



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C te B, tegen ONVZ  
Aanvullende Verzekering N.V. te Houten

Zaak : Aanvullende ziektekostenverzekering, orthodontie, informatieplicht t.a.v. verleende  
vergoedingen en bereiken maximale vergoeding

Regelgeving : Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019

Zaaknummer : 201901743

Zittingsdatum : 6 mei 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

---

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, als wettelijk vertegenwoordiger van de C te B, hierna te noemen: verzekerde,

tegen

ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

2.1. Bij brief van 14 november 2019 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.

2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brief van 17 februari 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 20 februari 2020 aan verzoekster gezonden.

2.3. Verzoekster is op 6 mei 2020 gehoord. De ziektekostenverzekeraar was ten tijde van de hoorzitting niet bereikbaar op het door hem opgegeven telefoonnummer.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzekerde was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering Vrije Keuze Optifit (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft met ingang van 1 januari 2018 de polisvoorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering gewijzigd. Voorheen werden de kosten van orthodontie voor minderjarige verzekerden op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering volledig vergoed. Vanaf 1 januari 2018 worden deze kosten vergoed tot maximaal € 1.000,- per jaar gedurende maximaal drie jaren. Het jaar gaat lopen vanaf de eerste behandeldatum.

3.3. Verzekerde is op 17 september 2018 begonnen met een orthodontie behandeling.

3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 7 juli 2019 aan verzoekster meegedeeld dat zij vanwege verzekerde een bedrag van € 679,41 is verschuldigd in verband met het plaatsen van een beugel.

3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Met de twee e-mailberichten van 23 juli 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat:

(i) de ziektekostenverzekeraar het van haar gevorderde bedrag van € 679,41 moet laten vervallen;

(ii) de ziektekostenverzekeraar haar in het vervolg op de hoogte moet stellen als er kosten voor haar of voor een van de door haar meeverzekerde personen zijn vergoed en informeren hoeveel 'budget' er dan nog over is.

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 aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

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

6.2. Verzoekster voert aan dat de rekening van de ziektekostenverzekeraar voor de orthodontie behandeling van verzekerde geheel onverwacht kwam. Zij heeft eerder geen bericht gehad van de ziektekostenverzekeraar over de bedragen die zijn vergoed voor orthodontie. Als zij had geweten dat deze kosten op dat moment niet zouden worden vergoed, maar na 17 september 2019 wel, zou zij de beugel op een latere datum hebben laten plaatsen. Verzoekster begrijpt de polisvoorwaarden, maar zij heeft drie kinderen die worden behandeld door de orthodontist. Het is voor haar daarom niet mogelijk bij te houden hoeveel per kind is verbruikt van de maximale vergoeding per periode. Daarbij geldt deze vergoeding niet per kalenderjaar, zoals gebruikelijk. Zij heeft geen tijd om dagelijks in de app van de ziektekostenverzekeraar te kijken. Bovendien is de app zeer verwarrend. Verzoekster is van mening dat de ziektekostenverzekeraar de rekening moet laten vervallen. Verder moet hij haar in het vervolg op de hoogte stellen als er kosten voor haar of voor een van de door haar verzekerde personen zijn vergoed en informeren hoeveel 'budget' er dan nog over is.

6.3. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat hij de aanspraak op orthodontie voor minderjarige verzekerden met ingang van 1 januari 2018 heeft aangepast. Verzoekster is in november 2017 geïnformeerd over deze wijziging. Daarnaast staan de polisvoorwaarden correct vermeld op de website van de ziektekostenverzekeraar. Per periode van twaalf maanden wordt vanaf de start van de behandeling, gedurende drie jaren, maximaal een bedrag van € 1.000,-- vergoed. Verzekerde is op 17 september 2018 begonnen met de orthodontie behandeling. Op deze datum begint de termijn van één jaar dus te lopen. Een patiënt krijgt bij aanvang van de behandeling een behandelplan en kostenraming van de zorgaanbieder. Voor verzekerde zijn een beugel uit categorie 4 á € 442,01 en een slotjesbeugel á € 843,66 in rekening gebracht. De vergoeding van beide beugels past niet binnen het budget van € 1.000,-- per behandeljaar. Bij de kosten van de beugels komen dan nog de voorbereidende kosten en die van de maandconsulten en voorbereidende kosten. Verzoekster had kunnen voorzien dat het voor de periode van twaalf maanden beschikbare maximum hiervoor niet toereikend was. Verzoekster wordt niet geïnformeerd als er een wijziging is in de mijnONVZ-omgeving. Zij kan hier echter op ieder moment inloggen en bekijken welke kosten zijn gedeclareerd en vergoed. Verzoekster wordt wel geïnformeerd als zij zelf een nota ter declaratie heeft ingediend, of als de ziektekostenverzekeraar kosten voorschiet en verzoekster deze (deels) aan hem moet terugbetalen. De ziektekostenverzekeraar vermeldt in de mijnONVZ-omgeving niet welk deel van het 'budget' nog openstaat. Als echter in de mijnONVZ-omgeving gebruik wordt gemaakt van filters (verzekerde en kalenderjaar) wordt duidelijk welke kosten voor welke verzekerde zijn gedeclareerd en welke kosten zijn vergoed. In de app is dezelfde informatie beschikbaar als in de mijnONVZ-omgeving. Door het kleinere beeldscherm kan het mogelijk minder duidelijk overkomen dan in de mijnONVZ-omgeving. Het is aan betrokkene om zelf de vergoeding en de startdatum bij te houden. Dit vermeldt de ziektekostenverzekeraar ook op zijn website.

- 6.4. Tussen partijen is niet in geschil wat de maximale vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering is en dat deze in 2019 voor verzekerde werd bereikt. Ter discussie staat of de ziektekostenverzekeraar de vordering van € 679,41 moet laten vervallen en of hij verzoekster beter had moeten informeren over de vergoedingen die voor de orthodontie behandelingen van verzekerde zijn verleend alsmede over het nog openstaande 'budget'.
- 6.5. De grond voor het laten vervallen van de vordering is volgens verzoekster gelegen in de informatievoorziening. De commissie overweegt in dit kader dat de ziektekostenverzekeraar niet verplicht is zijn verzekerden periodiek een overzicht te sturen van de eventuele kosten die zijn vergoed. Verzoekster heeft in dit verband aangevoerd dat via de app van de ziektekostenverzekeraar niet eenvoudig is te achterhalen of er iets is vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft dit weersproken en heeft gemotiveerd gesteld, onder overlegging van screenshots, dat via de mijnONVZ-omgeving, met het gebruik van filters, is te achterhalen wat voor welke verzekerde is vergoed. Deze functionaliteit is ook beschikbaar in de app. Verzoekster heeft de stelling van de ziektekostenverzekeraar onvoldoende weersproken. Zij heeft met name verwezen naar de app van een andere verzekeraar, die volgens haar beter functioneert. Verzoekster heeft desgevraagd verklaard dat zij de functionaliteiten van de app van de ziektekostenverzekeraar intussen heeft doorgrond en deze ook gebruikt. De commissie concludeert dat verzoekster de mogelijkheid had de verleende vergoedingen te controleren, hetzij via de mijn ONVZ-omgeving hetzij via de app. Daarnaast is verzoekster bij aanvang van de orthodontie behandeling door de zorgaanbieder geïnformeerd over de kosten hiervan. Ook wist verzoekster, of kon zij weten, dat aan iedere behandeling of consult kosten zijn verbonden. De verantwoordelijkheid om bij te houden dat het 'budget' voor orthodontie ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering nog toereikend is, ligt bij verzoekster. Dat zij zulks voor verschillende personen in haar gezin moet doen, maakt dit niet anders. De ziektekostenverzekeraar ontvangt de nota's bovendien achteraf zodat de door verzoekster veronderstelde mogelijkheid haar vooraf te waarschuwen voor overschrijding niet reëel is. De kosten zijn dan immers al gemaakt.
- 6.6. De commissie oordeelt dat de ziektekostenverzekeraar niet is gehouden verzoekster de door haar gevraagde informatie uit eigen beweging (periodiek) te verstrekken. Voorts ziet de commissie geen grond te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de vordering van € 679,41 moet laten vervallen.
- 6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 3 juni 2020,

mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs

# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

## 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
- orthodontist<sup>1</sup>

### Dit wordt niet vergoed

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

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

## Vergoeding per verzekering

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

## Wat u zelf betaalt

### Geen eigen risico

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