



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen CZ Groep Aanvullende Verzekering
Zorgverzekeraar te Tilburg
Zaak : Aanvullende ziektekostenverzekering, orthodontie na een ongeval
Regelgeving : Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019
Zaaknummer : 202002632
Zittingsdatum : 3 november 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.W. Heringa)

1. Partijen

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

CZ Groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar te Tilburg, hierna te noemen: de
ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 12 mei 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. Op 7 juni 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 5 augustus 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is diezelfde dag aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 3 november 2021 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorgbewustpolis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Start (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
De zorgverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker heeft in maart 2019 een ongeval gehad. Hierbij heeft hij schade opgelopen aan zijn gebit.
- 3.3. De behandelend orthodontist heeft op 17 september 2019 per brief over verzoeker verklaard:
“Naar aanleiding van ons klinisch en röntgenologisch onderzoek hebben wij met de behandelend tandarts overlegd. Naar ons inziens is het getroffen gebitselement (duurzaam) te restaureren na orthodontische extrusie (verlengen) van het element. Zonder de orthodontische voorbehandeling is duurzaam, esthetisch en functioneel herstel van dit element niet mogelijk. Het alternatief om dit gebitselement te verwijderen en een implantaat [aan te brengen] is zowel uit financieel als esthetisch oogpunt (op langere termijn) niet wenselijk.”
- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 18 oktober 2019 per brief aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag voor vergoeding van de orthodontische behandeling is afgewezen.
- 3.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 30 januari 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. Geschil

 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar alsnog de kosten van de aangevraagde orthodontische behandeling moet vergoeden.

 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 A.22 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

 6.1. De relevante bepalingen uit de verzekeringsvoorwaarden zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunt verzoeker

6.2. Verzoeker heeft schade aan zijn gebit als gevolg van een ongeval. In overleg met de behandelaars is gekozen voor onder andere een orthodontische behandeling. Verzoeker heeft een aanvullende verzekering met een ongevallendekking voor mondzorg tot € 10.000,--. De ziektekostenverzekeraar vergoedt de kosten van de tandarts wel, maar die van de orthodontist niet. Zonder de orthodontische behandeling kon de schade aan het gebit echter niet worden hersteld.

Verzoeker is van mening dat alle tandheelkundige kosten die verband houden met het ongeval moeten worden vergoed tot het maximum van € 10.000,--. Hij verwijst hierbij naar de tekst op de website van de ziektekostenverzekeraar. Hier staat "tandzorg na een ongeval". Tandzorg is volgens verzoeker alle zorg voor de tanden en niet slechts een deel daarvan. Daarnaast is een orthodontist ook een tandarts, en daarom moeten de kosten van de orthodontische behandeling worden gerekend tot de tandheelkundige kosten die onder de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering vallen.

Verzoeker merkt verder op dat het alternatief was dat het element zou worden verwijderd en zou worden vervangen door een implantaat. Dit alternatief is niet alleen veel duurder, maar is uit esthetisch oogpunt minder wenselijk. Bovendien waren drie professoren het erover eens dat de gekozen behandeling in de situatie van verzoeker de beste was.

 Ter zitting heeft verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij niet begrijpt waarom de duurdere behandeling die in het pakket zit wel zou worden vergoed, maar de door hem gekozen - goedkopere - behandeling niet wordt vergoed.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat orthodontie niet valt onder de aanspraak op mondzorg na een ongeval. Orthodontie is geregeld in artikel D.8.5 van de verzekeringsvoorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit artikel is niet opgenomen in de verwijzing van artikel 8.6 van de aanvullende ziektekostenverzekering, dat gaat over mondzorg na een ongeval. De zorg bedoeld in artikel D.8.5 valt daarnaast niet onder de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering. Verzoeker heeft daarom geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de orthodontische behandeling.

De ziektekostenverzekeraar merkt op dat verzoeker uit de door hem overgelegde afbeelding van de website niet had mogen afleiden dat er verder geen voorwaarden zouden gelden. Hij had moeten weten dat er voorwaarden van toepassing zijn op de verzekeringen die hij afsluit. In deze voorwaarden had hij kunnen zien dat orthodontie niet wordt gedekt onder de afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering.

Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat er geen ruimte is voor een coulancevergoeding. Destijds is een bewuste keuze gemaakt om orthodontie niet op te nemen in artikel 8.6 van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Overwegingen

- 6.4. De aanspraak op orthodontie is geregeld in artikel D.8.5 van de verzekeringsvoorwaarden. In het vergoedingenoverzicht van de aanvullende ziektekostenverzekering is artikel D.8.5 evenwel niet opgenomen. Verzoeker heeft dus geen aanspraak op orthodontie op grond van artikel D.8.5 van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 6.5. Artikel D.8.6 van de aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor mondzorg na een ongeval. In dit artikel is duidelijk vermeld dat aanspraak bestaat op mondzorg zoals tandartsen plegen te bieden, voor zover deze zorg is beschreven in de artikelen D.8.2, D.8.3 en D.8.4. Daarnaast moet sprake zijn van 'ongevallenzorg' zoals bedoeld in artikel C.12 van de voorwaarden. In de artikelen D.8.2, D.8.3 en D.8.4 is de aanspraak op 'kronen, bruggen en inlays', 'kunstgebit en implantaten' en 'overige mondzorg' geregeld. Bij de aanspraak op 'overige mondzorg' is vermeld dat de aanspraak die valt onder bijvoorbeeld artikel D.8.5 is uitgesloten. Aangezien orthodontie is geregeld in artikel D.8.5 en dit artikel niet is vermeld in artikel D.8.6, kan het verzoek (ook) niet op grond van artikel D.8.6 van de aanvullende ziektekostenverzekering worden toegewezen. Dat, zoals verzoeker stelt, de orthodontische behandeling mogelijk goedkoper is en vanuit esthetisch oogpunt wenselijker is dan het plaatsen van een implantaat maakt dit niet anders. Hetzelfde geldt voor zijn stelling dat de orthodontist moet worden beschouwd als een gespecialiseerde tandarts. De artikelen D.8.5. en D.8.6. gaan immers niet over de zorgverlener, maar over de aard van de te verlenen zorg.
- 6.6. Verzoeker heeft verder aangevoerd dat op de website van de ziektekostenverzekeraar, bij de aanvullende verzekering Basis, staat dat aanspraak bestaat op "tandzorg na een ongeval", en dat zijns inziens daarom alle tandzorg als gevolg van een ongeval voor vergoeding in aanmerking moet komen. De commissie overweegt dat voor de aanspraak ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering de verzekeringsvoorwaarden zoals deze tussen partijen zijn overeengekomen leidend zijn. Aan de in algemene zin gestelde uitlatingen op de website kan geen betekenis worden toegekend omdat deze niet in de plaats kunnen worden gesteld van de bepalingen uit de verzekeringsovereenkomst. Op de door verzoeker overgelegde schermprint staan slechts enkele aanspraken uit die overeenkomst zeer beknopt vermeld. Het betreft hierbij dus niet alle aanspraken waarop de desbetreffende aanvullende verzekering dekking biedt, en evenmin zijn alle voorwaarden die hierbij gelden opgenomen.
- 6.7. Een zorgverzekeraar kan uit coulance besluiten tot afwijking van de verzekeringsvoorwaarden. De commissie is ten aanzien van dit coulancebeleid niet bevoegd, tenzij sprake zou zijn van willekeur bij de toepassing. Hiervan is echter niet gebleken.
- 6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 14 december 2021,

J.W. Heringa

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Zorgverlener

De medicijnen zijn geleverd door of onder verantwoordelijkheid van een apotheker, apotheekhoudend huisarts of internetapotheek.

Behandelveorstel

Een door ons erkende alternatieve zorgverlener heeft vastgesteld dat de medicijnen medisch noodzakelijk zijn.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

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

Plaats

U krijgt de medicijnen in de praktijk van een apotheekhoudend huisarts, een door de overheid erkende (ziekenhuis)apotheek of op uw woonadres (via een internetapotheek).

D.8. Mondzorg

D.8.1. Mondzorg algemeen

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

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Uit de artikelen D.8.1. tot en met D.8.6. vergoeden wij mondzorg zoals tandartsen die plegen te bieden.

Welke zorg en tot hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- De volgende kosten vergoeden wij niet:
 - Kosten van een mondzorg-abonnement die worden gedeclareerd door middel van prestatiecodes die beginnen met de letter "Z", omdat deze kosten geen betrekking hebben op daadwerkelijk plaatsgevonden en geleverde mondzorg;
 - Kosten van een mandibulair repositie apparaat (MRA) inclusief diagnostiek en nazorg (codes G71, G72 en G73). Het betreft een hulpmiddel tegen snurken;
 - Kosten van mondzorg die naar hun aard deel uitmaken van de zorgverzekering en waarvoor voorafgaand aan de behandeling een akkoordverklaring afgegeven moet zijn. Uitdrukkelijk noemen wij de volgende prestatiecodes:
 - A20: behandeling onder algehele anesthesie (narcose) of sedatie (roesje);
 - X611: behandeling onder intraveneuze (injectie) sedatie (roesje);
 - X631: behandeling onder algehele anes-

thesie (narcose);

- B10, B11 en B12: sedatie door middel van een roesje (lachgassedatie). Sedatie is het verlagen van de staat van het bewustzijn van een patiënt met het doel een medische procedure of ingreep aangenamer te maken;
- C84: voorbereiding behandeling onder algehele narcose;
- U05, X731 en X831: tijdtarieven begeleiding moeilijk behandelbare patiënten; het betreft hier de behandeling in het kader van mondzorg van bijzondere zorggroepen;
- X21: maken van een kaakoverzichtsfoto (OPT) bij verzekerden tot 18 jaar;
- G67*: behandeling triggerpoint.
- E97: kosten van het uitwendig bleken van tanden;
- Myofunctionele apparatuur (bijvoorbeeld Trainers) met de code F401A*.

Voorwaarden

Zorgverlener

- een tandarts;
- een mondhygiënist;
- een tandprotheticus;
- een zorgverlener die verbonden is aan een centrum voor mondzorg;
- een zorgverlener die verbonden is aan een instelling voor jeugdtandverzorging.

Behandelveorstel

Een tandarts heeft vastgesteld dat de zorg medisch noodzakelijk is.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

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

D.8.2. Kronen, bruggen en inlays

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

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden de kosten van kronen, bruggen en inlays. Dit is inclusief de daarbij behorende tandheelkundige prestaties en materiaal- en techniekkosten.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Er is sprake van één van onderstaande vergoedingsvormen:

- Maximumbedrag

Staat op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering dat wij deze mondzorg tot

een maximum bedrag vergoeden? Dan geldt deze maximale vergoeding per jaar, tenzij op uw Vergoedingen Overzicht anders is vermeld.

- Maximum bedrag en bepaalde leeftijd
Staat op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering dat wij deze mondzorg tot een maximum bedrag en tot of vanaf een bepaalde leeftijd vergoeden? Dan geldt deze maximale vergoeding per jaar, tenzij op uw Vergoedingen Overzicht anders is vermeld.

- Groeivergoeding en maximum bedrag

Als op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering staat dat wij deze mondzorg tot een maximum bedrag vergoeden dat jaarlijks groeit, dan groeit uw vergoeding ieder jaar met een bedrag dat op uw Vergoedingen Overzicht staat; ook het maximum te bereiken bedrag staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Voorbeeld "maximum bedrag en groeivergoeding":

U hebt bij ons een aanvullende verzekering met een groeivergoeding voor onder andere kronen, bruggen en inlays. Die aanvullende verzekering is op 1 januari 2019 ingegaan. Op dat moment is de maximale vergoeding voor deze mondzorg € 300,-. U dient een rekening in van € 200,-. Omdat dit bedrag lager is dan de maximum vergoeding van 2019, vergoeden wij deze rekening helemaal. Er blijft in totaal nog € 100,- over voor 2019.

Op 1 januari 2020 groeit de vergoeding voor de 1e keer met € 300,-. U hebt uit 2019 nog € 100,- over dus wordt uw maximale vergoeding € 400,- voor 2020. U dient dat jaar geen rekening in voor deze mondzorg.

Op 1 januari 2021 groeit de vergoeding voor de 2e keer met € 300,-. U hebt uit 2020 nog € 400,- over dus wordt uw maximale vergoeding € 700,- voor 2021. U dient dat jaar ook geen rekening in voor deze mondzorg.

Op 1 januari 2022 groeit de vergoeding voor de 3e keer, maar nu met € 200,- omdat daarmee het maximum bedrag van € 900,- wordt bereikt. U dient dat jaar ook geen rekening in voor deze mondzorg.

Op 1 januari 2023 groeit de vergoeding niet omdat het maximale bedrag van € 900,- al is bereikt. U dient dat jaar een rekening in van € 1.100,-. Wij vergoeden van deze rekening € 900,- (uw volledige maximale vergoeding wordt opgebruikt). Er blijft dus € 200,- voor uw eigen rekening.

Op 1 januari 2024 start/groeit de vergoeding weer met € 300,- zodat uw maximale vergoeding

€ 300,- voor 2024 wordt. De € 200,- die in 2023 voor uw eigen rekening is gebleven, wordt uiteraard nu ook niet vergoed omdat de behandeling in een ander jaar plaatsvond.

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.

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. Dit gebeurt door middel van prestatiecodes die beginnen met de letter "R".

Zorgverlener

Een tandarts verleent de zorg.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

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

D.8.3. Kunstgebit en implantaten

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

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden de kosten van de volgende vormen van mondzorg zoals tandartsen die plegen te bieden:

- a. kunstgebit (uitneembare, gedeeltelijke gebitsprotheses);
- b. de wettelijke eigen bijdragen die u volgens uw zorgverzekering zelf moet betalen voor:
 - o een kunstgebit (uitneembare, volledige gebitsprotheses), niet geplaatst op implantaten;
 - o een kunstgebit (uitneembare, volledige gebitsprotheses), geplaatst op implantaten en het vaste gedeelte van de suprastructuur (het kliksysteem);
- c. implantologie die niet onder artikel B.12.2. van de zorgverzekering wordt vergoed. En de suprastructuur als deze niet onder artikel B.14. van de zorgverzekering wordt vergoed.

Bij alle genoemde vergoedingen gaat het om de tandheelkundige prestaties en bijbehorende materiaal- en techniekkosten.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Er is sprake van één van de verschillende vergoedingsvormen die zijn beschreven in artikel D.8.2. onder 'Zorg: waar bent u voor verzekerd'.

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.
- In de zorgverzekering kunnen delen van deze, of soortgelijke zorg al gedeeltelijk en/of onder bepaalde voorwaarden verzekerd zijn. In de artikelen B.12.2., B.13. en B.14. kunt u lezen of u daar recht op hebt.

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. Dit gebeurt door middel van prestatiecodes die beginnen met de letter "P" of "J".

De kaakchirurg maakt gebruik van de declaratiecodes waartoe hij bevoegd is.

Zorgverlener

- Een tandarts, een tandprotheticus of bevoegde zorgverlener verbonden aan een centrum voor mondzorg of een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde verleent de zorg.
- Een kaakchirurg, verbonden aan een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) verleent de zorg met betrekking tot het plaatsen van implantaten.

Verwijzing

Verwijzing van een tandarts is nodig als prothetische zorg verleend wordt door een tandprotheticus. Het gaat dan om zorg die aangeduid is met P-codes en/of J-codes bij verzekerden die nog eigen tanden en/of tandheelkundige implantaten hebben.

Verwijzing van een tandarts is ook nodig als de implantologische zorg geleverd wordt door een kaakchirurg.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

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

Plaats

De zorg vindt plaats in een tandartspraktijk, een praktijk van een tandprotheticus, een centrum voor mondzorg, een instelling voor jeugdtandverzorging of Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

D.8.4. Overige mondzorg

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

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden overige vormen van mondzorg zoals tandartsen die plegen te bieden, voor zover die zorg niet is beschreven in de artikelen D.8.2., D.8.3., D.8.5. en D.8.6.

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.
- In de zorgverzekering kunnen onderdelen van deze of van soortgelijke zorg al gedeeltelijk en/of onder bepaalde voorwaarden verzekerd zijn. In de artikelen B.13. en B.14. kunt u lezen of u daarvoor verzekerd bent.

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. Dit gebeurt door middel van andere prestatiecodes dan zijn genoemd in artikelen D.8.2., D.8.3., D.8.5. en D.8.6. De kaakchirurg maakt gebruik van de declaratiecodes waartoe hij bevoegd is.

Zorgverlener

- Een tandarts, mondhygiënist, tandprotheticus of andere bevoegde zorgverlener (dit kan een kaakchirurg zijn) die verbonden is aan een centrum voor mondzorg of instelling voor jeugdtandverzorging verleent de zorg;
- Een kaakchirurg die verbonden is aan een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) verleent de zorg met betrekking tot het plaatsen van implantaten.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

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

D.8.5. Orthodontie

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

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden orthodontie, inclusief de daarbij behorende tandheelkundige prestaties en materi-

aal- en techniekkosten.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Er is sprake van één van onderstaande vergoedingsvormen:

- **Maximumbedrag**

Staat op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering dat wij orthodontie tot een maximum bedrag vergoeden? Dan geldt deze maximale vergoeding voor de hele periode dat u bij ons die aanvullende verzekering hebt, tenzij op uw Vergoedingen Overzicht anders is vermeld.

- **Maximum bedrag en bepaalde leeftijd**

Staat op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering dat wij orthodontie tot een maximum bedrag en tot of vanaf een bepaalde leeftijd vergoeden? Dan geldt deze maximale vergoeding voor de hele periode dat u bij ons die aanvullende verzekering hebt en tot de genoemde leeftijd of vanaf de genoemde leeftijd.

- **Groeivergoeding en maximum bedrag**

Als op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering staat dat wij orthodontie tot een maximum bedrag vergoeden dat jaarlijks groeit, dan geldt deze maximale vergoeding voor de hele periode dat u bij ons die aanvullende verzekering aaneengesloten hebt.

Voorbeeld "maximum bedrag en groeivergoeding":

U hebt voor uzelf en uw dochter van 10 jaar bij ons een aanvullende verzekering met een groei-vergoeding voor orthodontie.

Die aanvullende verzekering is op 1 januari 2016 ingegaan. Op dat moment is de maximale vergoeding voor orthodontie voor uw dochter € 1.000,-. U dient dat jaar geen rekening in voor orthodontie.

Op 1 januari 2017 groeit de vergoeding voor de 1e keer met € 500,-. U hebt uit 2016 nog € 1.000,- over dus wordt de maximale vergoeding € 1.500,- voor 2017.

Uw dochter krijgt op 17 mei 2017 een beugel en u ontvangt daarvoor een rekening van € 1.150,-. Omdat dit bedrag lager is dan de maximum vergoeding van 2017, vergoeden wij deze rekening helemaal. Er blijft in totaal nog € 350,- over voor 2017.

Op 1 januari 2018 groeit de vergoeding voor de 2e keer met € 500,-. Er is uit 2017 nog € 350,- over dus wordt de maximale vergoeding € 850,- voor 2018. Op 3 april 2018 ontvangt u voor orthodontie van uw dochter nog een rekening; deze bedraagt € 925,-. Wij vergoeden van deze reke-

ning € 850,- (uw volledige maximale vergoeding is dan opgebruikt). Er blijft dus € 75,- voor uw eigen rekening.

Op 1 januari 2019 groeit de vergoeding voor de 3e en laatste keer met € 500,-. Uit 2018 was er niets over, dus de maximale vergoeding is nu € 500,-. Deze € 500,- kunt u nog vergoed krijgen in 2019 of in de jaren hierna zolang u een aanvullende verzekering hebt afgesloten met een maximale groeivergoeding. De € 75,- die in 2018 voor uw rekening is gebleven, wordt uiteraard ook nu niet vergoed omdat de behandeling in een ander jaar plaatsvond.

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.
- Artikel C.9.3. is niet van toepassing op de vergoeding van orthodontie uit dit artikel.

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" (behalve code F401A voor een trainer),
- 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 ongevallen

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

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden mondzorg zoals tandartsen die plegen te bieden, voor zover die zorg is beschre-

ven in de artikelen D.8.2., D.8.3. en D.8.4. als sprake is van “ongevallenzorg” als 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.

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.

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. Wij kunnen voor de akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.
- 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 internetsite.

Tarieven

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

D.9. Kuurbehandeling

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

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Wij vergoeden bij een kuurreis via een organisatie of bij een door u zelf georganiseerde kuurreis:

- uw vervoer naar een kuuroord;
- behandeling in een kuuroord;
- verblijf in een kuuroord. Dit omvat overnachtingskosten, ontbijt, lunch en diner.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Onder kosten van verblijf in een kuuroord vallen uitsluitend de kosten van het aangeboden arrangement / programma gedeclareerd door middel van een arrangementstarief. Kosten van extra consumpties, kranten, tijdschriften, cosmetica en andere buiten het arrangement vallende artikelen en diensten worden niet vergoed.

Voorwaarden

Algemeen

- Het gaat hierbij om een persoonlijk op u afgestemde en schriftelijk vastgelegde behandeling die ten minste één week duurt.
- U lijdt aan een ernstige vorm van:
 - reumatoïde artritis; of
 - artritis psoriatica; of
 - de ziekte van Bechterew.

Zorgverlener

- Een door ons erkend kuuroord binnen Nederland. Op onze internetsite kunt u vinden welke kuuroorden wij erkennen; andere kuuroorden vergoeden wij niet.
- Bij de behandeling dient een arts betrokken te zijn.

Behandelvoorstel

Een reumatoloog heeft vastgesteld dat de kuurbehandeling noodzakelijk is.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig. Wij kunnen voor deze akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Tarieven

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

Plaats

Een door ons erkend kuuroord binnen Nederland dat gespecialiseerd is in de behandeling van aandoeningen van het bewegingsapparaat, met name reumatische aandoeningen.

VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2019

aanvullende verzekering CZ Start (modelnummer: 8000121) versie 1

Hieronder vindt u het Vergoedingen Overzicht van de aanvullende verzekering CZ Start.

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
Beweegprogramma		D.22.
Beweegprogramma	€ 350,- per 3 jaar bij bepaalde aandoeningen	D.22.2.
Buitenland spoedzorg		D.14.
Buitenland spoedzorg	100% van het gedeclareerde tarief binnen de EU/EER, Zwitserland en verdragslanden; in andere landen max. 2x het Nederlandse marktconforme tarief (dit is inclusief vergoeding uit uw zorgverzekering)	D.14.a.
- Mondzorg bij spoed in het buitenland	€ 275,- per jaar	D.14.b.
- Repatriëring	100% (bij ziekte)	D.14.c.
Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)		D.6.
Inloophuizen	€ 150,- per jaar voor (ex-) kankerpatiënten	D.6.3.
Mondzorg		D.8.
Mondzorg bij ongeval	€ 10.000,- per ongeval	D.8.6.
Verblijf		D.13.
Logeerkosten	€ 500,- per jaar	D.13.2.a./b.