

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, en ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V.
te Houten
Zaak : Aanvullende ziektekostenverzekering, mondzorg, orthodontie, telefonische toezegging
Regelgeving : Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2022, art. 150 Rv
Zaaknummer : 202201122
Zittingsdatum : 22 februari 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. en

2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V., beide te Houten, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 2 september 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 12 september 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 24 oktober 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 27 oktober 2022 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 februari 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering ONVZ Vrije Keuze Topfit (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De zorgverzekering en de eveneens door verzoeker afgesloten aanvullende verzekeringen ONVZ Tandfit Module C en ONVZ Wereldfit zijn niet in geschil en blijven daarom verder onbesproken.
- 3.2. Bij aanvraagformulier van 17 maart 2022 heeft de behandelend orthodontist namens verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een orthodontische behandeling. Bij e-mailbericht van 5 april 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar vergoeding van de kosten afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verschillende keren om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Hierbij heeft verzoeker aanspraak gemaakt op de maximale vergoeding van € 500,- per jaar ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Bij e-mailberichten van 12 mei 2022 en 15 juni 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. Standpunt verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de aangevraagde orthodontische behandeling te vergoeden tot maximaal € 500,- ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 4.2. Verzoeker stelt in dit verband dat hij last heeft van knarsen en een diepe beet. Deze twee problemen maken dat zijn tanden en kiezen sneller slijten. Om verdere slijtage van de gebitselementen te voorkomen heeft de behandelend orthodontist een orthodontische behandeling voorgesteld. Nog dezelfde dag (17 november 2021) heeft verzoeker, in het bijzijn van zijn echtgenote, telefonisch contact gehad met een medewerk(st)er van de ziektekostenverzekeraar over de vergoeding. Tijdens dit gesprek is verzoeker meegedeeld dat vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering een bedrag wordt vergoed van maximaal € 500,- per jaar. Over nadere voorwaarden is in dit gesprek niets gemeld. Na de mededeling van de medewerk(st)er van de ziektekostenverzekeraar is verzoeker met de orthodontische behandeling gestart. Nadat de eerste nota van de orthodontist bij de ziektekostenverzekeraar was gedeclareerd, deelde laatstgenoemde verzoeker mee dat voorafgaand aan de behandeling geen toestemming was gevraagd. Daarnaast zou volgens de ziektekostenverzekeraar geen sprake zijn van een 'functionele afwijking'.
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker benadrukt dat hij in het bijzijn van zijn echtgenote telefonisch contact heeft opgenomen met de ziektekostenverzekeraar en dat hem tijdens dit gesprek is meegedeeld dat vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering een bedrag wordt vergoed van maximaal € 500,- per jaar. Over nadere voorwaarden is in dit gesprek niets gemeld.
- 4.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoeker te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat op grond van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van een orthodontische behandeling tot maximaal € 500,- per kalenderjaar. Voorwaarde is hierbij dat bij de verzekerde sprake van een 'functionele afwijking'. Dit is aan de orde als bijvoorbeeld de tanden en kiezen niet goed op elkaar passen. Dit is bij verzoeker niet het geval. Slijtage van tanden en kiezen is niet uitzonderlijk en komt op latere leeftijd vaker voor. Daarnaast is in de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering opgenomen dat voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming moet zijn gevraagd. Dit laatste is niet gebeurd. Verzoeker heeft zich op het standpunt gesteld dat hem op 17 november 2021 door een medewerk(st)er van de ziektekostenverzekeraar telefonisch is toegezegd dat aanspraak bestaat op vergoeding van maximaal € 500,- ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Met betrekking hiertoe geldt dat de ziektekostenverzekeraar geen (telefoon)notitie van 17 november 2021 in zijn geautomatiseerde systeem heeft staan van een gesprek met zijn Service Center zodat de exacte vraagstelling en de beantwoording niet langs die weg te achterhalen zijn. Voor zover op 17 november 2021 een telefoongesprek met verzoeker heeft plaatsgevonden, stelt de ziektekostenverzekeraar dat in gevallen als deze - zoals de desbetreffende medewerker daarnaar gevraagd door de ziektekostenverzekeraar ook heeft bevestigd - standaard wordt geantwoord dat een dekking kan bestaan van maximaal € 500,- per jaar, waartoe altijd eerst een aanvraag moet worden gedaan.
- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop toegelicht dat zijn medewerkers op vragen naar de vergoeding het standaardantwoord gegeven dat mogelijk aanspraak bestaat, maar dat vooraf eerst een aanvraag moet worden ingediend. Over een telefonisch contact met

verzoeker waarin is toegezegd dat voor orthodontische kosten aanspraak bestaat op € 500,- per kalenderjaar is de ziektekostenverzekeraar niets bekend.

- 5.3. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 80 van de 'Algemene regels en Vergoedingen 2022' van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepaling uit het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (Rv) is vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder is hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarde opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.2. Op grond van het bepaalde op de bladzijden 174 e.v. van de 'Algemene regels en Vergoedingen 2022' bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van orthodontie voor verzekerden van 18 jaar en ouder. De maximale vergoeding bedraagt € 500,- per kalenderjaar. Voorwaarde is dat bij verzekerde sprake is van een functionele afwijking en dat voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming is gevraagd. Dat verzoeker hieraan niet voldoet vormt tussen partijen geen onderwerp van geschil.
Door verzoeker is echter betoogd dat hij voorafgaand aan de orthodontische behandeling telefonisch contact heeft gehad met een medewerk(st)er van de ziektekostenverzekeraar. Volgens verzoeker heeft deze medewerk(st)er hem onjuist en onvolledig geïnformeerd door (i) hem mee te delen dat de vergoeding van orthodontische kosten € 500,- per kalenderjaar bedraagt en (ii) hem in dat kader niet te wijzen op de toepasselijke nadere voorwaarden. Met betrekking tot deze stelling, die door de ziektekostenverzekeraar is bestreden, overweegt de commissie het volgende.
- 7.3. In het algemeen geldt dat het lastig is om objectief vast te stellen wat er in een telefoongesprek is gezegd en dan met name wat de exacte vraagstelling en de beantwoording daarvan is geweest. Verzoeker stelt dat hij op 17 november 2021 onjuist en onvolledig is geïnformeerd, omdat hem een ongeclausuleerde toezegging is gedaan inhoudende dat voor orthodontische kosten op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak bestaat op een vergoeding van € 500,- per kalenderjaar. De ziektekostenverzekeraar heeft de stelling van verzoeker betwist.
Ingevolge het bepaalde in artikel 150 Rv draagt de verzoeker dan de bewijslast van de desbetreffende feiten of rechten waarop hij zich beroept. Dit betekent dat het aan verzoeker is om aannemelijk te maken dat hem tijdens het bewuste telefoongesprek, waarvan geen notitie is gemaakt, door de medewerker van de ziektekostenverzekeraar voornoemde - naar zeggen van verzoeker ongeclausuleerde - toezegging is gedaan. De commissie begrijpt de stellingen van de ziektekostenverzekeraar aldus dat tijdens gesprekken zoals het door de verzoeker genoemde gesprek van 17 november 2021 standaard - en naar de ziektekostenverzekeraar stelt ook in dit geval - te kennen wordt gegeven dat weliswaar een dekking kan bestaan, maar dat altijd eerst een aanvraag moet worden gedaan. Tegen deze gemotiveerde ontkenning, is het aan verzoeker om feiten en omstandigheden aan te voeren die aannemelijk maken dat de medewerker van de ziektekostenverzekeraar zonder voorbehoud zou hebben toegezegd dat orthodontische kosten tot een bedrag van € 500,- per jaar worden vergoed. Hetgeen verzoeker in dit verband heeft aangevoerd, maakt naar het oordeel van de commissie niet aannemelijk dat door de

ziektekostenverzekeraar een toezegging is gedaan, zoals door verzoeker is gesteld. De commissie trekt daarmee de stellingen van verzoeker weliswaar niet in twijfel, maar zij kunnen louter om een bewijstechnische reden niet worden gevolgd hoe onbevredigend dit ook voor verzoeker mag zijn. De commissie stelt vast dat gestelde mededeling dat de aanvullende ziektekostenverzekering dekking kent voor de kosten van een orthodontische behandeling tot maximaal € 500,- op zichzelf genomen niet onjuist is. Verzoeker heeft niet aannemelijk gemaakt of ook is besproken dat een functionele afwijking moet bestaan en dat vooraf een aanvraag moet worden ingediend bij de ziektekostenverzekeraar, meer in het bijzonder dat hij hiernaar heeft gevraagd onderscheidenlijk dat op die vraag door de medewerk(st)er een onjuist of onvolledig antwoord is gegeven. Dit betekent dat de stelling van verzoeker in deze wordt verworpen.

Slotsom

7.4. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 13 maart 2023,

A.I.M. van Mierlo

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (geldt in geval van niet-digitaal procederen)

Artikel 150

De partij die zich beroept op rechtsgevolgen van door haar gestelde feiten of rechten, draagt de bewijslast van die feiten of rechten, tenzij uit enige bijzondere regel of uit de eisen van redelijkheid en billijkheid een andere verdeling van de bewijslast voortvloeit.

● Orthodontie vanaf 18 jaar

Goed kunnen bijten en kauwen is belangrijk voor uw hele gezondheid.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Alleen bij ernstige aandoeningen, uit vergoeding Bijzondere tandheelkunde
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	Geen vergoeding
Optifit	Geen vergoeding
Topfit	€ 500 Max. per kalenderjaar
Superfit	100%

● 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 van de kaak? Dan spreken we van een 'functionele afwijking'. Orthodontie kan die vaak verhelpen. Orthodontie is het verbeteren van de stand van het gebit door een beugel.

De **basisverzekering** vergoedt orthodontie alleen als die nodig is door ernstige aandoeningen, 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.

Bent u 18 jaar of ouder en heeft u een beugel nodig? De **aanvullende verzekeringen** Topfit en Superfit vergoeden orthodontie vanaf 18 jaar, voor het herstellen van een functionele afwijking. Topfit vergoedt hiervoor maximaal € 500 per kalenderjaar. Superfit vergoedt die orthodontie volledig.

Hier kunt u terecht

- tandarts
- orthodontist¹

Dit wordt niet vergoed

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

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Voor orthodontie vanaf 18 jaar geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor orthodontie vanaf 18 jaar betaalt u geen eigen bijdrage.

- **Dit moet u zelf doen**

U moet ons vooraf toestemming vragen

Wij vergoeden de orthodontie alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven. Heeft u al een orthodontietraject gehad en moet uw retentiebeugel vervangen worden? Dan hoeft u dit niet vooraf aan te vragen.

- **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 gebruikelijke zorg: de zorg die tandartsen en orthodontisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Uitleg

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