

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. L. Ritzema, mr. drs. J.W. Heringa en mr. J.J.M. Linders

Zaaknummer: 202500179

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

NV Univé Zorg te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij klachtenformulier van 13 januari 2025 een klacht voorgelegd aan SKGZ. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft op 2 juni 2025 telefonisch aan verzoeker meegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling, hetgeen hem nadien per brief is bevestigd. Verzoeker heeft tijdens dit telefoongesprek meegedeeld dat hij de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) vraagt een uitspraak te doen. Bij brief van 12 juni 2025 heeft de commissie verzoeker verzocht het verschuldigde entreegeld te voldoen. Op 23 juni 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 31 juli 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 1 augustus 2025 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 1 oktober 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.4. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld om, gelet op hetgeen ter zitting naar voren is gebracht, na te gaan of er alsnog een machtiging kan worden afgegeven voor de elementen 23, 24 en 36. Bij brief van 16 oktober 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een afschrift van deze reactie is aan verzoeker gezonden die daarbij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Bij brief van 28 oktober 2025 heeft verzoeker van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Univé Zorg Select Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Tand Ongevallen (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 2.2. Verzoeker heeft op 30 augustus 2022 een ongeval gehad waarbij de elementen 23, 24 en 36 beschadigd zijn geraakt. Nadien heeft de ziektekostenverzekeraar een machtiging afgegeven om de schade aan de elementen 23 en 24 te herstellen. Door omstandigheden heeft dit herstel nooit

plaatsgevonden en in 2024 bleken de elementen 23, 24 en 36 volgens de behandelend tandarts als verloren te moeten worden beschouwd.

- 2.3. Op 8 oktober 2024 is namens verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor herstel van een groot deel van het gebit na een ongeval. Bij brief 5 november 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar hierop afwijzend beslist.
- 2.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 18 november 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 16 oktober 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar een akkoordverklaring gegeven voor herstel van element 23 door middel van composiet en extractie van element 24.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de op 8 oktober 2024 aangevraagde tandheelkundige behandelingen volledig te vergoeden ten laste van de ongevalsdekking van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 3.2. Verzoeker heeft hiertoe aangevoerd dat hij van tandarts is gewisseld en dat deze hem te kennen heeft gegeven dat de aanwezige ontstekingen zich uitbreiden en dat de elementen 23, 24 en 36 daarom moeten worden getrokken. Daarnaast zullen er bruggen moeten worden geplaatst van de 14 naar de 17, van de 22 naar de 26, en van de 35 naar de 37. Aangezien deze behandelingen voortvloeien uit de schade die door het ongeval in 2022 is ontstaan, meent verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de met het herstel gemoeide kosten volledig te vergoeden ten laste van de ongevalsdekking van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 3.3. Ter zitting heeft verzoeker toegelicht dat hij al vanaf het moment dat het ongeval heeft plaatsgevonden probeert de ontstane schade te laten herstellen en de daarmee gemoeide kosten door de ziektekostenverzekeraar vergoed te krijgen. Het enige wat verzoeker wil is dat het gebit weer in dezelfde staat wordt gebracht als vóór het ongeval. In de afgelopen jaren zijn er door de diverse tandartsen meerdere aanvragen gedaan, waarop door de ziektekostenverzekeraar telkens afwijzend is beslist. Verzoeker is bij de ziektekostenverzekeraar aanvullend verzekerd voor mondzorg na een ongeval, tot een maximum van € 10.000,-. Dit budget is nog lang niet opgemaakt en de ziektekostenverzekeraar komt met allerlei argumenten waarom niet tot uitkering hoeft te worden overgegaan. Zo stelt de ziektekostenverzekeraar dat de aanvraag later dan één jaar na het ongeval is ingediend. Deze termijn is echter verstreken doordat de ziektekostenverzekeraar zelf lang over de beoordeling van de aanvraag heeft gedaan. Daarnaast stelt de ziektekostenverzekeraar dat de behandelingen die op de begroting van 8 oktober 2024 staan vermeld veel meer omvatten dan de schade die in 2022 is ontstaan. Deze constatering is weliswaar juist, maar omdat de schade nooit is hersteld – de behandelingen waarvoor wél een machtiging werd afgegeven zijn door omstandigheden nooit uitgevoerd – is verzoeker zijn gebit aan de rechterzijde zwaarder gaan belasten waardoor ook deze elementen beschadigd zijn geraakt.
- 3.4. Bij brief van 28 oktober 2025 heeft verzoeker verklaard dat hij graag ziet dat de door het ongeval beschadigde elementen 23, 24 en 36 in de oorspronkelijke staat worden teruggebracht en wel binnen het budget van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dat voor element 36 vóór het ongeval al een behandelindicatie bestond is onjuist, aangezien vaststaat dat dit element bij het ongeval is afgebroken.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat uit artikel 50 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering blijkt dat de verzekering dekking biedt voor tandheelkundige kosten die het gevolg zijn van een ongeval, tot een maximum van € 10.000,-- per ongeval. Om in aanmerking te komen voor vergoeding, dient tijdens de looptijd van de verzekering een ongeval te hebben plaatsgevonden, waarbij schade aan het gebit is ontstaan. De schade dient een direct gevolg te zijn van het ongeval. Daarnaast geldt dat de tandheelkundige behandelingen om de schade te herstellen in principe binnen één jaar na het ongeval dienen te worden uitgevoerd, tenzij het noodzakelijk is de behandeling uit te stellen.
- 4.2. Verzoeker heeft op 30 augustus 2022 een ongeval gehad, waarbij de elementen 23, 24 en 36 beschadigd zijn geraakt. Ten tijde van het ongeval bestond voor element 36 al een behandelindicatie omdat sprake was van een grote vulling, zenuwbehandelingen en ontstekingen aan de wortelpunten. Gelet op de aanwezigheid van deze behandelindicatie heeft de ziektekostenverzekeraar destijds besloten dat alleen het herstel van de elementen 23 en 24 voor vergoeding ten laste van de ongevalsdekking van de aanvullende ziektekostenverzekering in aanmerking komt.
- 4.3. Op 15 mei 2024 en 21 juni 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar van de tandarts van verzoeker aanvragen ontvangen. Deze aanvragen hadden betrekking op herstel van meerdere elementen. De ziektekostenverzekeraar heeft afwijzend op de ingediende aanvragen beslist, omdat de schade aan de betreffende elementen geen direct gevolg was van het ongeval. Nadat verzoeker over deze afwijzende beslissingen een klacht had ingediend, heeft de ziektekostenverzekeraar op 7 oktober 2024 telefonisch contact gehad met de tandarts. Tijdens dit gesprek is overeengekomen dat de tandarts namens verzoeker een nieuwe aanvraag zou indienen die na ontvangst zou worden beoordeeld. De tandarts heeft vervolgens op 8 oktober 2024 namens verzoeker een aanvraag gedaan voor meerdere tandheelkundige behandelingen. Het behandelplan bestond uit extracties van de elementen 23, 24 en 36, en bruggen van de 14 naar de 17, van de 22 naar de 26, en van de 35 naar de 37.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft afwijzend op deze aanvraag beslist, omdat:
 - (i) de termijn van één jaar is verstreken,
 - (ii) niet is aangetoond dat de aangevraagde zorg een direct gevolg is van het ongeval,
 - (iii) daarentegen sprake is van achterstallig onderhoud, waardoor deze zorg al vooraf was te voorzien, en
 - (iv) het voorgestelde behandelplan een verbetering inhoudt ten opzichte van de oorspronkelijke situatie. Voor zover verzoeker stelt dat de schade wél een direct gevolg is van het ongeval, blijkt uit de beschikbare röntgenfoto's en overgelegde verklaringen dat het gebit van verzoeker ook vóór het ongeval al kampte met achterstallig onderhoud. Dat dit anders zou zijn is door verzoeker niet aangetoond. Sterker nog, de tandarts heeft in het op 7 oktober 2024 gevoerde telefoongesprek bevestigd dat de aanwezige schade is veroorzaakt door slecht gebitsonderhoud.
- 4.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop aangevoerd dat door het ongeval bij element 23 een stukje composiet van de kroon verloren was gegaan. Daarnaast was element 24 diep afgebroken. Ook element 36 was afgebroken. De tandheelkundig adviseur heeft de situatie van verzoeker beoordeeld en geconstateerd dat het stuk losgekomen composiet, ter plaatse van element 23, een gevolg was van het ongeval. Voor element 24 geldt dat verzoeker het voordeel van de twijfel is gegeven. Dit laatste omdat op de digitale foto duidelijk is te zien dat bij element 24 sprake is van tandbederf en secundaire cariës, waardoor ook vóór het ongeval al behandeling noodzakelijk was. Omdat het element diep was afgebroken en er tandheelkundig niets meer mee kon worden gedaan, is het extraheren wel geaccordeerd, maar de opbouw niet. Waar het gaat om element 36 geldt dat op de foto's een apicale zwarting en een niet afgebroken slechte restauratie

te zien is waardoor een breuk ieder moment kon plaatsvinden.

Het behandelplan dat op 8 oktober 2024 is ingediend voorziet in veel uitgebreider herstel. Een groot deel van dit behandelplan heeft betrekking op elementen die niet beschadigd zijn geraakt bij het ongeval. Verder wordt voorgesteld om element 23 te extraheren, terwijl restauratie met composiet ook mogelijk is, en wordt element 24 niet alleen geëxtraheerd, maar ook hersteld. Een en ander zou betekenen dat het gehele gebit van verzoeker in een betere positie zou komen te verkeren dan vóór het ongeval. Dit laatste is op grond van artikel 50 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering niet toegestaan. In genoemd artikel is tevens bepaald dat de behandelingen binnen één jaar na het ongeval dienen te worden aangevraagd. Alleen in uitzonderlijke situaties kan hiervan worden afgeweken. Om na te gaan of dit aan de orde was, is een inhoudelijke beoordeling uitgevoerd. Dit heeft geleid tot de conclusie dat bij verzoeker geen sprake was van een uitzonderlijke situatie.

- 4.6. Verzoeker heeft ter zitting verklaard dat de eerder gemachtigde behandelingen nog niet werden uitgevoerd. Gelet op deze omstandigheid heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 16 oktober 2025 verklaard opnieuw een akkoordverklaring te geven voor herstel van element 23 door middel van composiet alsmede extractie van element 24. Voor het overige handhaaft de ziektekostenverzekeraar zijn eerder ingenomen standpunt.

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 7 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. Artikel 150 van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (Rv) en de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden zijn opgenomen in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.2. Het is de vaste lijn van de commissie dat met het indienen van een nieuwe aanvraag de eerdere aanvragen buiten beschouwing worden gelaten. In dit geval betekent het dat de aanvragen van 15 mei 2024 en 21 juni 2024 niet inhoudelijk worden beoordeeld, en dat hetgeen hierna wordt overwogen de door de ziektekostenverzekeraar afgewezen aanvraag van 8 oktober 2024 betreft.
- 6.3. In artikel 50 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is geregeld dat aanspraak bestaat op vergoeding van tandheelkundige kosten door een ongeval tot een bedrag van € 10.000,--. Het ongeval en de behandeling naar aanleiding daarvan moeten plaatsvinden tijdens de looptijd van de verzekering en de behandeling moet zijn gericht op het directe letsel als gevolg van dit ongeval. Kosten als gevolg van een behandelindicatie die al vóór het ongeval bestond worden niet vergoed. Tot slot geldt dat de behandeling moet plaatsvinden binnen één jaar na het ongeval, tenzij het noodzakelijk is de (definitieve) behandeling uit te stellen. De adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar beoordeelt of er wel of geen sprake is van een noodzakelijk uitstel.
- 6.4. Het behandelplan dat op 8 oktober 2024 namens verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar is ingediend bestaat uit extracties van de elementen 23, 24 en 36, alsmede het plaatsen van een drietal bruggen (van de 14 naar de 17, van de 22 naar de 26, en van de 35 naar de 37).

Bij brief van 16 oktober 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat nu de eerder gemachtigde behandeling nog niet werd uitgevoerd, hij bereid is akkoord te geven voor (i) herstel van element 23 door middel van composiet en (ii) extractie van element 24. Voor het overige handhaaft de ziektekostenverzekeraar zijn eerdere afwijzende standpunt. Hij voegt hieraan toe dat de behandeling van element 36 en het plaatsen van een drietal bruggen verband houden met achterstallig gebitsonderhoud en niet met het ongeval. Daarnaast stelt de ziektekostenverzekeraar dat het behandelplan, met uitzondering van de extractie van element 24, een aanzienlijke verbetering van het gehele gebit inhoudt ten opzichte van de oorspronkelijke situatie. Verzoeker heeft deze stelling van de ziektekostenverzekeraar bestreden en aangevoerd dat de schade aan element 36 wél het directe gevolg is van het ongeval en dat de schade aan de overige elementen hiervan het indirect gevolg is, omdat hij na het ongeval zijn gebit anders is gaan gebruiken, waardoor de rechterzijde zwaarder is belast.

- 6.5. De commissie overweegt dat, gelet op artikel 150 Rv, de partij die zich beroept op de rechtsgevolgen van de door haar gestelde feiten of omstandigheden hiervan in beginsel de bewijslast draagt. Dit betekent dat het aan verzoeker is om aan te tonen dat de schade waarvan hij vergoeding claimt het directe gevolg is van het ongeval op 30 augustus 2022 én dat het voorgestelde behandelplan niet een aanzienlijke verbetering van het gehele gebit inhoudt, zoals door de ziektekostenverzekeraar is betoogd. Verzoeker is hierin naar het oordeel van de commissie niet in geslaagd, aangezien door hem geen feiten of omstandigheden zijn aangevoerd die zijn stelling onderbouwen. Ook overigens is hiervan niet gebleken. De in 2022 vastgestelde schade betrof alleen een afgebroken stukje composiet van element 23, en twee afgebroken elementen (24 en 36). Daarbij bestond voor element 36 ten tijde van het ongeval volgens de ziektekostenverzekeraar reeds een behandelindicatie, gelet op de op de foto's zichtbare zwarting en een niet afgebroken slechte restauratie. Verzoeker heeft het bestaan van een behandelindicatie voor genoemd element niet gemotiveerd bestreden. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar onweersproken gesteld dat de tandarts van verzoeker tijdens het telefoongesprek op 7 oktober 2024 heeft bevestigd dat de aanwezige schade het gevolg is van slecht gebitsonderhoud. Uit het voorgaande volgt dat verzoeker, met uitzondering van de extractie van element 24, geen aanspraak kan maken op vergoeding van de op 8 oktober 2024 aangevraagde tandheelkundige behandelingen ten laste van de ongevalsdekking van de aanvullende ziektekostenverzekering. In overeenstemming met de toezegging van de ziektekostenverzekeraar kan verzoeker tevens aanspraak maken op herstel van element 23 door middel van composiet.

Slotsom

- 6.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 8 december 2025,

J.J.M. Linders

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 zorgverzekering
2. Wetgeving

Uw tandarts of orthodontist vermeldt de uitgevoerde behandelingen op de nota met de omschrijving en code uit de tarievenlijst orthodontische zorg van de NZa. In de aanvullende verzekering vergoeden wij alleen de A-codes. Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een tandarts of orthodontist in het buitenland gaat.

Let op

Wachttijd orthodontie

Er geldt een wachttijd. Kijk in artikel 6.2.1 Toelating tot de aanvullende verzekering(en) voor meer informatie over deze wachttijd.

Artikel 49. Eigen bijdrage kunstgebit

Dit krijgt u vergoed

De wettelijke eigen bijdrage voor de uitneembare volledige gebitsprothese en/of de uitneembare volledige gebitsprothese op implantaten. Onder de vergoeding valt de wettelijke eigen bijdrage(n) voor:

- uw volledig kunstgebit;
- de behandelingen die uw tandarts in rekening mag brengen in combinatie met de plaatsing van een volledig kunstgebit;
- de mesostructuur (drukknoppen, steggen), die geldt bij een volledig kunstgebit op implantaten;
- het opvullen (rebasen) en repareren van uw volledig kunstgebit.

Tand Ongevallen	Tand Budget	Tand Goed	Tand Beter	Tand Best
geen vergoeding	geen vergoeding	volledig	volledig	volledig

Artikel 50. Tandheelkundige kosten door een ongeval

Dit krijgt u vergoed

De kosten van onvoorziene tandheelkundige zorg om schade aan uw gebit door een ongeval te herstellen. Ook de kosten voor de techniek en het materiaal worden vergoed. Wij vergoeden alleen de zorg die noodzakelijk is om uw tandheelkundige toestand te herstellen in de status direct voorafgaande aan het ongeval. Een ongeval is een plotseling, onverwacht, van buiten inwerkend geweld op uw lichaam, waaruit rechtstreeks een medisch vast te stellen lichamelijk letsel is ontstaan.

De vergoeding geldt alleen als het ongeval en de behandeling plaatsvinden tijdens de looptijd van de aanvullende verzekering Tand Ongevallen, Tand Budget, Tand Goed, Tand Beter of Tand Best. En als de behandeling binnen 1 jaar na het ongeval gebeurt, tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen. Onze adviseerend tandarts beoordeelt of er wel of geen sprake is van een noodzakelijk uitstel.

Tand Ongevallen	Tand Budget	Tand Goed	Tand Beter	Tand Best
maximaal € 10.000 per ongeval	maximaal € 10.000 per ongeval	maximaal € 10.000 per ongeval	maximaal € 10.000 per ongeval	maximaal € 10.000 per ongeval

Wat krijgt u niet vergoed

De kosten:

- als gevolg van ziekte of een ziekelijke afwijking;
- als gevolg van grove schuld of roekeloosheid/opzet;
- na (of bij) gebruik van alcohol en/of verdovende middelen;
- als gevolg van deelname aan een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging;
- die niet onvoorzien zijn en niet het gevolg zijn van een ongeval;
- van een behandeling in het buitenland;
- van schade aan uw gebit ontstaan door het nuttigen van etenswaren;
- als gevolg van een indicatie die voor het ongeval al aanwezig was;
- van orthodontische zorg.

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts of kaakchirurg in Nederland.

Dit moet u zelf regelen

U heeft van tevoren onze toestemming nodig. Onze adviserend tandarts beoordeelt of u op de zorg bent aangewezen en of de zorg niet onnodig duur is. Bij deze aanvraag moeten minimaal de volgende gegevens zitten; een verslag van de spoedeisende hulp of (tand)arts waar u voor noodhulp bent geweest, röntgenfoto's van de schade aan uw gebit, kleurenfoto's van de tandheelkundige situatie vlak na het ongeval en een behandelplan met kostenbegroting. Als de adviserend tandarts het noodzakelijk acht, kan hij aanvullende informatie opvragen bij uw zorgverlener.

Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.7 van deze voorwaarden.

Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering

Artikel 150

De partij die zich beroept op rechtsgevolgen van door haar gestelde feiten of rechten, draagt de bewijslast van die feiten of rechten, tenzij uit enige bijzondere regel of uit de eisen van redelijkheid en billijkheid een andere verdeling van de bewijslast voortvloeit.