

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C te D, volmachtgever van E te F, vertegenwoordigd door G te H
Zaak : Alternatieve geneeswijzen, onduidelijke voorwaarden
Zaaknummer : 2009.02260
Zittingsdatum : 7 juli 2010

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D, volmachtgever van E te F, vertegenwoordigd door G te H,
hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 9 februari 2009 de kosten verbonden aan “natuurgeneeskundige behandelingen” (hierna: de aanspraak) slechts gedeeltelijk te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Excellent (AV3) (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en Optimaal (TV2) afgesloten. Het geschil tussen partijen heeft betrekking op Excellent (AV3). De zorgverzekering en Optimaal (TV2) blijven in het vervolg buiten beschouwing. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Bij brief van 9 februari 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak slechts gedeeltelijk wordt ingewilligd.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 14 augustus 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 30 maart 2010 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).
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 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.

3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 26 mei 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 31 mei 2010 aan verzoekster gezonden.

3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 5 respectievelijk 21 juni 2010 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

4.1. Verzoekster stelt dat de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering niet anders kunnen worden gelezen dan dat 100 percent van de kosten van alternatieve geneeswijzen worden vergoed tot een maximumbedrag van € 500,-- per kalenderjaar. Daarna bestaat aanspraak op 70 percent van de kosten, tot een maximumbedrag van € 50,-- per consult. De ziektekostenverzekeraar heeft in 2008 – bij gelijke voorwaarden – dienovereenkomstig uitbetaald. In 2009 werd een minimaal bedrag ingehouden, terwijl het maximum van € 500,-- nog niet was bereikt. Eerst na telefonische navraag heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat steeds foutief is uitbetaald, en dat bij elk consult een maximum geldt van € 50,--. Zulks blijkt echter niet uit de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

4.2. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering helder zijn. Verzoekster heeft aanspraak op vergoeding van 100 percent van de kosten van behandelingen alternatieve geneeswijzen, waarbij maximaal € 50,-- per consult wordt vergoed, met een maximum van € 500,-- per kalenderjaar. Als het maximum van € 500,-- is bereikt, heeft verzoekster aanspraak op vergoeding van 70 percent van de kosten, wederom met inachtneming van het maximum van € 50,-- per behandeling. In 2008 is een fout gemaakt met de uitbetaling. Ook in dat jaar had verzoekster slechts aanspraak op bovenvermelde vergoeding.

5.2. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht slechts gedeeltelijk is ingewilligd.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. De commissie is 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 volledig in te willigen, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden

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

8.2. In artikel 1 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is, voor zover hier van belang, het volgende opgenomen:

“Wij vergoeden de kosten van:

- *Consulten van alternatieve artsen en therapeuten;*
- *Homeopathische en antroposofische geneesmiddelen.*

Wij vergoeden 100% van de kosten tot een maximum bedrag van € 500,00 per persoon per kalenderjaar. Daarboven vergoeden wij 70% van de kosten. Per behandeling geldt een maximum bedrag van € 50,00. (...).”

9. Beoordeling van het geschil

9.1. In geschil is of artikel 1 van de polisvoorwaarden op verschillende wijzen kan worden geïnterpreteerd. Indien dat het geval is, volgt uit artikel 6:238 lid 2 BW dat de voor de consument – in casu verzoekster – meest gunstige uitleg dient te worden gehanteerd.

9.2. De commissie is van oordeel dat de betreffende bepaling zowel op de wijze van verzoekster – dat wil zeggen: zonder de beperking van € 50,-- per behandeling zolang het maximum van € 500,-- nog niet is bereikt –, als op die van de ziektekostenverzekeraar – dat wil zeggen: steeds met de beperking tot € 50,-- per behandeling –, kan worden uitgelegd. Daar komt bij dat verzoekster in 2008 – bij gelijke voorwaarden – een vergoeding heeft ontvangen die in overeenstemming is met de wijze waarop zij de betreffende bepaling interpreteert. Ook in 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar niet vergoed conform de eigen interpretatie van de bepaling.

9.3. Een en ander leidt ertoe dat verzoekster de bepaling zo mag begrijpen, dat zij 100 percent van de kosten vergoed krijgt tot een maximum bedrag van € 500,-- per kalenderjaar, zonder dat haar kan worden tegengeworpen dat per behandeling een maximum geldt van € 50,--. Wanneer het maximumbedrag van € 500,-- is bereikt, heeft verzoekster aanspraak op vergoeding van 70 percent van de kosten, maar dan met inachtneming van het maximum van € 50,-- per behandeling.

Conclusie

9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen hiervoor is overwogen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 7 juli 2010,

Voorzitter