

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. J.J.M. Linders)

Zaaknummer: 202303601

Partijen

A. te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

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

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoeker heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de aangevraagde tandheelkundige behandeling moet vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, omdat hij in november 2022 op een hard stukje in een krentenbol heeft gebeten. Aangezien verzoeker hierop niet bedacht hoefde te zijn, is sprake van een ongeval.
De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat in artikel D.8.6 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat de kosten van mondzorg die het gevolg zijn van het nuttigen van voedsel of drank niet worden vergoed. Het bijten op een hard stukje in een krentenbol is als zodanig aan te merken, zodat de ziektekostenverzekeraar op het verzoek om vergoeding afwijzend heeft beslist.
- 1.2. De commissie overweegt dat in artikel D.8.6. van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is opgenomen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van mondzorg die het gevolg zijn van het nuttigen van voedsel of drank niet vergoedt. In een eerder bindend advies (GcZ, 5 april 2023, SKGZ202202083) heeft de commissie uiteengezet dat een bepaling als opgenomen in voornoemd artikel zo moet worden begrepen dat zowel directe schade als indirecte schade als gevolg van het nuttigen van voedsel of drank is uitgesloten van vergoeding. Het staat tussen partijen vast dat de tandheelkundige schade bij verzoeker is ontstaan door het eten van een krentenbol. Dit betekent dat de in artikel D.8.6 genoemde uitsluiting onverkort van toepassing is. De stelling van verzoeker dat hij niet erop bedacht hoefde te zijn dat er een steen of een hard stukje in de krentenbol zat maakt die conclusie niet anders. De redactie van de bepaling is eenduidig. Daarbij zou het door verzoeker gemaakte onderscheid leiden tot een subjectieve beoordeling, waarbij de uitkomst bovendien afhankelijk is van de omstandigheden van het geval. De uitsluiting geldt daarom zonder meer indien de aanleiding (het nuttigen van voedsel of drank) vaststaat, zoals in dit geval.
Ook de stelling van verzoeker dat zijn situatie vergelijkbaar is met die van een verzekerde in een eerder bindend advies van de commissie (GcZ, 6 september 2023, SKGZ202201984) kan niet leiden tot een ander oordeel, omdat de verzekeraar in die zaak in zijn verzekeringsvoorwaarden geen expliciete uitsluiting had opgenomen voor het nuttigen van voedsel of drank, zodat de gemaakte vergelijking niet opgaat. Een en ander leidt ertoe dat de ziektekostenverzekeraar

vergoeding van de tandheelkundige behandeling van verzoeker terecht heeft geweigerd. De commissie wijst het verzoek af.

- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft op 21 februari 2024 telefonisch aan een medewerker van de Ombudsman Zorgverzekeringen verklaard dat hij de commissie vraagt een uitspraak te doen. Op 29 februari 2024 is met verzoeker een intakegesprek gevoerd, waarna hem op diezelfde datum een schriftelijke bevestiging van hetgeen werd besproken is gezonden. Op 12 maart 2024 heeft verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarmee het dossier gereed was voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 5 april 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 8 april 2024 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 juni 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering CZ Just Basic (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering CZ Just Live (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Op 5 november 2022 heeft verzoeker op een hard stukje in een krentenbol gebeten waardoor een van zijn kiezen is gebroken. De behandelend tandarts heeft namens verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een tandheelkundige behandeling, bestaande uit onder meer het plaatsen van een implantaat met hierop een kroon. Bij brief van 1 maart 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 27 september 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. Standpunt verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de aangevraagde tandheelkundige behandeling dient te vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 4.2. Verzoeker heeft hiertoe aangevoerd dat de behandeling moet worden aangemerkt als tandheelkundige zorg na een ongeval. Hij stelt in dat verband dat het hier gaat om een gebeurtenis waarvan hij niet vooraf had kunnen voorzien dat hierdoor schade aan het gebit kon ontstaan. Verder heeft verzoeker aangevoerd dat zijn situatie vergelijkbaar is met die van de verzekerde in een geschil waarover de commissie eerder een bindend advies heeft uitgebracht. In dit advies (GcZ, 6 september 2023, SKGZ202201984) heeft de commissie geoordeeld dat de kosten van tandheelkundige zorg na het bijten op een steentje in een krentenbol dienen te worden vergoed.

- 4.3. Ter zitting heeft verzoeker benadrukt dat hij bij het eten van de krentenbol, anders dan bij het eten van een perzik waar een pit in zit, niet erop bedacht hoefde te zijn dat er een steentje in zou kunnen zitten. Gelet op dit gegeven is het niet redelijk dat de ziektekostenverzekeraar hem tegenwerpt dat de schade is ontstaan door het nuttigen van voedsel.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker niet voldoet aan de voorwaarden om in aanmerking te komen voor vergoeding van de kosten van een tandkundige behandeling na een ongeval. De ziektekostenverzekeraar heeft hiertoe in de eerste plaats aangevoerd dat in artikel D.8.6. van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is opgenomen dat geen tandheelkundige kosten worden vergoed die zijn ontstaan door het nuttigen van voedsel en of drank. Het staat vast dat de schade aan het gebit is ontstaan na het nuttigen van voedsel, namelijk een krentenbol. Dat verzoeker bij het eten van de krentenbol niet erop bedacht hoefde te zijn dat er een hard stukje of steentje in kon zitten is daarbij niet relevant, waarbij de ziektekostenverzekeraar nog wel opmerkt dat bij het eten van krenten en rozijnen sowieso het risico bestaat dat er een hard stukje in zit. De krent of rozijn kan namelijk versteend zijn.
- 5.2. Voor zover verzoeker stelt dat zijn situatie vergelijkbaar is met die van de verzekerde in een ander bindend advies van de commissie (GcZ, 6 september 2023, SKGZ202201984), deelt de ziektekostenverzekeraar dit standpunt niet. Dit omdat de redactie van zijn verzekeringsvoorwaarden significant afwijkt van de voorwaarden in dat geval. De ziektekostenverzekeraar heeft namelijk in artikel D.8.6. van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekeraar schade die het gevolg is van het nuttigen van voedsel en of drank expliciet uitgesloten. Een dergelijke uitsluiting was niet opgenomen in de verzekeringsvoorwaarden in het door verzoeker aangehaalde bindend advies.
- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop aangevoerd dat in artikel D.8.6. geen onderscheid wordt gemaakt. Er wordt dus geen rekening mee gehouden of iemand al dan niet erop bedacht hoefde te dat er mogelijk een steentje in een krentenbol zat. Het enkele feit dat verzoeker een krentenbol at is al voldoende om de uitsluiting tegen hem in te roepen.

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. 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.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De toepasselijke verzekeringsvoorwaarde is opgenomen in de bijlage van dit bindend advies. Deze bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.2. Uit het 'Vergoedingen Overzicht' behorende bij de aanvullende ziektekostenverzekering blijkt dat verzekerden aanspraak kunnen maken op vergoeding van de kosten van mondzorg na een ongeval tot een bedrag van € 10.000,- per ongeval. Voor de nadere voorwaarden wordt verwezen naar artikel D.8.6. van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. In dit artikel is bepaald dat aanspraak kan bestaan op vergoeding van de kosten van tandheelkundige zorg

na een ongeval. De kosten van orthodontische hulp én de kosten van mondzorg die het gevolg zijn van het nuttigen van voedsel of drank zijn in artikel D.8.6. expliciet uitgesloten van vergoeding.

- 7.3. De commissie heeft in een eerder bindend advies (GcZ, 5 april 2023, SKGZ202202083) tussen een andere verzekerde en de ziektekostenverzekeraar uiteengezet dat de uitsluiting van artikel D.8.6. zo moet worden begrepen dat zowel directe schade als indirecte schade als gevolg van het nuttigen van voedsel of drank is uitgesloten van vergoeding. In het onderhavige geschil staat tussen partijen vast dat de tandheelkundige schade bij verzoeker is ontstaan door het eten van een krentenbol waarin een steentje, althans een hard stukje, bleek te zitten. Dit betekent dat de in artikel D.8.6. genoemde uitsluiting van toepassing is.
- 7.4. De stelling van verzoeker dat hij niet erop bedacht hoefde te zijn dat er een steentje in de krentenbol zou kunnen zitten, zodat de uitsluiting hem niet kan worden tegengeworpen, kan niet worden gevolgd. De redactie van de bepaling is eenduidig en voor de toepassing ervan is de kennis die de verzekerde heeft of behoort te hebben niet relevant. Zo'n onderscheid, indien gemaakt, zou een te subjectieve invulling geven aan de toepassing van de bepaling en volgt ook niet uit de tekst van artikel 8.6 - omdat de wetenschap van betrokkene dan een rol zou spelen - en bovendien afhankelijk wordt van de omstandigheden van het geval. Zo kan bijvoorbeeld een product dat normaal gesproken geen gevaar van schade aan het gebit oplevert wél schade veroorzaken als het hard is gebakken. Uit de tekst van artikel 8.6 volgt niet dat het de bedoeling was dat de ziektekostenverzekeraar met al deze aspecten rekening zou houden. Door aanvaarding van de verzekering onder de genoemde voorwaarde heeft verzoeker daar ook mee ingestemd. De uitsluiting geldt daarom zonder meer als de aanleiding (het nuttigen van voedsel of drank) vaststaat, zoals in dit geval.
- De stelling van verzekerde dat de situatie vergelijkbaar is met die van de verzekerde in een eerder bindend advies van de commissie (GcZ, 6 september 2023, SKGZ202201984) treft geen doel. Dit omdat de ziektekostenverzekeraar, anders dan de verzekeraar in het betreffende bindend advies, in de verzekeringsvoorwaarden een expliciete uitsluiting heeft opgenomen voor schade die is ontstaan door het nuttigen van drank of voedsel, zodat de gemaakte vergelijking niet opgaat.
- Een en ander leidt ertoe dat de ziektekostenverzekeraar vergoeding van de tandheelkundige behandeling van verzoeker terecht heeft geweigerd.

Slotsom

- 7.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 12 juli 2024,

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 sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen**1. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering**

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 heeft, 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 heeft en tot de genoemde leeftijd of vanaf de genoemde leeftijd.

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.9.2. is niet van toepassing op de vergoeding van orthodontie uit dit artikel.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Wachttijd

Staat op het Vergoedingen Overzicht van uw aanvullende verzekering dat er een wachttijd geldt?

U kunt dan gebruik maken van de vergoeding voor orthodontie, als u deze aanvullende verzekering minimaal 1 jaar (365 dagen) heeft. Deze wachttijd geldt per verzekerde.

Voorbeeld:

U sluit een nieuwe aanvullende verzekering af waarin orthodontie is opgenomen met een wachttijd van 1 jaar. Deze aanvullende verzekering gaat in op 15 maart 2023. U kunt dan vanaf 15 maart 2024 gebruik maken van de vergoeding voor orthodontie.

De wachttijd geldt niet voor kinderen tot en met 17 jaar die meeverzekerd worden of zijn op uw aanvullende verzekering met orthodontie.

Deze aanvullende verzekering moet dan tenminste 1 jaar hebben gelopen.

Voorbeeld:

U bent vanaf 1 maart 2022 verzekerd met een aanvullende verzekering waarin orthodontie is opgenomen. Per 1 januari 2023 worden uw partner van 40 jaar en uw kind van 12 jaar meeverzekerd op uw polis met dezelfde aanvullende verzekering. U bent de verzekeringnemer en uw partner en kind zijn

dus medeverzekerden.

Uw kind kan vanaf 1 maart 2023 gebruik maken van de vergoeding voor orthodontie omdat u dan 1 jaar deze aanvullende verzekering heeft. Voor uw partner geldt wel een wachttijd van een volledig jaar. Uw partner kan vanaf 1 januari 2024 gebruik maken van de vergoeding voor orthodontie.

Voorwaarden

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

Algemeen

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

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

Voorbeeld

"F121A" voor "eerste consult".

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

Zorgverlener

Een tandarts of een orthodontist verleent de zorg.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

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

D.8.6. Mondzorg bij ongeval

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

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

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

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

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

- van het nuttigen van voedsel of drank;
 - o orthodontie.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

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

Algemeen

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

Akkoordverklaring

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

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

Tarieven

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

D.8.7. Vervallen

D.9. Kuurbehandeling

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht heeft 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.
- Eigen risico is niet van toepassing.

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:
 - o reumatoïde artritis; of
 - o artritis psoriatica; of
 - o de ziekte van Bechterew.

Zorgverlener

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

Tarieven

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