



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Aanvullende ziektekostenverzekering, tandheelkundige zorg na ongeval

Regelgeving : Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019 en 2020

Zaaknummer : 202000833

Zittingsdatum : 21 oktober 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. C3, mr. H.A.J. Kroon en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

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

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 17 juni 2020 heeft verzoekster per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 21 augustus 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 1 september 2020 aan verzoekster gezonden. In vervolg hierop heeft verzoekster op 8 oktober 2020 een recent behandelplan aangeleverd.
- 2.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 21 oktober 2020 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was ten tijde van het ongeval bij de (rechtsvoorganger van de) ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Zorg Plan Natura (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Royaal en T Royaal (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster heeft op 27 augustus 2018, bij een zeer ongelukkige val, haar gebit ernstig beschadigd. Omdat haar eigen tandarts niet deskundig genoeg was om haar te behandelen is zij op zoek gegaan naar een andere tandarts. Deze tandarts heeft een uitgebreid behandelplan opgesteld gedateerd 27 augustus 2019 dat aan de (rechtsvoorganger van de) ziektekostenverzekeraar is gestuurd. Na het verzoek om nadere informatie heeft de ziektekostenverzekeraar op 6 januari 2020 een door de tandarts ondertekende aanvraag met kostenbegroting ontvangen. De ziektekostenverzekeraar heeft op 9 januari 2020 aan verzoekster meegedeeld dat de kosten niet voor vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering in aanmerking komen.
- 3.3. De behandelend tandarts heeft op 27 augustus 2019 het volgende over verzoekster verklaard:

"Uit klinisch en röntgenologisch onderzoek zijn onderstaande bevindingen gedocumenteerd.

Anamnese: ASA 3 (Cholesterol, hart stent x 2, Hoge bloeddruk, Syndroom van Sjögren)

Med: Rosivastatine, Acetylsalicylzuur Cardio Teva, Losartan

Mevrouw geeft aan dat na een val meerdere kiezen zijn gef[r]actureerd.

EO onderzoek: g.b.

IO onderzoek:

Ten gevolge van de val zijn een aantal elementen gefractureerd, wel te verstaan elementen: 16, 15, 46, 45

Daarnaast is er sprake van parodontale afbraak.

De 26 en 27 hebben een dubieuze prognose en diepe pockets tot 9mm.

Na de initiële parodontale behandeling zullen we de conditie van deze elementen evalueren en beslissen of ze kunnen worden behouden.

Diagnose/ behandelvoorstel/ behandeling:

1. Extractie 16, 15, 46, 45 (H35 x 4, J08)

2. Initieel parodontale behandeling in 4 sessies (T12, T21 x 28, AIO x 8)

3. Herbeoordeling van de parodontale conditie (T32, T33)"

3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van de afwijzende beslissing gevraagd. Op 5 maart 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.5. In het verzoek aan de commissie van 17 juni 2020 heeft verzoekster verklaard dat de behandelend tandarts een nieuw behandelplan heeft opgesteld omdat inmiddels een flapoperatie is uitgevoerd. De totale kosten bedragen € 14.706,49. Op 8 oktober 2020 heeft verzoekster nogmaals een behandelplan ingebracht. De totale kosten daarvan zijn begroot op € 9.606,35.

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie, na wijziging van haar verzoek, gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de tandheelkundige behandeling, thans begroot op totaal € 9.606,35, moet vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

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 18.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Dit artikel is ook van toepassing op de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepaling uit de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

6.2. Het standpunt van verzoekster is als volgt.

De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding van de kosten volgens het behandelplan afgewezen omdat de behandeling langer dan één jaar na het ongeval plaatsvindt. Verzoekster erkent de overschrijding, maar zij acht toepassing van de termijn van één jaar in haar situatie naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar. Het was namelijk medisch gezien niet eerder mogelijk met de behandeling te starten. Zij heeft een gecompliceerde medische voorgeschiedenis. Zij lijdt aan het syndroom van Sjögren. Ook heeft zij angst voor de tandarts na een zeer pijnlijk traject bij de parodontoloog. Bovendien moest verzoekster na het ongeval revalideren. In oktober 2018 kampte zij met hartklachten en heeft zij een dotterbehandeling en de plaatsing van stents ondergaan. Ter zitting heeft zij gesteld dat zij daarna weer hartklachten kreeg. De partner van verzoekster heeft op 5 maart 2019 telefonisch aan de ziektekostenverzekeraar gemeld dat vanwege de hartproblematiek de tandheelkundige behandeling moest worden uitgesteld.

De ziektekostenverzekeraar heeft haar nooit gewezen op de voorwaarde dat de behandeling binnen één jaar moest plaatsvinden.

- 6.3. Het standpunt van de ziektekostenverzekeraar is als volgt.
Volgens de verzekeringsvoorwaarden moet de behandeling vooraf worden aangevraagd en moet de behandeling zijn uitgevoerd binnen één jaar na het ongeval. Omdat werd meegedeeld dat er een medische reden zou zijn voor het uitstel van de behandeling, heeft de adviserend tandarts het dossier bestudeerd. De adviserend tandarts is hierbij tot de conclusie gekomen dat een medische reden ontbrak. Uit het dossier blijkt dat verzoekster na het ongeval meerdere keren bij de tandarts is geweest. De beschadigde elementen hadden, kort na de val, hersteld kunnen worden met composiet. Dit herstel had bijvoorbeeld kunnen plaatsvinden tijdens het periodiek consult dat kort na het ongeval (op 3 september 2018) heeft plaatsgevonden en waarbij ook foto's zijn gemaakt. Op de aanwezige patiëntenkaart wordt het ongeval niet vermeld, noch dat er schade is ontstaan aan gebitselementen.
Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hij alleen in uitzonderlijke gevallen van de termijn van één jaar na het ongeval afwijkt, als vanwege een medische reden uitstel nodig is. Hierbij valt te denken aan de situatie dat een verzekerde in coma ligt.
Tijdens het telefoongesprek met de echtgenoot van verzoekster op 5 maart 2019 is algemene informatie gegeven en zijn de polisvoorwaarden doorgenomen. Dit blijkt uit de overgelegde telefoonnotitie. Toen is niet gesproken over haar medische situatie in relatie tot de termijn van één jaar.
Verder merkt de ziektekostenverzekeraar op dat de ingediende behandelplannen niet alleen betrekking hebben op herstel van de beschadigde elementen ten gevolge van het ongeval, maar tevens op een volledige gebitsrehabilitatie.
- 6.4. De commissie overweegt als volgt.
Op grond van artikel 17 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering (2019) bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval. Een voorwaarde is dat de behandeling plaatsvindt binnen één jaar na het ongeval, tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen, omdat het gebit niet volgroeid is. Partijen verschillen niet met elkaar van mening over het feit dat niet wordt voldaan aan deze voorwaarde en dat de termijn van één jaar is overschreden.
- 6.5. De ziektekostenverzekeraar voert het beleid dat kan worden afgeweken van de in de verzekeringsvoorwaarden bepaalde termijn in zeer uitzonderlijke medische situaties waardoor de tandheelkundige behandeling moet worden uitgesteld. Gelet op hetgeen verzoekster heeft aangevoerd, is de vraag of hiervan bij haar sprake is voor zover het de tandheelkundige behandeling ten gevolge van het ongeval betreft. De commissie stelt vast dat verzoekster behandelplannen heeft laten opstellen in verband met een meer uitgebreide gebitsproblematiek. Het ongeval vond plaats op 27 augustus 2018 en verzoekster bezocht de tandarts op 3 september 2018. De ziektekostenverzekeraar heeft onweersproken gesteld, dat op dat moment *schade aan gebitselementen door het ongeval* had kunnen worden hersteld met composiet. Voor zover dit niet mogelijk zou zijn, valt niet in te zien waarom niet is gestart met een alternatieve behandeling van die specifieke schade. Verzoekster heeft gesteld dat zij eind 2018 moest revalideren, dat zij in oktober 2018 kampte met hartklachten, dat zij moest worden gedotterd en dat bij haar stents zijn geplaatst en dat zij nadien weer hartklachten kreeg. Zij heeft dit verder niet onderbouwd en gespecificeerd. In het bijzonder heeft zij niet aannemelijk gemaakt dat zij gedurende een jaar na het ongeval niet in staat was behandeling van door de val beschadigde elementen te ondergaan vanwege een uitzonderlijke medische reden. De commissie concludeert dat zich in het geval van verzoekster niet een zeer uitzonderlijke situatie heeft voorgedaan, vergelijkbaar met het door de ziektekostenverzekeraar gegeven voorbeeld van een verzekerde die in coma ligt. Zij kan daarom op beleid in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden niet met succes een beroep doen.
- 6.6. Los van het hiervoor besproken beleid van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster aangevoerd dat vanwege haar medische situatie de termijn van één jaar na het ongeval haar niet

kan worden tegengeworpen. Onverkorte toepassing zou in haar situatie leiden tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is.

De commissie overweegt in dit verband dat voor de derogerende werking van de redelijkheid en billijkheid niet of nauwelijks ruimte is. Dit blijkt uit jurisprudentie van de Hoge Raad (zweeftoestel, ECLI:NL:HR:2006:AV9435). Slechts als zich (zeer) bijzondere omstandigheden voordoen kan het weigeren van een vergoeding die buiten de verzekeringsdekking valt, naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zijn. Dergelijke bijzondere omstandigheden zijn de commissie niet gebleken.

6.7. Tot slot heeft verzoekster gesteld dat de bepaling in artikel 17 van de voorwaarden van de aanvullende verzekering verrassend en verstrekkend is. Hierdoor rustte op de ziektekostenverzekeraar de taak om haar in te lichten over deze bepaling en haar te waarschuwen voor de gevolgen van het niet voldoen aan de vereisten daarvan. Dit heeft de ziektekostenverzekeraar nagelaten en daarom komt hem geen beroep toe op deze voorwaarde. De commissie deelt dit standpunt niet. Verzoekster mag immers bekend worden verondersteld met de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden. Het had op haar weg gelegen deze verzekeringsvoorwaarden te raadplegen, en indien gewenst, de ziektekostenverzekeraar uitdrukkelijk naar een toelichting te vragen. Dat in het telefoongesprek van 5 maart 2019 is besproken dat verzoekster vanwege haar medische situatie de tandheelkundige behandeling niet kon ondergaan, zoals verzoekster stelt, is gemotiveerd weersproken door de ziektekostenverzekeraar, onder verwijzing naar de overgelegde notitie van dit gesprek. Uit die notitie blijkt voorts dat de polisvoorwaarden met de partner van verzoekster zijn doorgenomen. Dat de ziektekostenverzekeraar zijn informatieplicht heeft geschonden is dan ook niet gebleken.

6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 9 november 2020,



M.T.C.J. Nauta-Sluijs

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

Mond en tanden (mondzorg)

Wij vergoeden de kosten van noodzakelijke tandheelkundige zorg zoals tandartsen, tandprothetici, kaakchirurgen, mondhygiënist en orthodontisten die plegen te bieden. In de onderstaande artikelen (van 14 tot en met 17) gaan wij hierop in. Heeft u ook een aanvullende tandartsverzekering afgesloten? Dan vergoeden wij de kosten eerst vanuit de aanvullende tandartsverzekeringen en daarna vanuit deze aanvullende verzekeringen, wanneer deze kosten bij beide verzekeringen voor vergoeding in aanmerking komen.

14 Orthodontie voor verzekerden tot 18 jaar

Wij vergoeden aan verzekerden tot 18 jaar de kosten van orthodontie (gebitsregulatie) en een second opinion. De zorg wordt gedeclareerd met de door de Nederlandse Zorgautoriteit beschreven prestatiecodes voor orthodontie eindigend op de letter 'A'.

Voorwaarde voor vergoeding

Een orthodontist of tandarts moet de behandeling uitvoeren of de second opinion geven.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Verliest of beschadigt u bestaande orthodontische voorzieningen door uw eigen schuld of nalatigheid? Dan vergoeden wij niet de kosten van reparatie of vervanging hiervan.

Intro	geen dekking
Start	geen dekking
Royaal	maximaal € 2.000,- voor verzekerden tot 18 jaar voor de gehele duur van de aanvullende verzekering
Excellent	maximaal € 2.500,- voor verzekerden tot 18 jaar voor de gehele duur van de aanvullende verzekering

15 Tandheelkundige zorg – wettelijke eigen bijdrage prothesen (kunstgebitten)

Heeft u een uitneembare volledige prothese (kunstgebit) vergoed gekregen vanuit de basisverzekering of deze laten repareren of rebasen (zie artikel 9 van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen')? Dan vergoeden wij deze wettelijke eigen bijdrage.

Intro	geen dekking
Start	geen dekking
Royaal	geen dekking
Excellent	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?

Intro	geen dekking
Start	100%
Royaal	100%
Excellent	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 vol-groeid 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 Wij moeten u vooraf toestemming hebben gegeven. 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, orthodontist 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.

Intro	maximaal € 10.000,- per ongeval
Start	maximaal € 10.000,- per ongeval
Royaal	maximaal € 10.000,- per ongeval
Excellent	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.

Intro	geen dekking
Start	maximaal € 100,- per persoon per 3 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen samen
Royaal	maximaal € 150,- per persoon per 3 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen samen
Excellent	maximaal € 250,- per persoon per 3 kalenderjaren voor brillen en contactlenzen samen

