

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door F te G, tegen C en E beide te D
Zaak : Japan, mondzorg, vergoeding tandartskosten
Zaaknummer : 2009.01957
Zittingsdatum : 21 april 2010

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door F te G,

tegen

1) C en

2) D beide te E,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 5 juni 2009 de kosten verbonden aan een in Tokio (Japan) uitgevoerde tandheelkundige behandeling (hierna: de aanspraak) niet 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] Basispolis (hierna: de zorgverzekering), wat een verzekering is als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen [naam ziektekostenverzekeraar] Compleetpolis & Tand Compleet afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Bij brief van 5 juni 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 26 augustus 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld een bedrag van € 225,- te vergoeden.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 15 december 2009 heeft verzoeker 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 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 9 februari 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 februari 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 1 maart 2010 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 21 april 2010 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij aanspraak heeft op een bedrag van € 500,-- ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, omdat in de voorwaarden daarvan is vermeld dat de vergoeding 75 procent bedraagt tot maximaal € 500,-- per verzekerde per kalenderjaar. Verder bevreemdt het verzoeker dat een normale tandheelkundige behandeling – zoals het plaatsen van een kroon – niet wordt vergoed wanneer deze in het buitenland plaatsvindt.
- 4.2. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat hij twee jaar eerder, in 2007, een soortgelijk conflict heeft gehad over de vergoeding van tandheelkundige zorg. Deze kosten waren gemaakt in 2007. Naar aanleiding van de ingediende klacht heeft de ziektekostenverzekeraar toen een bedrag van € 500,-- vergoed conform de polisvoorwaarden. Daaraan heeft hij het vertrouwen ontleend dat ook nu een vergoeding van € 500,-- zou worden verleend.
- 4.3. Verzoeker 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, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat in artikel 2.11 van de 'Algemene Voorwaarden' is vermeld dat de behandeling in Nederland moet worden gegeven, tenzij in de lijst van aanspraken uitdrukkelijk wordt vermeld dat zorgaanspraken in het buitenland worden vergoed. In deel II van de polisvoorwaarden is de vergoeding voor tandheelkundige zorg geregeld. Hierbij is niet uitdrukkelijk vermeld dat een behandeling in het buitenland ook wordt vergoed. Verzoeker heeft recht op een vergoeding van maximaal € 225,-- ingevolge artikel 13 van de polisvoorwaarden. Deze vergoeding is aan hem verleend.
- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat in de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat tandheelkundige zorg in Nederland moet plaatsvinden. Enkel spoedeisende zorg is gedeeltelijk gedekt. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting medegedeeld niet op de hoogte te zijn van een in 2008 verleende vergoeding van kosten gemaakt in 2007.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. De commissie is 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. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is aan verzoeker ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering een hoger bedrag te vergoeden dan € 225,--.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden

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

8.2. In de 'Algemene Voorwaarden' die blijkens artikel 1 onder 1 ook integraal gelden voor de aanvullende ziektekostenverzekering, is in artikel 2 (met het opschrift: Diverse specifieke bepalingen die van toepassing zijn op de aanvullende verzekeringen (inclusief tandartsverzekeringen)) onder 11 het volgende bepaald:

"(...)

11 De behandeling moet in Nederland worden gegeven, tenzij in de lijst van verstrekkingen uitdrukkelijk wordt vermeld dat zorgaanspraken in het buitenland worden vergoed."

Artikel 13 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt, voor zover hier van belang:

"13 Spoedeisende hulp in het buitenland (werelddekking)

Omschrijving:

Spoedeisende geneeskundige behandeling tijdens vakantie, zakenreis, studiedoeleinden of ander tijdelijk verblijf van maximaal 12 maanden buiten Nederland, die in verband met een acute ziekte of een ongeval medisch noodzakelijk is. Onder spoedeisende hulp wordt in dit verband verstaan: hulp die redelijkerwijs niet was voorzien bij vertrek en niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland (of woonland).

Vergoeding:

(...)

- *tandheelkundige kosten: 75% tot maximaal € 225,-- per verzekerde per kalenderjaar (inclusief techniekkosten) mits er sprake is van pijnklachten;*
- *(...)"*

Artikel 1 van 'Deel II' van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op mondzorg voor verzekerden vanaf 22 jaar en luidt, voor zover hier van belang:

“Tand Compleet 75% tot maximaal € 500,-- per verzekerde per kalenderjaar (inclusief techniekkosten en/of materiaalkosten)”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de onderhavige tandheelkundige zorg ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.2. Artikel 2 onder 11 van de ‘Algemene Voorwaarden’ bepaalt dat slechts aanspraak bestaat op zorg in het buitenland voor zover dat is vermeld bij de betreffende polisvoorwaarde. Bij artikel 1 van ‘Deel II’ van de polisvoorwaarden is niet vermeld dat het artikel ook van toepassing is op zorg die niet in Nederland is genoten, zodat verzoeker geen aanspraak heeft op de daarin opgenomen vergoeding van 75 percent van de kosten tot maximaal € 500,-- per kalenderjaar. Vast staat dat de ziektekostenverzekeraar is overgegaan tot een vergoeding van € 225,-- ingevolge artikel 13 van de polisvoorwaarden, waarmee de ziektekostenverzekeraar heeft voldaan aan de op hem rustende, uit de verzekeringsovereenkomst voortvloeiende verplichting.

Vertrouwensbeginsel

- 9.3. Verzoeker heeft ter zitting gesteld dat de ziektekostenverzekeraar in 2008 is overgegaan tot een vergoeding van € 500,-- voor vergelijkbare tandheelkundige zorg, genoten in 2007. Hij heeft een brief voorgedragen van de ziektekostenverzekeraar van 26 juni 2008, en deze later aan de commissie doen toekomen. Uit de brief blijkt dat in 2008 tandheelkundige zorg in Japan is genoten die ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering is gebracht. Daarbij is aan hem niet € 225,-- doch € 500,-- vergoed. De commissie is gebleken dat de voorwaarden van deze verzekering in 2008 gelijk zijn aan die in 2009. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting daarop slechts gereageerd met de mededeling niet bekend te zijn met de betreffende vergoeding, doch de stelling van verzoeker dat hem ter zake van eenzelfde behandeling in 2007 wel een vergoeding is verleend niet bestreden. Derhalve moet van de juistheid van de stelling van verzoeker worden uitgegaan en moet worden geoordeeld dat, nu de polisvoorwaarden in 2007 en het onderhavige jaar gelijklopend zijn, verzoeker daaraan het in rechte te beschermen vertrouwen mocht ontleenen dat hem in 2009 eenzelfde vergoeding zou worden verleend.

Conclusie

- 9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, met dien verstande dat verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van een bedrag van maximaal € 500,-- ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Hem is reeds een bedrag van € 225,-- uitgekeerd, zodat een bedrag van € 275,-- resteert.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.4.

- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 19 mei 2010,

Voorzitter