

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, en CZ Zorgverzekeringen N.V.
en OWM CZ Groep U.A. beide te Tilburg.

Zaak : Aanvullende ziektekostenverzekering, mondzorg na ongeval, nuttigen
van drank, onduidelijk beding

Regelgeving : Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2022, artikel 6:238
BW

Zaaknummer : 202202083

Zittingsdatum : 22 maart 2023

1. Partijen

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

en

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij klachtenformulier van 7 december 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 15 december 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 13 februari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 14 februari 2023 aan verzoeker 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. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 2 maart 2023 respectievelijk 5 maart 2023 verklaard niet te willen worden gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorgkeuzepolis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen CZ 50+ en CZ Tandarts Collectief (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Op 17 april 2022 is verzoeker gevallen in zijn woning. Door de val heeft hij letsel opgelopen dat bestond uit onder meer het losraken van twee tanden. De behandelend tandarts heeft op 24 mei 2022 namens verzoeker een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor een tandheelkundige behandeling, bestaande uit onder meer wortelkanaalbehandelingen, het plaatsen van kronen en een brugtussendeel.
- 3.3. Bij brief van 15 juni 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 11 oktober 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft. Dit heeft de ziektekostenverzekeraar op 12 oktober 2022 schriftelijk bevestigd.

4. Standpunt verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de tandheelkundige behandeling ten gevolge van het ongeval, te weten een bedrag van € 2.428,54, moet vergoeden op grond van de ongevallendeckking van de aanvullende ziektekostenverzekering (maximaal € 10.000,-).
- 4.2. Verzoeker heeft hiertoe aangevoerd dat de aanvraag ten onrechte is afgewezen. In de eerste plaats geldt dat hij niet 'te veel' heeft gedronken op de avond van het ongeval. Dit blijkt ook niet uit de aanvraag en het rapport van de huisartsenpost. Het betreffende rapport is opgesteld aan de hand van de informatie die verzoeker zelf aan de assistente van de huisartsenpost heeft verstrekt. Verzoeker heeft aan haar meegedeeld dat hij "wel wat had gedronken", omdat hij drie glazen wijn had genuttigd. De assistente heeft vervolgens in het rapport opgenomen dat verzoeker "wel te veel" had gedronken. Verzoeker drinkt bijna dagelijks en ondervindt hiervan geen nadelige invloed. Het rapport van de huisartsenpost toont volgens verzoeker ook niet aan dat het ongeval of de tandheelkundige behandeling het gevolg zijn van het nuttigen van te veel alcohol.
Overigens heeft de behandelend cardioloog van verzoeker verklaard dat de val is veroorzaakt door een flauwte die door zuurstoftekort in de hersenen kan zijn ontstaan. Dit is meestal een gevolg van een combinatie van een lage bloeddruk en te snel opstaan.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij de afwijzing een onjuiste uitleg gegeven aan het bepaalde in artikel D.8.6. van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. In de betreffende bepaling is opgenomen dat de ziektekostenverzekeraar de tandheelkundige kosten niet vergoedt als deze kosten het gevolg zijn van het nuttigen van voedsel of drank. Volgens verzoeker staat in deze bepaling niet dat, althans is onduidelijk of, deze bepaling inhoudt dat de tandheelkundige kosten niet worden vergoed als iemand een ongeval heeft gehad terwijl hij alcohol heeft genuttigd of door het nuttigen van alcohol een ongeval heeft gehad. Zelfs in het geval dat verzoeker teveel alcohol zou hebben genuttigd of zou zijn gevallen door het nuttigen van alcohol - waarvan volgens verzoeker geen sprake is geweest - is de uitsluiting niet van toepassing. Vanwege de onduidelijkheid dient de bepaling op grond van artikel 6:238 BW op de voor verzoeker gunstigste wijze te worden uitgelegd. Dit houdt volgens verzoeker in dat schade bij een ongeval na het nuttigen van alcohol niet is uitgesloten.
- 4.4. Er is voorts geen sprake van eigen schuld of roekeloosheid van verzoeker als bedoeld in artikel C.10 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Het feit dat hij op de avond van het ongeval drie glazen heeft genuttigd in zijn woning kan niet tot die conclusie leiden. Verzoeker drinkt bijna dagelijks drie glazen alcohol en ondervindt hier geen nadelige invloed van.
- 4.5. Tot slot kan verzoeker niet worden tegengeworpen dat hij niet in het bezit was van een akkoordverklaring voorafgaand aan de behandeling. De tandheelkundige behandeling is niet vóór de aanvraag uitgevoerd. Pas na ontvangst van de afwijzing van de ziektekostenverzekeraar is aan de tandarts opdracht gegeven de behandeling uit te voeren. Verzoeker is ook pas na de afwijzing behandeld.

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 is opgenomen dat de ziektekostenverzekeraar geen tandheelkundige kosten vergoedt die ontstaan zijn door het nuttigen van voedsel en of drank. Uit het verslag van de huisartsenpost blijkt dat verzoeker te veel alcohol had gedronken. Ook de behandelend tandarts is van oordeel dat het gaat om kosten als gevolg van het nuttigen van voedsel of drank, dan wel kosten als gevolg van het gebruik van verdovende middelen. Dit heeft de behandelend tandarts vermeld op de digitale aanvraag. Het is voor de adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar moeilijk om achteraf de grens te bepalen wanneer er wel of niet

te veel alcohol is genuttigd. De ziektekostenverzekeraar mag uitgaan van de juistheid van de informatie in het verslag van de huisartsenpost en de aanvraag van de behandelend tandarts.

- 5.2. Daarnaast komen tandheelkundige kosten die zijn ontstaan door ongevallen door eigen schuld of roekeloosheid, al dan niet met opzet, op grond van artikel C.10 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering niet voor vergoeding in aanmerking.
- 5.3. Ook is het voor de ziektekostenverzekeraar niet meer mogelijk om te beoordelen of de aangevraagde behandeling doelmatig was. Dit komt omdat de behandeling al is uitgevoerd zonder voorafgaande akkoordverklaring. De ziektekostenverzekeraar heeft nooit de behandelhistorie ontvangen van de huistandarts.
- 5.4. Tot slot is de aangevraagde zorg geen herstel naar de situatie van vóór het ongeval, zoals bedoeld in artikel C.12.1 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. De adviserend tandarts heeft aangegeven dat de gekozen behandeloptie te uitgebreid is. De schade in de mond van verzoeker had met een minder ingrijpende behandeling kunnen worden hersteld. Door de aangevraagde behandeling zal hij in een betere positie komen te verkeren dan die waarin hij zich bevond voorafgaand aan het ongeval. De zorg heeft inmiddels plaatsgevonden, zonder de vereiste akkoordverklaring vooraf, en de behandeling kan achteraf niet meer worden bijgestuurd.

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 verzekeringsvoorwaarden en het relevante artikel uit het Burgerlijk Wetboek (BW) zijn opgenomen in de bijlage van dit bindend advies. Deze bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Uit het 'Vergoedingen Overzicht' behorende bij de aanvullende ziektekostenverzekering blijkt dat verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van mondzorg na een ongeval tot een bedrag van € 10.000,- per ongeval. In artikel D.8.6. van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is opgenomen wanneer aanspraak kan worden gemaakt op deze vergoeding.
- 7.3. In genoemd artikel D.8.6. is een uitsluiting opgenomen voor de kosten van mondzorg die het gevolg zijn van het nuttigen van voedsel of drank. Volgens de ziektekostenverzekeraar is dit in de situatie van verzoeker aan de orde. Verzoeker heeft weliswaar erkend dat hij drie glazen wijn had gedronken, maar zijns inziens is onduidelijk of onder deze bepaling tevens moet worden verstaan dat de kosten van mondzorg niet worden vergoed indien een verzekerde een ongeval heeft terwijl hij alcohol heeft genuttigd of ten gevolge van het nuttigen van alcohol een ongeval heeft gehad. Hij meent dat de, voor hem gunstigste uitleg van het artikel, moet worden gevolgd en dat schade bij een ongeval na het nuttigen van drank niet is uitgesloten. Hierbij heeft hij opgemerkt dat een zodanige wijnconsumptie gewoonlijk geen nadelige invloed heeft op zijn functioneren. Verzoeker doet hiermee een beroep op de zogenoemde contra-proferentemregel van artikel 6:238, tweede lid, BW.

- 7.4. Hetgeen verzoeker heeft aangevoerd met betrekking tot de onduidelijkheid van de uitsluiting van artikel D.8.6. van de voorwaarden, treft geen doel. Uit de redactie van de bepaling blijkt voldoende duidelijk dat de kosten van mondzorg die het gevolg zijn van het nuttigen van drank niet worden vergoed door de ziektekostenverzekeraar. De bepaling omvat hiermee zowel de situatie dat schade aan het gebit is ontstaan door het drinken zelf of door hetgeen is gedronken, als de situatie waarin het ongeval hiervan het indirecte gevolg is, met name als de verzekerde een ongeval krijgt ná het innemen van (alcoholische) consumpties. Voor de door verzoeker voorgestane - beperkte - uitleg van het artikel bestaat geen aanleiding.
- 7.5. Het staat vast dat verzoeker op de avond van het ongeval alcohol heeft genuttigd. Verzoeker heeft een rapport van de huisartsenpost overgelegd waarin staat dat hij toen "wel te veel" had gedronken. Verzoeker heeft aangevoerd dat dit een onjuiste interpretatie is van de assistente van de huisartsenpost. Daarbij kan de val, volgens zijn cardioloog, ook een andere oorzaak hebben. Ook uit de digitale aanvraag van de behandelend tandarts van 24 mei 2022 blijkt dat de kosten het gevolg zijn van het nuttigen van voedsel of drank, dan wel het gevolg van gebruik van alcohol of verdovende middelen. Gelet op het rapport van de huisartsenpost, de informatie bij de aanvraag van de behandelend tandarts, en de stellingname door de ziektekostenverzekeraar, moet voorshands worden aangenomen dat het nuttigen van (alcoholische) drank de oorzaak is geweest van de val, waardoor de schade aan het gebit is ontstaan. Voor zover verzoeker stelt dat een andere - niet in het rapport genoemde - oorzaak bestond, is het aan hem dit aannemelijk te maken. Hoewel verzoeker expliciet is gevraagd om een schriftelijke verklaring van zijn cardioloog waaruit blijkt dat hij is flauwgevallen door een zuurstoftekort in zijn hersenen, heeft verzoeker een dergelijke verklaring niet overgelegd en evenmin anderszins aannemelijk gemaakt dat sprake is geweest van een ander oorzaak voor de val.
- 7.6. Gelet op hetgeen hiervoor is overwogen met betrekking tot de uitsluiting, genoemd in artikel D.8.6. van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering wordt niet toegekomen aan beantwoording van de vraag of sprake is van eigen schuld en/of roekeloosheid als bedoeld in artikel C.10, én kan in het midden blijven of een akkoordverklaring nodig was voorafgaand aan de behandeling.

Slotsom

- 7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
8. **Bindend advies**
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 5 april 2023,

A.I.M. van Mierlo

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. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 238

1. Bij een overeenkomst als bedoeld in de artikelen 236 en 237, kan jegens de wederpartij geen beroep worden gedaan
 - a. op het feit dat de overeenkomst in naam van een derde is gesloten, indien dit beroep berust op het enkele feit dat een beding van deze strekking in de algemene voorwaarden voorkomt;
 - b. op het feit dat de algemene voorwaarden beperkingen bevatten van de bevoegdheid van een gevolmachtigde van de gebruiker, die zo ongebruikelijk zijn dat de wederpartij ze zonder het beding niet behoefde te verwachten, tenzij zij ze kende.
2. Bij een overeenkomst als bedoeld in de artikelen 236 en 237 moeten de bedingen duidelijk en begrijpelijk zijn opgesteld. Bij twijfel over de betekenis van een beding, prevaleert de voor de wederpartij gunstigste uitleg.

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 hebt 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;
 - 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. Tandartsvergoeding meenemen

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

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Met uw aanvullende verzekering neemt u 100% tot maximaal € 250,- van uw ongebruikte dekking voor tandartskosten mee naar een volgend polisjaar.

Let op!

- De meegenomen vergoeding die niet is gebruikt, vervalt het jaar daarop.
- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- Om gebruik te kunnen maken van de meegenomen vergoeding moet u dit polisjaar en volgend polisjaar een aanvullende verzekering hebben waarin vergoeding voor tandartskosten is opgenomen;

"woonland" kan bij verblijf in de Caraïben, als de benodigde zorg niet voorhanden is, uitgeweken worden naar de Verenigde Staten; deze zorg wordt dan beschouwd als zorg in uw woonland.

C.11.6.2. Medicijnen

In aanvulling op artikel B.15.1. vergoedt uw verzekering ook (het verstrekken en adviseren over) medicijnen die in het land waar u woont, erkend en afgeleverd zijn. Het gaat om medicijnen die naar hun aard onder de basisverzekering in Nederland vallen, maar niet in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) zijn opgenomen.

Hieronder vallen ook:

- Rijksvaccinaties en bijbehorende consulten voor kinderen waar zij ook aanspraak op zouden hebben gehad als zij in Nederland zouden wonen;
- Rijksvaccinaties en bijbehorende consulten voor risicogroepen (bijvoorbeeld de griepvaccinatie) waar u ook aanspraak op zou hebben gehad als u in Nederland zou wonen.

Wij vergoeden niet:

- Medicijnen, middelen en vaccinaties die in een andere basisverzekering of aanvullende verzekering zijn opgenomen;
- Medicijnen waarvoor in Nederland geen voorschrift van een arts nodig is.

C.12. Ongevallen zorg

C.12.1. Algemeen

Wat we verstaan onder een "ongeval", staat in artikel A.1.

Er is sprake van "ongevallen zorg" als:

- sprake is van zorg die als "ongevallen zorg" in uw particuliere ziektekostenverzekering en/of aanvullende verzekering als verzekerde zorg is opgenomen; en
- voor zover uw particuliere ziektekostenverzekering en/of aanvullende verzekering vergoeding bevat van (kosten voor) ongevallen zorg. Dat kunt u op uw vergoedingenoverzicht zien; en
- deze zorg noodzakelijk is naar de normen van de beroepsgroep van de betreffende zorgverleners; en
- deze zorg plaatsvindt als direct gevolg van een ongeval; en
- deze zorg niet spoedeisend is; en
- voor zover en zolang die zorg nodig is om uw

medische gesteldheid of tandheelkundige toestand te herstellen in de status direct voorafgaande aan het ongeval. Is volledig herstel niet mogelijk, dan omvat ongevallen zorg die zorg, waardoor naar de stand van wetenschap en praktijk dit herstel redelijkerwijs benaderd wordt. We vergoeden niet de zorg die nodig is door gebrek aan onderhoud of verzorging van uw gebit of andere lichaamsdelen, of de zorg voor een lichaamsfunctie, conditie, tanden of lichaamsdelen die al ontbraken op het moment van het ongeval.

C.12.2. Buitenland

Wij vergoeden niet de kosten van ongevallen zorg, als die zorg buiten Nederland (of als u niet in Nederland woont: buiten uw woonland) wordt geleverd.

C.12.3. Meer verzekeringen

Als u bij ons 2 of meer verzekeringen hebt gesloten die ieder afzonderlijk dezelfde ongevallen zorg vergoeden, dan wordt alleen de vergoeding gegeven volgens de verzekering met de hoogste vergoeding voor ongevallen zorg. Hebben beide verzekeringen een even hoge vergoeding dan ontvangt u de vergoeding uit 1 van die verzekeringen.

C.12.4. Voorwaarden voor vergoeding

U bent verzekerd voor een bepaalde vorm van ongevallen zorg:

- als het ongeval heeft plaatsgevonden op het moment dat u bij ons verzekerd was voor die betreffende vorm van ongevallen zorg; en
- vanaf het moment dat wij van u of van een zorgverlener namens u de melding of een verklaring hebben ontvangen:
 - dat er sprake is van een ongeval;
 - het moment waarop het ongeval heeft plaatsgevonden; en
 - dat de betreffende vorm van zorg noodzakelijk is als direct gevolg van een ongeval.Deze melding moet zo spoedig mogelijk plaatsvinden; uiterlijk voordat de behandeling ongevallen zorg start; of
- als u over een politierapportage (procesverbaal) beschikt waaruit de datum en de toedracht van het ongeval blijken, stuurt u die naar ons.

C.13. Vervallen

verzekerde een maximumbedrag. Ook dan tellen de vergoedingen mee die u in eerdere jaren of periodes van ons heeft gekregen. Dit geldt ook als u tussentijds ergens anders verzekerd bent geweest.

Eerder toegekende vergoedingen blijven ook meetellen als wij in uw aanvullende verzekering het aantal behandelingen en/of het bedrag van de vergoeding(en) wijzigen.

Let op!

Dit artikel geldt niet voor de vergoeding van orthodontie uit artikel D.8.5.

C.9.3. Doorlopende vergoedingen

De volksverzekeringen en de sociale verzekeringen zoals de Wlz (voorheen AWBZ), Jeugdwet en Wmo) en uw zorgverzekering vergoeden niet alle zorg (volledig). De zorg die u niet vergoed krijgt, kan onder voorwaarden onder de vergoeding van uw aanvullende verzekering vallen. Dat geldt:

- als de kosten betrekking hebben op behandelingen die zijn opgenomen in uw zorgverzekering, de volksverzekeringen of de sociale verzekeringen; en
- als de zorg gedeeltelijk vergoed wordt uit de volksverzekeringen en de sociale verzekeringen of uw zorgverzekering; en
- als de vergoeding is opgenomen in uw aanvullende verzekering; en
- als u voldoet aan de voorwaarden die vermeld staan bij de betreffende behandelingen in deze Verzekeringsvoorwaarden Aanvullende Verzekeringen; en
- als wij een originele schriftelijke verklaring van de uitvoeringsorganen van de betreffende volksverzekeringen en de sociale verzekeringen of de (zorg)verzekeraar van de zorgverzekering hebben ontvangen. In die verklaring staat dat de rekening die u voor een aanvullende vergoeding bij ons indient, daar al is ingediend en afgehandeld. Deze verklaring bevat ook informatie over de wijze van afhandeling. Ook wordt de reden van het niet vergoeden genoemd.

C.10. Algemene uitsluitingen

C.10.1. Bestaande ziekte bij aanvraag

Bij de aanmelding kunnen wij u vragen naar ziekten, aandoeningen of afwijkingen. Als u hierover informatie achterhoudt of verzwijgt, vergoeden wij geen zorg die te maken heeft met een ziekte, aandoening of afwijking die al bij u bekend was of al klachten veroorzaakte toen u uw (aanvullende)

verzekering hebt aangevraagd. Zorg die niet te maken heeft met de verzwegen ziekte of afwijking, vergoeden wij wel, als daarvoor een dekking in uw verzekering is opgenomen.

C.10.2. Andere regeling of verzekering

De volgende kosten van zorg vergoeden wij niet:

- Kosten die u - als uw aanvullende verzekering niet zou hebben bestaan - vergoed zou kunnen krijgen of een behandeling waarop u recht zou hebben op grond van:
 - een (Nederlandse of buitenlandse) volksverzekering, sociale verzekeringswet of een andere wettelijke regeling, zoals de Zorgverzekeringswet, Jeugdwet, Wlz en Wmo; of
 - een (Nederlandse of buitenlandse) regeling vanuit de overheid of een subsidieregeling zoals Rijksvaccinatieprogramma's; of
 - een EU-Verordening, het EU-Verdrag, het EER-Verdrag of een door Nederland gesloten bilateraal sociaal zekerheidsverdrag; of
 - een andere overeenkomst (ongeacht of die eerder of later is afgesloten dan uw aanvullende verzekering).
- Kosten:
 - die te maken hebben met een spoedeisende behandeling in het buitenland; en
 - die een (reis)verzekeraar bij ons declareert als u daar een afzonderlijke (reis)verzekering hebt gesloten; en
 - die als u bij ons geen verzekering had gesloten, vallen onder de dekking van die afzonderlijk gesloten (reis)verzekering (inclusief een dekking voor medische kosten in het buitenland) of die op andere gronden door de (reis)verzekeraar zijn betaald of voorgeschoten; en
 - die deze (reis)verzekeraar heeft uitgesloten als u een (aanvullende) zorgverzekering hebt.

Deze (reis)verzekeraar heeft niet het Convenant Samenloop ondertekend dat de verdeling van kosten regelt die aan verzekerden zijn vergoed. Het is niet van belang of de afzonderlijk gesloten (reis)verzekering eerder of later is ingegaan dan uw verzekering bij ons; uw verzekering bij ons bestaat namelijk niet voor vergoeding van een spoedeisende behandeling in het buitenland die valt onder de afzonderlijke (reis)verzekering. Onze verzekering dient als excedentverzekering: dat wil zeggen dat wij alleen dan kosten vergoeden als die uitstijgen boven de dekking van die afzonderlijk gesloten (reis)verzekering.

- Kosten van zorg, die u mogelijk ook vergoed zou kunnen krijgen op grond van een andere

regeling of verzekering maar waarbij u de naam van de verzekeraar waar het om gaat niet aan ons hebt genoemd.

C.10.3. Eigen bijdrage, eigen risico en verlaagd tarief

De volgende kosten vergoeden wij niet, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden of op het voor u geldende vergoedingenoverzicht uitdrukkelijk staat dat wij deze kosten wel vergoeden:

- de (wettelijke) eigen bijdragen die u moet betalen volgens de Jeugdwet, Wlz en Wmo of de Zorgverzekeringswet;
- kosten die verrekend zijn met het vrijwillig gekozen of verplicht eigen risico van de zorgverzekering;
- kosten van verzekerde zorg die voor uw rekening blijven, omdat deze zorg is gedeclareerd tegen een hoger tarief dan waarvoor uw verzekering vergoeding geeft. Zie voor deze tarieven artikel A.20.;
- kosten van behandelingen die te maken hebben met psychoanalyse;
- kosten van behandelingen van plastisch chirurgische aard.

Gaat u voor zorg die verzekerd is in natura naar een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan passen we bij de vergoeding een verlaagd tarief toe. Dat doen we bij een Zorgverzekering Natura, Zorgverzekering Natura Select en de zorg in natura in een Zorgverzekering Combinatie of aanvullende verzekering. Zie daarvoor de artikelen A.20.1. en A.20.2. Kosten die door toepassing van het verlaagde tarief voor uw rekening zijn, vergoeden wij in geen enkel geval.

C.10.4. Eigen toedoen, schuld, misdrijf, overtreding of fraude

Wij vergoeden niet de (kosten van) behandelingen die nodig zijn als gevolg van uw schuld, uw roekeloosheid of uw opzet. Van uw schuld, roekeloosheid of opzet is in ieder geval sprake als u een aandoening, ziekte of letsel oploopt:

- door besturing van een voertuig, vaartuig of luchtvaartuig (vliegtuig, helikopter, parachute, luchtballon en deltavlieger daaronder begrepen) terwijl niet is voldaan aan de wettelijke eisen;
- door deelname aan races of snelheidswedstrijden door middel van een hiervoor genoemd voer-, vaar- of luchtvaartuig;
- tengevolge van sport, waaraan u als beroepssporter deelneemt;
- doordat u hebt deelgenomen aan een vechtpartij of geweldpleging;

- doordat u vrijwillig aan feitelijke gewapende handelingen in een buitenlandse / vreemde krijgsmacht deelneemt, behalve wanneer u uitsluitend als hulpverlener humanitaire hulp of zorg verleent of uitsluitend medische handelingen verricht;
- doordat u niet meewerkt aan uw genezingsproces of dat tegenwerkt.
- door te reizen naar en/of te verblijven in het buitenland waarbij voor vertrek een negatief reisadvies is afgegeven door de overheid. De uitsluiting geldt als:
 - het negatief reisadvies de kwalificatie heeft:
 - alleen voor noodzakelijke reizen (code oranje);
 - niet reizen (code rood).
 - het negatief reisadvies is afgegeven vanwege:
 - (dreigende) oorlogssituatie, oproer of andere soortgelijke onlusten waarbij een bedreigende situatie kan ontstaan;
 - de dreiging van besmettelijke ziekteverwekkers zoals virussen, bacteriën, schimmels of andere vormen of combinaties daarvan.
 - de behandeling of verleende zorg een oorzakelijk verband heeft met het negatief reisadvies waarvoor dit is afgegeven.

Redding en zelfverdediging

Als uw kosten zijn ontstaan door rechtmatige zelfverdediging, door redden van uzelf, andere personen of dieren, zijn deze voornoemde uitsluitingen niet van toepassing. Als u spullen van uzelf of anderen redt, zijn deze uitsluitingen ook niet van toepassing, als deze redding de handeling of het gedrag genoemd in de uitsluiting redelijkerwijs rechtvaardigt of berust op een wettelijke zorgplicht.

Misdrijf, overtreding en fraude

Wij vergoeden ook niet de kosten door misdrijf, overtreding of fraude. Dit zijn kosten die te maken hebben met of die het gevolg zijn van (mede) plegen van, van medeplichtig zijn aan, van een poging tot, of van een ongeval tijdens een misdrijf, overtreding of fraude. Deze voorwaarde is niet alleen van toepassing als u zelf een misdrijf, overtreding of fraude pleegt, maar ook als iemand dit doet die belang heeft bij de vergoeding of de verzekeringsovereenkomst (bijvoorbeeld een zorgverlener).

Fraude kan ook tot gevolg hebben dat wij:

- aangifte doen bij de politie;
- de verzekeringsovereenkomst(en) beëindigen;
- een registratie doen in de signaleringssystemen die verzekeraars gebruiken;
- een uitgekeerde vergoeding en gemaakte (on-

derzoeks-)kosten terugvorderen.

C.11. Afwijkende voorwaarden

Voor uw aanvullende verzekering kunnen voorwaarden gelden die afwijken van de verzekeringsvoorwaarden die hiervoor zijn beschreven of die de verzekeringsvoorwaarden aanvullen. Deze afwijkende voorwaarden kunnen ook gelden voor uw particuliere ziektekostenverzekering. Op uw Vergoedingen Overzicht staat of één van de volgende afwijkende of aanvullende voorwaarden voor u geldt.

C.11.1. Particuliere ziektekostenverzekering

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of een Afwijkende Voorwaarde voor u geldt.

C.11.1.1. Omschrijving

Een particuliere ziektekostenverzekering kunt u alleen afsluiten als u geen plicht hebt zich te verzekeren volgens de Zorgverzekeringswet.

Voor zorg in uw woonland of daarbuiten (niet Nederland) bij een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten, geldt dat de zorgverlener moet voldoen aan de eisen, wetten en regels die in dat land worden gesteld. Voor de overige voorwaarden wordt getoetst of deze indien mogelijk voldoen aan de voorwaarden die bij het betreffende artikel van de zorg horen. Daar waar dit niet mogelijk is, wordt uitgegaan van wat gebruikelijk is in het betreffende land.

C.11.1.2. Einde particuliere ziektekostenverzekering

Als u zich verplicht moet verzekeren volgens de Zorgverzekeringswet, meldt u dat aan ons en eindigt uw particuliere ziektekostenverzekering.

C.11.1.3. Eigen risico

Voor u is artikel A.12.9. Gespreide betaling niet van toepassing.

C.11.1.4. Tarief voor rekeningen uit uw woonland

- Voor zorg uit uw basisverzekering geldt dat als u in het buitenland woont, wij bij de vergoeding van rekeningen uit uw woonland het marktconforme tarief hanteren dat daar geldt. Dat is het tarief dat in de marktomstandigheden van uw woonland in redelijkheid passend is.
- Voor zorg uit uw basisverzekering of particuliere ziektekostenverzekering geldt dat als de

marktconforme tarieven in uw woonland voor vergelijkbare zorg afwijken van de marktconforme tarieven in Nederland, wij de kosten van verzekerde zorg vergoeden tot het hoogste van de 2 tarieven, maar nooit meer dan het gedeclareerde tarief.

- Voor zorg uit uw aanvullende verzekering geldt dat als u een aanvullende verzekering hebt die voor bepaalde zorg een maximum bedrag vergoedt, op grond van dit artikel dat maximum bedrag van vergoeding verdubbeld wordt. Maar we vergoeden nooit meer dan het bedrag dat op de nota staat.

Toelichting 1 bij a. en b.

U heeft fysiotherapie in uw woonland Maleisië. U ontvangt voor een behandeling daar een rekening van omgerekend € 36,-. In Nederland kost zo'n behandeling fysiotherapie € 28,50. Wij vergoeden u dan € 36,-.

Toelichting 2 bij a. en b.

Stel, u woont in Griekenland en u hebt daar fysiotherapie die bestaat uit 5 behandelingen. Gemiddeld wordt daar € 22,- gevraagd voor een behandeling, terwijl in Nederland een behandeling € 28,50 kost. U ontvangt een rekening van € 120,- voor die 5 behandelingen. Dat is € 24,- per behandeling. Wij vergoeden u dan de gehele rekening, € 120,-.

Toelichting 3 bij c.

U heeft 6 behandelingen alternatieve zorg in uw woonland Maleisië. U ontvangt een rekening van € 70,- per zitting, in totaal € 420,-. U hebt een aanvullende verzekering die per zitting maximaal € 30,- vergoedt en per jaar maximaal € 250,-. Uw vergoeding wordt dan per zitting verdubbeld: € 60,- (namelijk 2 x € 30,-). U moet per zitting zelf € 10,- betalen (namelijk € 70,- minus € 60,-). Voor 6 behandelingen wordt de vergoeding € 360,- (namelijk 6 x € 60,-) want de maximum vergoeding per jaar wordt ook verdubbeld tot € 500,-.

C.11.1.5.

VERVALLEN.

C.11.1.6. Premie particuliere ziektekostenverzekering

Wanneer u verhuist naar een ander land, meldt u dat aan ons. Het is mogelijk dat voor uw particuliere ziektekostenverzekering een andere premie gaat gelden.