



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. en ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Utrecht

Zaak : Mondzorg, aanvullende ziektekostenverzekering, hoogte vergoeding, telefonische toezegging

Zaaknummer : 201502926

Zittingsdatum : 14 september 2016

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

(Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Utrecht, en
 - 2) ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V. te Utrecht,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Ditzo Basisverzekering (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 verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering TandGoed afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle hiervoor genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een tandheelkundige behandeling (hierna: de aanspraak). Bij uitkeringsspecificatie van 21 september 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 28 oktober 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 brief van 1 maart 2016 heeft verzoeker 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 verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 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.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 26 mei 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 juni 2016 aan verzoeker gezonden.

 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 9 juni 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 13 september 2016 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.

 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.

 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 14 september 2016 in persoon gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

 4.1. Verzoeker had een brug van drie elementen. In 2015 is besloten deze brug te vervangen door een nieuwe brug van zes elementen. Verzoeker leeft van een bijstandsuitkering en kan de kosten van deze behandeling onmogelijk zelf betalen. Aangezien hij op de website van de ziektekostenverzekeraar geen informatie kon vinden en hij zijn verzekeringsvoorwaarden niet op papier heeft, heeft verzoeker op 11 mei 2015 telefonisch contact gehad met een bij naam genoemde medewerkster van de ziektekostenverzekeraar. In het desbetreffende gesprek heeft verzoeker gevraagd of de behandeling door de ziektekostenverzekeraar zou worden vergoed. De medewerkster heeft in antwoord hierop meerdere keren gezegd dat 75 percent van de kosten wordt vergoed. Letterlijk zei zij: "Ja 75 % van alle tandartskosten, maakt niet uit welke".

 4.2. In het najaar van 2015 heeft verzoeker de geplande behandeling ondergaan en de kosten hiervan bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. In reactie op de declaratie ontving verzoeker van de ziektekostenverzekeraar het bericht dat de kosten niet worden vergoed. Later is het verzoeker gebleken dat hij het jaarmaximum voor vergoeding van tandartskosten al had bereikt vóórdat de brug werd gemaakt en geplaatst.

 4.3. Verzoeker stelt thans dat hij in het gesprek van 11 mei 2015 door de medewerkster van de ziektekostenverzekeraar onjuist en onvolledig is geïnformeerd. Zo heeft zij niet verteld dat er een maximumvergoeding geldt van € 250,- en dat verzoeker die grens op dat moment al (bijna) had bereikt. Indien de medewerkster dit wél had verteld, had verzoeker met de behandeling gewacht tot 2016 en een verzekering afgesloten met een hogere dekking voor tandheelkundige kosten.

 4.4. Verzoeker realiseert zich dat hij nu moet bewijzen dat de medewerkster een toezegging heeft gedaan. Het is hem bekend dat de gesprekken die worden gevoerd door het callcenter worden opgenomen. Het is verzoeker inmiddels echter gebleken dat deze gesprekken al door de ziektekostenverzekeraar zijn gewist.

 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

 5.1. Op grond van artikel 3 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van 75 percent van de kosten van reguliere tandheelkundige behandelingen tot een maximum van € 250,- per kalenderjaar. Daarbij is vermeld dat dit het maximale bedrag is dat de ziektekostenverzekeraar vergoedt voor de rubrieken 'Reguliere behandelingen' en 'Specialistische behandelingen' tezamen. Omdat in het geval van verzoeker de maximale vergoeding voor het kalenderjaar 2015 al was bereikt, bestaat geen recht meer op vergoeding van (een deel van) de onderhavige tandheelkundige behandeling. Ten behoeve van verzoeker is in 2015 een bedrag van totaal € 2.071,58 gedeclareerd waarvan hij 75 percent tot het maximum € 250,- vergoed heeft gekregen.

5.2. Verzoeker stelt zich op het standpunt dat hem telefonisch onjuiste en onvolledige informatie is gegeven. Uit de verschillende gespreksnotities die zijn gemaakt, blijkt enkel dat is gesproken over een second opinion. Uit deze notities komt niet naar voren dat verzoeker is toegezegd dat 75 percent van alle tandartskosten wordt vergoed. Geen enkele aanvullende ziektekostenverzekering biedt een vergoeding zonder maximum per kalenderjaar. Dat een medewerkster van de ziektekostenverzekeraar deze toezegging wél zou hebben gedaan, is dan ook niet logisch.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op hetgeen is bepaald op bladzijde 26 van de aanvullende ziektekostenverzekering 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 in te willigen ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarde

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil is de volgende verzekeringsvoorwaarde relevant.

8.2. Artikel 3 van de aanvullende ziektekostenverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"3. Tandarts

** = Dit is het maximale bedrag dat wij per kalenderjaar vergoeden voor de rubrieken 'Reguliere behandelingen' en 'Specialistische behandelingen' tezamen.*

Reguliere behandelingen

Wat krijg je vergoed?

*TandGoed: 75% maximaal € 250 * per kalenderjaar*

Voorwaarden:

- Vergoeding voor:
 - Consultatie en diagnostiek: C codes
 - Preventieve mondzorg: M codes
 - Verdoving: A codes (m.u.v. A20 algehele narcose)
 - Vullingen: V codes
 - (...)

Specialistische behandelingen

Wat krijg je vergoed?

*TandGoed: 75% maximaal € 250 * per kalenderjaar*

Voorwaarden:

- Vergoeding voor:
 - Chirurgische ingrepen: H codes
 - Algehele narcose (A20)
 - Maken en beoordelen foto's: X codes
 - Verdoving door middel van een roesje: B codes
 - Wortelkanaalbehandelingen: E codes
 - Kronen en bruggen: R codes
 - Kaakgewrichtsbehandelingen: G codes

- Kunstgebitten (partiële protheses) : P codes
- Tandvleesbehandelingen (paradontologie): T codes
- Implantaten (bij partiële protheses): J codes
- (...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak bestaat op vergoeding van 75 percent van de kosten van reguliere en specialistische behandelingen tezamen tot een maximum van € 250,-- per kalenderjaar. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld dat verzoeker reeds vóór aanvang van de onderhavige behandeling de maximale vergoeding had bereikt. Aangezien verzoeker deze stelling niet heeft weersproken, heeft hij op basis van de verzekeringsvoorwaarden geen aanspraak op - verdere - vergoeding.

Telefonische toezegging

- 9.2. Door verzoeker is gesteld dat hij op 11 mei 2015 telefonisch contact heeft gehad met een bij naam genoemde medewerkster van de ziektekostenverzekeraar, bij welke gelegenheid verzoeker is medegedeeld dat 75 percent van álle tandheelkundige kosten worden vergoed, zonder dat een maximumvergoeding per jaar is genoemd. Dit is door de ziektekostenverzekeraar gemotiveerd betwist. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie als volgt.
- 9.3. De commissie stelt allereerst vast dat niet ter discussie staat dat verzoeker op 11 mei 2015 met de ziektekostenverzekeraar telefonisch contact heeft gehad. Het is evenwel aan verzoeker aannemelijk te maken dat hem bij die gelegenheid bepaalde toezeggingen zijn gedaan. Ten aanzien hiervan merkt de commissie op dat verzoeker er in de procedure niet in is geslaagd aannemelijk te maken dat van de zijde van de ziektekostenverzekeraar, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, bepaalde (telefonische) toezeggingen zijn gedaan. Daarbij hecht de commissie belang aan het feit dat het moeilijk is de exacte vraagstelling en de beantwoording daarvan te reconstrueren, terwijl dan nog het probleem blijft hoe dit antwoord luidde, respectievelijk mocht worden opgevat. Dat de ziektekostenverzekeraar mogelijk een opname heeft gemaakt van het gesprek, die evenwel sindsdien is gewist, maakt het voorgaande niet anders.

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, 12 oktober 2016,

J.A.M. Strens-Meulemeester