



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te B, tegen IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Mondzorg, aanvullende ziektekostenverzekering, schriftelijke toezegging
Zaaknummer : 201500105
Zittingsdatum : 9 september 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

(Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door mevrouw C te B,
tegen

IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de IZA Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen IZA Extra Zorg en IZA Extra Tand 3 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle hiervoor genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
De zorgverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een tandheelkundige behandeling ten bedrage van € 982,23 (hierna: de aanspraak). Bij ongedateerde uitkeringsspecificatie heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak tot een bedrag van € 108,66 wordt ingewilligd.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 13 december 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten eenmalig en onverplicht aan verzoeker een bedrag van € 412,97 te vergoeden.
- 3.4. Bij brief van 1 mei 2015 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 9 juli 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 juli 2015 aan verzoeker gezonden.

 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 19 juli 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 7 september 2015 telefonisch medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.

 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.

 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 9 september 2015 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

 4.1. Op 5 oktober 2014 heeft de echtgenote van verzoeker via het online contactformulier gevraagd welk bedrag aan tandheelkundige kosten in 2014 is gedeclareerd voor verzoeker. Hierbij heeft de echtgenote verschillende gegevens van verzoeker ingevuld, welke gegevens zij heeft overgenomen van de persoonlijke pagina van de ziektekostenverzekeraar.

 4.2. In antwoord op de gestelde vraag deelde de ziektekostenverzekeraar mede dat er nog geen kosten waren gedeclareerd. Naar aanleiding van deze mededeling heeft verzoeker een tandheelkundige behandeling laten uitvoeren. De kosten van deze behandeling worden nu ten onrechte niet vergoed. Als argument gebruikt de ziektekostenverzekeraar dat bij de vraag een onjuist klantnummer is vermeld. Voor zover verzoeker weet heeft hij echter maar één klantnummer en dit nummer is gebruikt. Gelet op de onjuiste informatie die is gegeven, is de ziektekostenverzekeraar gehouden de kosten van de behandeling te vergoeden.

 4.3. Ter zitting is door verzoeker gesteld dat de ziektekostenverzekeraar de op 5 oktober 2014 door zijn echtgenote gestelde vraag niet juist heeft gelezen. De ziektekostenverzekeraar is enkel afgegaan op het opgegeven klantnummer. Verzoeker erkent dat dit het klantnummer is van zijn echtgenote. Als zij zelf inlogt bij 'MijnIZA' ziet zij alleen haar klantnummer en niet de klantnummers van alle andere verzekerden op dezelfde polis. Pas wanneer verzoeker zelf inlogt verschijnt zijn klantnummer.

 4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

 5.1. Verzoeker heeft na 5 oktober 2014 bij de ziektekostenverzekeraar tandheelkundige kosten gedeclareerd van totaal € 982,23. De zorgverzekering kent geen dekking voor deze kosten en op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding tot maximaal € 1.000,--. Aangezien aan verzoeker in 2014 ter zake van tandheelkundige kosten al een bedrag van € 891,34 is vergoed, heeft de ziektekostenverzekeraar hem een bedrag betaald van € 108,66 (€ 1.000,-- - € 891,34). De resterende kosten van de behandeling dient verzoeker zelf te betalen.

 5.2. Op 5 oktober 2015 stelde de echtgenote van verzoeker de ziektekostenverzekeraar de vraag hoeveel tandheelkundige kosten in 2014 zijn gedeclareerd. Bij de gegevens vulde zij haar klantnummer in en vermeldde zij niet op wiens budget de vraag betrekking had. Om die reden is de ziektekostenverzekeraar bij de beantwoording uitgegaan van het klantnummer en is haar geantwoord dat er nog geen tandheelkundige kosten waren gedeclareerd. Deze informatie had uitsluitend betrekking op de verzekering van de echtgenote van verzoeker.

 5.3. In het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar uitgezocht dat in 2014 ter zake van tandheelkundige kosten een bedrag van € 825,94 voor rekening van verzoeker is gebleven. De ziektekostenverzekeraar is bereid verzoeker eenmalig en onverplicht tegemoet te komen door hem de helft van deze kosten te vergoeden.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar herhaald dat op de vraag van de echtgenote van verzoeker is gereageerd op basis van het klantnummer. Dit is ook af te leiden uit het antwoord. Het betreft duidelijk een antwoord aan de echtgenote van verzoeker. Verzoeker was op dat moment namelijk al vijf keer naar de tandarts geweest.

5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op de artikel 7 van de van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarde

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil is de volgende verzekeringsvoorwaarde relevant.

8.2. Artikel 68 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving

Vergoeding van de kosten van tandheelkundige zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Hierbij moet u denken aan een (half)jaarlijkse controle, gebitsreiniging, het vullen van een gaatje, het trekken van een kies, een kroon of een gedeeltelijke gebitsprothese. De vergoeding is inclusief techniek- en materiaalkosten.

(...)

Vergoeding

(...)

IZA Extra Tand 3

100% tot maximaal € 1.000 per kalenderjaar

(...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak bestaat op vergoeding van tandheelkundige kosten tot maximaal € 1.000,-- per kalenderjaar. Evenmin is in geschil dat verzoeker met de vergoeding van € 108,66 dit maximum heeft bereikt. Verzoeker heeft op grond van voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering geen aanspraak op een hogere vergoeding.

Schriftelijke toezegging

9.2. Door verzoeker is gesteld dat zijn echtgenote op 5 oktober 2014 de ziektekostenverzekeraar heeft gevraagd welk bedrag aan tandheelkundige kosten in 2014 is gedeclareerd. In antwoord hierop heeft de ziektekostenverzekeraar haar bij e-mailbericht van 6 oktober 2014 medegedeeld dat er in 2014 nog geen tandartsnota's waren gedeclareerd. Op basis van dit antwoord meent verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de in 2014 uitgevoerde tandheelkundige behandelingen volledig te vergoeden. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie het volgende.

- 9.3. De commissie merkt in de eerste plaats op dat de in artikel 6 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bedoelde vergoeding geldt per verzekerde en niet per polis. De echtgenote van verzoeker heeft op 5 oktober 2014 de volgende vraag gesteld: "Kunt u bekijken hoeveel tandheelkundige kosten dit jaar ingediend zijn? Ik hoor het graag". Zij heeft daarbij onder meer de naam van verzoeker en haar klantnummer vermeld. De echtgenote van verzoeker is eveneens bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten en heeft een eigen klantnummer. In antwoord op de gestelde vraag heeft de ziektekostenverzekeraar aan de echtgenote van verzoeker bericht dat er door haar ("uw tandheerkunde") in 2014 nog geen tandheelkundige kosten waren gedeclareerd. Dit antwoord was, op basis van het opgegeven klantnummer, correct. Echter, ook de naam van verzoeker was in de vraagstelling vermeld. Toch kan hieruit geen toezegging worden afgeleid. Het antwoord was immers niet eenduidig, in die zin dat de echtgenote van verzoeker ermee bekend was dat dit geen betrekking kon hebben op de situatie van verzoeker, aangezien zij wist of had moeten weten dat deze in het betreffende kalenderjaar al verschillende malen de tandarts had bezocht en dat reeds voor ruim € 800,- aan tandheelkundige kosten was gedeclareerd. De commissie is dan ook van oordeel dat verzoeker behoudens de vergoeding van € 108,66 geen aanspraak heeft op een hogere vergoeding.
- 9.4. Dat de ziektekostenverzekeraar in het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft besloten de helft van de voor rekening van verzoeker gebleven tandheelkundige kosten eenmalig en uit coulance te vergoeden maakt het voorgaande niet anders.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 september 2015,

A.I.M. van Mierlo