



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen N.V. Univé Zorg te Arnhem
Zaak : Aanvullende ziektekostenverzekering, mondzorg, tandheelkundige zorg,
ongeval, hoogte vergoeding
Zaaknummer : 201701238
Zittingsdatum : 26 september 2018



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)



(Voorwaarden zorgverzekering 2015 en 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015 en 2016)

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoekster,



tegen



N.V. Univé Zorg te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 
- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Univé Zorg Geregeld Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Tand Goed afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
De zorgverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 
- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van tandheelkundige zorg (hierna: de aanspraak). Bij brief van 20 december 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld een vergoeding te verlenen van € 250,--.
- 
- 3.2. Verzoekster is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft de kwestie voorgelegd aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten de aanvraag te beoordelen aan de hand van de verzekeringsvoorwaarden van het jaar 2016. Een en ander heeft evenwel niet geleid tot een aanvullende vergoeding.
- 
- 3.3. Bij brief van 23 mei 2018 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 
- 3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 1 augustus 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 3 augustus 2018 aan verzoekster gezonden.

-  3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 9 augustus 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 24 augustus 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.7. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
-  3.8. Op grond van artikel 114, derde lid, Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11 Zvw, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.
-  3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 26 september 2018 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.
-  4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
-  4.1. Verzoekster heeft in januari 2015 een ongeval gehad, waarbij haar voortanden ernstig beschadigd raakten. Zij stonden scheef en waren gebroken. Verzoekster onderging diverse behandelingen, maar was niet tevreden met het resultaat, en durfde niet in de spiegel te kijken. Op foto's liet zij geen grote lach meer zien. Uiteindelijk bleken facings voor haar de oplossing te zijn. Na maanden intens verdrietig te zijn geweest, leek verzoekster eindelijk weer een beetje op zichzelf.
-  4.2. De aanvullende ziektekostenverzekering van het jaar 2016, het jaar waarin de kosten zijn gemaakt en gedeclareerd, biedt dekking tot € 10.000,-- indien sprake is geweest van een ongeval. Volgens de ziektekostenverzekeraar geldt hierbij als vereiste dat aangifte is gedaan bij de politie. Vanwege onwetendheid op dit gebied is verzoekster hiertoe niet overgegaan, en heeft zij alle kosten zelf voldaan. Het gaat om een bedrag van ongeveer € 6.000,--. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster nimmer erop gewezen dat zij dekking had op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering. Zij heeft deze verzekering al sinds 2013. Als zij de juiste route had bewandeld, had zij wel een vergoeding ontvangen.
-  4.3. Eind 2014 heeft verzoekster een aanvraag ingediend voor een uitgebreidere tandverzekering. Deze werd haar echter door de ziektekostenverzekeraar geweigerd op de grond dat het te verzekeren risico te groot was. Deze conclusie heeft de ziektekostenverzekeraar getrokken aan de hand van twee vragen die verzoekster heeft beantwoord. De mededeling dat verzoekster het hogere pakket niet kon afsluiten, bereikte haar dusdanig laat dat zij niet meer in de gelegenheid was zich elders te verzekeren.
-  4.4. Ter zitting is door verzoekster toegelicht dat zij op een zaterdagavond met vriendinnen uit is gegaan. Daarna is zij naar huis gefietst, waarbij zij ten val is gekomen. De volgende dag heeft haar zus haar geadviseerd een bezoek te brengen aan de nood tandarts. De nood tandarts heeft haar onderzocht en doorgestuurd naar Bureau Rijnlaan. Deze heeft een begroting gemaakt die ook naar de ziektekostenverzekeraar is gestuurd. Verzoekster weet niet precies meer wanneer het ongeval precies heeft plaatsgevonden. Door onder andere verhuizingen en andere problemen is zij een deel kwijt. Na het terugplaatsen van de tand is zij terug gaan redeneren wanneer het ongeval had plaatsgevonden. Pas veel later heeft zij ontdekt dat zij aanspraak kon maken op een vergoeding.
-  4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

 5.1. Verzoekster was bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd met de zorgverzekering van 1 januari 2013 tot en met 31 december 2016. Vanaf 1 januari 2013 had zij ook de aanvullende verzekeringen Univé Tand Goed Pakket en Aanvullend Beter afgesloten. De einddatum van de Aanvullend Beter was 31 december 2014. Vanaf 1 januari 2015 was verzoekster enkel nog verzekerd op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering.

 5.2. Medio januari 2015 heeft verzoekster een ongeval gehad met de fiets. Omdat zij op dat moment de verzekering Aanvullend Beter niet meer had, had zij geen recht op vergoeding van tandheelkundige kosten als omschreven in artikel 55 van de voorwaarden van die verzekering. De aanvullende ziektekostenverzekering bood in 2015 dekking tot een bedrag van maximaal € 250,-- per kalenderjaar. Die vergoeding is aan verzoekster verleend. Eerst met ingang van 1 januari 2016 is in deze verzekering artikel 60 opgenomen, op grond waarvan dekking bestaat tot € 10.000,-- indien de kosten het gevolg zijn van een ongeval. Ten tijde van het ongeval waren deze voorwaarden nog niet van toepassing. Verder geldt dat voorafgaand aan de behandeling toestemming van de ziektekostenverzekeraar nodig is. Op 16 december 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar van verzoekster het vragenformulier ontvangen.

 5.3. Naar aanleiding van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar zich bereid verklaard de aanvraag toch te beoordelen op basis van artikel 60 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering 2016. Van verzoekster is echter geen behandelplan met een kostenbegroting van de totale behandeling ontvangen. Ook heeft de ziektekostenverzekeraar geen nota ontvangen waaruit blijkt dat verzoekster medio januari 2015 bij een spoedarts is geweest. Uit één van de nota's die door verzoekster is ingediend, blijkt dat de tandarts op 2 maart 2015 een tand of kies heeft teruggeplaatst. Het is de ziektekostenverzekeraar niet duidelijk waarom pas op die datum een tand of kies is teruggeplaatst als het ongeval medio januari 2015 heeft plaatsgevonden.

 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar herhaald dat geen aanspraak bestaat op grond van de zorgverzekering. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval. Bij de invoering van dit artikel in 2016 was het niet de bedoeling dat ook oudere situaties onder de regeling zouden vallen. De ziektekostenverzekeraar erkent dat de formulering van het artikel niet helder is. Bij verzoekster en de behandelend tandarts is aanvullende informatie opgevraagd. Op basis van de ontvangen informatie heeft de ziektekostenverzekeraar besloten de aanvraag af te wijzen. Een van de redenen is de datum van het ongeval. Verzoekster heeft hierover verschillende verklaringen afgelegd, namelijk januari, februari en september 2015 en januari 2016. Ook de nota van de bezochte tandarts ontbreekt. Verder twijfelt de ziektekostenverzekeraar over de stelling dat pas veel later een tand is teruggeplaatst. Voor een goed herstel is het noodzakelijk dat een verloren element binnen 45 minuten na het voorval wordt teruggeplaatst. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar geen sluitende begrotingen ontvangen.

 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 artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2015 en 2016) 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 dan wel tot een hoger bedrag dan € 250,-- in te willigen, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. Artikel 56 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2015) regelt de aanspraak op tandheelkundige zorg en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving:

tandheelkundige zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Hierbij moet u denken aan bijvoorbeeld 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. Onder tandheelkundige zorg verstaan wij ook:

- eenvoudige extracties die worden uitgevoerd door de kaakchirurg (code 234032);
- implantologie in de niet-tandeloze kaak uitgevoerd door de kaakchirurg. Wij vergoeden dan de kosten voor het honorarium, de techniek- en materiaalkosten en de bijkomende kosten voor de instelling/het ziekenhuis.

Wie mag de zorg verlenen:

tandarts, mondhygiënist, orthodontist of tandprotheticus. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen de zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied. De kaakchirurg mag de zorg verlenen als het gaat om implantologie in de niet-tandeloze kaak en eenvoudige extracties.

Vergoeding voor alle tandheelkundige zorg samen:

Tand Goed Pakket 80% tot maximaal € 250 per kalenderjaar (...)"

Artikel 58 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2016) kent een gelijke strekking.

8.3. Artikel 60 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2016) regelt de aanspraak op tandheelkundige kosten ten gevolge van een ongeval en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving

Vergoeding van de kosten voor onvoorziene tandheelkundige zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, waardoor de schade als gevolg van het ongeval aan uw gebit wordt hersteld. Ook de kosten voor de techniek en het materiaal komen voor vergoeding in aanmerking.

Een ongeval is een plotselinge inwerking van geweld op uw lichaam, van buitenaf en buiten uw wil, waardoor medisch aantoonbaar lichamelijk letsel is veroorzaakt.

Het ongeval en de behandeling moeten plaatsvinden tijdens de looptijd van de aanvullende verzekering Univé Tand Goed, Univé Tand Beter of Univé Tand Best Pakket. Daarnaast moet de behandeling plaatsvinden binnen 1 jaar na het ongeval, tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er wel of geen sprake is van een noodzakelijk uitstel.

Wie mag de zorg verlenen

Tandarts of kaakchirurg in Nederland.

Toestemming

U hebt vooraf onze toestemming nodig. Bij uw aanvraag voor toestemming moet een door u ingevuld formulier 'vragenformulier ongeval', een behandelplan met kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's zitten. Het behandelplan moet zijn opgesteld door uw tandarts of kaakchirurg. Onze adviserend tandarts beoordeelt of u redelijkerwijs op de zorg bent aangewezen en of de zorg niet onnodig duur is.

Vergoeding

Tand Goed Pakket maximaal € 10.000 per ongeval (...)"

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat de artikelen 56 (2015) en 58 (2016) van de aanvullende ziektekostenverzekering in respectievelijk 2015 en 2016 dekking boden voor de kosten van tandheelkundige zorg tot een maximum van € 250,-- per kalenderjaar. Deze vergoeding is aan verzoekster verleend. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag of verzoekster aanspraak heeft op een aanvullende vergoeding op grond van artikel 60 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2016). Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 9.2. Een voorwaarde voor vergoeding is dat het ongeval en de behandeling dienen plaats te vinden tijdens de looptijd van de aanvullende ziektekostenverzekering. Hierbij is het begrip 'looptijd' niet nader gedefinieerd. De ziektekostenverzekeraar heeft willen regelen dat het ongeval en de behandeling dienden te geschieden ná 1 januari 2016. De ziektekostenverzekeraar is zelf reeds tot de conclusie gekomen dat de betreffende bepaling op dit punt niet duidelijk is, en heeft het artikel in de situatie van verzoekster toegepast, hoewel het ongeval plaatsvond in 2015, toen artikel 60 nog geen deel uitmaakte van de verzekeringsvoorwaarden.
- 9.3. Volgens verzoekster gebeurde het ongeval in januari 2015. De precieze datum van het ongeval weet zij echter niet meer. De behandelingen hebben aansluitend plaatsgevonden en zijn, naar de commissie begrijpt, eind 2016 afgerond. Eerst in december 2016 heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar toestemming gevraagd. Niet gebleken is van een eerder verzoek om voorafgaande toestemming of van een noodzaak de behandeling uit te stellen. Voorts ontbreekt in het dossier een behandelplan dat is opgesteld door een tandarts of kaakchirurg. Gelet op het voorgaande is niet voldaan aan de voorwaarden van artikel 60 van de aanvullende ziektekostenverzekering, zodat verzoekster geen aanspraak heeft op een vergoeding - bovenop de reeds uitgekeerde € 250,-- - ten laste van die verzekering.

Conclusie

- 9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 oktober 2018,

J.A.M. Strens-Meulemeester