

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. L. Ritzema, mr. B.L.A. van Drunen en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202401614

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 11 februari 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 8 maart 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 30 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 1 mei 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 10 september 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Gemeentepakket Compleet (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De zorgverzekering en de eveneens afgesloten aanvullende verzekering Gemeentepakket Herverzekeren zijn niet in geschil, zodat deze verder onbesproken blijven.
- 2.2. De kosten van een beugel ten behoeve van verzoekster, ten bedrage van € 2.465,26, zijn rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd.
- 2.3. Naar aanleiding van een door verzoekster ontvangen nota van 9 november 2023 van InfoMedics, bleek dat de ziektekostenverzekeraar van het rechtstreeks gedeclareerde bedrag slechts een deel – te weten € 604,37 – heeft vergoed.

- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 3 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de volledige kosten van de beugel aan haar dient te vergoeden.
- 3.2. Verzoekster heeft in haar brief van 13 maart 2024, gericht aan de ziektekostenverzekeraar, verklaard dat zij op 2 november 2023 een beugel heeft aangeschaft. Dit heeft zij gedaan naar aanleiding van de brief die zij ontving van ISD Brabantse Wal Bergen op Zoom (hierna: ISD). Hierin stond dat zij een vergoeding kon krijgen tot € 500,-- voor de tandarts en tot € 2.500,-- voor een beugel. Toen zij via InfoMedics de eerste nota ontving, bleek evenwel dat zij voor de beugel een bedrag van € 1.860,89 zelf moet betalen.
- 3.3. Volgens verzoekster heeft zij op 21 november 2023 telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Haar werd meegedeeld dat de ziektekostenverzekeraar niet verantwoordelijk is voor de informatie die in de brief staat van de ISD. Verzoekster heeft vervolgens gebeld met de ISD. Zij heeft van de ISD een screenshot ontvangen van de informatie die eind november 2023 op de website van de ziektekostenverzekeraar stond. Daar was destijds onder het kopje ‘Meer voordelen van het VGZ Gemeentepakket’ onder andere opgenomen: “Tot € 500,-- vergoeding voor de tandarts en tot € 2.500,-- voor een beugel”. Deze tekst op de website van de ziektekostenverzekeraar is sindsdien aangepast. Er is nu “tot 18 jaar” aan toegevoegd.
- 3.4. In haar e-mailbericht van 30 augustus 2024 heeft verzoekster gesteld dat de ziektekostenverzekeraar haar telkens naar de verzekeringsvoorwaarden verwijst, zonder erop in te gaan dat op de website geen asterisk achter de mogelijke vergoeding van € 2.500,- stond met een verwijzing naar enige geldende beperking, zoals in andere gevallen wel gebeurt.
- 3.5. Verzoekster heeft in haar e-mailbericht van 11 februari 2025, gericht aan de commissie, toegelicht dat de onjuiste en onvolledige informatie van eind 2021 tot en met eind 2023 in de brief heeft gestaan. Naar aanleiding van haar klacht zijn de brief en de informatie op de website aangepast. Volgens verzoekster is één van de twee betrokken partijen – de ziektekostenverzekeraar of de ISD – aansprakelijk voor de door haar gemaakte, en thans voor haar rekening blijvende, kosten van de beugel.
- 3.6. Ter zitting heeft verzoekster verklaard dat zij de beugel heeft aangeschaft naar aanleiding van de brief die zij ontving van de ISD. Via de gemeente is zij verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar. In 2021, 2022 en 2023 stond in de brief van de ISD dat zij is verzekerd voor een beugel tot € 2.500,--. Begin november 2023 heeft zij besloten een beugel aan te schaffen in verband met scheve tanden. Bij de eerste declaratie van de factuur zag zij dat er maar € 500,-- was vergoed. Op 16 november 2023 ontving zij weer een brief van de ISD, waarin wederom stond dat zij tot € 2.500,-- is verzekerd voor een beugel. Er stond geen asterisk bij of een verwijzing naar bepaalde extra voorwaarden, zoals de leeftijd. De gemeente en de ziektekostenverzekeraar hebben – naar aanleiding van haar klacht – in 2024 de informatie op de website aangepast. Nu staat er wel dat de vergoeding voor een beugel tot een bedrag van € 2.500,-- alleen geldt voor de leeftijd tot 18 jaren. Verzoekster voelt zich misleid, want de eerdere informatie was onjuist en onvolledig. Zij verwijst hierbij naar artikel 6:194 van het Burgerlijk Wetboek. Verzoekster heeft verder verklaard dat de tekst op de website van de ziektekostenverzekeraar de basis vormde van de brief van de ISD. Zij verwijst hiervoor naar een e-mailbericht van 20 februari 2024 van haar contactpersoon bij de ISD. Van verzoekster wordt weliswaar verwacht dat zij de verzekeringsvoorwaarden leest, maar ook de ISD is ervan uitgegaan dat de informatie op de website van de ziektekostenverzekeraar juist was. Naar de mening van verzoekster was dit niet het geval, want later is deze aangepast, en dit is niet logisch als de tekst goed zou zijn.

Volgens de ziektekostenverzekeraar had verzoekster voorafgaand aan de behandeling contact moeten opnemen bij onduidelijkheden. Het was voor haar evenwel niet onduidelijk. Er stond immers ongeclausuleerd dat zij was verzekerd voor een beugel tot een bedrag van € 2.500,--. Verder klopte alle informatie in de brief, zoals de vergoeding voor de tandarts en de fysiotherapeut, exact met hoe zij was verzekerd. Als erbij had gestaan dat de vergoeding tot € 2.500,-- alleen geldt voor de leeftijd tot 18 jaren, dan had zij de beugel niet aangeschaft.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 3 april 2024 verklaard dat verzoekster op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak heeft op maximaal € 500,-- voor een beugel tijdens de gehele looptijd van de verzekering. De brief waaraan verzoekster refereert gaat over de meest gevraagde vergoedingen. In deze brief zijn geen voorwaarden genoemd. De vergoeding waarop verzoekster aanspraak maakt is enkel van toepassing voor verzekerden tot 18 jaren. Pas na de gedeeltelijke afwijzing heeft verzoekster naar de verzekeringsvoorwaarden geïnformeerd.
- 4.2. In zijn brief van 15 november 2024, gericht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de voorwaarden voor de aanspraak op een beugel duidelijk zijn vermeld op de website en in de verzekeringsvoorwaarden. Hij verwijst hiervoor naar de artikelen 53, 54 en 55 van de aanvullende ziektekostenverzekering. Het was de verantwoordelijkheid van verzoekster zich te laten informeren over de voorwaarden die gelden voor vergoeding. Zij heeft ervoor gekozen hierover informatie op te vragen via een andere partij. Deze heeft foutieve informatie gegeven, zonder zich te verdiepen in de verzekeringsvoorwaarden.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 30 april 2025, gericht aan de commissie, verklaard dat in de artikelen 54 en 55 duidelijk is bepaald dat voor orthodontische hulp aan verzekerden jonger dan 18 jaren een vergoeding geldt van maximaal € 2.500,- en voor verzekerden van 18 jaren en ouder een vergoeding van maximaal € 500,-, gedurende de gehele looptijd van de aanvullende ziektekostenverzekering. De brief van 16 november 2023, waaraan verzoekster heeft gerefereerd, betreft een opsomming van de diverse voordelen die gepaard gaan met de collectieve zorgverzekering, aangeboden in samenwerking met de ziektekostenverzekeraar. Een specifiek voordeel betreft de vergoeding tot een bedrag van € 500,-- voor de tandarts en € 2.500,-- voor een beugel. Volgens verzoekster is de brief van de ISD samengesteld aan de hand van informatie op de website van de ziektekostenverzekeraar. Het nadien aanpassen van die informatie impliceert haars inziens dat deze eerder onjuist was. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband gesteld dat hij ter verbetering van de informatievoorziening voortdurend zijn website aanpast. Alhoewel de informatie op de website met de grootste zorgvuldigheid wordt samengesteld, kan hij niet volledig uitsluiten dat deze soms onduidelijk is. Dit betekent echter niet dat die informatie daarmee onjuist is. De website bevat bovendien een disclaimer waarin de ziektekostenverzekeraar zich het recht voorbehoudt om informatie te veranderen. Bij overeenkomsten met de ziektekostenverzekeraar gelden de actuele verzekeringsvoorwaarden en reglementen. Indien er verschillen tussen de gedrukte informatie en die op de website bestaan, heeft de gedrukte versie voorrang. In de gedrukte versie van de aanvullende ziektekostenverzekering van 2023 zijn de bepalingen over de vergoeding van orthodontie duidelijk.
- 4.4. Volgens de ziektekostenverzekeraar kan de correcte vergoeding voor orthodontie worden geraadpleegd op zijn website. In november 2022 is de polisbrief van 2023 aan verzoekster gestuurd. Hierin wordt verwezen naar de website voor het raadplegen van de vergoedingen en voorwaarden. Daarnaast is in de brief de mogelijkheid geboden telefonisch contact op te nemen. Dit alles is volgens de ziektekostenverzekeraar in overeenstemming met de opvatting van de commissie. Hij verwijst hiervoor naar een eerder bindend advies (GcZ, 18 april 2018, SKGZ201800037).
- 4.5. De ziektekostenverzekeraar heeft voorts gesteld dat verzoekster, voorafgaand aan de aanschaf van de beugel, contact had kunnen opnemen met zijn klantenservice. Zo had zij zich kunnen laten informeren over de exacte vergoeding voor haar orthodontische behandeling. Uit de contactregistraties gedurende die periode blijkt niet dat verzoekster van deze mogelijkheid gebruik

heeft gemaakt. Dat dit haar verantwoordelijkheid was, baseert de ziektekostenverzekeraar op een eerder bindend advies van de commissie (GcZ, 11 oktober 2022, SKGZ202200188). Van de ziektekostenverzekeraar mag worden verwacht dat hij inzicht geeft in de premie en de voorwaarden van de door hem gevoerde verzekeringsproducten. Waar het vragen omtrent de eigenschappen van de aangeboden producten en diensten betreft, bepaalt artikel 4 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraar aan consumenten van de Nederlandse Zorgautoriteit dat het initiatief bij de consument ligt.

- 4.6. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat verzoekster door hem niet onjuist is geïnformeerd over de hoogte van de vergoeding. Op de website stond destijds een beknopt overzicht van de voordelen van het gemeentepakket. Niet alle vergoedingen stonden daar opgesomd. In brieven die door de ziektekostenverzekeraar worden verstuurd wordt altijd verwezen naar het vergoedingenoverzicht en de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Deze laatste zijn leidend.

Verder heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat er een aparte websitepagina was voor verzekerden met een gemeentepakket. Daar stond dat een beugel tot een bedrag van € 2.500,-- wordt vergoed. Het betrof hierbij algemene informatie, die ook gold voor gezinnen met minderjarige kinderen. Verzoekster heeft daarentegen aanspraak op vergoeding van een bedrag tot € 500,-- voor een beugel.

Daarnaar gevraagd door de commissie, heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat teksten op de website voortdurend worden aangepast. Op de websitepagina voor het gemeentepakket stonden de voordelen van dit pakket. Er werd hierbij verwezen naar het vergoedingenoverzicht. De ziektekostenverzekeraar weet niet of de tekst op de website is aangepast naar aanleiding van de klacht van verzoekster. Door de ISD is in de brief geschreven “uw voordeel”, wat is gebaseerd op een tekst op de website van de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar kan, daarnaar door de commissie gevraagd, niet toelichten wat in dit verband het voordeel voor verzoekster was, nu zij indertijd geen minderjarige kinderen had.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 7.1. van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

6. Beoordeling

- 6.1. De toepasselijke voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering en artikel 4 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-027) van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 6.2. In de artikelen 54 en 55 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering zijn de voorwaarden voor orthodontische zorg (een beugel) voor verzekerden jonger dan 18 jaren onderscheidenlijk ouder dan 18 jaren geregeld. Verzoekster is ouder dan 18 jaren, zodat artikel 55 op haar situatie van toepassing is. Hierin is bepaald dat een verzekerde aanspraak heeft op een vergoeding van 100% tot maximaal € 500,-- voor de gehele looptijd van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 6.3. Verzoekster heeft zich beroepen op een brief van de ISD van 16 november 2023 waarin sprake is van een vergoeding voor een beugel tot een bedrag van € 2.500,--, zonder dat hierbij is vermeld dat dit alleen geldt voor verzekerden tot 18 jaren. De ISD heeft zich bij het opstellen van de brief gebaseerd op een tekst op de website van de ziektekostenverzekeraar. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie als volgt.

- 6.4. Op grond van artikel 4 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-027) van de NZa is de ziektekostenverzekeraar verplicht bruikbare informatie te verstrekken. Informatie is bruikbaar wanneer:
- de informatie relevant is voor de zorgkeuze op dat moment;
 - de informatie en de wijze waarop die wordt verstrekt aansluit bij de informatiebehoefte en vaardigheden van de consument;
 - de informatie juist, niet-misleidend, vindbaar en voor zover van toepassing gemakkelijk vergelijkbaar is.
- 6.5. De ziektekostenverzekeraar heeft in samenwerking met de ISD een gemeentepakket samengesteld. Op de website van de ziektekostenverzekeraar was tot en met 2023 op de specifieke pagina voor het gemeentepakket ondubbelzinnig vermeld dat “een beugel tot een bedrag ad € 2.500, -- wordt vergoed”. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting erkend dat op de pagina van het gemeentepakket op dat moment geen voorbehoud ten aanzien van de leeftijd of een verwijzing naar de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering was opgenomen. Voor de informatievoorziening via de website is de ziektekostenverzekeraar verantwoordelijk te houden. Hieraan doet niet af dat in algemene bewoordingen een disclaimer is opgenomen. Dat geldt eens te meer nu de ziektekostenverzekeraar in zijn polisbrief van november 2022 heeft verwezen naar zijn website en hij zich genooddaakt heeft gezien de hier opgenomen informatie over een beugel op een later moment aan te passen en de leeftijdsgrens te vermelden. De commissie concludeert dat de informatie op de website daarmee ten tijde van het ontstaan van dit geschil onjuist of in ieder geval onvolledig was. Dat verzoekster niet zelf de website heeft geraadpleegd, maar is afgegaan op de inhoud van de brief van de ISD, leidt niet tot een andere conclusie. Niet valt in te zien waarom de ISD de deelnemers aan het collectieve contract niet zou mogen informeren over de aanspraken door teksten van de website van de ziektekostenverzekeraar over te nemen onderscheidenlijk waarom een deelnemer zich daarop vervolgens niet zou mogen beroepen. De verwijzing naar de verzekeringsvoorwaarden en het vergoedingenoverzicht baat de ziektekostenverzekeraar niet. De regelgeving van de NZa beoogt immers dat een verzekeraar helder is in al zijn vormen van informatievoorziening. Onjuiste of onvolledige informatievoorziening via de website – in dit geval zonder voorbehoud of een verwijzing – kan dan ook niet worden geheeld met een beroep op documenten die wel juist en volledig zijn.

Slotsom

6.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar gehouden is aan verzoekster de kosten van orthodontie te vergoeden tot een bedrag van maximaal € 2.500,--;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden.

Zeist, 5 november 2025,

L. Ritzema

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 er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten

Artikel 4. Bruikbaarheid van informatie

4.1 Informatie voor consumenten moet bruikbaar zijn, zodat zij hun keuze daarop kunnen baseren.

4.2.1 De in 4, eerste lid, bedoelde informatie is bruikbaar als die voldoet aan de volgende eisen:

- a. de informatie is relevant voor de zorgkeuze op dat moment;
- b. de informatie en de wijze waarop die wordt verstrekt sluit aan bij de informatiebehoefte en vaardigheden van de consument;
- c. de informatie is juist, niet-misleitend, vindbaar en voor zo ver van toepassing gemakkelijk vergelijkbaar.

4.3 Leden 1 en 2 zijn van toepassing op alle hiernavolgende verplichtingen in deze regeling.

Informatie over polissen

Artikel 54. Orthodontische zorg (beugel) voor verzekerden jonger dan 18 jaar

Dit krijgt u vergoed

De kosten van orthodontische zorg.

VGZ Gemeentepakket Compact	VGZ Gemeentepakket Compleet en Compleet met € 0 eigen risico
geen vergoeding	100% tot maximaal € 2.500 bedrag voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts of orthodontist.

Uw tandarts of orthodontist vermeldt de uitgevoerde behandelingen op de nota met de omschrijving en code uit de tarievenlijst orthodontische zorg van de NZa. In de aanvullende verzekering vergoeden wij alleen de A-codes.

Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een tandarts of orthodontist in het buitenland gaat.

Artikel 55. Orthodontische zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Dit krijgt u vergoed

De kosten van orthodontische zorg.

VGZ Gemeentepakket Compact	VGZ Gemeentepakket Compleet en Compleet met € 0 eigen risico
geen vergoeding	100% tot maximaal € 500 bedrag voor de hele looptijd van de aanvullende verzekering

Hier kunt u terecht

Bij een tandarts of orthodontist.

Uw tandarts of orthodontist vermeldt de uitgevoerde behandelingen op de nota met de omschrijving en code uit de tarievenlijst orthodontische zorg van de NZa. In de aanvullende verzekering vergoeden wij alleen de A-codes. Wij vergoeden deze zorg ook als u naar een tandarts of orthodontist in het buitenland gaat.

Artikel 56. Tandheelkundige kosten door een ongeval

Dit krijgt u vergoed

De kosten van onvoorziene tandheelkundige zorg om schade aan uw gebit door een ongeval te herstellen. Ook de kosten voor de techniek en het materiaal worden vergoed. Een ongeval is een plotseling, onverwacht, van buiten inwerkend geweld op uw lichaam, waaruit rechtstreeks een medisch vast te stellen lichamelijk letsel is ontstaan. De vergoeding geldt alleen als het ongeval en de behandeling plaatsvinden tijdens de looptijd van de aanvullende verzekering VGZ Gemeentepakket Compact, VGZ Gemeentepakket Compleet of VGZ Gemeentepakket Compleet met € 0 eigen risico. En als de behandeling binnen 1 jaar na het ongeval plaatsvindt. 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.

VGZ Gemeentepakket Compact	VGZ Gemeentepakket Compleet en Compleet met € 0 eigen risico
maximaal € 10.000 per ongeval	maximaal € 10.000 per ongeval

Wat krijgt u niet vergoed

De kosten:

- als gevolg van ziekte of een ziekelijke afwijking;
- als gevolg van grove schuld of roekeloosheid/opzet;