

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak	: Aanvullende ziektekostenverzekering, ongeval, kroon, schadevergoeding
Regelgeving	: Voorwaarden zorgverzekering 2020, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020
Zaaknummer	: 202002544
Zittingsdatum	: 9 maart 2022

1. Partijen

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

- 1) De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij klachtenformulier van 3 augustus 2021 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoeker heeft hieraan voldaan; op 8 september 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 28 november 2021 zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 1 november 2021 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 9 maart 2022 gehoord.
- 2.4. Tijdens de hoorzitting is afgesproken dat zowel verzoeker als de ziektekostenverzekeraar aanvullende informatie zouden opvragen en overleggen. De ziektekostenverzekeraar heeft op 18 maart 2022 aanvullende informatie aan de commissie gezonden. Verzoeker heeft dit gedaan op 18 mei 2022. Kopieën van deze informatie zijn aan de wederpartij gezonden, waarbij die de mogelijkheid heeft gekregen hierop te reageren. Verzoeker heeft hiervan op 14 juni 2022 gebruik gemaakt. Een kopie hiervan is op 21 juni 2022 ter informatie aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Alles Verzorgd Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende Ziektekostenverzekering AV Frieso Compleet (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. In juni 2020 is element 22 van verzoeker beschadigd geraakt. De behandelhistorie vermeldt op 22 juni 2020: "Kroon 22 een week geleden afgebroken bij [...] van het ontbijt op bed. Bij wegzetten dienblad ontbijt tegen houtwerk van rand van bed." Verzoeker heeft zich aanvankelijk tot het CTM van het UMCG gewend. Hier heeft op 26 juni 2020 opbouw van het element plaatsgevonden. Omdat dit geen duurzame oplossing was, heeft verzoeker op 22 juli 2020 zijn tandarts bezocht, waarna is gestart met de behandeling, bestaande uit het plaatsen van een kroon.
- 3.3. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van de tandheelkundige behandeling, waarbij hij een beroep heeft gedaan op de

ongevallendeckking van de aanvullende ziektekostenverzekering. Op 30 oktober 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar hierop afwijzend beslist.

- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar diverse malen om heroverweging van deze beslissing gevraagd, onder andere op 15 december 2020 en 8 januari 2021. Bij brieven van 11 december 2020, 10 februari 2021, en 30 april 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. De tandarts-docent van het Centrum voor Tandheelkunde en Mondzorgkunde van het UMCG heeft bij brief van 13 mei 2022 het volgende verklaard:

"In tegenstelling tot uw bericht heeft behandeling van gebitselement 22 een jaar eerder, te weten op 26 juni 2020, plaatsgevonden. Als tandartsdocent heb ik die dag het consult en de behandeling, die de coassistent tandheelkunde heeft uitgevoerd, begeleid. Alleen op deze datum heb ik [naam verzoeker] gezien.

Op 22 juni 2020 is een behandeling bij de mondhygiënist in opleiding uitgevoerd, welke is begeleid door een mondhygiënistdocent. Gebitselement 22 was toen al afgebroken, een verdere beoordeling en behandeling heeft op dat moment niet plaatsgevonden.

Aangezien er inmiddels bijna twee jaar verstreken is, kan ik mij niet meer herinneren wat er besproken is over de toedracht van de breuk van gebitselement 22 en kan ik slechts benoemen wat er in de behandelkaart is genoteerd over de toedracht. Bij anamnese staat vermeld: 'kroon element 22 een week geleden afgebroken bij val van bed bij ontbijt op bed. Bij wegzetten van dienblad ontbijt tegen houtwerk van rand van bed.'

Wat betreft de status van gebitselement 22 kan ik uit de behandelkaart opmaken dat gebitselement 22 in 2018 al werd voorzien van een viervlaks (dus grote) composietrestauratie. Bij de behandeling op 26 juni 2020 bleek ook een cariëslaesie aanwezig. Het element was dus ten tijde van de breuk al ernstig verzwakt.

Gebitselement 22 was op het moment van de breuk een (zwaar gerestaureerd) natuurlijk element.

Er was geen indicatie om een röntgenopname van element 22 te vervaardigen. In de periode daarna is ook geen röntgenopname van dit gebitselement vervaardigd. Er is wel een panoramische röntgenfoto uit 2017 en er zijn lichtfotos van januari 2020 waarop het element is te beoordelen."

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat:
 - (i) de ziektekostenverzekeraar de kosten van de tandheelkundige behandeling, bestaande uit het plaatsen van een kroon op element 22, moet vergoeden alsmede de kosten die het gevolg zijn van de vertraagde afhandeling van zijn aanvraag;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar hem zijn gederfde inkomsten (omdat hij niet heeft kunnen solliciteren), andere vermogensschade en letstelschade 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 2.10 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

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.

Standpunt verzoeker

- 6.2. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de tandheelkundige behandeling ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering moet vergoeden, aangezien sprake is geweest van een ongeval. Er bestaat aanspraak op een vergoeding van maximaal € 10.000,-. Hierbij verwijst verzoeker naar de informatie van zijn tandarts en van het UMCG. Inmiddels wordt ook door de ziektekostenverzekeraar erkend dat een ongeval de aanleiding was, zo blijkt uit de brief van 11 december 2020.

Verzoeker verklaart dat element 22 voordien al bekroond was en in goede staat verkeerde. Wat hij vordert is dus herstel in de oude toestand en geen verbetering ten opzichte van de situatie van vóór het ongeval. Daarbij is de door de ziektekostenverzekeraar voorgestelde goedkopere oplossing, bestaande uit het trekken van element 22 en uitbreiding van de gebitsprothese, thans niet meer mogelijk omdat de tandarts al met de behandeling is gestart.

Verzoeker vordert voorts vergoeding van de kosten die zijn opgekomen door de vertraagde afhandeling van zijn aanvraag. Hierbij tekent hij aan dat tien dagen voldoende zouden moeten zijn, maar dat het drie maanden heeft geduurd voor hij de afwijzing ontving. Door de ziektekostenverzekeraar is overmatig veel informatie opgevraagd, stukken werden naar zijn oude tandarts gestuurd, en de machtiging ten behoeve van de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar werd door deze niet ontvangen.

Tot slot stelt verzoeker dat hij door de ontbrekende voortand niet kon solliciteren, en dat hij hierdoor inkomsten is misgelopen. Hij vordert vergoeding hiervan, alsmede van andere vermogensschade die hij heeft geleden en van de ontstane letselschade.

- 6.3. Ter zitting heeft verzoeker, ter aanvulling, nog het volgende aangevoerd. Verzoeker zat op 22 juni 2020 in zijn bed en wilde het dienblad pakken, dat naast hem stond, met zijn ontbijt daarop. Hij heeft toen zijn mond tegen de rand van zijn bed gestoten, tegen een soort ijzeren paal. Hij heeft contact gezocht met de tandarts en moest meteen komen. Er is toen kunsthars aangesmeerd als noodoplossing. Verzoeker kon op dat moment niet praten, en mogelijk is daardoor verkeerde informatie over de oorzaak van de tandbreuk in het dossier gekomen.

Verzoeker benadrukt dat hij - anders dan door de ziektekostenverzekeraar is gesteld - geen verbetering van zijn gebit wilde. Er zat al een kunstkroon op de plek van het beschadigde element.

Gevraagd naar de door hem gevorderde schadevergoeding, heeft verzoeker toegelicht dat hij ook immateriële schadevergoeding vordert omdat hij een halfjaar heeft moeten rondlopen met een beschadigd gebit. Hij had hiervan last, ook met solliciteren. Daarnaast gevraagd, schat verzoeker deze schade op ongeveer € 500,-. Daarnaast vordert verzoeker de wettelijke rente over de nabetaling, de kosten van rechtsbijstand en de reiskosten. De wettelijke rente moet volgens verzoeker ingaan op de datum van de aanvraag.

- 6.4. Verzoeker heeft op 14 juni 2022 gereageerd op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 18 maart 2022. Verzoeker benadrukt dat het UMCG heeft bevestigd dat de tand was gebroken

door een ongeval. Ook de ziektekostenverzekeraar stelt dat sprake was van een ongeval, aldus verzoeker. Daarom moeten de kosten van de onderhavige behandeling worden vergoed. Dat de betreffende tand al was gerestaureerd, doet daar volgens verzoeker niet aan af. Van onduidelijkheden over de feiten is geen sprake meer.

Verzoeker heeft verzocht om vergoeding van de behandeling, wettelijke rente en proceskosten. Daarnaast heeft verzoeker ter zitting verteld dat hij een halfjaar een tand moest missen die voor het aanzicht bepalend is geweest. In de jurisprudentie wordt voor een dergelijke tijdelijke ontsiering een bedrag van € 650,- toegekend. Verzoeker verwijst hierbij naar het arrest van het Gerechtshof Amsterdam van 31 januari 2013 (ECLI:NL:GHAMS:2013:BZ2091). Hierin is een bedrag van € 1.500,- toegekend voor een blijvende ontsiering.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.5. Volgens de ziektekostenverzekeraar moet onder een ongeval worden verstaan: *"Een plotselinge inwerking van geweld op uw lichaam van buitenaf en buiten uw wil, waardoor medisch aantoonbaar lichamelijk letsel is veroorzaakt."*
In de situatie van verzoeker is geen sprake van schade door een ongeval. Het element was door cariës reeds verzwakt en het is bij het eten afgebroken. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar de informatie van het CTM van het UMCG. De verklaring van de tandarts dateert van later, en de tandarts heeft het letsel niet direct na het gebeurde gezien.
De gevraagde tandheelkundige behandeling is te uitgebreid, aangezien hiermee niet de oorspronkelijke situatie wordt hersteld, maar een verbetering wordt bewerkstelligd. Element 22 was voordien namelijk niet bekroond, zoals blijkt uit de behandelhistorie en de röntgenfoto's. Waar door de tandarts wordt gesproken over de 'kroon' zal zijn bedoeld op de (natuurlijke) kroon van het element, ter onderscheiding van de wortel. Het gerezen probleem zou volgens de ziektekostenverzekeraar moeten worden opgelost door het trekken van de 22 en door uitbreiding van de bestaande gebitsprothese, zoals ook is geadviseerd door het CTM van het UMCG. Voor reguliere tandheelkundige zorg is de dekking € 500,-. Dit maximumbedrag werd in 2020 al uitgekeerd.
De ziektekostenverzekeraar erkent dat post is gestuurd naar de vorige tandarts van verzoeker.
- 6.6. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting ter aanvulling het volgende aangevoerd. Er zijn drie patiëntenkaarten. Hier staat tegenstrijdigheden op ten aanzien van de oorzaak van de tandbreuk, te weten door een ongeval, tijdens het eten, of tijdens een dagje aan het strand. Daarnaast staat op de kaart dat het element al verzwakt was voor de breuk. Tevens is hierop vermeld dat de kroon van element 22 is afgebroken en dat sprake was van 'cariës distocervicaal'. Dit laatste betekent verzwakt. Uit de historie blijkt niet dat er een kunstkroon is geplaatst. Als er 'kroon' staat zal dit de natuurlijke kroon van het element zijn. Door het plaatsen van de kunstkroon is sprake van een verbetering van de situatie.

De ziektekostenverzekeraar ziet geen aanleiding voor toekenning van een schadevergoeding.

- 6.7. In de brief van 18 maart 2022 bevestigt de ziektekostenverzekeraar dat uit de informatie van het UMCG blijkt dat bij verzoeker op element 22 destijds nog geen kunstkroon was geplaatst. Het betrof dus een natuurlijk element. Er wordt gesproken over een kroon van het element, ter onderscheiding van de wortel, en niet om een restauratie door middel van een kroon.

Overwegingen commissie

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.8. Artikel 3.29.3 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt:
- "U heeft in aanvulling op de basisverzekering recht op tandheelkundige zorg waarvan de behandeling gericht is op het directe letsel als gevolg van een ongeval tijdens de looptijd van deze*

verzekering. Daarnaast moet de behandeling plaatsvinden binnen een jaar na het ongeval, tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen, doordat het gebit niet volgroeid is. Ten tijde van zowel het ongeval als de behandeling moet er volgens deze verzekering dekking zijn.

Uitsluitingen

De kosten van esthetische, onnodig kostbare of ondoelmatige voorzieningen en behandelingen vergoeden wij niet."

De maximale dekking bedraagt € 10.000,- per ongeval. Voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar is vereist.

- 6.9. De eerste vraag die ter beantwoording voorligt, is of in de situatie van verzoeker sprake is geweest van een 'ongeval'. De door de ziektekostenverzekeraar ter zake gehanteerde definitie is terug te vinden in artikel 4.2 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

In dit verband doet zich het probleem voor dat, als het gaat om de oorzaak van de schade aan element 22, twee lezingen aan de orde zijn. Verzoeker stelt dat het element is beschadigd doordat dit het houtwerk van de rand van zijn bed raakte (tijdens de mondelinge behandeling heeft verzoeker overigens verklaard dat het een soort ijzeren paal betrof); de ziektekostenverzekeraar meent dat het element tijdens het eten is beschadigd. Naar het oordeel van de commissie heeft verzoeker niet aannemelijk gemaakt dat het verlies van element 22 het gevolg is geweest van een ongeval. Uit de overgelegde patiëntenkaart van de behandelend tandarts begrijpt de commissie dat verzoeker aanvankelijk heeft verklaard dat het element is afgebroken "tijdens een dagje aan het strand". Twee dagen later is door hem medegedeeld dat het element is afgebroken "met eten". Uit geen van deze verklaringen blijkt dat het afbreken is veroorzaakt door "het houtwerk van de rand van het bed" of, naar door verzoeker ter zitting is verklaard, "een soort ijzeren paal". Het verzoek moet al om deze reden - het is niet aannemelijk geworden dat sprake is geweest van een ongeval - worden afgewezen. Verzoeker heeft op 10 juni 2022 aangevoerd dat door het UMCG is bevestigd dat sprake was van een ongeval. Uit de verklaring van de betreffende tandarts van 13 mei 2022 blijkt evenwel dat de tandarts zich dit niet meer kan herinneren wat destijds is besproken over de toedracht van de breuk. Hij heeft hierbij enkel verwezen naar een passage op de patiëntenkaart en daaruit, zo voegt de commissie hieraan toe, blijkt niet van een ongeval. Dat, zoals verzoeker stelt, door de ziektekostenverzekeraar inmiddels wordt erkend dat een ongeval de oorzaak is van de schade, en dat dit blijkt uit zijn brief van 11 december 2020, vermag de commissie niet in te zien, mede tegen de achtergrond van de brief van de ziektekostenverzekeraar van 28 oktober 2021.

- 6.10. Reeds om voorstaande reden dient het verzoek te worden afgewezen.
- 6.11. Afgezien hiervan overweegt de commissie voorts het volgende.
- 6.12. Uitgaande van de lezing van verzoeker rijst de vraag of het feit dat het element was verzwakt door cariës relevant is. Voorstelbaar is immers dat indien het gebit in slechte staat verkeerde, de gevolgen van een ongeval vérstrekkender kunnen zijn. Hierover merkt de commissie op dat de ziektekostenverzekeraar dit, indien dit voor hem een punt van overweging was, had moeten betrekken bij de acceptatieprocedure dan wel voor de verzwakte elementen een specifieke uitsluiting had moeten opnemen. Gesteld noch gebleken is dat dit is gebeurd. De woorden "het directe letsel" in artikel 3.29.3 voornoemd zijn onvoldoende om te oordelen dat schade door een ongeval aan een element niet hoeft te worden vergoed indien blijkt dat (tevens) sprake is van cariës. Vervolgens dient dan aan de orde te komen of de behandeling door de tandarts "esthetisch, onnodig kostbaar of ondoelmatig" is. De commissie neemt hierbij als uitgangspunt dat de ongevallendekking is bedoeld om het gebit te brengen in de toestand die het had vóór het ongeval. Ook hierover lopen de standpunten van partijen uiteen. Verzoeker heeft aangevoerd dat

element 22 al was bekroond en verder in goede staat verkeerde. De ziektekostenverzekeraar heeft dit gemotiveerd bestreden, daarbij verwijzend naar de behandelhistorie en de röntgenfoto's. Nu verzoeker aanspraak maakt op de ongevallendeckking, is het - gelet op artikel 150 Rv - aan hem om te stellen en, indien, zoals thans aan de orde, betwist, te bewijzen dat het beschadigde gebitsselement reeds was voorzien van een kroon, waarbij het niet gaat om de natuurlijke kroon, maar om een kroon die in het kader van een tandheelkundige behandeling werd geplaatst. Verzoeker is hierin niet geslaagd.

Uit de behandelhistorie blijkt, aldus de brief van 13 mei 2022 van het UMCG, dat element 22 in 2018 al is behandeld en toen niet is voorzien van een kroon maar van een viervlaks (dus grote) composietrestauratie, en dat het in 2020, ten tijde van het ongeval, carieus was. Gegeven die situatie is het plaatsen van een kroon - op een element dat was voorzien, niet van een kroon, maar van een viervlaks composietrestauratie - een onnodig kostbare behandeling, mede tegen de achtergrond dat het element ook carieus was. Het UMCG heeft nog een composietopbouw geprobeerd, maar dit werd niet als een duurzame oplossing gezien. Om die reden werd het trekken van het element, in combinatie met uitbreiding van de gebitsprothese geadviseerd. Onder deze omstandigheden heeft de ziektekostenverzekeraar in redelijkheid tot het oordeel kunnen komen dat een uitgebreidere behandeling is aangevraagd dan in de omstandigheden van het geval was gerechtvaardigd, nu bij het plaatsen van de kroon niet alleen een eerdere viervlaks composietrestauratie werd vervangen maar tevens - in juni 2020 vastgestelde - schade door cariës zou worden hersteld. Ook om deze reden oordeelt de commissie dat de aanvraag voor de desbetreffende behandeling door de tandarts terecht is afgewezen.

Schadevergoeding

- 6.13. Daar de ziektekostenverzekeraar terecht tot afwijzing van de aanvraag besloot, bestaat geen grond hem te verplichten de door verzoeker gestelde schade te vergoeden. Verzoeker heeft aangevoerd dat met de behandeling van de aanvraag onnodig veel tijd was gemoeid en dat door de ziektekostenverzekeraar overmatig veel informatie is opgevraagd. Voor zover verzoeker hiermee wil betogen dat hij wel met de behandeling moest beginnen, en dat deze behandeling niet meer kan worden onderbroken, kan dit hem niet baten. Aan de hand van de verzekeringsvoorwaarden was hem bekend of had hem bekend kunnen zijn dat de voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar vereist was. Door deze toestemming niet af te wachten, heeft verzoeker het risico genomen dat kosten voor zijn rekening zouden kunnen blijven. Dat dit uiteindelijk ook het geval is, valt de ziektekostenverzekeraar niet aan te rekenen.

- 6.14. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 27 juni 2022,

A.I.M. van Mierlo

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

Uitsluitingen

De kosten van esthetische, onnodig kostbare of ondoelmatige voorzieningen en behandelingen worden niet vergoed.

Vergoeding

AV Frieso Compact	Volledige vergoeding
AV Frieso Compleet	Volledige vergoeding

3.29.2 Beugels (orthodontie) voor verzekerden jonger dan achttien jaar

Inhoud zorg

Verzekerden jonger dan achttien jaar hebben recht op vergoeding van alle noodzakelijke zorg zoals genoemd in de geldende beleidsregel Orthodontische zorg (F-codes) van de Nederlandse Zorgautoriteit (Nza).

Wie mag deze zorg verlenen

Een orthodontist of een tandarts-algemeen practicus.

Uitsluitingen

- Orthodontische behandelingen die volgens onze tandheelkundig adviseur onnodig kostbaar, onnodig gecompliceerd of tandheelkundig ondoelmatig zijn.
- Kosten veroorzaakt door verlies of onzorgvuldig gebruik van de apparatuur.
- Orthodontische behandelingen met een esthetisch karakter, bijvoorbeeld behandelingen in verband met het plaatsen van de brackets aan de binnenkant van het gebit (beugelcategorie 8 en 9), doorzichtige beugels (categorie 7, bijv. Invisalign) of keramische brackets.

Vergoeding

AV Frieso Compact	Maximaal € 2.000,- tijdens de gehele verzekeringsduur
AV Frieso Compleet	Volledige vergoeding

Let op!

- Een eventuele volgende, hernieuwde behandeling, komt niet voor vergoeding in aanmerking.
- Bij een tijdelijke onderbreking van de verzekering van maximaal twaalf maanden wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken.
- Botankers geplaatst door een kaakchirurg vallen ook onder dit artikel.

3.29.3 Ongevallenregeling

Inhoud zorg

U heeft in aanvulling op de basisverzekering recht op tandheelkundige zorg waarvan de behandeling gericht is op het directe letsel als gevolg van een ongeval tijdens de looptijd van deze verzekering. Daarnaast moet de behande-

ling plaatsvinden binnen een jaar na het ongeval, tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen, doordat het gebit niet volgroeid is. Ten tijde van zowel het ongeval als de behandeling moet er volgens deze verzekering dekking zijn.

Uitsluitingen

De kosten van esthetische, onnodig kostbare of ondoelmatige voorzieningen en behandelingen vergoeden wij niet.

Toestemming

Wij moeten u voorafgaand aan de behandeling schriftelijk toestemming hebben verleend. Bij uw aanvraag voor toestemming moet een behandelplan met kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's zitten. Het behandelplan moet zijn opgesteld door uw tandarts, tandprotheticus, orthodontist of kaakchirurg.

Let op! Autotransplantaties (het verplaatsen van een eigen tand of kies naar de plaats van een ontbrekende tand) moeten worden uitgevoerd door een multidisciplinair team dat voldoet aan onze eisen qua deskundigheid. Kijk op onze website welke zorgverleners onderdeel uitmaken van dit team.

Vergoeding

AV Frieso Compact	Maximaal € 10.000,- per ongeval
AV Frieso Compleet	Maximaal € 10.000,- per ongeval

3.29.4 Tandheelkundige zorg voor verzekerden vanaf achttien jaar

Inhoud zorg

U heeft in aanvulling op de basisverzekering vanaf de leeftijd van achttien jaar recht op vergoeding van:

- a. mondzorg zoals genoemd in de beleidsregel Tandheelkundige zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa);
- b. de eigen bijdrage die u op grond van de basisverzekering moet betalen voor:
 - een volledige boven- en/of volledige onderprothese;
 - reparatie en rebasing van een bestaande prothese;
- c. materiaal- en techniekkosten;
- d. spoedeisende zorg bij tijdelijk verblijf (maximaal 365 achtereenvolgende dagen) in het buitenland (werelddekking). In dat geval geldt dat:
 - de behandeling een spoedeisend karakter heeft en niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland en er een noodvoorziening wordt getroffen;
 - de hulpverlening niet het gevolg mag zijn van de vooropgezette bedoeling een behandeling te ondergaan;
 - bij vertrek naar het buitenland de behandeling niet was te voorzien.

C4. BEGRIPSOMSCHRIJVINGEN

4.1 Algemeen

De begripsbepalingen in de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz) zijn onverkort van toepassing, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden nadrukkelijk van deze begripsbepalingen is afgeweken.

4.2 In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verstaan onder:

Apotheker

Een apotheker die staat ingeschreven in het register van gevestigde apothekers, bedoeld in artikel 61, vijfde lid van de Geneesmiddelenwet.

Bedrijfsarts

Een arts die als bedrijfsarts is ingeschreven in het register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en optreedt namens de werkgever of de Arbodienst waarbij de werkgever is aangesloten.

Collectieve verzekering

Een overeenkomst op basis waarvan degenen die behoren tot een specifieke groep (bijvoorbeeld werknemers van een bedrijf of leden van een organisatie) met korting een verzekeringsovereenkomst kunnen sluiten. De overeenkomst wordt afgesloten tussen De Friesland en een werkgever of een rechtspersoon.

DBC (diagnose behandeling combinatie)

Een DBC of DBC Zorgproduct is het totale traject vanaf de diagnose van de specialist tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt, gedurende een vastgestelde periode. Diagnose en behandeling leiden samen tot één prijs die in rekening mag worden gebracht. Een DBC bestaat dus uit alle activiteiten van een ziekenhuis en een medisch specialist die voortkomen uit een zorgvraag van een patiënt.

Huisarts

Een in Nederland in de woonplaats of in de verblijfplaats van de verzekerde of in de naaste omgeving daarvan gevestigde arts, die als huisarts is ingeschreven in het Register van Erkende Huisartsen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en die op de gebruikelijke wijze de algemene praktijk uitoefent. Onder het uitoefenen van de algemene praktijk wordt verstaan het verlenen van huisartsenzorg zowel ten huize van de verzekerde als op het spreekuur van de arts.

Medisch specialist

Een in Nederland gevestigde arts, die is ingeschreven in het Register van erkende medisch specialisten van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Ongeval

Een plotselinge inwerking van geweld op het lichaam van de verzekerde, van buitenaf en buiten diens wil, waardoor medisch aantoonbaar lichamelijk letsel is veroorzaakt.

Onze website

defriesland.nl.