

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B versus C te D
Zaak	: Mondzorg, maximale vergoeding aanvullende verzekering
Zaaknummer	: 2008.02786
Zittingsdatum	: 6 mei 2009

Zaak: 2008.02786 (mondzorg, maximale vergoeding aanvullende verzekering)

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar, aan hem medegedeeld door middel van een ongedateerd declaratieoverzicht, de kosten van een tandheelkundige behandeling tot een bedrag van slechts € 524,40 te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Polis Natura (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). De zorgverzekering blijft in het vervolg buiten beschouwing. Verder waren ten behoeve van verzoeker de aanvullende ziektekostenverzekeringen PCOB Gezond 50plus Extra en Tand Uitgebreid Pakket afgesloten (hierna gezamenlijk te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar een begroting voor een tandheelkundige behandeling gezonden. Deze heeft bij de diverse verrichtingencodes en tarieven vermeld welk percentage voor vergoeding in aanmerking komt, waarna hij het stuk retour heeft gezonden. Hierop heeft verzoeker de behandeling laten uitvoeren en de kosten – indertijd begroot op in totaal € 2.748,-- – bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Met ongedateerd declaratieoverzicht heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker medegedeeld dat een bedrag ad € 524,40 wordt vergoed aangezien de maximale vergoeding al werd bereikt.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Daarbij heeft hij gesteld dat naar zijn mening recht bestaat op een vergoeding ad € 750,--. Bij brieven van 14 augustus en 6 november 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 18 februari 2009 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de gedeclareerde kosten te vergoeden, en wel op “fiftyfifty”-basis, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 16 april 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 april 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 22 april 2009 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij op basis van de retour gezonden begroting en het begeleidend schrijven van 13 februari 2008 aannam en mocht aannemen dat hem een hoger bedrag zou worden vergoed. Verzoeker meent dat alle voor de beoordeling noodzakelijke informatie bij de ziektekostenverzekeraar aanwezig was, zodat hij er op mocht vertrouwen dat de mededelingen met betrekking tot de hoogte van de vergoeding juist waren.
- 4.2. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de door verzoeker afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering een maximumvergoeding kent van € 750,-- per kalenderjaar. Op 31 maart 2008 onderging verzoeker enkele behandelingen in Mondzorgcentrum Stationsstraat, waarvan de kosten door hem werden gedeclareerd. Door de ziektekostenverzekeraar werd hierop een bedrag van € 225,60 vergoed. Deze vergoeding werd verleend nadat de begroting werd ingezonden en de ziektekostenverzekeraar daar op had gereageerd. De ziektekostenverzekeraar licht toe dat het voor hem onmogelijk is om naar aanleiding van een ingediende begroting exact aan te geven welk bedrag zal worden vergoed. De daadwerkelijke behandeling kan immers pas geruime tijd later plaatsvinden en het is mogelijk dat er in de tussenliggende periode andere tandartskosten zijn gedeclareerd en vergoed. Ook kan het voorkomen dat in de begroting vermelde verrichtingen niet worden uitgevoerd. Er is dan ook volstaan met het weergeven van de vergoedingspercentages en het maximum van € 750,--.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Gezien de verzekeringsvoorwaarden, het reglement van de commissie en/of de door de ziektekostenverzekeraar ondertekende verklaring, is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of verzoeker aanspraak heeft op een hogere vergoeding dan het hem toegekende bedrag van € 524,40, dit op grond van de ingezonden en geretourneerde begroting, in combinatie met de brief van de ziektekostenverzekeraar van 13 februari 2008. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 7.2. Tussen partijen staat niet ter discussie dat de door verzoeker afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering een dekking kent tot maximaal € 750,-- per kalenderjaar. Een eventuele hogere vergoeding zou dan ook gebaseerd moeten zijn op een toezegging van de kant van de ziektekostenverzekeraar. Van een zodanige toezegging is de commissie in de procedure niet gebleken. Weliswaar zijn op de door verzoeker ingezonden begroting percentages weergegeven die, indien zij zouden worden toegepast op de bij de verrichtingen vermelde tarieven, zouden leiden tot een uitkomst boven de € 750,--, maar verzoeker kan aan die weergave in redelijkheid geen rechten ontleen. In de begeleidende brief staat namelijk de volgende passage: "U heeft een Tand Uitgebreid pakket afgesloten met een maximum bedrag per kalenderjaar van Eur 750,--. Uw begroting is bijgevoegd hierop staat achter de behandeling vermeld op hoeveel procent vergoeding recht is." Dit kan niet anders worden geïnterpreteerd dan dat op de onderscheiden verrichtingen een procentuele vergoeding van toepassing is, en dat het totaal van die vergoedingen nooit meer bedraagt dan € 750,-- per kalenderjaar.
- 7.3. Vervolgens dient aan de orde te komen of verzoeker, gelet op de hiervoor aangehaalde passage, aanspraak kan maken op de maximale vergoeding. De commissie is van oordeel dat ook deze vraag ontkennend moet worden beantwoord. Duidelijk is dat het hier gaat om een maximumvergoeding per kalenderjaar. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld – en door verzoeker is niet, althans niet gemotiveerd bestreden – dat nadat de begroting was ingediend en de ziektekostenverzekeraar daar op had gereageerd, een bedrag ad € 225,60 voor tandheelkundige behandelingen is vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Hieruit volgt dat voor de nadien uitgevoerde, in de begroting opgenomen verrichtingen nog een maximaal te vergoeden bedrag resteerde van (€ 750,-- - € 225,60 =) € 524,40. Laatstgenoemd bedrag is volgens het declaratieoverzicht aan verzoeker overgemaakt.
- 7.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 6 mei 2009,

Voorzitter