

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. H.A.J. Kroon, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. B.L.A. van Drunen)

Zaaknummer: 202400315

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C. te D,

en

Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. te Leiden, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoekster heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de gehele aanvraag voor tandheelkundige hulp na een ongeval goed te keuren. Verzoekster stelt dat zij voldoet aan de voorwaarden van artikel 13.3 van de aanvullende ziektekostenverzekering. In dit artikel is niet beschreven dat de kosten van een implantaat niet worden vergoed. Voor zover verzoekster dit uit de verzekeringsvoorwaarden had moeten opmaken, geldt dat deze zo onduidelijk zijn dat, gelet op artikel 6:238 van het Burgerlijk Wetboek, de voor verzoekster meest gunstige uitleg dient te prevaleren. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat in artikel 13 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is opgenomen dat de kosten van het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat niet voor vergoeding in aanmerking komen, met uitzondering van hetgeen is bepaald onder artikel 13.4. Deze uitsluiting geldt voor alle bepalingen van artikel 13, dus ook voor artikel 13.3 waarin de dekking na een ongeval is beschreven. Het plaatsen van een opbouw ten behoeve van de implantaatkroon en het vervaardigen van een dergelijke kroon dienen geen zelfstandig medisch doel.
- 1.2. De commissie overweegt dat geen sprake is van een onduidelijke bepaling als bedoeld in artikel 6:238 tweede lid, BW. Uit de opbouw van artikel 13 van de verzekeringsvoorwaarden valt op te maken dat de kosten van het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat zijn uitgesloten. Deze uitsluiting geldt ook voor de tandheelkundige hulp na een ongeval. De enige uitzondering heeft de ziektekostenverzekeraar gemaakt in artikel 13.4 van de verzekeringsvoorwaarden. Nu artikel 13 alleen spreekt over het 'aanbrengen van een tandheelkundig implantaat' en niet over de opbouw of kroon zal de ziektekostenverzekeraar deze kosten wel moeten vergoeden, met inachtneming van de verzekeringsvoorwaarden.
- 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. Verzoekster heeft bij brief van 1 februari 2024 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 25 maart 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 16 mei 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 23 mei 2024 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 3 juli 2024 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2022 en 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Zeker Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Top (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De zorgverzekering is niet in geschil zodat deze in het vervolg onbesproken blijft.
- 3.2. Verzoekster is op 20 en 30 december 2022 gevallen. In april 2023 heeft haar behandelend tandarts vastgesteld dat verzoekster ten gevolge hiervan een breuk in de wortel van een kies heeft opgelopen. De behandelend tandarts heeft bij de ziektekostenverzekeraar een machtiging gevraagd voor tandheelkundige hulp na een ongeval.
- 3.3. Bij brief van 7 september 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de kosten van tandheelkundige hulp na een ongeval voor vergoeding in aanmerking komen. De kosten voor de prestatiescodes J44 (plaatsen van opbouw ten behoeve van implantaatkroon) en R34 (kroon op implantaat) zijn echter uitgesloten van vergoeding.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 13 november 2023 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 gehouden is de gehele aanvraag voor tandheelkundige hulp na een ongeval goed te keuren.
- 4.2. Zij heeft hiertoe aangevoerd, zoals verwoord in haar brief van 1 februari 2024, dat uit de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering niet valt op te maken dat de kosten van een implantaat niet worden vergoed onder de ongevalsdekking. Verzoekster voldoet aan de voorwaarden van artikel 13.3 zodat de aangevraagde tandheelkundige hulp volledig voor vergoeding in aanmerking komt, ongeacht waarop deze ziet. In artikel 13.3 zijn geen uitsluitingen opgenomen voor bepaalde prestatiecodes. Voorts betreft artikel 13 gewone tandheelkundige hulp en worden daarin geen voorwaarden gesteld ten aanzien van een ongeval.

Voor zover uit de samenhang van de genoemde artikelen zou kunnen worden opgemaakt dat de kosten van een implantaat niet worden vergoed, zijn de bepalingen zo onduidelijk dat de voor verzoekster meest gunstige uitleg dient te prevaleren. Dit volgt uit artikel 6:238, tweede lid, Burgerlijk Wetboek. De verwijzing door de ziektekostenverzekeraar naar artikel 13.4 is volgens

verzoekster niet van toepassing. Het gaat hier immers om een ongeval en de ongevalsdekking en dit wordt geregeld in artikel 13.3 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

- 4.3. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop aangevoerd dat er zowel een aanvraag is ingediend voor het aanbrengen van het implantaat als voor de opbouw en de kroon op het implantaat.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de verrichtingen met prestatiecodes J44 en R34 zijn uitgesloten van vergoeding. Hij heeft hiertoe aangevoerd, zoals verwoord in de heroverweging van 13 november 2023, dat vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering geen vergoeding mogelijk is voor implantaten en een kroon op implantaten in een betande kaak. In artikel 13 'tandheelkundige hulp' is opgenomen dat het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat, met uitzondering van hetgeen is bepaald in artikel 13.4, niet wordt vergoed. De uitsluiting voor implantaten van artikel 13 geldt daarmee ook voor artikel 13.3 van de voorwaarden. Nu geen aanspraak bestaat op een implantaat, bestaat ook geen recht op het plaatsen van een opbouw ten behoeve van de implantaatkroon en de kroon zelf. De opbouw en de kroon dienen zonder het implantaat geen zelfstandig medisch doel. De ziektekostenverzekeraar heeft een schrijven overgelegd van het toenmalige College voor Zorgverzekeringen (hierna: CvZ) van 26 april 2010, waarin is opgenomen dat wanneer de botopbouw slechts dient om houvast te bieden aan een implantaat, dit buiten de te verzekeren prestaties op grond van de Zorgverzekeringswet valt, omdat de botopbouw geen zelfstandig medisch doel dient. Dit schrijven heeft weliswaar betrekking op de Zorgverzekeringswet, maar is ook op de aanvullende ziektekostenverzekering van toepassing.

- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop daarnaar door de commissie expliciet gevraagd, bevestigd dat ten behoeve van verzoekster zowel een aanvraag voor het plaatsen van een implantaat als voor de opbouw en de kroon op een implantaat is ingediend. Het is de bedoeling van de ziektekostenverzekeraar geweest om de polisvoorwaarden op dezelfde manier uit te leggen als bij de zorgverzekering. Daarom sluit hij aan bij het schrijven van het CVZ dat de opbouw en de kroon geen zelfstandig medisch doel dienen.

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 5.6 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 relevante bepaling uit het Burgerlijk Wetboek (BW) is vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Ten behoeve van verzoekster is een aanvraag ingediend voor tandheelkundige hulp ten laste van de ongevalsdekking van de aanvullende ziektekostenverzekering. De commissie stelt vast dat tussen partijen de feitelijke aanleiding voor deze aanvraag niet in geschil is, in die zin dat verzoekster onbestreden heeft gesteld dat zij in december 2022 tweemaal is gevallen en dat als gevolg hiervan schade aan haar gebit is ontstaan.
- 7.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor verschillende vormen van tandheelkundige hulp. Dit volgt uit artikel 13 van de desbetreffende verzekeringsvoorwaarden.

Uit het 'Vergoedingenoverzicht', behorende bij de aanvullende ziektekostenverzekering, blijkt verder dat aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van tandheelkundige hulp na een ongeval tot maximaal € 10.000,- per ongeval. In artikel 13.3. van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is opgenomen wanneer aanspraak kan worden gemaakt op deze vergoeding. De tandheelkundige hulp moet binnen twaalf maanden na de datum van het ongeval zijn uitgevoerd. De behandeling moet zijn gericht op het letsel, doelmatig en gebruikelijk zijn, en mag niet onnodig kostbaar of ingewikkeld zijn.

- 7.4. Wat partijen verdeeld houdt is de vraag of het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en de verrichtingen met prestatiecodes J44 en R34 onder de dekking van artikel 13.3 van de aanvullende ziektekostenverzekering vallen. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband gesteld dat uit artikel 13 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering volgt dat geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat, met uitzondering van hetgeen is bepaald in artikel 13.4. De uitsluiting van artikel 13 is volgens de ziektekostenverzekeraar ook van toepassing op de ongevalsdekking van artikel 13.3. Verzoekster heeft gesteld dat zij voldoet aan de voorwaarden van artikel 13.3 en dat dit maakt dat aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten als gevolg van het ongeval, ongeacht welke dit zijn, nu in het artikel immers geen prestatiecodes zijn uitgesloten. Als artikel 13.3 al in samenhang met artikel 13 moet worden gelezen, kan dit haar niet worden tegengeworpen, en dient de voor haar gunstigste uitleg te prevaleren. De commissie volgt verzoekster hierin niet. Artikel 13 van de verzekeringsvoorwaarden is opgebouwd uit verschillende onderdelen, zoals duidelijk blijkt uit de nummering. Het eerste onderdeel is van algemene strekking en bevat voorwaarden over de vergoeding en voorwaarden ten aanzien van tandheelkundige hulp vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering ("Wat zijn de algemene voorwaarden voor vergoeding?"). Zo worden de kosten bijvoorbeeld alleen vergoed als de behandeling doelmatig is en de kosten niet zijn gedekt door de basisverzekering. Ook bevat dit artikel uitsluitingen van kosten die niet worden vergoed, zoals het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat, met uitzondering van hetgeen is bepaald in artikel 13.4 ("Welke kosten worden niet vergoed?"). In de volgende onderdelen komen verschillende vergoedingen aan de orde, waaronder die voor tandheelkundige hulp na een ongeval. Eerdergenoemde uitsluiting voor implantaten is hierbij van toepassing, nu in het eerste onderdeel alleen een uitzondering is gemaakt voor artikel 13.4 en in artikel 13.3 niet is opgenomen dat deze uitsluiting bij een ongeval niet van toepassing is. Van een onduidelijke bepaling als bedoeld in artikel 6:238, tweede lid, BW is naar het oordeel van de commissie geen sprake. Artikel 13 is, gelet op hetgeen hiervoor is overwogen, duidelijk en begrijpelijk geformuleerd. Ook over de samenhang met artikel 13.3 kan geen misverstand bestaan. Hier komt bij dat uit het vergoedingenoverzicht blijkt dat de uitzondering van artikel 13.4 niet geldt voor de aanvullende ziektekostenverzekering, zoals deze door verzoekster is afgesloten.
- 7.5. De volgende vraag is of de uitsluiting van artikel 13 alleen het aanbrengen van het implantaat betreft, of ook het plaatsen van de opbouw ten behoeve van de implantaatkroon en de kroon op het implantaat. De commissie overweegt dat de verwijzing door de ziektekostenverzekeraar naar het schrijven van het toenmalige CvZ van 26 april 2010, geen doel treft. Het betreft hier immers geen aanspraak op grond van de zorgverzekering, en het is niet de taak van het CvZ of het huidige Zorginstituut Nederland duiding te geven aan de aanspraken op basis van aanvullende verzekeringen. De ziektekostenverzekeraar heeft onvoldoende toegelicht waarom de uitleg van het CvZ analoog dient te worden toegepast op de aanvullende ziektekostenverzekering. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar, daarnaar gevraagd, niet kunnen aantonen waar dit in de voorwaarden is bepaald. De ziektekostenverzekeraar heeft - min of meer in het verlengde hiervan - aangevoerd dat de opbouw ten behoeve van de implantaatkroon en de kroon zelf geen zelfstandig medisch doel dienen. De commissie oordeelt dat dit zo mag zijn, maar dat op grond daarvan nog geen afwijzing kan volgen. Artikel 13 spreekt immers alleen van "het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat" en rept niet over de opbouw of de kroon in het geval verzoekster ervoor zou kiezen de kosten van het aanbrengen van het implantaat zelf te betalen. Wel komt in dat verband de vraag op of een implantaatbehandeling voldoet aan de andere, in artikel 13 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering opgenomen eisen, te weten dat de behandeling volgens de ziektekostenverzekeraar doelmatig, niet onnodig kostbaar of

ingewikkeld is. In de onderhavige procedure heeft de ziektekostenverzekeraar zich hierop echter niet beroepen. Daarom neemt de commissie als vaststaand aan dat de implantaatbehandeling in de gegeven omstandigheden doelmatig, niet onnodig kostbaar of ingewikkeld is. Het gevolg daarvan is dat de kosten van het aanbrengen van het implantaat weliswaar onder de uitsluiting van artikel 13 vallen, maar die van de opbouw ten behoeve van de implantaatkroon en van deze kroon niet. De ziektekostenverzekeraar zal die kosten dan ook moeten vergoeden, overigens met inachtneming van de verzekeringsvoorwaarden. Omdat verzoekster hiermee gedeeltelijk in het gelijk wordt gesteld, dient de ziektekostenverzekeraar haar ook het betaalde entreegeld van € 37,- te vergoeden.

Slotsom

7.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

8.1. De commissie beslist als volgt:

(i) de ziektekostenverzekeraar de kosten van de opbouw ten behoeve van de implantaatkroon en van deze kroon dient te vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering;

(ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het betaalde entreegeld van € 37,- dient te vergoeden;

(iii) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

Zeist, 21 augustus 2024,

B.L.A. van Drunen

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**

12.2 Lichttherapie

Wat wordt er vergoed?

Eénmaal per kalenderjaar komen de kosten van het huren van een Bright Light (lichttherapie voor seizoensdepressie), voor een periode van maximaal tien dagen, voor vergoeding in aanmerking. U kunt er ook voor kiezen om eenmalig de kosten van aanschaf van een Bright Light voor vergoeding in aanmerking te laten komen. Eenmalig houdt in dat als wij deze kosten op een zeker moment hebben vergoed, ook als dit is gebeurd in een voorgaand kalenderjaar, wij de kosten van aanschaf van een Bright Light niet nog een keer vergoeden, ook niet in de komende kalenderjaren. Bij overstap naar (een) andere zorgverzekeraar(s) en een daaropvolgende terugkeer naar Zorg en Zekerheid, ongeacht het kalenderjaar, ontstaat er geen nieuw recht op vergoeding.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

Om voor vergoeding in aanmerking te komen dient u een origineel aankoop- of huurbewijs bij ons in te dienen.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-GeZZin Compact	AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-Top AV-GeZZin AV-Plus AV-Totaal
Geen vergoeding	Voor een periode van maximaal 10 dagen tot een maximum van € 7,00 per dag of éénmalig de kosten voor de aanschaf tot een maximum van € 70,00

Artikel 13 Tandheelkundige hulp

Wat zijn de algemene voorwaarden voor vergoeding?

Kosten van een tandheelkundige behandeling worden alleen vergoed als die behandeling volgens Zorg en Zekerheid doelmatig is, in de beroepsgroep gebruikelijk is en als de behandeling niet onnodig kostbaar of ingewikkeld is. Zorg in de aanvullende verzekering is een aanvulling op de basisverzekering, daarom kan zorg uit de basisverzekering niet onder de aanvullende verzekering vallen. Voor vergoeding komen alleen de kosten in aanmerking die niet gedekt zijn door de zorgverzekering of op een andere wijze; zie ook Rubriek B, artikelen 5.2d en 5.3. De behandeling moet worden uitgevoerd door een tandarts of orthodontist, tenzij anders vermeld.

Behandelingen gericht op controle, preventie, mondhygiëne en tandvleesproblemen kunnen uitgevoerd en in rekening gebracht worden door een vrijgevestigde mondhygiënist en een geregistreerd-mondhygiënist. Verdovingen, vullingen en het maken van kleine röntgenfoto's kunnen ook uitgevoerd en in rekening gebracht worden door een geregistreerd-mondhygiënist. De bijbehorende behandelingen zijn beschreven in artikel 13.2.1 en 13.2.2. De vergoeding van de bijbehorende prestatiecodes vindt u op zorgzekerheid.nl/vergoedingenzoeker.

De behandelingen worden vergoed volgens de tariefbeschikking zoals opgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit.

De bedragen zoals gemeld in de vergoedingentabellen zijn per verzekerde per kalenderjaar, tenzij anders vermeld.

Welke kosten worden niet vergoed?

- tandheelkundige gezondheidsverklaringen;
- niet-tijdig afgemelde afspraken;
- vervanging of reparatie van apparatuur ten gevolge van onzorgvuldig gebruik;
- maken en beoordelen van meerdimensionale kaakfoto's;
- maken en beoordelen van kaakoverzichtsfoto's tot 18 jaar;
- verrichtingen of behandelingen door een tandtechnicus;
- het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat met uitzondering van hetgeen is bepaald in artikel 13.4;
- bleken van elementen (met uitzondering van inwendig bleken vanuit de AV-Totaal);
- bij orthodontie het gebruik van een elektronische chip en bespreken van de gegevens elektronische chip in uitneembare apparatuur, inclusief de techniekkosten;
- orthodontiekosten binnen de wachttijd orthodontie;
- de kosten die bij u in rekening worden gebracht als u voor de volledige gebitsprothese naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat;
- de behandeling triggerpoint met botox.

13.1.1 Tandheelkundige hulp aan verzekerden tot 18 jaar

Wat wordt er vergoed?

De kosten voor tandheelkundige hulp. Orthodontie aan verzekerden tot 18 jaar valt niet onder tandheelkundige hulp zoals bedoeld in dit artikel, kijk hiervoor bij artikel 13.1.2.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis	AV-Sure AV-Standaard	AV-GeZZin Compact	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	75% tot maximaal € 150,00	75% tot maximaal € 250,00	75% tot maximaal € 500,00	85% tot maximaal € 1.000,00

13.1.2 Orthodontie aan verzekerden tot 18 jaar

Wat wordt er vergoed?

De kosten voor orthodontische behandeling.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- de behandeling moet worden uitgevoerd door een orthodontist of tandarts;
- de vergoeding is éénmalig voor de gehele behandelduur. Dit houdt in dat als wij deze kosten op een zeker moment hebben vergoed, ook als dit is gebeurd in een voorgaand kalenderjaar, wij de kosten voor orthodontische behandeling niet nog een keer vergoeden, ook niet in de komende kalenderjaren. Bij overstap naar (een) andere zorgverzekeraar(s) en een daaropvolgende terugkeer naar Zorg en Zekerheid, ongeacht het kalenderjaar, ontstaat er geen nieuw recht op vergoeding;
- de verzekerde die behandeld wordt moet minstens twaalf maanden voorafgaand aan de behandeling aansluitend aanvullend verzekerd zijn (bij Zorg en Zekerheid) voor orthodontie om aanspraak te kunnen maken op de vergoeding;
- als u tijdens de behandeling bij ons overstapt naar een aanvullende verzekering met een hogere vergoeding, dan telt het bedrag dat u al vergoed heeft gekregen uit uw vorige aanvullende verzekering bij ons mee voor de maximum vergoeding van uw nieuwe aanvullende verzekering.

Wachttijd voor orthodontie

Voor orthodontie geldt een wachttijd van twaalf maanden. Dit betekent dat u gedurende de wachttijd premie betaalt, maar nog geen vergoeding krijgt voor orthodontie. De wachttijd gaat in op de ingangsdatum van de aanvullende verzekering.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

	AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-Plus	AV-GeZZin Compact	AV-Top	AV-GeZZin	AV-Totaal
Bestaande gebruikers	Geen vergoeding	100% tot maximaal € 1.000,00	100% tot maximaal € 1.750,00	100% tot maximaal € 2.000,00	100%
Nieuwe gebruikers vanaf 2018	Geen vergoeding	100% tot maximaal € 1.000,00	100% tot maximaal € 1.500,00	100% tot maximaal € 1.750,00	100%

13.2 Tandheelkundige hulp aan verzekerden vanaf 18 jaar

13.2.1 Controle

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de volledige kosten voor tandheelkundige behandelingen met betrekking tot controles indien de behandelingen uitgevoerd en gedeclareerd worden door een tandarts, mondhygiënist of geregistreerd mondhygiënist.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis	AV-Sure AV-Standaard	AV-GeZZin Compact	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 150,00	100% tot maximaal € 250,00	100% tot maximaal € 500,00	100% tot maximaal € 1.000,00

Het maximumbedrag per aanvullende verzekering geldt voor tandheelkundige behandelingen zoals genoemd onder 13.2.1 en 13.2.2 samen.

13.2.2 Overige tandheelkundige behandelingen

Wat wordt er vergoed?

- benodigde tandheelkundige behandelingen, gedeclareerd door een tandarts;
- benodigde tandheelkundige behandelingen, gedeclareerd door een vrijgevestigde mondhygiënist of een geregistreerd-mondhygiënist. De vergoeding van de bijbehorende prestatiecodes vindt u op zorgzekerheid.nl/vergoedingenzoeker;
- orthodontische behandeling, gedeclareerd door een orthodontist of tandarts;
- de eigen bijdrage in de kosten van de volledige gebitsprothese in onder- en/of bovenkaak gedeclareerd door een tandarts of tandprotheticus;
- de eigen bijdrage in de kosten van een volledige gebitsprothese op implantaten in boven- en/of onderkaak gedeclareerd door een tandarts of tandprotheticus;
- gedeeltelijke prothetische voorziening in onder- en/of bovenkaak gedeclareerd door een tandarts of tandprotheticus;
- mondbeschermer gemaakt en gedeclareerd door een tandarts.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis	AV-Sure AV-Standaard	AV-GeZZin Compact	AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	75% tot maximaal € 150,00	75% tot maximaal € 250,00	75% tot maximaal € 500,00	85% tot maximaal € 1.000,00

Het maximumbedrag geldt voor tandheelkundige behandelingen zoals genoemd onder 13.2.1 en 13.2.2 samen.

13.2.3 Delen

Wat wordt er vergoed?

Tweemaal de maximale vergoeding per type aanvullende verzekering voor de zorg zoals genoemd in artikel 13.2 per kalenderjaar, indien u beiden beschikt over een AV-Delen. Declaraties van beide verzekerden met een AV-Delen tellen mee voor deze maximale vergoeding.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De uitkeringsvoorwaarden in artikel 13.2 blijven van kracht.

Welke kosten worden niet vergoed?

- implantaten in een betande kaak;
- ongevalsdekking.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Delen € 150,00 in combinatie met AV-Sure, AV-Standaard	AV-Delen € 250,00 in combinatie met AV-GeZZin Compact	AV-Delen € 500,00 in combinatie met AV-Top, AV-GeZZin, AV-Plus	AV-Delen € 1.000,00 in combinatie met AV-Totaal
Tot maximaal € 300,00 per 2 deelnemers	Tot maximaal € 500,00 per 2 deelnemers	Tot maximaal € 1.000,00 per 2 deelnemers	Tot maximaal € 2.000,00 per 2 deelnemers

13.3 Ongevalsekking tandheelkunde

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van tandheelkundige hulp die nodig zijn ten gevolge van een ongeval en binnen twaalf maanden na de datum van het ongeval uitgevoerd zijn. De behandeling gericht op het letsel moet doelmatig en gebruikelijk zijn en de behandeling mag niet onnodig kostbaar of ingewikkeld zijn.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- u moet het ongeval binnen zestig dagen schriftelijk bij ons melden. Zie zorgenzekerheid.nl/verhaalszaken voor de mogelijkheden om het ongeval bij ons te melden;
- het tandheelkundig letsel is ontstaan door een ongeval tijdens de looptijd van de verzekering;
- de kosten zijn een direct gevolg van het ongeval;
- de behandeling vindt plaats door een daartoe bevoegde zorgverlener.

Indien het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen (meer dan twaalf maanden na het ongeval), beoordeelt onze adviserend tandarts of er wel of geen sprake is van een noodzakelijk uitstel.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

- u heeft vooraf schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid. De tandarts dient de aanvraag voor schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid in via het digitale portaal van VECOZO. De aanvraag dient vergezeld te gaan van een motivatie van de tandarts;
- de zorgverlener geeft bij de aanvraag een verklaring mee waaruit blijkt dat het tandheelkundig letsel is ontstaan door het ongeval.

Welke kosten worden niet vergoed?

De kosten:

- als gevolg van ziekte of een ziekelijke afwijking;
- als gevolg van grove schuld of roekeloosheid/opzet;
- als gevolg van het gebruik van alcohol en/of verdovende middelen;
- als gevolg van deelname aan een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging;
- die voorzien zijn en niet het gevolg zijn van een ongeval;
- van een behandeling in het buitenland;
- van orthodontische zorg;
- vanaf een jaar na de datum van het ongeval die ontstaan zijn ten gevolge van een ongeval in het buitenland. Meer informatie over tandheelkundige hulp in het buitenland kunt u vinden in artikel 3.3.2 in deze polisvoorwaarden.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis
AV-Sure
AV-Standaard
AV-GeZZin Compact
AV-Top
AV-GeZZin
AV-Plus
AV-Totaal

100% tot maximaal € 10.000,00
per gebeurtenis

13.4 Implantaten in een betande kaak

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten voor:

- onderzoek, diagnostiek en opstellen behandelplan;
- botopbouw die noodzakelijk is om het implantaat te plaatsen;
- plaatsen van het implantaat;
- de kosten van het implantaat.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

De behandeling dient te worden uitgevoerd door een tandarts of kaakchirurg.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Basis AV-Sure AV-Standaard AV-GeZZin Compact AV-Top AV-GeZZin	AV-Plus AV-Totaal
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 750,00 door een tandarts of 100% tot maximaal € 500,00 door een kaakchirurg

Artikel 14 Overige

14.1 Bezoekkosten opgenomen gezinslid

Wat wordt er vergoed?

Bij opname van een gezinslid in een ziekenhuis of revalidatie-instelling in Nederland komen per verzekerde, per kalenderjaar, de kosten van vervoer van de verzekerde van het woonadres naar de instelling en terug in aanmerking voor vergoeding.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

- het opgenomen gezinslid moet ook aanvullend zijn verzekerd bij Zorg en Zekerheid;
- de gezinsleden wonen op hetzelfde adres;
- bij de declaratie moet worden vermeld:
 - de naam van de opgenomen en van de bezoekende verzekerde;
 - de naam van het ziekenhuis of revalidatie-instelling;
 - de periode waarin de bezochte verzekerde opgenomen is geweest.

Wat moet ik nog meer weten?

- de vergoeding wordt berekend op basis van de kortst gebruikelijke afstand. De afstand wordt berekend aan de hand van de 'kortste route' volgens de ANWB routeplanner op anwb.nl/routeplanner;
- als u reist met eigen vervoer dan geldt een vergoeding van € 0,32 per kilometer. De enkele reisafstand wordt verminderd met 20 kilometer per rit (40 kilometer retour), waarvan de kosten voor eigen rekening blijven;
- als u gebruikmaakt van de (rolstoel)taxi betreft het alleen een kilometervergoeding;
- als u gebruikmaakt van het openbaar vervoer dan wordt de vergoeding verleend op basis van de kosten voor de kortste route en de genoemde prijs voor de laagste klasse op 9292.nl;
- de vergoeding kan voor maximaal één bezoek per dag worden toegekend.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?

AV-Sure AV-GeZZin Compact	AV-Basis AV-Standaard AV-Top AV-GeZZin AV-Plus	AV-Totaal
Geen vergoeding	100% tot maximaal € 250,00	100% tot maximaal € 300,00

14.2 Contributie patiëntenvereniging

Wat wordt er vergoed?

In aanmerking komen de kosten van het lidmaatschap van een patiëntenvereniging aangesloten bij Patiëntenfederatie Nederland (NPCF) of bij koepelorganisatie Ieder(in), per verzekerde, per kalenderjaar.

Wat zijn de voorwaarden voor vergoeding?

Het moet een patiëntenvereniging zijn voor verzekerden met een chronische aandoening.

Welke kosten worden niet vergoed?

- de contributies voor belangenorganisaties zijn voor uw eigen rekening;
- donaties en steunend lidmaatschap.

Hoeveel krijg ik vergoed volgens mijn aanvullende verzekering?