

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, en De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden en
Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Beëindiging aanvullende ziektekostenverzekering, mededelingsplicht

Regelgeving : Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2022, artt. 6:217,
7:928 e.v. en 7:932 BW

:Zaaknummer : 202102431

Zittingsdatum : 2 november 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij brief van 26 april 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 10 mei 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 11 augustus 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 12 augustus 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 2 november 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Alles Verzorgd Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV Tand Extra (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster heeft in november 2021 telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar, waarbij het vragenformulier voor de aanvullende verzekering AV Tand Optimaal met haar is doorgenomen. Omdat een verwachte wortelkanaalbehandeling een beletsel vormde voor acceptatie voor deze verzekering, heeft verzoekster die behandeling in december 2021 laten uitvoeren. Daarna heeft zij in dezelfde maand wederom telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar, waarbij zij een aanvraag heeft ingediend voor de aanvullende verzekering AV Tand Optimaal.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 10 december 2021 aan verzoekster bevestigd dat zij is geaccepteerd voor de aanvullende verzekering AV Tand Optimaal. Bij brief van 15 december 2021 heeft hij aan verzoekster meegedeeld dat zij niet wordt geaccepteerd voor deze verzekering.

- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze laatste beslissing gevraagd. Bij brief van 24 december 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de aanvullende verzekering AV Tand Optimaal ten onrechte heeft beëindigd.
- 4.2. Verzoekster heeft aangevoerd dat de behandelend tandarts in november 2021 constateerde dat zij een fistel had, waarvoor een wortelkanaalbehandeling nodig was. Omdat verzoekster al eerder dat jaar had overwogen haar tandverzekering aan te passen, heeft zij op 23 november 2021 hierover telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar, waarbij zij heeft gevraagd of zij, gezien de verwachte wortelkanaalbehandeling, de aanvullende verzekering AV Tand Optimaal kon afsluiten. De medewerker heeft toen op eigen initiatief een check uitgevoerd en het formulier met haar doorgelopen. De medewerker kwam op basis daarvan tot de conclusie dat acceptatie voor deze aanvullende verzekering niet mogelijk was. Verzoekster heeft vervolgens met de behandelend tandarts afgesproken dat de wortelkanaalbehandeling nog in 2021 zou worden uitgevoerd. De behandeling is hierop gestart en deze is op 23 december 2021 afgerond. Verzoekster heeft na de eerste afwijzing weer telefonisch contact gezocht met de ziektekostenverzekeraar, en zich opnieuw aangemeld voor de AV Tand Optimaal. Zij is hiervoor op diezelfde dag (10 december 2021) geaccepteerd. Op 15 december 2021 ontving zij echter een brief van de ziektekostenverzekeraar dat de verzekering werd beëindigd. Zij heeft toen opnieuw met de ziektekostenverzekeraar gebeld, en haar werd verteld dat de afwijzing te maken had met een verwachte wortelkanaalbehandeling. Omdat dit verouderde informatie was, heeft verzoekster een klacht ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. In de hierop volgende heroverweging van 24 december 2021 wordt als afwijzingsgrond genoemd dat zij een beugel draagt. Deze beugel heeft zij vanwege cosmetische redenen, en de behandeling is bijna afgerond. Zij declareert de kosten hiervan niet bij de ziektekostenverzekeraar, zodat dit geen grond kan zijn voor beëindiging van de verzekering. Ten tijde van de procedure bij de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar nog gesteld dat zij het aanvraagformulier niet naar waarheid zou hebben ingevuld. Verzoekster is van mening dat dit niet het geval is. Bovendien heeft de ziektekostenverzekeraar deze stelling niet met bewijsstukken onderbouwd.
- 4.3. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunt herhaald, en hierbij benadrukt dat de ziektekostenverzekeraar steeds nieuwe argumenten heeft aangevoerd om de aanvullende ziektekostenverzekering te weigeren. Deze argumenten heeft zij alle kunnen weerleggen. Verder heeft zij ter zitting toegelicht dat de mondhygiëniste haar tanden schoonmaakt, en deze vervolgens polijst. Zij wist niet dat het hierbij gaat om parodontale zorg. Haar tandvlees wordt immers niet behandeld.
- 4.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

5. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij van mening is dat de aanvullende verzekering AV Tand Optimaal terecht werd beëindigd. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat de medische vragenlijst voor acceptatie op 23 november 2021 telefonisch met verzoekster is doorgenomen. Omdat verzoekster een wortelkanaalbehandeling verwachtte, is op grond hiervan de aanvraag voor de AV Tand Optimaal afgewezen. Op 10 december 2021 is de medische vragenlijst opnieuw met haar doorgenomen. De wortelkanaalbehandeling zou nog in 2021 plaatsvinden. Daarop is telefonisch bevestigd dat verzoekster met ingang van 1 januari 2022 werd geaccepteerd voor de AV Tand Optimaal. Uit de gemaakte zorgkosten in 2021 is echter gebleken dat sprake is van

een orthodontische behandeling. Dit betekent dat verzoekster op de vraag "is er op dit moment sprake van een orthodontische behandeling of verwacht u deze binnen een jaar?" onjuist heeft geantwoord. Het hebben van een beugel is een redelijke grond voor weigering van de aanvullende verzekering, omdat hieraan hoge kosten zijn verbonden. Het argument van verzoekster dat er geen vervolgcosten meer worden verwacht, is onjuist. Na het plaatsen van een beugel categorie 7, zoals bij verzoekster, volgen nog kosten van consulten en van de verwijdering. Verder merkt de ziektekostenverzekeraar op dat uit een interne controle is gebleken dat zowel in 2021 als in 2022 door verzoekster kosten zijn gedeclareerd in verband met orthodontie en uitgebreide tandvleesbehandelingen. Verzoekster is dan ook terecht niet geaccepteerd voor de aanvullende verzekering AV Tand Optimaal.

- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop verklaard dat uit de administratie in december bleek dat ook kosten van een beugel zijn gedeclareerd. In maart bleek ook sprake te zijn van parodontale zorg. Het formulier is telefonisch met verzoekster doorlopen, en hierbij komt ook aan de orde dat geen sprake mag zijn van dergelijke behandelingen. Kennelijk is dit niet door verzoekster geantwoord, waarop de aanvullende ziektekostenverzekering haar ten onrechte is verstrekt. De verwijzing naar fraude is overigens ten onrechte geweest, en hiervoor biedt de ziektekostenverzekeraar zijn excuses aan.
- 5.3. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

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 2.10 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 verzekeringsvoorwaarden en bepalingen uit het Burgerlijk Wetboek (BW) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. De commissie stelt voorop dat een (verzekerings)overeenkomst tot stand komt door aanbod en aanvaarding, zoals bepaald in artikel 6:217 BW. De door de ziektekostenverzekeraar afgegeven polis vormt het schriftelijk bewijs dat de verzekering op basis van de AV Tand Optimaal tussen partijen tot stand is gekomen (art. 7:932 BW). De vraag is vervolgens of de ziektekostenverzekeraar mocht besluiten de verzekeringsovereenkomst te beëindigen wegens schending van de mededelingsplicht (artt. 7:928 e.v. BW).
- 7.3. In artikel 2.2.1 van de voorwaarden van de aanvullende verzekering AV Tand Optimaal is bepaald dat de verzekering wordt aangegaan op grond van de gegevens die op het aanvraagformulier zijn ingevuld. Het verstrekken van onvolledige en/of onjuiste informatie geeft de ziektekostenverzekeraar het recht de verzekeringsovereenkomst ongeldig te verklaren. Artikel 2.4.1 van de voorwaarden bepaalt dat bij de AV Tand Optimaal een tandheelkundige selectie plaatsvindt. De ziektekostenverzekeraar beslist op basis van een volledig ingevuld en ondertekend vragenformulier en eventueel een keuringsrapport van de tandarts of de verzekering wordt aangegaan of geweigerd. Vast staat dat in de situatie van verzoekster het aanvraagformulier voor de AV Tand Optimaal op 23 november 2021 en 10 december 2021 telefonisch met haar is doorgelopen. Van het eerste gesprek is de volgende notitie gemaakt:
"Verz wil weten hoe vergoeding is van behandeling bij kaakchirurg. Indien tandartsnota dan AVTextra met max 500, CMVA 100% overig 80%, indien msz BV aanspraak ER. Mevr, komt door

te verwachten wortelkanaalbehandeling niet voor de AVTopt in aanmerking. AVTopt geeft ook voor nieuw ortho behandeling vergoedingen van 750 (ten lasten van 1000,-) WOF aangemaakt, uitsluiting AV Tand (zie bijlage)".

Van het tweede gesprek is de volgende notitie gemaakt:

"Vz belt wil weten wat er is verbruikt aan tandarts kosten, 325,03 bijgewerkt tm 18-11, vanuit AVTe max 500 plkjaar. > mvr wil verzekering wijzigen, gewijzigd naar AVTOptimaal, komt door medische selectie heen, nieuwe premie besproken, ontvangt bevestiging en nieuw pb binnen 10 werkdagen". Verzoekster heeft hierop op 10 december 2021 van de ziektekostenverzekeraar per e-mail de bevestiging ontvangen dat de aanvullende verzekering is gewijzigd van AV Tand Extra naar AV Tand Optimaal. De ziektekostenverzekeraar heeft kennelijk gemeend dat hij, in afwijking van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering, geen prijs stelde op een volledig ingevuld en ondertekend aanvraagformulier.

- 7.4. In artikel 2.4.3 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is onder het kopje "Wat u verder moet weten" bepaald in welke gevallen de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering eenzijdig mag beëindigen. De situaties als bedoeld onder sub a, c, d en e doen zich hier niet voor. De reden van beëindiging door de ziektekostenverzekeraar kan enkel zien op het bepaalde onder sub b, namelijk beëindiging op de grond dat de verzekerde naar het oordeel van de ziektekostenverzekeraar schuldig nalatig is ten aanzien van het verstrekken van alle inlichtingen die voor een goede uitvoering van de verzekering nodig zijn. Zo zou verzoekster tijdens het telefoongesprek niet hebben meegedeeld dat zij een beugel draagt en uitgebreide tandheelkundige behandelingen verwachtte. Omdat de ziektekostenverzekeraar er evenwel voor heeft gekozen door verzoekster geen aanvraagformulier te laten invullen en ondertekenen, én van het gevoerde telefoongesprek maar een zeer summiere gespreksnotitie heeft gemaakt, is niet te herleiden welke vragen aan verzoekster zijn gesteld en wat zij hierop heeft geantwoord. Tijdens het gesprek op 23 november 2021 is aan verzoekster gemeld dat een wortelkanaalbehandeling een beletsel vormt voor toelating tot de verzekering AV Tand Optimaal. Na 1 januari 2022 is geen wortelkanaalbehandeling meer gedeclareerd. Wel is een uitgebreid parodontaal consult gedeclareerd op 22 maart van dat jaar, maar uit de telefoonnotities is niet te herleiden of het voor verzoekster duidelijk was dat het ging om alle te verwachten uitgebreide tandheelkundige behandelingen. Bovendien staat niet vast dat verzoekster in december 2021 reeds op de hoogte was van het bedoelde consult in maart 2022.

De commissie oordeelt - in lijn met artikel 7:928, zesde lid, BW - dat de ziektekostenverzekeraar, door zijn handelen, het risico heeft aanvaard dat door verzoekster van bepaalde feiten mogelijk geen mededeling is gedaan. Een eventuele schending van de mededelingsplicht kan hij haar dan ook niet tegenwerpen, tenzij sprake zou zijn van het opzet hem te misleiden. Dit laatste is echter niet aannemelijk gemaakt. Het beroep op artikel 2.4.3, sub b, onder het kopje "wat u verder moet weten" van de aanvullende ziektekostenverzekering, slaagt om die reden niet.

- 7.5. Het voorgaande leidt ertoe dat de aanvullende verzekering AV Tand Optimaal op 15 december 2021 ten onrechte eenzijdig werd beëindigd door de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster is daarom vanaf 1 januari 2022 verzekerd gebleven bij de ziektekostenverzekeraar op basis van deze verzekering. Het verschil in premie tussen de AV Tand Optimaal en de aanvullende ziektekostenverzekering (AV Tand Extra) dient verzoekster nog aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar aan haar het entreegeld van € 37,- te vergoeden.

Slotson

- 7.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

- 8.1. De commissie beslist dat:
- (i) verzoekster vanaf 1 januari 2022 verzekerd is gebleven op basis van de aanvullende verzekering AV Tand Optimaal; en
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 15 november 2022,

H.A.J. Kroon

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 ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

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

2.4 Begin en einde van de verzekering

2.4.1 Aanmelden

Ingangsdatum verzekering

De datum van ingang van de verzekering is de ingangsdatum van de basisverzekering bij De Friesland, als u de aanvullende verzekering tegelijkertijd met de basisverzekering afsluit. Deze ingangsdatum is vermeld op uw polisblad. Als u de aanvullende verzekering niet tegelijk met een basisverzekering afsluit of wanneer u geen basisverzekering bij De Friesland heeft, is de ingangsdatum:

- a. 1 januari van het jaar volgend op de dag waarop wij uw aanvraag voor een aanvullende verzekering hebben ontvangen, of;
- b. 1 januari van het lopende kalenderjaar wanneer wij uw aanmelding in de maand januari van het lopende kalenderjaar hebben ontvangen of;
- c. de datum waarop u 18 jaar wordt, wanneer u zich binnen twee maanden na deze datum voor de verzekering heeft aangemeld.

Let op!

Voor de vergoeding van de kosten van orthodontie in de aanvullende verzekeringen Extra en Optimaal kan een wachttijd gelden van een jaar.

Kind dezelfde aanvullende verzekering als de ouder

Is uw kind meeverzekerd op uw basisverzekering? En heeft u zelf een aanvullende verzekering bij ons? Dan kunt u een aanvullende verzekering voor uw kind afsluiten. U betaalt hiervoor voor kinderen jonger dan 18 jaar geen premie. Daarom kunt u voor kinderen jonger dan 18 jaar alleen een aanvullende verzekering afsluiten die gelijk is aan uw aanvullende verzekering of die van uw meeverzekerde partner.

Let op!

Is uw partner bij ons of bij een andere verzekeraar zelfstandig verzekerd voor de basisverzekering en aanvullende verzekeringen? Dan moet u zelf aangeven bij wie u uw kind(eren) meeverzekert.

Tandheelkundige selectie

Er vindt tandheelkundige selectie plaats als u zich aanmeldt voor een aanvullende verzekering Tand Optimaal. Dit geldt niet wanneer u zich binnen twee maanden na het bereiken van de achttienjarige leeftijd voor een aanvullende verzekering Tand Optimaal aanmeldt.

De Friesland beslist op basis van een volledig ingevuld en ondertekend vragenformulier en eventueel een keuringsrapport van de tandarts of de verzekering wordt aangegaan of wordt geweigerd. De kandidaat-verzekerde ontvangt hiervan schriftelijk bericht.

Wat u verder moet weten

- a. De verzekeringnemer kan de verzekeringsovereenkomst zonder opgave van reden binnen veertien dagen na ontvangst van het polisblad via Mijn De Friesland, per brief of telefonisch ongedaan maken. De verzekering wordt dan met terugwerkende kracht ontbonden.
- b. De Friesland kan inschrijving in de aanvullende verzekering weigeren als een verzekering eerder is beëindigd wegens wanbetaling of fraude zoals bedoeld in deze voorwaarden.
- c. Een combinatie van de aanvullende verzekeringen Instap, Opstap, Doorstap, Budget, Standaard, Extra en Optimaal is niet toegestaan. Een combinatie van een aanvullende verzekering Instap, Budget, Standaard, Extra of Optimaal met een aanvullende verzekering Frieso Compleet is niet toegestaan. Een combinatie van de aanvullende verzekeringen Tand Opstap, Tand Doorstap, Tand Standaard, Tand Extra en Tand Optimaal is niet toegestaan. Een combinatie van de aanvullende verzekeringen Tand Standaard, Tand Extra en Tand Optimaal met een aanvullende verzekering Frieso Compleet is niet toegestaan.
- d. Een aanvullende verzekering kan niet worden afgesloten op het moment dat er sprake is van premieschuld bij De Friesland Zorgverzekeraar NV en/of Achmea Zorgverzekeringen NV of wanneer u elders een basisverzekering heeft afgesloten en er sprake is van een premieschuld op deze basisverzekering.
- e. U ontvangt een polisblad in een door De Friesland vast te stellen vorm dat geldt als bewijs van de tussen u als verzekeringnemer en De Friesland gesloten verzekeringsovereenkomst.
- f. De verzekering wordt aangegaan voor onbepaalde tijd, met dien verstande dat deze tenminste voor de duur van één kalenderjaar moet worden aangegaan. Verzekeringen aangegaan in de loop van een kalenderjaar worden tenminste voor de resterende duur van dat jaar aangegaan.
- g. Voor het verwerken van uw persoonsgegevens is de Basisregistratie personen (BRP) bepalend.

2.4.2 Wijzigen aanvullende verzekering

U kunt als verzekeringnemer de aanvullende verzekering wijzigen per 1 januari. Wij moeten het verzoek tot wijziging uiterlijk 31 januari van het kalenderjaar waarop de wijziging betrekking heeft hebben ontvangen. In afwijking hiervan kunt u als verzekeringnemer de aanvullende verzekering wijzigen:

- a. in de periode als bedoeld in artikel [2.5](#), als wij de premie en/of voorwaarden herzien;
- b. per de datum waarop uw verzekerde achttien jaar wordt, als wij de wijziging ontvangen binnen twee maanden na de datum waarop uw verzekerde de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt.

Bij wijziging van de aanvullende verzekering Tand Standaard of Tand Extra naar de aanvullende verzekering Tand Optimaal geldt tandheeskundige selectie.

Let op!

Voor de verzekerde die in de loop van een kalenderjaar zwanger raakt en waarvan volgens berekening de bevalling in datzelfde kalenderjaar zal plaatsvinden, kan met terugwerkende kracht vanaf 1 januari van het lopende kalenderjaar de aanvullende verzekering worden gewijzigd:

- a. van AV Standaard naar AV Extra of AV Optimaal;
- b. van AV Extra naar AV Optimaal.

Dit geldt niet als u een Zelf Bewust Polis heeft.

Een verklaring van de verloskundige met daarin de vermoedelijke datum van bevalling is noodzakelijk.

Heeft u (verzekeringnemer) een lopende aanvullende verzekering gewijzigd? Dan tellen de door u ontvangen vergoedingen mee voor uw nieuwe aanvullende verzekering. Dit geldt voor zowel de termijnen van de zorganspraken als het bepalen van de (maximum)vergoeding. Daarnaast kan voor de vergoeding van kosten van orthodontie een wachttijd gelden van een jaar.

2.4.3 Beëindigen

U mag als verzekeringnemer uw aanvullende verzekering elk jaar uiterlijk op 31 december opzeggen. Als u tijdig opzegt eindigt uw aanvullende verzekering per 1 januari daaropvolgend. Zegt u de aanvullende verzekering niet op, dan verlengen wij deze stilzwijgend, steeds voor de duur van één jaar. Het opzeggen kan op de volgende manieren plaatsvinden:

- a. door gebruik te maken van de gezamenlijke overstapservice van de verzekeraars. Deze houdt in dat als u uiterlijk 31 december een aanvullende verzekering afsluit voor het daaropvolgende kalenderjaar, de nieuwe zorgverzekeraar namens u bij ons de aanvullende verzekering opzegt. Als u niet wilt dat de nieuwe verzekeraar namens u de aanvullende verzekering beëindigt, dient u dat aan te geven op het aanvraagformulier van uw nieuwe verzekering;
- b. door u als verzekeringnemer. U moet dan uiterlijk 31 december opzeggen. Opzeggen kan via Mijn De Friesland, per brief of telefonisch.

Wat u verder moet weten

- a. De Friesland beëindigt de aanvullende verzekering bij overlijden van de verzekerde met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum.
- b. De Friesland beëindigt de aanvullende verzekering zonder dat daartoe opzegging is vereist meteen als de verzekerde of de verzekeringnemer naar het oordeel van De Friesland schuldig nalatig is ten aanzien van het verstrekken van alle inlichtingen die voor een goede uitvoering van de verzekering nodig zijn.
- c. De Friesland beëindigt de aanvullende (tand)verzekering per de datum waarop de verzekerde is ingeschreven in de aanvullende verzekering Frieso Compleet.
- d. De Friesland beëindigt de aanvullende verzekeringen Tand Opstap, Tand Doorstap, Tand Standaard, Tand Extra en Tand Optimaal per de eerste van de maand volgend op die waarin u (verzekeringnemer) de verzekering opzegt wegens verblijf van de verzekerde in een Wlz-instelling met een indicatie voor behandeling.
- e. Als wij vanwege voor ons van belang zijnde redenen een of meer aanvullende verzekeringen niet langer aanbieden, mogen wij eenzijdig deze aanvullende verzekering(en) beëindigen per de datum waarop wij deze uit de markt halen.

2.5 Herziening van premie of voorwaarden

De Friesland heeft het recht de voorwaarden van de verzekering en de premies te herzien. De Friesland deelt deze voorgenomen herziening mee aan de verzekeringnemer. Tussen de ingangsdatum van de herziening en de aankondiging hiervan zitten tenminste zes weken. Bij een wijziging van de verzekeringsvoorwaarden ten nadele van de verzekerde, of bij een verhoging van de premie, kan de verzekeringnemer gedurende zes weken nadat de wijziging hem is meegedeeld de verzekering opzeggen.

Let op!

U kunt als verzekeringnemer niet opzeggen als de wijziging een direct gevolg is van door de overheid dwingend opgelegde regelgeving, ook als de wijzigingen in het nadeel van de verzekerde of de verzekeringnemer zijn.

De opzegging in verband met de herziening van de verzekeringsvoorwaarden en premie, gaat in op de ingangsdatum van deze herziening. Heeft De Friesland binnen zes weken na bekendmaking geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen, dan wordt de verzekering voortgezet onder de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

Aanvullende verzekering	Dekking
AV Instap	geen dekking
AV Opstap	geen dekking
AV Doorstap	geen dekking
AV Budget	geen dekking
AV Standaard	geen dekking
AV Extra	Maximaal € 100,- per twee kalenderjaren
AV Optimaal	Maximaal € 100,- per twee kalenderjaren

3.28 Tandheelkundige zorg

Wie mag de zorg genoemd onder artikel [3.28.1](#) t/m [3.28.3](#) verlenen

Alle tandheelkundige verrichtingen dienen te worden uitgevoerd door een tandarts-algemeen practicus, mondhygiënist, orthodontist, kaakchirurg of (voor zover bevoegd) een tandprotheticus. Wij vergoeden geen zorg verleend door een tandtechnicus.

Een tandarts staat als zodanig geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de wet BIG.

Een mondhygiënist is opgeleid zoals bedoeld in het 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut'. Een orthodontist is ingeschreven in het specialistenregister voor dentomaxillaire orthopedie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

Een kaakchirurg staat ingeschreven in het Register voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT).

Een tandprotheticus is in Nederland gevestigd en voldoet aan de eisen van het Besluit 'Opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus'.

3.28.1 Kronen en bruggen voor verzekerden jonger dan achttien jaar

Inhoud zorg

Verzekerden jonger dan achttien jaar hebben, na voorafgaande schriftelijke toestemming van De Friesland, recht op vergoeding van alle noodzakelijke zorg in verband met het plaatsen van kroon- en brugwerk (R-codes) zoals genoemd in de geldende beleidsregel Tandheelkundige zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), inclusief techniekkosten. Voorwaarde hiervoor is dat het plaatsen van kroon- en/of brugwerk een gevolg is van:

- een fractuur van een of meer frontelementen;
- een ernstige verkleuring van de frontelementen;
- een wortelkanaalbehandeling in een zwaar gerestaureerd element.

Verder kan in bijzondere gevallen, ter beoordeling van de adviserend tandarts van De Friesland, een vergoeding worden toegekend. Met adviserend tandarts bedoelen wij de tandarts die De Friesland adviseert over toelating tot de verzekering en de medische/tandheelkundige noodzaak van de behandeling.

Uitsluitingen

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

Aanvullende verzekering	Dekking
AV Instap	geen dekking
AV Opstap	geen dekking
AV Doorstap	geen dekking
AV Budget	geen dekking
AV Standaard	geen dekking
AV Extra	Volledige vergoeding
AV Optimaal	Volledige vergoeding

3.28.2 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).

Uitsluitingen

- Orthodontische behandelingen die volgens onze tandheelkundig adviseur onnodig kostbaar, onnodig gecompliceerd of tandheelkundig ondoelmatig zijn.
- De kosten van reparatie of vervanging bij beschadiging of verlies van bestaande orthodontische voorzieningen door uw eigen schuld of nalatigheid (code F811A).
- 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) of keramische brackets. U heeft wel recht op vergoeding van doorzichtige beugels (categorie 7), bijv. Invisalign.

Wachttijd orthodontie

Voor de vergoeding van de kosten van orthodontie geldt een wachttijd van een jaar. Dit betekent dat u gedurende de wachttijd premie betaalt, maar nog geen vergoeding krijgt voor de kosten van orthodontie. De wachttijd geldt als u een aanvullende verzekering Extra of Optimaal afsluit en deze in heel 2021 niet had afgesloten. Uw wachttijd geldt ook als u overstapt van één van de andere zorgverzekeraars van Achmea. Er geldt geen wachttijd wanneer u aansluitend aan het beëindigen van de aanvullende verzekering Frieso Compleet een aanvullende verzekering Extra of Optimaal afsluit of wanneer u aansluitend aan het beëindigen van de AV Optimaal een AV Extra afsluit.

Wie mag deze zorg verlenen

Een orthodontist of een tandarts-algemeen practicus.

Aanvullende verzekering	Dekking
AV Instap	geen dekking
AV Opstap	geen dekking
AV Doorstap	geen dekking
AV Budget	geen dekking
AV Standaard	geen dekking
AV Extra	Maximaal € 1.250,- tijdens de gehele verzekeringsduur
AV Optimaal	Maximaal € 1.750,- tijdens de gehele verzekeringsduur

Let op!

- a. Een eventuele volgende, hernieuwde behandeling, komt niet voor vergoeding in aanmerking.
- b. Botankers geplaatst door een kaakchirurg vallen ook onder dit artikel.

3.28.3 Tandongevallenregeling

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 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

- a. De kosten van esthetische, onnodig kostbare of ondoelmatige voorzieningen en behandelingen.
- b. De kosten van behandelingen die direct of indirect het gevolg zijn van:
 - ziekte of een ziekelijke afwijking van de verzekerde;
 - grove schuld of opzet van de verzekerde;
 - het gebruik van alcohol en/of verdovende middelen door verzekerde;
 - deelname door verzekerde aan een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging.

Wie mag deze zorg verlenen

Een tandarts, tandprotheticus, orthodontist of kaakchirurg. Een autotransplantaat (het verplaatsen van een eigen tand of kies naar de plaats van een ontbrekende tand of kies) moet geplaatst worden door een door de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie (NVvP) erkende tandarts-parodontoloog of een door de Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie (NVOI) erkende tandarts-implantoloog.

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.