



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, Zilveren Kruis
Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Aanvullende ziektekostenverzekering, kosten tandheelkundige behandelingen na een
ongeval

Regelgeving : Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017, 2018 en 2019

Zaaknummer : 202100467

Zittingsdatum : 28 juli 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht,
 - 2) Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort, en
 - 3) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 25 februari 2021 heeft verzoeker per klachtenformulier de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 26 mei 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 27 mei 2021 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 28 juli 2021 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2017, 2018 en 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend 3 sterren (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker heeft op 5 februari 2019 bij de ziektekostenverzekeraar het 'Aanvraagformulier Ongevallendeckking Mondzorg' ingediend. Hierin is vermeld dat een ongeval heeft plaatsgevonden op 15 december 2017 en dat de startdatum van de behandeling 16 december 2017 is.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 13 augustus 2019 per brief aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag voor vergoeding van een tandheekkundige behandeling ten laste van de 'ongevallenregeling' is afgewezen.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Naar aanleiding van het ontstane geschil heeft de ziektekostenverzekeraar het dossier voorgelegd aan zijn adviserend tandheekkundige. In de brief van 26 mei 2021 heeft de zorgverzekeraar diens advies geciteerd. Dit luidt, voor zover hier van belang:

"(...) De eerste OPG is niet goed van kwaliteit maar laat zien een uitgebreid gerestaureerde dentitie met al de nodige wortelkanaalbehandelingen. (...) Het gebit was eind 2017 al zwaar gerestaureerd en carieus, en de cariës progressie is niet veranderd getuige de OPG van 2020.

Tenslotte constateer ik dat na het eerste ongeval op 15-12-2017 maanden later op 12-7-2018 de 35 wordt geëxtraheerd waarna reguliere zorg weer plaatsvindt vanaf 16-8-2018 na het uitvoeren van een periodiek onderzoek. Nergens in de kaart staat na 16-8-2018 een incidenteel consult of andere verwijzing naar een tweede of derde ongeval.

(...) Echter in de Regeling Mondzorg van de NZa (NR/REG-1807) staat onder het artikel 4 Administratievoorschriften dat een zorgaanbieder een administratie moet voeren van uitgevoerde prestaties. Deze administratieverplichting staat los van het feit of de prestatie wordt gedeclareerd. Op basis van deze administratieverplichting kan worden gesteld: wat niet op de kaart staat is ook niet uitgevoerd.

In samenvatting kan gesteld worden dat het eerste ongeval waarschijnlijk heeft plaatsgevonden (15-12-2017) echter niet heeft geleid tot uitgebreide directe schade getuige ook de bevinding van de verzekerde n.a.v. de OPG daags na het ongeval. Of er sprake is geweest van ongevallen op 27-4-2018 en 8-5-2018 [daarover] bestaa[n] grote twijfels omdat daar geen enkele notitie staat in het behandeljournal en dat dit wel zou moeten (ook als prestaties niet werden gedeclareerd)."

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is een bedrag te vergoeden van € 1.348,86 ter zake van tandheelkundige behandelingen in de periode van 12 juli 2018 tot en met 19 mei 2019.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 18 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Uit de aanhef van de aanvullende ziektekostenverzekering blijkt dat voornoemd artikel ook van toepassing is op deze verzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de verzekeringsvoorwaarden zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunt verzoeker

- 6.2. Verzoeker is op 15 december 2017 gevallen met zijn fiets. Als gevolg hiervan had hij acute gebitsschade. Er was sprake van een beschadigde kies die vijf dagen later is getrokken. Tevens had hij veel vertraagde gebitsschade. In de loop van de daaropvolgende twee jaren zijn verschillende elementen afgebroken of los gekomen. Dit terwijl hij een zeer goed gebit had. Op 27 april 2018 en 8 mei 2018 is verzoeker nogmaals op zijn mond gevallen met opnieuw acute gebitsschade tot gevolg.

Volgens verzoeker heeft zijn tandarts geen kosten bij hem in rekening gebracht voor de behandelingen in het eerste half jaar na het ongeval op 15 december 2017. Daarom dateert de eerste nota na de initiële behandeling pas van 12 juli 2018. De tandarts heeft van voornoemde behandelingen geen administratie bijgehouden. Verzoeker stelt dat het niet anders kan zijn dan dat de schade aan zijn gebit is veroorzaakt door fors mechanisch geweld. Dit blijkt ook uit de door hem overgelegde röntgenfoto's. Dat er een hiaat zit tussen de datum van het ongeval en de aantoonbaar uitgevoerde behandeling doet er daarom volgens hem niet toe.

Verzoeker had geen aparte tandartsverzekering en ging daarom ervan uit dat hij alle kosten zelf moest betalen. Begin 2019 kwam hij er achter dat zijn aanvullende ziektekostenverzekering dekking bood voor tandheelkundige zorg na een ongeval. Hij heeft daarna de ziektekostenverzekeraar

gevraagd de gemaakte en nog te maken kosten te vergoeden, maar deze heeft dit geweigerd. Verzoeker vindt de betreffende bepaling in de polisvoorwaarden onduidelijk. Het is hem namelijk niet duidelijk of wordt bedoeld dat het ongeval, het letsel of het herstel tijdens de looptijd van de verzekering moet plaatsvinden. Verzoeker merkt op dat er geen regel is die bepaalt dat het te laat is als een aanvraag na meer dan één jaar na het ongeval wordt ingediend. Ook kan niet gelden dat bij het indienen van een aanvraag achteraf een behandelplan moet worden gevoegd, omdat (een deel van) de behandeling dan al heeft plaatsgevonden, en dit dus geen onderdeel meer kan zijn van het behandelplan. Daarnaast kan volgens verzoeker nooit voorafgaand toestemming worden gevraagd voor de eerste behandeling na het ongeval, omdat die vrijwel altijd onverwijld moet plaatsvinden. *"En alleen dat al impliceert dat men uitgaat van een reeks behandelingen en dus ook van vertraagde schade, die pas na verloop van tijd merkbaar wordt"* aldus verzoeker.

Tijdens de hoorzitting heeft verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat weliswaar niet is aan te tonen dat een causaal verband bestaat tussen het ongeval en de schade aan zijn gebit, maar dat dit wel heel aannemelijk is.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar licht toe dat de aanvullende ziektekostenverzekering dekking biedt voor tandheelkundige hulp na een ongeval indien de behandeling plaatsvindt binnen één jaar na het ongeval. De behandeling moet zijn gericht op het directe letsel als gevolg van een ongeval tijdens de looptijd van de verzekering. Als het gebit nog niet is volgroeid, en het noodzakelijk is de (definitieve) behandeling om die reden uit te stellen, dan geldt voornoemde periode van één jaar niet.

De kosten van de behandeling op 16 december 2017 zijn destijds door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Met het aanvraagformulier van 5 februari 2019 is ten behoeve van verzoeker verzocht om vergoeding van de kosten als gevolg van de valpartij op 15 december 2017.

Gelet op het advies van zijn adviserend tandheelkundige is de ziektekostenverzekeraar van oordeel dat hij de aanvraag terecht heeft afgewezen. Na de behandeling op 16 december 2017 is op 12 juli 2018 element 35 geëxtraheerd. Vanaf 16 augustus 2018 is sprake van reguliere zorg, na het uitvoeren van een periodiek onderzoek. Deze behandelingen zijn niet aan te merken als direct letsel als gevolg van het ongeval van 15 december 2017. Daarnaast wordt op de behandelkaart niet verwezen naar een tweede of derde ongeval.

Overwegingen

- 6.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval voor verzekerden van achttien jaar en ouder. Het ongeval moet hebben plaatsgevonden tijdens de looptijd van de verzekering en de behandeling moet zijn gericht op het directe letsel als gevolg van dit ongeval. Daarnaast moet de behandeling plaatsvinden binnen één jaar na het ongeval, tenzij het noodzakelijk is de (definitieve) behandeling uit te stellen omdat het gebit nog niet is volgroeid. De aanvullende ziektekostenverzekering noemt nog twee aanvullende voorwaarden, namelijk (i) dat betrokkene vooraf toestemming moet hebben verkregen van de ziektekostenverzekeraar en (ii) dat bij de aanvraag onder meer een behandelplan moet worden ingediend. De commissie concludeert dat, anders dan door verzoeker is gesteld, de voorwaarden waaronder aanspraak bestaat op vergoeding duidelijk zijn. Ook de door hem geuite praktische bezwaren kunnen niet overtuigen. Niet valt in te zien waarom na de initiële behandeling kort na het ongeval geen toestemming kan worden gevraagd onderscheidenlijk geen behandelplan kan worden ingediend, ook al is de aanleiding acuut, te weten een ongeval. Aldus resteert de vraag of verzoeker voldoet aan de hiervoor genoemde voorwaarden.
- 6.5. Verzoeker heeft in dit verband gesteld dat hij drie ongevallen heeft gehad, namelijk op 15 december 2017, 27 april 2018 en 8 mei 2018, en dat hij als gevolg hiervan schade heeft opgelopen aan zijn gebit. Specifiek ten aanzien van het eerste ongeval is door hem aangevoerd dat het hierbij ging om directe schade en om vertraagde schade aan zijn gebit. Op 5 februari 2019 heeft de

tandarts namens verzoeker het 'Aanvraagformulier Ongevallendeckking Mondzorg' ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Op dit aanvraagformulier wordt vermeld dat het ongeval op 15 december 2017 heeft plaatsgevonden.

6.6. De commissie overweegt dat door de ziektekostenverzekeraar is gesteld dat de kosten van de behandeling op 16 december 2017 (€ 48,95) door hem zijn vergoed. Verzoeker heeft dit erkend en volgens hem zijn voor behandelingen in het eerste halfjaar na 15 december 2017 door de tandarts geen kosten in rekening gebracht. Verzoeker heeft evenwel geen verklaring van de tandarts overgelegd waaruit het causaal verband tussen het ongeval en de behandelingen blijkt en/of ten aanzien van het niet in rekening brengen van een deel van de kosten. Tevens heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat na de extractie van element 35 vanaf augustus 2018 sprake was van reguliere tandheelkundige zorg. Ook dit is door verzoeker niet gemotiveerd bestreden. Een en ander leidt tot de conclusie dat de op 5 februari 2019 ingediende aanvraag – voor zover deze al ziet op zorg die verband houdt met het ongeval op 15 december 2017 – niet voldoet aan de eis dat de behandeling moet plaatsvinden binnen één jaar na het ongeval.

6.7. De stelling van verzoeker dat voornoemde aanvraag (ook) betrekking heeft op twee andere ongevallen, te weten die op 27 april 2018 en 8 mei 2018, is niet houdbaar. Zo worden deze ongevallen niet vermeld in het 'Aanvraagformulier Ongevallendeckking Mondzorg'. Evenmin blijkt van ongevallen op genoemde data uit de administratie van de behandelend tandarts. Ook als een tandarts geen kosten in rekening brengt bij zijn patiënt, dient hij het medisch dossier bij te houden, zoals door de adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar terecht is opgemerkt. Vermelding van de beide ongevallen in het patiëntendossier, zeker als deze van invloed waren op de gebitssituatie van verzoeker en een acuut karakter hadden, zoals door hem is gesteld, was dan ook aangewezen geweest. Het dossier bevat tot slot geen verklaring van de behandelend tandarts die de lezing van verzoeker op het punt van de latere ongevallen ondersteunt.

De commissie concludeert dat de aanvraag van 5 februari 2019 terecht door de ziektekostenverzekeraar werd afgewezen omdat (i) de relatie met het ongeval op 15 december 2017 niet aannemelijk is gemaakt, terwijl daarnaast vast staat dat behandeling niet heeft plaatsgevonden binnen één jaar na dat ongeval, en (ii) tevens niet aannemelijk is gemaakt dat bedoelde aanvraag verband houdt met ongevallen op 27 april 2018 en 8 mei 2018.

6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 18 augustus 2021,

H.A.J. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

Aanvullend

Basis Plus Module	geen dekking
1 ster	geen dekking
2 sterren	geen dekking
3 sterren	geen dekking
4 sterren	100%

16 Tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 18 jaar – kronen, bruggen, inlays en implantaten

Aan verzekerden tot 18 jaar vergoeden wij alleen de kosten van kronen, bruggen, inlays en implantaten, inclusief techniekkosten.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Een tandarts, Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde of kaakchirurg moet de behandeling uitvoeren.
- 2 U moet van ons vooraf toestemming hebben gekregen. Voordat wij toestemming geven, beoordelen wij uw aanvraag voor de behandeling: is deze doelmatig en rechtmatig?

Aanvullend

Basis Plus Module	geen dekking
1 ster	geen dekking
2 sterren	100%
3 sterren	100%
4 sterren	100%

Let op! De kosten van orthodontie worden vergoed vanuit artikel 14 van deze polisvoorwaarden.

17 Tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Wij vergoeden aan verzekerden van 18 jaar en ouder tandheelkundige zorg door een tandarts, orthodontist of kaakchirurg. De behandeling moet gericht zijn op het directe letsel als gevolg van een ongeval tijdens de looptijd van deze verzekering. Daarnaast moet de behandeling plaatsvinden binnen 1 jaar na het ongeval, tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen, doordat het gebit niet volgroeid is. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er wel of geen sprake is van een volgroeid gebit of van tijdelijke behandeling. Ten tijde van zowel het ongeval als de behandeling moet er volgens deze verzekering dekking zijn.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 U moet van ons vooraf toestemming hebben gekregen. Voordat wij toestemming geven, beoordelen wij uw aanvraag voor de behandeling: is deze doelmatig en rechtmatig?
- 2 Bij uw aanvraag voor toestemming moet een behandelplan met kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's zitten. Het behandelplan moet zijn opgesteld door uw tandarts of kaakchirurg.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van behandelingen die direct of indirect het gevolg zijn van:

- a ziekte of een ziekelijke afwijking van de verzekerde;
- b grove schuld of opzet van de verzekerde;
- c het gebruik van alcohol en/of verdovende middelen door verzekerde;
- d deelname door verzekerde aan een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging.

Aanvullend

Basis Plus Module	maximaal € 10.000,- per ongeval
1 ster	maximaal € 10.000,- per ongeval
2 sterren	maximaal € 10.000,- per ongeval
3 sterren	maximaal € 10.000,- per ongeval
4 sterren	maximaal € 10.000,- per ongeval

Ogen en oren

18 Brillen en contactlenzen

Wij vergoeden de kosten van brillen met glazen op sterkte en contactlenzen (lenzen op sterkte of nachtlenzen) samen per periode van 3 kalenderjaren. Het gaat hier om een periode van 3 kalenderjaren van 1 januari tot en met 31 december. De periode begint op 1 januari in het jaar van de eerste aanschaf.

Voorwaarde voor vergoeding

Een opticien of optiekbedrijf moet de brillen en/of contactlenzen aan u leveren.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a (zonne)brillen en contactlenzen zonder sterkte;
- b prismabrillen;
- c de wettelijke eigen bijdrage voor brillenglazen en/of lenzen die worden vergoed vanuit de basisverzekering (zie artikel 4 van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen');
- d losse monturen en/of accessoires;
- e gekleurde contactlenzen.

Aanvullend

Basis Plus Module	geen dekking
1 ster	geen dekking
2 sterren	maximaal € 100,- per persoon per 3 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen samen
3 sterren	maximaal € 150,- per persoon per 3 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen samen
4 sterren	maximaal € 250,- per persoon per 3 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen samen

19 Ooglaseren en lensimplantatie

In dit artikel leest u de voorwaarden voor de vergoeding van de kosten van ooglaseren (19.1) en lensimplantatie (19.2).

19.1 Ooglaseren

Wij vergoeden de kosten van een ooglaserbehandeling.

Voorwaarde voor vergoeding

De oogarts die de behandeling uitvoert, moet als refractiechirurg geregistreerd staan bij het Nederlands Oogheelkundig Genootschap (NOG). Is de specialist niet geregistreerd bij het NOG, dan moet hij voldoen aan de richtlijnen van dit genootschap en zich houden aan de criteria gesteld in de consensus refractiechirurgie.

Let op! In het register van het NOG staan ook oogartsen ingeschreven. U heeft echter alleen recht op vergoeding, als de behandelend oogarts is ingeschreven als refractiechirurg.

19.2 Lensimplantatie

Wij vergoeden de meerkosten van een andere lens dan een monofocale (standaard) kunstlens bij vergoeding van een staaroperatie uit de basisverzekering.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Als u recht heeft op vergoeding van lensimplantatie vanuit de basisverzekering geldt deze vergoeding voor de meerkosten.
- 2 Bij implantatie van een torische lens moet u of uw arts een medische verklaring kunnen overhandigen waarin staat waarom u geen bril verdraagt.