

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te D, tegen E
en F beide te G
Zaak : Aanvullende ziektekostenverzekering, alternatieve geneeswijzen,
reïncarnatie- en regressietherapie, telefonische toezegging
Zaaknummer : 2012.03066
Zittingsdatum : 12 juni 2013

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer C te D,

tegen

1) E te G, en

2) F te G,

hierna gezamenlijk 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 [naam ziektekostenverzekeraar] Basispolis Basic (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering AV Optimaal Basis afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

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 reïncarnatie- en regressietherapie, ten bedrage van € 160,-- (hierna: de aanspraak). Bij brief van 17 mei 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 6 juni 2012 en 26 november 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij e-mailberichten van 3 en 6 april 2013 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. 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.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 1 mei 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 mei 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 7 mei 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 27 mei 2013 per e-mail medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoekster is op 12 juni 2013 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Op 19 april, 26 april, 8 mei en 14 mei 2012 hebben de consulten reïncarnatie- en regressietherapie plaatsgevonden, ter zake waarvan verzoekster aanspraak op vergoeding maakt.
- 4.2. Op 26 april 2012 is telefonisch contact geweest met de ziektekostenverzekeraar inzake de vergoeding voor reïncarnatie- en regressietherapie. Bij die gelegenheid heeft verzoekster duidelijk de relevante praktijkgegevens, waaronder het lidmaatschap van de beroepsvereniging en de AGB-code, doorgegeven. De betreffende medewerker heeft hierop toegezegd dat de reïncarnatie- en regressietherapie wordt vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. De vergoeding zou € 40,-- per consult bedragen, met een maximum van € 500,-- per jaar. Op basis van deze informatie is verzoekster gestart met de therapie.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar weigert echter over te gaan tot vergoeding. Op 1 juni 2012 heeft verzoekster hiertegen geprotesteerd bij een servicekantoor van de ziektekostenverzekeraar. Bij die gelegenheid werd duidelijk dat de medewerker destijds een notitie had gemaakt van het betreffende telefoongesprek. Op basis van deze registratie stelde de baliemedewerker voor een klacht in te dienen. Ter plekke is toen de klacht van verzoekster opgenomen. Op de afrekeningsspecificatie van 17 mei 2012 staan de aantekeningen van de baliemedewerker. Destijds is besproken dat de kwestie diende te worden nagekeken met inachtneming van de notitie van 26 april 2012, en dat moest worden beoordeeld of coulance van toepassing is. Op het stuk staat een stempel van de ziektekostenverzekeraar met de datum en de naam van de baliemedewerker.
- 4.4. Verzoekster heeft nimmer de resultaten van het interne onderzoek naar de telefoonregistratie vernomen. Dit is onzorgvuldig. Volgens de ziektekostenverzekeraar blijkt uit de registratie niet dat onjuiste informatie is verstrekt. Verzoekster betwijfelt of een adequate weergave van het betreffende telefoongesprek is gemaakt. Zij wenst inzage in de registratie. Daarnaast blijkt uit de brief van de ziektekostenverzekeraar van 6 juni 2012 dat wordt erkend dat verzoekster verkeerd is geïnformeerd door een medewerker. Verzoekster neemt geen genoegen met de opmerking van de ziektekosten-

verzekeraar dat als achteraf blijkt dat onjuiste informatie is verstrekt, de verantwoordelijkheid bij de verzekerde ligt.

- 4.5. De afwijzende beslissing kwam op het moment dat reeds vier consulten hadden plaatsgevonden. Uitgaande van de toegezegde vergoeding van € 40,-- per consult, bedraagt de schade € 160,--. De ziektekostenverzekeraar is hiervoor verantwoordelijk en dient daarom over te gaan tot vergoeding van dit bedrag. Verzoekster voert aan dat door deze kwestie haar vertrouwen in de ziektekostenverzekeraar ernstig is geschaad. Zij mocht er van uitgaan dat zij door de medewerker correct werd geïnformeerd. De weigering inzage te geven in de betreffende telefoonregistratie, doet haar ernstig twijfelen aan de openheid van de ziektekostenverzekeraar.
- 4.6. Ter zitting is door verzoekster benadrukt dat zij in het telefoongesprek van 26 april 2012 expliciet heeft gevraagd naar de vergoeding van de reïncarnatie- en regressie-therapie door deze therapeut. Zij heeft de ziektekostenverzekeraar hierbij de relevante praktijkgegevens, waaronder de beroepsvereniging waarbij de therapeute is aangesloten en de AGB-code, verstrekt. Volgens de ziektekostenverzekeraar staat in de registratie van het gesprek niet vermeld dat is toegezegd dat de kosten worden vergoed. Er staat echter evenmin vermeld dat is gezegd dat de kosten niet worden vergoed, hoewel dit wel voor de hand zou liggen als dit inderdaad zou zijn gezegd. Tijdens het intakegesprek van 19 april 2012 heeft de therapeute verzoekster verteld dat zij niet wist of de kosten van de behandeling door de ziektekostenverzekeraar worden vergoed en heeft zij verzoekster geadviseerd dit na te vragen bij de ziektekostenverzekeraar. Dit is de reden geweest dat voornoemd telefoongesprek heeft plaatsgevonden. De behandeling is op 26 april 2012 aangevangen.
- 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
 - 5.1. Vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van maximaal € 40,-- per dag tot maximaal € 500,-- per verzekerde per kalenderjaar voor de gezamenlijke kosten van alternatieve geneeswijzen en overige psychische zorgverlening. De zorgverlener dient te zijn aangesloten bij en te voldoen aan de kwaliteitseisen van de beroepsvereniging zoals vermeld in de polisvoorwaarden. De behandelend therapeut van verzoekster voldoet niet aan de door de ziektekostenverzekeraar gestelde kwaliteitseisen.
 - 5.2. Op 26 april 2012 heeft telefonisch contact met verzoekster plaatsgevonden. In de bijbehorende registratie staat: *"Info alternatieve geneeswijze 40 euro per dag tot 500 euro per kalenderjaar. Voorwaarden beroepsgroepen"*. De medewerkers maken gebruik van bescrpts. Deze zijn gebaseerd op de polisvoorwaarden. Uit voornoemde registratie blijkt niet dat verzoekster tijdens het telefonisch contact verkeerd is geïnformeerd. De polisvoorwaarden voorzien niet in vergoeding van reïncarnatie- en regressietherapie.
 - 5.3. De ziektekostenverzekeraar deelt de mening van verzoekster dat zij mag verwachten dat aan haar volledige informatie wordt verstrekt. Echter, de polisvoorwaarden zijn doorslaggevend en dienen daarom altijd te worden geraadpleegd.

- 5.4. De stelling van verzoekster dat zij op basis van de informatie die haar in het telefoongesprek is gegeven is gestart met de therapie, treft geen doel. De eerste behandeling was namelijk op 19 april 2012, terwijl het bedoelde telefoongesprek op 26 april 2012 heeft plaatsgevonden. Bovendien is verzoekster tijdens telefoongesprekken op 24 september 2010 en 15 april 2011 gewezen op de polisvoorwaarde ten aanzien van de beroepsgroepen voor alternatieve geneeswijzen.
- 5.5. De notitie van de baliemedewerker van het servicekantoor is geen erkenning dat verzoekster eerder telefonisch onjuist is geïnformeerd. De ziektekostenverzekeraar stelt vast, mede na navraag bij de betreffende medewerker, dat de notitie verwijst naar de registratie van het telefoongesprek van 26 april 2012, en dat is verzocht een en ander na te kijken.
- 5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de medewerkers van het callcenter gebruik maken van de zorggids, die verzekerden ook via de website van de ziektekostenverzekeraar kunnen raadplegen. De betreffende therapeut is niet opgenomen in de zorggids. Het is daarom onwaarschijnlijk dat zou zijn gezegd dat de kosten van de behandeling door deze therapeut worden vergoed. De telefoonregistratie is voor intern gebruik. Daarom wordt niet woordelijk vermeld wat er tijdens een gesprek over en weer wordt gezegd. Alleen in afwijkende situaties wordt een gedetailleerde notitie gemaakt. Hier betreft het evenwel algemene informatie.
- 5.7. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. In artikel 18 van de “Algemene Voorwaarden” van de zorgverzekering, die ook geldt voor de aanvullende ziektekostenverzekering, wordt voor geschillenbeslechting verwezen naar de commissie. Er is echter geen verwijzing naar de bevoegde rechter opgenomen, hoewel dit zou moeten. Dit maakt de bepaling waarin naar de commissie wordt verwezen op grond van de wet vernietigbaar. Om te voorkomen dat de commissie niet over de kwestie kan adviseren, omdat in de loop van de procedure tot vernietiging wordt besloten, en verzoekster zich (alsnog) tot de bevoegde rechter moet wenden, heeft de commissie verzoekster hierop bij brief van 3 april 2013 gewezen. Verzoekster heeft de commissie bij e-mailbericht van 6 april 2013 bevestigd dat zij gebruik wil maken van de in de verzekeringsvoorwaarden geboden mogelijkheid een bindend advies te vragen aan de commissie. Hierdoor is in geval van vernietiging van bedoelde bepaling toch een formele basis aanwezig voor de bindende advisering.
7. Het geschil
- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog in te willigen.
8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarde en regelgeving
- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarde en regelgeving relevant.

- 8.2. Artikel 11 van de “Lijst van verstrekkingen” van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op vergoeding van alternatieve geneeswijzen, overige psychische zorgverlening en antroposofische geneeskunde. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

“a Alternatieve geneeswijzen en/of overige psychische zorgverlening

1 Alternatieve geneeswijzen

Omschrijving:

- acupunctuur;
- chiropractie;
- cranio sacraal therapie;
- homeopathie (klassiek);
- manuele geneeskunde/orthomanipulatie;
- mesologie;
- Moermantherapie;
- natuurgeneeswijzen;
- neuraaltherapie;
- orthomoleculaire geneeskunde;
- orthopedische geneeskunde;
- osteopathie;
- reflexzonetherapie;
- Shiatsu therapie.

Zorgverlening: gekwalificeerd zorgverlener, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van een beroepsvereniging/register genoemd in de lijst achter in deze polisvoorwaarden.

2 Overige psychische zorgverlening

Omschrijving:

gestalttherapie, haptotherapie, hypnotherapie, integratieve psychotherapie, lichaamsgerichte psychotherapie, postural integration, vaktherapie en andere behandelvormen.

Zorgverlening: gekwalificeerd zorgverlener, die aangesloten is bij en voldoet aan de kwaliteitseisen van een beroepsvereniging/register genoemd in de lijst achter in deze polisvoorwaarden.

Vergoeding: maximaal € 40,- per dag voor consulten en behandeling tot maximaal € 500,- per verzekerde per kalenderjaar voor de onder 1 en 2 genoemde gezamenlijke kosten van de genoemde alternatieve geneeswijzen en overige psychische zorgverlening.
(...)”

- 8.3. Artikel 3:35 BW luidt:

“Tegen hem die eens anders verklaring of gedraging, overeenkomstig de zin die hij daaraan onder de gegeven omstandigheden redelijkerwijze mocht toekennen, heeft opgevat als een door die ander tot hem gerichte verklaring van een bepaalde strekking, kan geen beroep worden gedaan op het ontbreken van een met deze verklaring overeenstemmende wil.”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.1. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op vergoeding van de kosten van onder meer alternatieve geneeswijzen en overige psychische zorgverlening mits wordt voldaan aan de in de verzekeringsvoorwaarden gestelde eisen. Nog daargelaten of reïncarnatie- en regressietherapie kan worden geschaard onder de in de limitatieve opsomming van artikel 11 van de “Lijst van verstrekkingen” van de aanvullende ziektekostenverzekering opgenomen “andere behandelvormen”, is niet voldaan aan de voorwaarde dat de zorgverlener aangesloten dient te zijn bij, en dient te voldoen aan de kwaliteitseisen van een beroepsvereniging. Bij de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is een lijst gevoegd van beroepsverenigingen. De zorgverlener van verzoekster is niet aangesloten bij een op deze lijst vermelde beroepsvereniging.
- 9.2. Derhalve bestaat geen aanspraak op vergoeding van de kosten van reïncarnatie- en regressietherapie ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Werking privaatrecht

- 9.3. Door verzoekster is gesteld dat haar op 26 april 2012 een telefonische toezegging is gedaan, inhoudende dat reïncarnatie- en regressietherapie wordt vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. De vergoeding zou € 40,-- per consult bedragen, met een maximum van € 500,-- per jaar. Naar aanleiding hiervan heeft zij naar haar zeggen besloten de therapie te ondergaan. Een en ander wordt door de ziektekostenverzekeraar betwist. Hiertoe overweegt de commissie als volgt.
- 9.4. Verzoekster heeft specifiek aangegeven wanneer en met wie zij heeft gesproken. Dit wordt door de ziektekostenverzekeraar niet bestreden. Integendeel, van het gesprek is een registratie aanwezig. Punt van discussie is de inhoud van het telefoongesprek. Verzoekster heeft gesteld dat zij tijdens het gesprek alle relevante gegevens over de zorgverlener heeft doorgegeven en dat zij expliciet heeft gevraagd of de behandeling door deze therapeut wordt vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft dit niet althans onvoldoende bestreden. Volgens verzoekster is haar expliciete vraagstelling positief door de ziektekostenverzekeraar beantwoord. Op basis van voornoemde gegevens had de ziektekostenverzekeraar kunnen en moeten begrijpen dat het reïncarnatietherapie betreft, en dat geen sprake is van lidmaatschap van een beroepsvereniging als genoemd in de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering, zodat geen aanspraak kan worden gemaakt op vergoeding. De ziektekostenverzekeraar heeft niet gesteld dat hij expliciet “nee” heeft gezegd op de vraagstelling van verzoekster. Niet is uit te sluiten dat de ziektekostenverzekeraar een algemeen antwoord heeft gegeven. Echter, op een expliciete vraag zou een expliciet antwoord moeten volgen, in de onderhavige situatie: “nee” en dat is – zo blijkt ook uit de telefoonregistratie - niet gebeurd.
- 9.5. Verzoekster stelt dat zij naar aanleiding van de telefonisch verkregen informatie heeft besloten met de therapie te starten. Het consult op 19 april 2012 betrof een intakegesprek. Vervolgens heeft verzoekster op 26 april 2012 bovengenoemd telefoongesprek gevoerd, en op grond daarvan ging zij ervan uit dat de behandelkosten zouden worden vergoed. Verzoekster kan zich daarom pas met ingang van 26 april 2012 succesvol erop beroepen dat zij erop mocht vertrouwen dat de onderhavige kosten zouden worden vergoed. Dit geldt dus niet voor de kosten van het intakegesprek dat voorafgaand aan het betreffende telefoongesprek heeft plaatsgevonden.

- 9.6. Derhalve dient de ziektekostenverzekeraar met ingang van 26 april 2012 het toegezegde bedrag van € 40,-- per consult/behandeling aan verzoekster te vergoeden, hetgeen neerkomt op in totaal € 120,-- (3 x € 40,--).

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen met inachtneming van hetgeen onder 9.6 is overwogen.
- 9.8. Aangezien het verzoek gedeeltelijk wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster te vergoeden.

10. Het bindend advies

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

Zeist, 26 juni 2013,

Voorzitter