



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C te B, tegen ONVZ
Ziektekostenverzekeraar N.V. en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V., beide te Houten

Zaak : Mondzorg, orthodontie, wijziging voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

Regelgeving : Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018-2019, artt. 6:248 en 7:940 BW

Zaaknummer : 202000171

Zittingsdatum : 15 april 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C, hierna te noemen: verzekerde,

tegen

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten, en
- 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij klachtenformulier van 20 januari 2020 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brief van 25 februari 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 27 februari 2020 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 15 april 2020 gehoord.


3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzekerde was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ONVZ Vrije Keuze Optifit en ONVZ Wereldfit (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering bestond tot en met 31 december 2017 aanspraak op volledige vergoeding van de kosten van orthodontische behandelingen. Met ingang van 1 januari 2018 is de vergoeding teruggebracht tot € 1.000,- in de eerste twaalf maanden vanaf de start van de behandeling, € 1.000,- in de twaalf maanden daarna, en € 1.000,- in de twaalf maanden dáárna.
- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd de vanaf 1 januari 2019 uitgevoerde orthodontische behandelingen ten behoeve van verzekerde volledig te vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Bij e-mailbericht van 16 januari 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij hiertoe niet zal overgaan.


4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat verzekerde in de komende jaren aanspraak heeft op volledige vergoeding van de kosten van orthodontische behandelingen.
- 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 78 van de 'Algemene regels' van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.


 6. Beoordeling


 6.1. De relevante bepalingen uit de verzekeringsvoorwaarden en het Burgerlijk Wetboek zijn opgenomen in de bijlage. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.


 **Aanvullende ziektekostenverzekering**




 6.2. Verzoeker voert aan dat de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 januari 2019 ten nadele van hem zijn gewijzigd. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering bestond aanspraak op volledige vergoeding van de kosten van orthodontische behandelingen. De vergoeding is door de wijziging teruggebracht tot € 1.000,- in de eerste twaalf maanden vanaf de start van de behandeling, € 1.000,- in de twaalf maanden daarna, en € 1.000,- in de twaalf maanden dáárna. Verzoeker meent in de eerste plaats dat hij moet worden beschermd tegen dergelijke wijzigingen, nu de overheid hier niet regulerend optreedt. Verder stelt hij dat de ziektekostenverzekeraar beschikt over meer informatie dan hij, en hem had moeten waarschuwen vanwege de mogelijkheid dat kosten voor zijn rekening zouden blijven. Hierbij tekent hij aan dat het bedrag van € 1.000,- met name in het eerste jaar niet toereikend kan zijn. Tot slot doet hij een beroep op de hardheidsclausule en stelt hij dat de wijziging in strijd is met de redelijkheid en billijkheid.

 6.3. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat hij zijn verzekeringnemers op 12 november 2017 per e-mail geïnformeerd over de wijzigingen met ingang van 1 januari 2018. Verzoeker heeft dit niet bestreden en hij heeft evenmin aangevoerd dat het mailbericht hem niet heeft bereikt.

 6.4. De commissie stelt bij de beoordeling van het verzoek voorop dat het de ziektekostenverzekeraar, op grond van artikel 62 van de 'Algemene regels' van de verzekeringsvoorwaarden, vrij staat de premie en de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering eenzijdig te wijzigen, hetzij tussentijds dan wel bij de jaarlijkse prolongatie. In voorkomend geval dienen de verzekeringnemers hiervan tijdig op de hoogte te worden gesteld. Zij kunnen er alsdan voor kiezen de aanvullende ziektekostenverzekering te beëindigen binnen de termijn die daar voor staat. Een en ander is conform artikel 7:940, vierde lid, BW. De commissie merkt hierbij op dat de wetgever geen verdergaande bescherming heeft willen bieden dan in de vorm van deze opzegmogelijkheid ingeval van een voorwaardenwijziging.


 6.5. Verzoeker kon derhalve besluiten dat hij de verzekeringsovereenkomst wilde beëindigen. Hij heeft hier echter niet voor gekozen, en daarom is hij gebonden aan de met ingang van 1 januari 2018 geldende voorwaarden. Omdat verzekerde op 22 januari 2019 is gestart met de orthodontische behandelingen bestaat aanspraak op vergoeding van € 1.000,- gedurende de eerste twaalf maanden, € 1.000,- in de twaalf maanden daarna, en € 1.000,- in de twaalf maanden dáárna.


 6.6. Verzoeker stelt dat hij door de ziektekostenverzekeraar beter had moeten worden geïnformeerd over de consequenties van de wijziging. De commissie volgt hem daarin niet. Verzoeker kon kennis nemen van de verzekeringsvoorwaarden, en aan de hand van het behandelplan en de begroting van de orthodontist had hij kunnen nagaan dat in het specifieke geval kosten voor zijn rekening zouden blijven omdat in het eerste jaar het maximum van € 1.000,- ruimschoots werd overschreden. Van de ziektekostenverzekeraar afkomstige algemene informatie over het risico dat de vergoeding, met name in het eerste jaar, mogelijk niet toereikend is heeft tegen die achtergrond geen toegevoegde waarde.

- 
- 6.7. Verder beroept verzoeker zich op een hardheidsclausule. Het is de commissie niet duidelijk waarop hij in dit verband doelt. Een wijziging van de verzekeringsvoorwaarden zal steeds en bloc of groepsgewijs moeten plaatsvinden. Dit om te voorkomen dat de verzekeraar selecteert op minder goede risico's. Een hardheidsclausule, waarmee in een individueel geval wordt afgeweken, maar dan in positieve zin, verdraagt zich niet met een en bloc of groepsgewijze wijziging van de verzekeringsvoorwaarden.
- 
- 6.8. Tot slot stelt verzoeker dat de wijziging in strijd is met de redelijkheid en billijkheid. Op grond van artikel 6:248, tweede lid, BW blijft een tussen partijen overeengekomen regel buiten toepassing indien de uitkomst naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. Dat laatste is niet aan de orde. De vergoeding is weliswaar beperkt, maar het bedrag dat mogelijk wordt vergoed is nog steeds substantieel. Dit geldt zowel voor de maximumvergoeding per twaalf maanden als voor de totale maximumvergoeding. Daarbij zal het soms mogelijk zijn behandelingen uit te stellen, en deze over de termijn van twaalf maanden te tillen. Indien verzoeker echter meent dat de mogelijke vergoeding niet in verhouding staat tot de verschuldigde premie, kan hij ervoor kiezen de aanvullende ziektekostenverzekering per eerstvolgende mogelijkheid op te zeggen.
- 
- 6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.




7. Bindend advies






- 
- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 6 mei 2020,



H.A.J. Kroon



BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 248

1. Een overeenkomst heeft niet alleen de door partijen overeengekomen rechtsgevolgen, maar ook die welke, naar de aard van de overeenkomst, uit de wet, de gewoonte of de eisen van redelijkheid en billijkheid voortvloeien.
2. Een tussen partijen als gevolg van de overeenkomst geldende regel is niet van toepassing, voor zover dit in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn.

Burgerlijk Wetboek Boek 7

Artikel 940

1. Bij opzegging tegen het einde van een verzekeringsperiode teneinde verlenging van de overeenkomst te verhinderen, wordt een termijn van twee maanden in acht genomen.
2. De verzekeringnemer en, tenzij het een persoonsverzekering betreft, de verzekeraar kunnen een overeenkomst die is aangegaan voor een periode van meer dan vijf jaar, of die voor zulk een periode is verlengd, opzeggen tegen het einde van elk vijfde jaar binnen die periode. Daarbij geldt de in lid 1 genoemde termijn.
3. Indien de verzekeraar de bevoegdheid heeft bedongen de overeenkomst tussentijds op te zeggen, komt de verzekeringnemer een gelijke bevoegdheid toe. Tenzij jegens hem is gehandeld met het opzet tot misleiding neemt de verzekeraar onderscheidenlijk de verzekeringnemer daarbij een termijn van twee maanden in acht. Indien een verzekering dekking biedt tegen schade veroorzaakt door risico's als bedoeld in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht, kan, bij de verwezenlijking van een dergelijk risico of bij een dreiging van het ophanden zijn daarvan, de verzekeraar onderscheidenlijk de verzekeringnemer in afwijking van deze termijn van twee maanden, de overeenkomst met inachtneming van een termijn van zeven dagen opzeggen. De verzekeraar kan slechts tussentijds opzeggen op in de overeenkomst vermelde gronden welke van dien aard zijn dat gebondenheid aan de overeenkomst niet meer van de verzekeraar kan worden gevergd.
4. Indien de verzekeraar de voorwaarden van de overeenkomst ten nadele van de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde wijzigt, is de verzekeringnemer gerechtigd de overeenkomst op te zeggen tegen de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging hem is meegedeeld.
5. De verzekeraar kan een persoonsverzekering niet beëindigen of wijzigen op grond van verzwaring van het gezondheidsrisico, voor zover dat is gelegen in de persoon van degeen, die de verzekering betreft.
6. De verzekeringnemer kan de overeenkomst steeds langs elektronische weg opzeggen. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld ten aanzien van de verzending van opzeggingen langs elektronische weg.
7. De voordracht voor een krachtens het zesde lid vast te stellen algemene maatregel van bestuur wordt niet eerder gedaan dan vier weken nadat het ontwerp aan de beide kamers der Staten-Generaal is overgelegd.

Wij gebruiken uw gegevens. Zorgvuldig

55. **Als u bij ons een verzekering heeft of aanvraagt, nemen wij uw gegevens op in onze administratie.** Als u ons belt kunnen wij het telefoongesprek opnemen en omzetten in geschreven tekst. Hierbij gelden de privacyregels. Die regels staan in de wet, onze gedragscode en ons privacystatement. In ons privacystatement vindt u hierover meer informatie.
56. **Wij moeten uw burgerservicenummer (BSN) in onze administratie opnemen.** Wij moeten het ook gebruiken in de contacten met zorgverleners.
57. Wij gebruiken uw gegevens en opgenomen telefoongesprekken:
- om uw verzekeringen en onze dienstverlening uit te voeren en te verbeteren
 - om te voldoen aan wettelijke verplichtingen
 - voor controle, analyse en (wetenschappelijk of statistisch) onderzoek
 - voor marketing
 - voor het voorkomen en bestrijden van fraude en andere criminaliteit.
- Soms gebruiken wij ook medische gegevens. Dat doen wij alleen als dat nodig is voor deze doelen, behalve marketing. Meer informatie hierover staat in ons privacystatement. Daar staat ook in wat uw rechten zijn.
58. De stichting CIS houdt bij wie heeft gefraudeerd. Wij mogen daar nagaan of u er bekend bent. Ook mogen wij uw gegevens via het CIS uitwisselen met andere verzekeraars, als daar reden voor is. Wij gebruiken deze informatie bij het afsluiten van verzekeringen en het behandelen van declaraties. Het CIS heeft een eigen privacyreglement. U vindt het via www.stichtingcis.nl.
59. Om uw verzekeringen uit te voeren vragen en geven wij uw adres- en polisgegevens aan anderen, zoals zorgverleners en hulpmiddelenleveranciers. Wij doen dat digitaal, via Vecozo, het netwerk voor veilige communicatie in de zorg, of via een beveiligde e-mailverbinding. Zo kan de zorg die u krijgt op een makkelijke en veilige manier bij ons worden gedeclareerd. Neemt u deel aan een collectieve verzekering via uw werkgever? Dan wisselen wij voor de uitvoering van de verzekeringen gegevens uit met uw werkgever. Zo kijken wij of u (nog) recht op premiekorting heeft.
- Is er een dringende reden om uw adres niet uit te wisselen? Dan kunt u dat bij ons melden.
60. Wilt u geen post, e-mail of andere uitingen ontvangen met marketing als doel? Geef het aan ons door. Dan sturen wij u deze informatie niet meer.

Ik wil mijn aanvullende verzekering wijzigen

61. Stapt u over naar een andere aanvullende verzekering van ONVZ? Dan tellen zorgkosten die de oude aanvullende verzekering heeft vergoed mee voor de maximale vergoeding van de nieuwe aanvullende verzekering.

Wij kunnen de verzekering wijzigen

62. **Wij kunnen de algemene regels en de premie van de verzekeringen wijzigen.** De hoofdverzekerde krijgt van ons bericht over deze wijzigingen. Daarin staat ook wanneer de wijzigingen ingaan. Meestal is dat op 1 januari. Als wij de basispremie wijzigen gaat de nieuwe premie na zeven weken in. Later kan ook. Soms kunt u dan opzeggen. Dit staat in nummer 63.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de tandheelkundige zorg die tandartsen normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Orthodontie tot 18 jaar

Voor een goed werkend gebit.

Wat u vergoed krijgt

Lukt het bijten en kauwen niet goed doordat uw tanden en kiezen niet goed op elkaar passen? Of door een afwijking aan de kaak? Dan spreken we van een 'functionele afwijking'. Die kan vaak worden verholpen met orthodontie. Orthodontie is het verbeteren van de stand van het gebit door een beugel.

De **basisverzekering** vergoedt orthodontie alleen als die nodig is voor bijzondere tandheelkundige zorg. Dat is zorg bij ernstige aandoeningen, zoals een groeistoornis. Dit komt maar weinig voor. De basisverzekering vergoedt 'gewone' orthodontie niet.

De **aanvullende verzekeringen** Benfit en hoger vergoeden orthodontie tot 18 jaar.

Benfit vergoedt maximaal € 750 in de eerste 12 maanden vanaf de start van de behandeling. En maximaal € 750 in de 12 maanden daarna. De vergoeding eindigt dus 2 jaar na de start van de behandeling, of als u 18 wordt.

Optifit vergoedt maximaal € 1.000 in de eerste 12 maanden vanaf de start van de behandeling, € 1.000 in de 12 maanden daarna en € 1.000 in de 12 maanden dáárna. De vergoeding eindigt dus 3 jaar na de start van de behandeling, of als u 18 wordt.

Topfit en Superfit vergoeden orthodontie volledig. Bij Benfit en Optifit stopt de vergoeding als u 18 jaar wordt. Topfit en Superfit hebben ook een vergoeding voor orthodontie vanaf 18 jaar.

De tandverzekeringen vergoeden orthodontie niet.

Hier kunt u terecht

- tandarts
- orthodontist¹

Dit wordt niet vergoed

- orthodontie die vooral is bedoeld om het gebit mooier te maken

¹ Deze vindt u in het BIG-register als: tandarts-specialist voor dento-maxillaire orthopaedie

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benfit	€ 1.500 Vanaf start behandeling: 1e 12 maanden maximaal € 750 2e 12 maanden maximaal € 750
Optifit	€ 3.000 Vanaf start behandeling: 1e 12 maanden maximaal € 1.000 2e 12 maanden maximaal € 1.000 3e 12 maanden maximaal € 1.000
Topfit	100%
Superfit	100%

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Deze zorg valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij bepalen de startdatum als wij eerste declaratie ontvangen

Wij kijken dan naar de datum van het consult of de behandeling. Vindt de orthodontist tijdens een eerste consult dat uw kind beter kan wachten met een beugel? Dan kan het voordelig zijn dit consult zelf te betalen. Anders gaan de 2 of 3 jaar vergoeding al lopen voordat de behandeling echt begint. Meld dan bij de orthodontist dat u zelf betaalt. Veel orthodontisten sturen de declaratie namelijk rechtstreeks naar ONVZ.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is de gebruikelijke zorg: de orthodontie die tandartsen en orthodontisten normaal gesproken verlenen om een functionele afwijking te corrigeren. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

54. Is iemand anders aansprakelijk voor uw zorgkosten, bijvoorbeeld omdat u bent aangereden? Of heeft u een (reis)verzekering die de zorgkosten dekt? **U moet meewerken als wij de zorgkosten bij die andere persoon of verzekeraar willen terugvragen.** Vraagt u zelf ook (andere) kosten terug bij de tegenpartij? Dat mag onze rechten niet beperken. Anders kan het zijn dat u de zorgkosten aan ons moet terugbetalen.

Wij gebruiken uw gegevens. Zorgvuldig

55. **Als u bij ons een verzekering heeft of aanvraagt, nemen wij uw gegevens op in onze administratie.** Als u ons belt kunnen wij het telefoongesprek opnemen en omzetten in geschreven tekst. Hierbij gelden de privacyregels. Die regels staan in de wet, onze gedragscode en ons privacy statement¹. In ons privacy statement vindt u hierover meer informatie.
56. **Wij moeten uw burgerservicenummer (BSN) in onze administratie opnemen.** Wij moeten het ook gebruiken in de contacten met zorgverleners.
57. Wij gebruiken uw gegevens en opgenomen telefoongesprekken:
- om uw verzekeringen en onze dienstverlening uit te voeren en te verbeteren
 - om te voldoen aan wettelijke verplichtingen
 - voor controle, analyse en (wetenschappelijk of statistisch) onderzoek
 - voor marketing
 - voor het voorkomen en bestrijden van fraude en andere criminaliteit
- Soms gebruiken wij ook medische gegevens. Dat doen wij alleen als dat nodig is voor deze doelen, behalve marketing. Meer informatie hierover staat in ons privacy statement¹. Daar staat ook in wat uw rechten zijn.
58. De stichting CIS houdt bij wie heeft gefraudeerd. Wij mogen daar nagaan of u er bekend bent. Ook mogen wij uw gegevens via het CIS uitwisselen met andere verzekeraars, als daar reden voor is. Wij gebruiken deze informatie bij het afsluiten van verzekeringen en het behandelen van declaraties. Het CIS heeft een eigen privacyreglement. U vindt het via www.stichtingcis.nl.
59. Om uw verzekeringen uit te voeren vragen en geven wij uw adres- en polisgegevens aan anderen, zoals zorgverleners en hulpmiddelenleveranciers. Wij doen dat digitaal via het netwerk voor veilige communicatie in de zorg (Vecozo), of via een beveiligde e-mailverbinding. Zo kan de zorg die u krijgt op een makkelijke en veilige manier bij ons worden gedeclareerd. Neemt u deel aan een collectieve verzekering via uw werkgever? Dan wisselen wij voor de uitvoering van de verzekeringen gegevens uit met uw werkgever. Zo kijken wij of u (nog) recht op premiekorting heeft. Is er een dringende reden om uw adres niet uit te wisselen? Dan kunt u dat bij ons melden.
60. Wilt u geen post, e-mail of andere uitingen ontvangen met marketing als doel? Geef het aan ons door. Dan sturen wij u deze informatie niet meer.

Ik wil mijn aanvullende verzekering wijzigen

61. Stapt u over naar een andere aanvullende verzekering van ONVZ? Dan tellen zorgkosten die de oude aanvullende verzekering heeft vergoed mee voor de maximale vergoeding van de nieuwe aanvullende verzekering.

Wij kunnen de verzekering wijzigen

62. **Wij kunnen de voorwaarden en de premie van de verzekeringen wijzigen.** De hoofdverzekerde krijgt van ons bericht over deze wijzigingen. Daarin staat ook wanneer de wijzigingen ingaan. Meestal is dat op 1 januari. Als wij de basispremie wijzigen gaat de nieuwe premie na 7 weken in. Later kan ook. Soms kunt u dan opzeggen. Dit staat in algemene regel 63.

¹ Zie hiervoor: www.onvz.nl/privacy

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de tandheelkundige zorg die tandartsen normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Orthodontie tot 18 jaar

Voor een goed werkend gebit.

Wat u vergoed krijgt

Lukt het bijten en kauwen niet goed doordat uw tanden en kiezen niet goed op elkaar passen? Of door een afwijking aan de kaak? Dan spreken we van een 'functionele afwijking'. Die kan vaak worden verholpen met orthodontie. Orthodontie is het verbeteren van de stand van het gebit door een beugel.

De **basisverzekering** vergoedt orthodontie alleen als die nodig is door een ernstige aandoening, zoals een aangeboren afwijking of een groeistoornis. Dit komt maar weinig voor. In de vergoeding Bijzondere tandheelkunde staat waar u dan recht op heeft. De basisverzekering vergoedt 'gewone' orthodontie niet.

De **aanvullende verzekeringen** Benfit en hoger vergoeden orthodontie tot 18 jaar, volgens de vergoeding die u nu leest.

Benfit vergoedt maximaal € 750 in de eerste 12 maanden vanaf de start van de behandeling. En maximaal € 750 in de 12 maanden daarna. De vergoeding eindigt dus 2 jaar na de start van de behandeling, of als u 18 jaar wordt.

Optifit vergoedt maximaal € 1.000 in de eerste 12 maanden vanaf de start van de behandeling, € 1.000 in de 12 maanden daarna en € 1.000 in de 12 maanden dáárna. De vergoeding eindigt dus 3 jaar na de start van de behandeling, of als u 18 jaar wordt.

Topfit en Superfit vergoeden orthodontie tot 18 jaar volledig. Ze hebben ook een vergoeding voor orthodontie vanaf 18 jaar.

De tandverzekeringen vergoeden orthodontie niet.

Hier kunt u terecht

- tandarts
- orthodontist¹

Dit wordt niet vergoed

- orthodontie die vooral is bedoeld om het gebit mooier te maken

¹ Deze vindt u in het BIG-register als: tandarts-specialist voor dento-maxillaire orthopaedie

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Alleen bij ernstige aandoeningen Volgens <u>bijzondere tandheekunde</u>
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	€ 1.500 Vanaf start behandeling: 1e 12 maanden maximaal € 750 2e 12 maanden maximaal € 750
Optifit	€ 3.000 Vanaf start behandeling: 1e 12 maanden maximaal € 1.000 2e 12 maanden maximaal € 1.000 3e 12 maanden maximaal € 1.000
Topfit	100%
Superfit	100%

Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Deze zorg valt onder de aanvullende verzekering. Hiervoor geldt geen eigen risico. Voor bijzondere tandheekunde betaalt u tot 18 jaar geen eigen risico. Daarboven geldt het eigen risico wel.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed, en welke wijzigingen u moet doorgeven. En dat vergoedingen uit het verleden meetellen als u bij ons van aanvullende verzekering wisselt.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is de gebruikelijke zorg: de orthodontie die tandartsen en orthodontisten normaal gesproken verlenen om een functionele afwijking te corrigeren. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Wij bepalen de startdatum als wij de eerste declaratie ontvangen

Wij kijken dan naar de datum van het consult of de behandeling. Vindt de orthodontist tijdens een eerste consult dat uw kind beter kan wachten met een beugel? Dan kan het bij Benefit en Optifit voordelig zijn dit consult zelf te betalen. Anders gaat de 2 of 3 jaar vergoeding al lopen voordat de behandeling echt begint. Meld dan bij de orthodontist dat u zelf betaalt. Veel orthodontisten sturen de declaratie namelijk rechtstreeks naar ons. Was uw behandeling al voor 2018 gestart? Dan geldt als startdatum: de 1e datum van consult of behandeling in 2018.