste van de ongevallendeckking van de aanvullende ziektekostenverzekering worden vergoed. Dit omdat er niet binnen drie maanden na het ongeval en vóór de start van de behandelingen bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag is ingediend.

- 2.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verschillende keren om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Onder meer bij brief van 19 maart 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.4. Bij brief van 22 november 2024 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar wederom verzocht zijn eerder ingenomen standpunt te heroverwegen. Bij e-mailbericht van 13 maart 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker gevraagd de volgende informatie op te sturen:
- een ongevallenverslag van de spoedeisende hulp;
 - de tandheelkundige behandelhistorie van de afgelopen 5 jaar;
 - röntgenfoto's van vóór en na het ongeval.
- Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar de gevraagde informatie gestuurd. Hierop heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 29 april 2025 aan verzoeker meegedeeld dat vergoeding van de kosten afgewezen blijft. Nu echter om reden dat uit de ontvangen aanvullende informatie is gebleken dat verzoeker alcohol had genuttigd.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de bij hem uitgevoerde tandheelkundige behandelingen na het ongeval moet vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 3.2. Verzoeker heeft hiertoe verklaard dat hij op 27 februari 2022 met de fiets hard op zijn gezicht is gevallen, waarbij de elementen 11 en 12 dusdanig beschadigd zijn geraakt dat deze in het ziekenhuis door de kaakchirurg moesten worden verwijderd. In de periode daarna heeft verzoeker door de tandarts verschillende tandheelkundige behandelingen laten uitvoeren om de ontstane schade te herstellen. De tandarts heeft de betreffende facturen rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd omdat in de aanvullende ziektekostenverzekering dekking is opgenomen voor tandheelkundige zorg na een ongeval. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding van de kosten echter afgewezen, aanvankelijk omdat niet voorafgaand aan de start van de behandeling een aanvraag was ingediend.
- 3.3. Verzoeker stelt dat het niet redelijk is van de ziektekostenverzekeraar om vast te houden aan dit standpunt omdat de ziektekostenverzekeraar niet in zijn belangen is geschaad. Verzoeker heeft zich namelijk direct na het ongeval laten behandelen en de tandheelkundige situatie niet laten verergeren. Daar komt bij dat zowel verzoeker als zijn tandarts in de veronderstelling verkeerde dat de kaakchirurg bij de ziektekostenverzekeraar melding had gemaakt van het ongeval. Dat de kaakchirurg dit, naar later bleek, niet heeft gedaan kan verzoeker niet worden tegengeworpen. Verzoeker verwijst in dit verband naar artikel 14 van de Zorgverzekeringswet. Uit de jurisprudentie volgt dat zorgverzekeraars gerechtigd zijn in de polisvoorwaarden een machtigingsvereiste op te nemen. Deze vrijheid is echter niet onbepikt, omdat alleen zorginhoudelijke criteria mogen worden gehanteerd bij het verlenen van toestemming. Verzoeker vraagt zich af of de ziektekostenverzekeraar met het hanteren van een termijn van drie maanden niet oneigenlijk gebruik maakt van het machtigingsvereiste.
- 3.4. Na lang aandringen heeft de ziektekostenverzekeraar het dossier evenwel heropend en bij verzoeker aanvullende informatie opgevraagd. Een van de in dat verband overgelegde stukken betrof het verslag van het bezoek aan de huisartsenpost. Op basis van dit verslag heeft de ziektekostenverzekeraar een nieuw argument gevonden om vergoeding van de kosten af te wijzen, te weten het feit dat verzoeker alcohol had gedronken. Ten tijde van het ongeval had verzoeker inderdaad alcohol genuttigd, maar de bepaling in de verzekeringsvoorwaarden dient zo te worden geïnterpreteerd dat alleen als vaststaat dat alcoholgebruik de oorzaak is geweest van het ongeval er geen aanspraak bestaat op vergoeding. Met andere woorden: er dient een causaal verband te

bestaan. Het is de ziektekostenverzekeraar die dit causale verband dient aan te tonen en aangezien hij dit niet heeft gedaan moeten de gedeclareerde kosten worden vergoed.

- 3.5. Ter zitting heeft verzoeker toegelicht dat hij de avond van het ongeval met een vriend in de stad had afgesproken. Daar heeft hij een koffie en twee eenheden alcohol genuttigd. Vervolgens is verzoeker op zijn elektrische fiets naar huis gegaan. Halverwege is hij met zijn fiets gevallen en op zijn gezicht terechtgekomen. Na de val heeft verzoeker zijn reis naar huis vervolgd en rond 22:00 uur is hij thuis aangekomen. Omdat zijn vriendin zich zorgen maakte over zijn gebit, heeft zij net na middernacht contact gehad met de huisartsenpost. Voor zover verzoeker zich nog kan herinneren, heeft hij geen bezoek gebracht aan de huisartsenpost en heeft alleen zijn vriendin telefonisch contact gehad.

De ziektekostenverzekeraar heeft zich allereerst op het standpunt gesteld dat de kosten niet worden vergoed omdat niet binnen drie maanden na het ongeval een aanvraag zou zijn ingediend. Hiertoe wenst verzoeker te benadrukken dat, los van het feit dat iedereen in de veronderstelling was dat de kaakchirurg al een aanvraag had gedaan, de ontstane vertraging ook aan de ziektekostenverzekeraar is te wijten. Lange tijd heeft verzoeker geprobeerd met de ziektekostenverzekeraar tot een vergelijk te komen, maar deze heeft verzuimd altijd en tijdig een reactie te geven.

Later heeft de ziektekostenverzekeraar het standpunt ingenomen dat de kosten niet worden vergoed omdat alcohol zou zijn genuttigd. Met betrekking hiertoe herhaalt verzoeker dat hij niet meer dan twee eenheden alcohol heeft genuttigd. Een dergelijke hoeveelheid is volgens de Wegenverkeerswet toegestaan. Verzoeker betwist dat er een causaal verband bestond tussen het nuttigen van de alcohol en het ongeval.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat de commissie alleen over een klacht kan oordelen als *“de SKGZ de klacht ontvangt (...) binnen 1 jaar nadat de ziektekostenverzekeraar over de klacht heeft beslist”*. Dit volgt uit artikel 2 van het reglement van de commissie. De klacht van verzoeker - over de afwijzende beslissing van 29 september 2022 - is op 7 maart 2023 aan de ziektekostenverzekeraar voorgelegd, waarna deze op 24 maart 2023 hierop inhoudelijk heeft gereageerd. Bij e-mailberichten van 11 en 26 mei 2023 is de ziektekostenverzekeraar opnieuw op dezelfde klacht ingegaan. Pas bij brief van 16 januari 2025 heeft verzoeker de klacht aan SKGZ voorgelegd. Dit is buiten de termijn van één jaar als genoemd in artikel 2 van het reglement van de commissie. De ziektekostenverzekeraar stelt zich dan ook primair op het standpunt dat de klacht niet inhoudelijk kan worden behandeld, omdat vanwege de termijnoverschrijding sprake is van niet-ontvankelijkheid.
- 4.2. Subsidiair stelt de ziektekostenverzekeraar dat op grond van artikel D.8.6. van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van mondzorg naar aanleiding van een ongeval. Om voor vergoeding hiervan in aanmerking te komen is in voornoemd artikel onder meer bepaald dat voorafgaand aan de start van de behandeling bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag moet worden ingediend. Deze voorwaarde is opgenomen zodat de ziektekostenverzekeraar kan beoordelen of de gevraagde tandheelkundige zorg inderdaad nodig is om schade als gevolg van het ongeval te herstellen en of de gevraagde zorg inderdaad de meest doelmatige oplossing is. In de situatie van verzoeker heeft er op 27 juni 2022 een ongeval plaatsgevonden en is er op 28 juni 2022 al een consult bij de tandarts geweest. Op 16 maart 2022 is de tandarts daadwerkelijk gestart met het herstel van het gebit en pas na het uitvoeren van de eerste behandelingen zijn de kosten bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Gedurende lange tijd heeft de ziektekostenverzekeraar vergoeding van de kosten op grond van het ontbreken van een voorafgaande aanvraag afgewezen.

- 4.3. Eind 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar evenwel besloten om te kijken of, los van het feit dat er voorafgaand aan de start van de behandelingen geen aanvraag is ingediend, mogelijk toch aanspraak bestaat. In het kader van deze beoordeling is bij verzoeker aanvullende informatie opgevraagd, waaronder het verslag van het bezoek dat hij bracht aan de huisartsenpost. Uit dit verslag blijkt dat verzoeker alcohol had gedronken. In artikel D.8.6. van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is opgenomen dat de ziektekostenverzekeraar geen tandheelkundige kosten vergoedt die zijn ontstaan door het nuttigen van voedsel en of drank. De bepaling wordt breed uitgelegd, in die zin dat deze zowel de situatie omvat dat schade aan het gebit is ontstaan door het drinken zelf of door hetgeen is gedronken, alsmede de situatie waarin het ongeval hiervan het indirecte gevolg is, zoals wanneer een verzekerde een ongeval krijgt na drankconsumptie. Deze uitleg is ook door de commissie gevolgd in een uitspraak van 5 april 2023 (GcZ, 5 april 2023, SKGZ202202083). Conform deze uitspraak neemt de ziektekostenverzekeraar voorshands aan het nuttigen van alcohol ook in de situatie van verzoeker in oorzakelijk verband heeft gestaan met het ongeval. Het is dan aan verzoeker om aannemelijk te maken dat dit oorzakelijk verband niet bestaat of dat een andere oorzaak aan het ongeval ten grondslag heeft gelegen. Hierin is verzoeker niet geslaagd.
- 4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij in meerdere brieven aan verzoeker zijn standpunt uiteen heeft gezet. In dezelfde brieven is hem ook gewezen op de mogelijkheid de klacht aan SKGZ voor te leggen. Pas op 16 januari 2025 is hiervoor door verzoeker gekozen, hetgeen ruim buiten de termijn zoals genoemd in artikel 2 van het reglement van de commissie is. De ziektekostenverzekeraar werpt verzoeker verder tegen dat niet binnen drie maanden na het ongeval een aanvraag is ingediend. Hoe langer wordt gewacht met het indienen van een aanvraag, hoe moeilijker het is deze inhoudelijk te beoordelen. Hierbij dient nog te worden opgemerkt dat de ziektekostenverzekeraar in de situatie van verzoeker niet aan een inhoudelijke beoordeling is toegekomen, omdat niet alleen binnen drie maanden na het ongeval geen aanvraag werd ingediend, maar ook omdat in het verslag van de huisartsenpost staat vermeld dat verzoeker alcohol had genuttigd. De stelling van verzoeker dat iemand met twee eenheden alcohol nog aan het verkeer kan en mag deelnemen zegt niet veel. Het gaat erom dat alcohol invloed heeft op het gedrag en handelen. Ook met het nuttigen van twee eenheden wordt het handelen beïnvloed.

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.22. 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 verzekeringsvoorwaarde is opgenomen in de bijlage van dit bindend advies. Deze bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Ontvankelijkheid

- 6.2. De ziektekostenverzekeraar heeft zich primair op het standpunt gesteld dat de commissie tot niet-ontvankelijkheid zou moeten besluiten. Dit omdat de commissie, op grond artikel 2 van het vigerende reglement, alleen over een klacht kan oordelen als deze binnen een jaar nadat de ziektekostenverzekeraar hierop heeft beslist aan SKGZ wordt voorgelegd. Volgens de ziektekostenverzekeraar is genoemde termijn overschreden, aangezien hij reeds op 26 mei 2023 zijn definitieve standpunt kenbaar heeft gemaakt en verzoeker de klacht eerst op 16 januari 2025

aan SKGZ heeft voorgelegd.

De commissie deelt de visie van de ziektekostenverzekeraar niet. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker immers bij brief van 19 maart 2024 geïnformeerd dat de adviserend tandarts het dossier heeft bekeken naar aanleiding van de door verzoeker aangeleverde informatie. Deze - nieuwe - informatie heeft niet geleid tot een ander standpunt. In dezelfde brief wordt verzoeker gewezen op de mogelijkheid om de zaak aan SKGZ voor te leggen, hetgeen hij binnen een jaar na genoemde datum heeft gedaan. Gelet hierop slaagt het beroep van de ziektekostenverzekeraar op niet-ontvankelijkheid niet.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.3. Uit het 'Vergoedingen Overzicht' behorende bij de aanvullende ziektekostenverzekering blijkt dat verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van mondzorg na een ongeval tot een bedrag van € 10.000,- per ongeval. Voor de nadere voorwaarden wordt verwezen naar artikel D.8.6. van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. In dit artikel is bepaald dat aanspraak bestaat op vergoeding als:
- 1) er voorafgaand aan de behandeling en binnen drie maanden na het ongeval bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag is ingediend;
 - 2) de behandeling binnen twee jaar na het ongeval is afgerond;
 - 3) de kosten niet het gevolg zijn van het nuttigen van voedsel of drank.
- 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft zich aanvankelijk op het standpunt gesteld dat voorafgaand aan de start van de behandelingen bij hem geen aanvraag is ingediend. Nadien heeft hij het dossier kennelijk heropend. Verzoeker is althans in de gelegenheid gesteld aanvullende informatie aan te leveren. Op basis van die informatie, waaronder het verslag van het bezoek van verzoeker aan de huisartsenpost, heeft de ziektekostenverzekeraar het standpunt ingenomen dat verzoeker alcohol heeft genuttigd en dat de kosten om die reden niet worden vergoed.
- 6.5. De commissie overweegt dat zij in een eerder bindend advies (GcZ, 5 april 2023, SKGZ202202083) tussen een andere verzekerde en de ziektekostenverzekeraar heeft uiteengezet dat de uitsluiting van artikel D.8.6. zo moet worden begrepen dat zowel directe schade als indirecte schade als gevolg van het nuttigen van voedsel of drank is uitgesloten van vergoeding. In geval van het nuttigen van drank betekent dit dat zowel de situatie dat schade aan het gebit is ontstaan door het drinken zelf, of door hetgeen is gedronken, als de situatie waarin het ongeval hiervan het indirecte gevolg is. Hieronder valt met name situatie waarin de verzekerde een ongeval krijgt ná het innemen van (alcoholische) consumpties.
- Het staat vast dat verzoeker voorafgaand aan het ongeval alcohol heeft genuttigd. Niet alleen is in het verslag van de huisartsenpost vermeld dat verzoeker onder invloed van alcohol was, maar hij heeft ook zelf verklaard dat hij alcohol had genuttigd. De commissie neemt daarom voorshands aan dat het vereiste causale verband aanwezig is. Het staat immers vast dat zelfs het nuttigen van een kleine hoeveelheid alcohol een nadelige invloed heeft op het reactievermogen. Dit laat echter onverlet de mogelijkheid dat het ongeval een andere oorzaak had. Het lag op de weg van verzoeker dit aan te tonen, bijvoorbeeld door verklaringen van derden over te leggen waaruit die andere oorzaak valt af te leiden. Dit heeft hij echter niet gedaan zodat de uitsluiting van artikel D.8.6. onverkort van toepassing is.
- Het stond de ziektekostenverzekeraar daarom vrij vergoeding van de kosten van de tandheelkundige zorg op die grond af te wijzen. Om die reden kan in het midden blijven of verzoeker zijn oorspronkelijke afwijsground – het ontbreken van een voorafgaande aanvraag – al dan niet heeft gehandhaafd, en of deze afwijsground terecht werd gehanteerd.

Slotsom

- 6.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 29 september 2025,

L. Ritzema

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2022

aanvullende verzekering OHRA Sterk (modelnummer: 7702040) versie 1

Hieronder vindt u het Vergoedingen Overzicht van de aanvullende verzekering OHRA Sterk

Dit Vergoedingen Overzicht bestaat uit een aantal kolommen:

- In de middelste kolom "Hoeveel krijgt u vergoed" staan bedragen, aantallen, uren en/of termijnen. Dit zijn altijd de maximale bedragen, aantallen, uren en/of termijnen.

De vergoedingspercentages (in %) berekenen wij over de wettelijke tarieven, afgesproken tarieven of marktconforme tarieven. Zie ook hiervoor artikel A.20.

- In de laatste kolom "Voorwaarden" staat een nummer. Dit nummer verwijst naar een artikel in de Verzekeringsvoorwaarden. In dit artikel staan de voorwaarden waaraan u moet voldoen om de betreffende zorg vergoed te krijgen.

Wat krijgt u vergoed	Hoeveel krijgt u vergoed	Voorwaarden
Buitenland spoedzorg		D.14.
Buitenland spoedzorg	100% van het gedeclareerde tarief buiten Nederland of uw woonland	D.14.a.
- Medisch advies	100% door hulpdienst	D.14.i.
- Mondzorg bij spoed in het buitenland	€ 250,- per jaar vanaf 18 jaar	D.14.b.
- Opsturen van medicijnen en hulpmiddelen	100%	D.14.g.
- Repatriëring	100% (bij ziekte)	D.14.c.
- Vervoer stoffelijk overschot	100%	D.14.f.
Fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/Mensendieck		D.16.
Fysiotherapie en/of oefentherapie	9 behandelingen per jaar en 100% van een screening voorafgaand aan de behandeling	D.16.1. D.16.1.
Mondzorg bij ongeval	€ 20.000,- per ongeval	D.8.6.
Afwijkende voorwaarden		C.11.
Meegroeiservice		C.11.3.8.

Voorwaarden

Zie artikel D.8.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

De zorg wordt gedeclareerd op basis van de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven tariefbeschikking orthodontie, door middel van prestatiecodes die beginnen met:

- de letter "F",
- eindigen met de letter "A" en
- 3 cijfers daar tussenin.

Voorbeeld

"F121A" voor "eerste consult".

Voor de materiaal- en techniekkosten die bij deze zorg horen is een "*" toegevoegd aan de genoemde prestatiecode(s).

Zorgverlener

Een tandarts of een orthodontist verleent de zorg.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.8.6. Mondzorg bij ongeval

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden mondzorg, voor zover die zorg is beschreven in de artikelen D.8.2., D.8.3. en D.8.4. als sprake is van "ongevallenzorg" zoals bedoeld in artikel C.12.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- De kosten die wij in artikel D.8.1. niet vergoeden, vergoeden wij ook niet vanuit dit artikel.
- Behandelingen bijzondere tandheelkunde en/of kaakchirurgie vallen onder de dekking van de basisverzekering (zie artikelen B.4., B.12., B.13. en B.14.).
- Wij vergoeden niet:
 - de kosten van mondzorg die het gevolg zijn van het nuttigen van voedsel of drank;
 - orthodontie.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Zie artikel D.8.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

- De zorg wordt gedeclareerd op basis van de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven tariefbeschikking tandheelkundige zorg door middel van prestatiecodes genoemd in artikelen D.8.2., D.8.3. en D.8.4.
- De behandeling is afgerond binnen 2 jaar na het ongeval, tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen, omdat het gebit niet volgroeid is. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er wel of geen sprake is van een volgroeid gebit of van een tijdelijke behandeling.
- Er is geen recht op vergoeding van de aangevraagde behandeling, als er al een behandelindicatie aanwezig was voor het ongeval, of als er sprake is van uitgestelde zorg.

Akkoordverklaring

Zie artikel C.12. Onderstaande voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af:

- Een akkoordverklaring is nodig voorafgaand aan de behandeling en binnen 3 maanden na het ongeval.
- De aanvraag bevat een schriftelijk behandelplan en begroting van de tandarts of kaakchirurg en is opgesteld volgens de NMT Praktijkrichtlijn Tandletsel. Deze praktijkrichtlijn maakt deel uit van deze voorwaarden en staat op onze website.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

D.8.7. Tandartsvergoeding meenemen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Met uw aanvullende verzekering neemt u 100% tot maximaal € 250,- van uw ongebruikte dekking voor tandartskosten mee naar een volgend polisjaar.

Let op!

- De meegenomen vergoeding die niet is gebruikt, vervalt het jaar daarop.
- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- Om gebruik te kunnen maken van de meegenomen vergoeding moet u dit polisjaar en volgend polisjaar een aanvullende verzekering hebben waarin vergoeding voor tandartskosten is opgenomen;