

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202501988

Partijen

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

en

- 1) Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam, en
- 2) DSW Ziektekostenverzekeringen N.V. te Schiedam,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij brief van 9 december 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 18 december 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 9 maart 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 10 maart 2026 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 juni 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gezonden.
- 1.4. Na de hoorzitting is verzoeker in de gelegenheid gesteld aanvullende informatie aan te leveren, wat hij bij drie e-mailberichten, gedateerd op 19 juni 2026, heeft gedaan. Afschriften van deze berichten zijn op 23 juni 2026 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden, met de mogelijkheid hierop binnen drie weken te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft op 13 juli 2026 op de aanvullende informatie gereageerd. Een kopie van deze brief is op 14 juli 2026 aan verzoeker gezonden, met de mogelijkheid hierop binnen drie weken te reageren. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 21 juli 2026 gereageerd, en hierbij opnieuw aanvullende informatie meegestuurd. Afschriften hiervan zijn op 21 juli 2026 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Top (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

- 2.2. Op 18 augustus 2023 heeft verzoeker een ongeval gehad met zijn e-step. Hierbij zijn neus en kaak gebroken en is zijn gebit beschadigd geraakt. De tandarts heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag gedaan voor herstel van het gebit en hiertoe twee begrotingen van 4 oktober 2025 ingediend.
- 2.3. Bij brieven van 6 oktober 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar, in reactie op de ingediende begrotingen, aan verzoeker overzichten gestuurd van de vergoedingen ten laste van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering, alsmede de toepasselijke eigen bijdragen.
- 2.4. Ruim twee jaar later is verzoeker erachter gekomen dat een deel van de voor zijn rekening gebleven kosten mogelijk had kunnen worden vergoed ten laste van de ongevallendeckking van de aanvullende ziektekostenverzekering. Op zijn verzoek daartoe heeft de ziektekostenverzekeraar bij e-mailbericht van 17 november 2025 afwijzend beslist, waarbij hij heeft verwezen naar SKGZ.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is een aanvullende vergoeding te verlenen voor de kosten van tandheelkundige zorg, ten laste van de tandongevallendeckking van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 3.2. In zijn brief van 9 december 2025 stelt verzoeker dat de tandarts een behandelplan en begroting heeft ingediend bij de ziektekostenverzekeraar, die hierop zijn akkoord heeft gegeven. Van de kosten van tandheelkundige zorg is door de ziektekostenverzekeraar € 1.120,47 vergoed, € 1.546,81 bleef voor rekening van verzoeker. Ruim twee jaren later kwam hij erachter dat een deel van het voor zijn rekening gebleven bedrag mogelijk onder de tandongevallendeckking van de aanvullende ziektekostenverzekering kon worden vergoed. Eerder was hij hiervan niet op de hoogte. Naar aanleiding van zijn verzoek om vergoeding heeft de ziektekostenverzekeraar verwezen naar de tandarts. Deze had hem moeten informeren. Verzoeker stelt thans dat voor de ziektekostenverzekeraar duidelijk moet zijn geweest dat sprake was van een ongeval. Er vond op 18 augustus 2023 ambulancevervoer plaats, waarvoor een bedrag van € 859,26 bij de ziektekostenverzekeraar is gedeclareerd, en dit blijkt ook uit de overige declaraties voor zorg in vervolg op het ongeval. De ziektekostenverzekeraar had aan de hand hiervan navraag kunnen doen. Nu dit niet is gebeurd, heeft hij de op hem rustende zorgplicht geschonden. Verzoeker merkt op dat het wel vaker voorkomt dat nota's van zorg later worden ontvangen zodat daar niet het probleem kan liggen. Volgens hem is dit dan ook eerder "bureaucratisch gebruikmaken van de regels". In het overzicht van de ziektekostenverzekeraar staat ook een post "Trauma opvang met onderzoek en stabilisatie door/bij chirurg of orthopeed € 1.500,60". Verzoeker verwijst verder naar overzichten van de ziektekostenverzekeraar van 18 en 24 augustus 2023. Hij concludeert dat uitsluitend blijft staan dat de tandarts een aanvraag via Vecozo had moeten doen.
- 3.3. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd dat hij afgelopen jaar is veranderd van verzekeraar en toen kwam hij bij toeval achter de tandongevallendeckking van de ziektekostenverzekeraar. Hij heeft gevraagd de kosten alsnog te vergoeden. In eerste instantie werd gezegd dat hij te laat was, maar ook dat niet aan alle voorwaarden is voldaan. Eén voorwaarde is dat het via Vecozo moet worden gedeclareerd, en hij weet nog steeds niet wat dit is. Hij heeft de tandarts hierover vragen gesteld, en deze heeft verteld dat de tandarts een aanvraag kan doen op verzoek van een patiënt als deze aangeeft dat hij een tandongevallenverzekering heeft. Bij de stukken bevinden zich inderdaad geen foto's met het verschil tussen de situatie vóór en na het ongeval. Hij heeft een ambulance moeten gebruiken, waarvoor een vergoeding is verleend. Er staat wel vast dat er een ongeval is geweest. Het komt er eigenlijk op neer dat de

aanvraag via Vecozo moet plaatsvinden terwijl de tandarts zegt dat hij dit zelf had moeten aangeven. Als het binnen een jaar was geweest had er nog iets geregeld kunnen worden. Het gaat om totaal een bedrag van ongeveer € 1.500,--, maar hij heeft de zaak ook aangebracht vanwege het principe. Verzoeker vindt het bijzonder dat de zorgplicht alleen geldt voor de zorgverzekering. In zijn optiek moet iemand zo goed mogelijk worden begeleid in het proces. Even afgezien van de juridische benadering zou dit niet alleen bij de zorgverzekering zo moeten zijn. Er wordt wel gekeken of er verhaalsmogelijkheden zijn op basis van een ambulancedeclaratie. Men zou hier verder op kunnen gaan door te kijken hoe iemand is verzekerd en de verzekerde helpen bij de juiste stappen. Hij wist niet dat de tandongevallendeckking bestond. Misschien had hij dit moeten weten, maar hij heeft dit nooit gezien.

- 3.4. Bij e-mailbericht van 21 juli 2026 heeft verzoeker aanvullend verklaard dat hij een angstpatiënt is en daarom niet regelmatig bij de tandarts komt. Het laatste consult, voorafgaand aan het ongeluk, was op 21 oktober 2021, waarbij sprake was van een kleine röntgenfoto (voor een kies) en een periodieke preventieve controle. Verzoeker heeft wel in januari 2023 zelf foto's gemaakt tijdens een vakantie waarop zijn gebit is te zien. Deze foto's heeft hij overgelegd.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding ten laste van de tandongevallendeckking van de aanvullende ziektekostenverzekering. Hij heeft hiertoe in zijn e-mailbericht van 17 november 2025 toegelicht dat de verzekeringsvoorwaarden elk jaar bekend worden gemaakt aan zijn verzekerden. Hierin is ten aanzien van de tandongevallendeckking het volgende opgenomen:

- de herstelbehandeling kan uitsluitend door de behandelaar via Vecozo worden aangevraagd;
- de aanvraag dient vergezeld te gaan van een verklaring van de huisarts, tandarts, specialist of politie met hierin de datum en toedracht van het ongeval;
- de aanvraag dient vergezeld te gaan van een behandelplan met kostenbegroting (opgesteld door een in Nederland gevestigde tandarts of kaakchirurg) en de beschikbare röntgenfoto's.

Ook moet vooraf toestemming worden gevraagd.

De ziektekostenverzekeraar stelt dat aan geen van deze voorwaarden is voldaan en ziet geen aanleiding tot een coulancevergoeding.

- 4.2. In zijn brief van 9 maart 2026 merkt de ziektekostenverzekeraar in de eerste plaats op dat de door verzoeker genoemde bedragen afwijken van die in zijn administratie. Hieruit blijkt namelijk dat € 2.392,40 aan kosten ten gevolge van het ongeval is gedeclareerd, waarvan € 899,33 is vergoed zodat € 1.493,07 resteert. Vervolgens gaat hij in op de voorwaarden in het kader van de tandongevallendeckking. Aan de onder 4.1. genoemde voorwaarden voegt hij toe dat volgens de polisvoorwaarden de behandelaar een in Nederland gevestigde tandarts of kaakchirurg moet zijn, de behandeling binnen één jaar na het ongeval dient te zijn afgerond, en het gebit wordt hersteld in de staat zoals direct voorafgaand aan het ongeval. Volgens de ziektekostenverzekeraar voldoet de aanvraag niet aan de voorwaarden; er werd in het geval van verzoeker geen aanvraag voor een machtiging gedaan via Vecozo, is geen medische verklaring van het ongeval overgelegd en ontbreken een behandelplan en begroting van vóór de start van de behandeling.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar verklaart dat verzoeker in augustus 2023 heeft geïnformeerd naar een narcosebehandeling. Er werd hem toen verteld dat de tandarts hiervoor een aanvraag kon doen, maar dit is nooit gebeurd. In oktober 2023 zijn begrotingen ingediend, maar zonder de onderbouwing dat het ging om een ongeval. Er is geen behandelplan aangeleverd waaruit de relatie tussen het ongeval en de kosten blijkt. De ziektekostenverzekeraar beschikt niet over röntgenfoto's of een behandelkaart waaruit de staat van het gebit direct vóór en na het ongeval blijkt, zodat niet kan worden vastgesteld of de geclaimde schade hiervan het gevolg is.

- 4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat hij begrijpt dat het een behoorlijk ongeval was met een flinke schade. Dit is in 2023 gebeurd en een deel van de kosten is vanuit de zorgverzekering vergoed. Verzoeker heeft in november 2025, ruim twee jaar na het ongeval, verklaard dat de vergoeding volgens hem anders had moeten zijn. Het klopt dat een verzekerde niet op de hoogte zal zijn van Vecozo. De verzekerde heeft een zorgverzekering en daarnaast de keuze voor een aanvullende verzekering. Deze moet apart worden afgesloten en hiervoor gelden andere voorwaarden. Er wordt bijvoorbeeld iets gesteld over de zorgplicht, maar dit geldt alleen vanuit de zorgverzekering. Bij de aanvullende verzekering ligt meer het initiatief bij de verzekerde. Het is dus niet zo dat op eigen initiatief van de ziektekostenverzekeraar, bij declaratie van kosten van een ongeval, wordt gewezen op een aanvullende dekking waarop een beroep kan worden gedaan. Het ingevulde formulier met betrekking tot de ongevallendekking ziet op de zorgverzekering en komt van een andere afdeling. Daarbij gaat het erom dat er kosten kunnen zijn die mogelijk kunnen worden verhaald op andere partijen. Dat was in dit geval niet aan de orde. Vervolgens is een gewone tandartsnota ontvangen. Dit was de reden dat het niet onder de ongevallendekking in behandeling is genomen. Dat er een aanvullende dekking is maakt niet dat er ook een koppeling is naar de tandongevallendekking. De ziektekostenverzekeraar had niet kunnen weten dat er sprake was van een ongeval. Het is niet alleen de voorwaarde Vecozo waaraan niet is voldaan. Het is te verwachten dat iemand bij een ongeval even kijkt waarvoor hij is verzekerd. Verzoeker heeft ook geen algemene vraag gesteld naar de vergoeding na een ongeval of een extra vraag nadat een deel niet werd vergoed. Als niet is voldaan aan alle voorwaarden, wordt ook weleens gekeken of coulance mogelijk is. Maar nu gaat het om ongeveer twee jaar later, dat is te laat om alles nog te beoordelen. Het is wel intern besproken, en het gaat er vooral om dat de inhoudelijke toets onmogelijk is na twee jaar. De tandongevallendekking is bedoeld om het gebit te herstellen in de staat voor het ongeval. Daar is helemaal geen informatie over. Hoe was het gebit voor het ongeval en direct daarna? De verklaring van de tandarts is ook later overgelegd. In het geheel ontbreekt nu te veel om te gaan toewijzen. Er moeten dan wel nota's en betaalbewijzen worden overgelegd en de verklaring van aangifte bij de politie. Het gaat dan ook om foto's vooraf en achteraf van het gebit.
- 4.5. Bij brief van 13 juli 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard dat de behandeling erop moet zijn gericht het gebit te herstellen in de staat zoals die direct voorafgaand aan het ongeval was. Om die situatie te kunnen beoordelen, is een behandelkaart of röntgenmateriaal noodzakelijk. De röntgenfoto's zijn inmiddels door verzoeker toegezonden, maar een behandelkaart ontbreekt. De foto's bieden helaas onvoldoende uitsluitel. Er ontbreekt informatie over de staat van de brug voorafgaand aan het ongeval. Daarom zijn er onvoldoende uitgangspunten om te toetsen of een volledige vergoeding van de brug en de pijlers op dit moment kostentechnisch en medisch gerechtvaardigd is. Een groot deel van de aangeleverde documenten mist een datum of is niet bruikbaar voor de beoordeling. Daarnaast tonen diverse opnames de brug helemaal niet. Tot slot is veel beeldmateriaal aangeleverd dat na het ongeval is gemaakt. Om die reden kan geen aanvullende vergoeding worden toegekend ten laste van de tandongevallendekking.

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 13 van de Algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

6. Beoordeling

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

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.2. Op bladzijde 21 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is de tandongevallendeckking opgenomen. Aanspraak bestaat op maximaal € 2.500,- per ongeval. Verder is hier bepaald dat, in aanvulling op de rubriek tandheelkunde, de kosten van een noodzakelijke tandheelkundige behandeling als gevolg van een ongeval worden vergoed, voor zover geen vergoeding mogelijk is vanuit de basisverzekering.

Onder een ‘ongeval’ wordt in dit verband verstaan: *“een plotselinge inwerking van geweld op het lichaam van de verzekerde, van buitenaf en buiten diens wil, waardoor medisch aantoonbaar lichamelijk letsel is veroorzaakt. Gebeurtenissen waarbij men vooraf kan voorzien dat schade aan het gebit kan ontstaan vallen niet onder deze definitie”*. Partijen zijn niet erover verdeeld dat het incident met de e-step op 18 augustus 2023, waarbij verzoeker was betrokken, kwalificeert als ongeval.

- 6.3. Om aanspraak te kunnen maken op vergoeding moet aan een aantal voorwaarden zijn voldaan, te weten:

*“• verzekerde is ten tijde van het ongeval en de behandeling aanvullend verzekerd bij DSW;
• de herstelbehandeling kan uitsluitend door de behandelaar via Vecozo worden aangevraagd;
• de aanvraag dient vergezeld te gaan van een verklaring van huisarts, tandarts, specialist of politie met hierin de datum en toedracht van het ongeval;
• de aanvraag dient vergezeld te gaan van een behandelplan met kostenbegroting (opgesteld door een in Nederland gevestigde tandarts of kaakchirurg) en de beschikbare röntgenfoto’s;
• de behandeling dient uitgevoerd te worden door een in Nederland gevestigde tandarts of kaakchirurg;
• de behandeling dient uiterlijk 1 jaar na het ongeval te zijn afgerond. Behalve wanneer onze tandheelkundig adviseur van mening is dat het noodzakelijk is de behandeling uit te stellen, bijvoorbeeld omdat het gebit niet volgroeid is;
• het doel van de behandeling moet zijn het gebit te herstellen in de tandheelkundige staat zoals direct voorafgaand aan het ongeval.”*

Daarnaast is sprake van enkele uitsluitingen, waarop door de ziektekostenverzekeraar in de procedure geen beroep is gedaan, en die daarom verder onbesproken blijven.

- 6.4. De commissie stelt vast dat verzoeker ten tijde van het ongeval aanvullend was verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar. Door verzoeker is een ‘Vragenformulier ongeval’ ingevuld, dat door hem binnen de beveiligde persoonlijke omgeving digitaal is geaccordeerd op 29 september 2023. Voorts is in het dossier aanwezig een verklaring van de tandarts, gedateerd 10 december 2025, omtrent het ongeval. Verder zijn twee begrotingen van 4 oktober 2023 ingediend, die door de ziektekostenverzekeraar zijn ontvangen en beoordeeld, zoals blijkt uit de brieven van 6 oktober 2023. De behandeling is uitgevoerd door een in Nederland gevestigde tandarts. Waar een en ander zich dus met name op toespitst, is (i) het gegeven dat de tandarts geen aanvraag voor de herstelbehandeling heeft gedaan via Vecozo, en (ii) dat niet vast is komen te staan dat het gebit in dezelfde staat werd hersteld als vóór het ongeval. De aanvullende informatie die door verzoeker is aangeleverd, biedt onvoldoende aanknopingspunten om te kunnen oordelen dat aan de voorwaarden is voldaan.

- 6.5. Verzoeker heeft betoogd dat hij – vóór 2025 - niet bekend was met de verzekeringsvoorwaarden, dat het wel vaker voorkomt dat nota's van zorg later worden ontvangen zodat daar niet het probleem kan liggen, en dat sprake lijkt te zijn van “bureaucratisch gebruikmaken van de regels”. De commissie overweegt dat de ziektekostenverzekeraar onweersproken heeft gesteld dat zijn verzekerden elk jaar de verzekeringsvoorwaarden ontvangen. Verzoeker had hiervan dan ook kennis kunnen nemen. Dat hij dit niet heeft gedaan ligt in zijn risicosfeer. Schending van de zorgplicht door de ziektekostenverzekeraar, omdat deze hem niet heeft gewaarschuwd, is daarom niet aan de orde. Het feit dat de nota's later worden ontvangen speelt in dit verband geen rol, nu de ziektekostenverzekeraar immers niet heeft verwezen naar een termijn hiervoor die zou zijn overschreden.
- Zoals blijkt uit hetgeen onder 6.4. is overwogen kan niet worden gesteld dat de ziektekostenverzekeraar “bureaucratisch gebruikmaakt van de regels”. De verzekeringsvoorwaarden zijn tussen partijen overeengekomen en de ziektekostenverzekeraar heeft er een gerechtvaardigd belang bij dat deze ook toepassing vinden. Het voorgaande betekent dat de vergoeding ten laste van de tandongevallendeckking van de aanvullende ziektekostenverzekering terecht werd geweigerd.

Slotsom

- 6.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 12 augustus 2026,

A. de Ruijter

Informatie voor partijen

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

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

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

C. UITGEBREIDE TANDHEELKUNDIGE HULP

AV-STANDAARD

AV-TOP

KRONEN EN BRUGGEN; OVERIGE TANDHEELKUNDIGE HULP

Er geldt een maximumvergoeding voor het nieuw plaatsen van de volgende voorzieningen inclusief techniekkosten uit de AV-Top.

R91	Gegoten wortelkappen met stift	geen	€ 95,-
P048	Extra per precisieverankering	geen	€ 65,-
R13	Drievlaksinlay	geen	€ 250,-
R24	Kroon op natuurlijk element	geen	€ 250,-
R32	Gegoten opbouw indirecte methode	geen	€ 95,-
R33	Gegoten opbouw directe methode	geen	€ 95,-
R34	Kroon op implantaat (eerste)	geen	€ 450,-
R34	Kroon op implantaat (vervanging kroon op bestaand implantaat)	geen	€ 250,-
R40	Eerste brugtussendeel	geen	€ 155,-
R45	Tweede en volgend brugtussendeel	geen	€ 105,-
R60	Plakbrug zonder preparatie	geen	€ 130,-
R61	Plakbrug met preparatie	geen	€ 155,-
R65	Toeslag voor elk volgend brugdeel in hetzelfde tussendeel	geen	€ 80,-
R78	Aanbrengen schildje van tandkleurig materiaal zonder preparatie	geen	€ 110,-
R79	Aanbrengen schildje van tandkleurig materiaal met preparatie	geen	€ 110,-
Vanuit de AV-Top kent de vergoeding van alle onder C genoemde uitgebreide tandheelkundige hulp tezamen een maximumbedrag van € 450,- per kalenderjaar.		geen	€ 450,- p/kal.jr.

Tandongevallendeckking

AV-STANDAARD

maximaal
€ 2.500,- per
ongeval

AV-TOP

maximaal
€ 2.500,- per
ongeval

In aanvulling op de rubriek tandheelkunde, vergoeden we de kosten van een noodzakelijke tandheelkundige behandeling als gevolg van een ongeval, voor zover geen vergoeding mogelijk is vanuit de basisverzekering. De vergoeding bedraagt maximaal € 2.500,- per ongeval.

Onder een ongeval verstaan we: een plotselinge inwerking van geweld op het lichaam van de verzekerde, van buitenaf en buiten diens wil, waardoor medisch aantoonbaar lichamelijk letsel is veroorzaakt. Gebeurtenissen waarbij men vooraf kan voorzien dat schade aan het gebit kan ontstaan vallen niet onder deze definitie. Denk daarbij bijvoorbeeld aan het openen van een fles met de tanden, op iets hards bijten zoals noten, het niet dragen van gebitsbescherming bij relevante sporten en schade aan het gebit ten gevolge van een ziekte.

Tandongevallendecking - vervolg

Voor deze vergoeding gelden de volgende voorwaarden:

- verzekerde is ten tijde van het ongeval en de behandeling aanvullend verzekerd bij DSW;
- de herstelbehandeling kan uitsluitend door de behandelaar via Vecozo worden aangevraagd;
- de aanvraag dient vergezeld te gaan van een verklaring van huisarts, tandarts, specialist of politie met hierin de datum en toedracht van het ongeval;
- de aanvraag dient vergezeld te gaan van een behandelplan met kostenbegroting (opgesteld door een in Nederland gevestigde tandarts of kaakchirurg) en de beschikbare röntgenfoto's;
- de behandeling dient uitgevoerd te worden door een in Nederland gevestigde tandarts of kaakchirurg;
- de behandeling dient uiterlijk 1 jaar na het ongeval te zijn afgerond. Behalve wanneer onze tandheelkundig adviseur van mening is dat het noodzakelijk is de behandeling uit te stellen, bijvoorbeeld omdat het gebit niet volgroeid is;
- het doel van de behandeling moet zijn het gebit te herstellen in de tandheelkundige staat zoals direct voorafgaand aan het ongeval.

Er is geen recht op vergoeding van tandheelkundige kosten:

- als gevolg van ziekte, flauwvallen of een ziekelijke afwijking;
- als gevolg van grove schuld of roekeloosheid/opzet;
- als gevolg van het gebruik van alcohol en/of verdovende middelen;
- als gevolg van deelname aan een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging;
- als gevolg van het eten van etenswaren zoals kersenpitten, steentjes, botjes en andere harde voorwerpen;
- die zijn ontstaan bij het beoefenen van sport als (neven)beroep;
- die zijn ontstaan bij het beoefenen van een sport waarbij niet de bij die sport behorende gebruikelijke beschermingsmaatregelen zijn genomen;
- als gevolg van reeds bestaande tekortkomingen van het gebit zoals o.a. het reeds ontbreken van tanden en kiezen (vóór het ongeval) en achterstallig onderhoud;
- voor orthodontische behandelingen;
- als gevolg van een ongeval en/of bij behandeling in het buitenland.

Onze adviserend tandarts beoordeelt of u een vergoeding krijgt en hoe hoog de vergoeding is. Hebt u vooraf geen toestemming aangevraagd? Dan betaalt u de kosten zelf.