

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B versus C te D
Zaak	: Hulpmiddelenzorg, brillenglazen
Zaaknummer	: 2008.02064
Zittingsdatum	: 6 mei 2009

Zaak: 2008.02064 (Hulpmiddelenzorg, brillenglazen)

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 van 18 juni 2008 de kosten van brillenglazen 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 het Keuze Zorgplan (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 was ten behoeve van verzoeker de aanvullende ziektekostenverzekering Excellent afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

- 3.2. In het jaar 2006 heeft verzoeker aanspraak gemaakt op vergoeding van een bril. Deze is destijds door de ziektekostenverzekeraar vergoed. In 2008 is het montuur van verzoeker kapot gegaan, en was hij genoodzaakt opnieuw een bril aan te schaffen. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar gevraagd de brillenglazen te vergoeden, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bij uitkeringsbericht van 18 juni 2008 medegedeeld dat zijn aanspraak is afgewezen.

- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 27 oktober 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 14 januari 2009 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).

- 3.6. 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 23 maart 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 maart 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 2 april 2009 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 mei 2009 telefonisch gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
 - 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat brillenglazen op grond van de polisvoorwaarden van 2006 elk kalenderjaar werden vergoed. Vanaf 2007 is dit gewijzigd in éénmaal per drie kalenderjaren. Verzoeker heeft dit aldus begrepen, dat deze voorwaarden in 2007 zijn ingegaan. Vanaf dat moment worden brillenglazen eenmaal per drie kalenderjaren vergoed. Polisvoorwaarden kunnen niet met terugwerkende kracht in werking treden. Zodoende is, gerekend vanaf 1 januari 2007 de onderhavige bril de eerste waarop de nieuwe termijn van toepassing is. De brillenglazen dienen derhalve te worden vergoed.
 - 4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat zijn ogen niet achteruit zijn gegaan, maar dat hij in 2006 een kwaliteitsbril heeft aangeschaft, die in 2008 versleten was. Omdat overzetten van de glazen niet mogelijk was, heeft verzoeker om vergoeding van een nieuwe bril verzocht.
 - 4.3. 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 polisvoorwaarden van 2008 hebben te gelden, nu de aanvraag in dat jaar is gedaan. Op grond van die polisvoorwaarden worden brillenglazen éénmaal per drie kalenderjaren vergoed. Overigens werden ook op grond van de polisvoorwaarden van 2006 niet elk jaar brillenglazen vergoed. Een verzekerde diende ook toen aangewezen te zijn op nieuwe brillenglazen.
 - 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald.
 - 5.3. 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 de ziektekostenverzekeraar gehouden is de in het jaar 2008 aangeschafte brillenglazen te vergoeden. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

7.2. Artikel 25 sub b onder 1 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt, voor zover hier van belang, het volgende:

“25 b. Brillenglazen en contactlenzen

1. Brillenglazen of contactlenzen, met een minimale sterkte van plus of min 1 dioptrie mits het type of de uitvoering van de glazen of lenzen voor de verzekerde noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is. Eén en ander ter beoordeling van [de ziektekostenverzekeraar]. (...)

Voorwaarden voor vergoeding

a) Volledige vergoeding van de kosten van brillenglazen of contactlenzen tot maximaal één paar per 3 kalenderjaren en tot een maximum van € 350,- per paar.

Verdere vergoeding vindt plaats indien medische redenen de aanschaf van glazen of lenzen noodzakelijk maken waarvan de kosten hoger zijn dan € 350,- per paar. (...)

b) Indien medische redenen (niet ten gevolge van diefstal, verlies of beschadiging) een vervangingsaanschaf nodig maken, binnen de in sub a van dit artikel genoemde termijn van 3 kalenderjaren, vergoedt [de ziektekostenverzekeraar] maximaal eenmaal binnen deze termijn de vervangingsaanschaf conform de hiervoor vermelde vergoedingsregeling. De medische redenen moeten blijken uit een verklaring van een oogarts.”

Artikel 2 onder C van de ‘algemene voorwaarden’ van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt, voor zover hier van belang, het volgende:

“Art. 2 Grondslag van de verzekering

(...)

C De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.”

Artikel 2 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt, voor zover hier van belang, het volgende:

“Art. 2 Dekking

Omvang van de dekking

Wanneer voor de hierna genoemde behandelingen en verstrekkingen een medische noodzaak bestaat, vergoedt [de ziektekostenverzekeraar] de kosten op basis van de officieel goedgekeurde tarieven. Indien en voor zover geen officieel goedgekeurde (maximum) tarieven zijn vastgesteld, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconform bedrag. Wanneer [de ziektekostenverzekeraar] meer vergoedt dan de officieel goedgekeurde tarieven, wordt verzekerde geacht aan [de ziektekostenverzekeraar] een volmacht te hebben verleend tot incasso op naam van [de ziektekostenverzekeraar] van het teveel betaalde.”

- 7.3. De commissie stelt voorop dat, aangezien de aanschaf in het jaar 2008 heeft plaatsgevonden, de in dat jaar toepasselijke verzekeringsvoorwaarden relevant zijn voor de beoordeling van het onderhavige geschil. Of de vergoedingsregeling in 2006 anders luidde is in dit kader niet van belang.
- Artikel 25 bepaalt dat brillenglazen in beginsel eenmaal per drie kalenderjaren voor vergoeding in aanmerking komen. Daarbij is in artikel 2 onder C van de 'algemene voorwaarden' opgenomen dat de verzekerde slechts recht heeft op zorg voor zover hij of zij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen is. Voorts is in artikel 2 van de onderhavige aanvullende verzekering bepaald dat een medische noodzaak dient te bestaan.
- De commissie concludeert dat een medische noodzaak tot vervanging ontbreekt. Aan de in artikel 25 sub b onder 1, onderdeel b opgenomen uitzondering – die vervanging binnen een termijn van drie jaar ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering mogelijk maakt – wordt onder de gegeven omstandigheden niet toegekomen.
- 7.4. Brillenglazen worden vergoed wanneer een medische noodzaak bestaat. Hiervan is sprake als (i) de dioptrie wijzigt, hetgeen in casu niet het geval is, en (ii) indien de bril niet meer bruikbaar is. Verzoeker heeft onvoldoende aannemelijk gemaakt dat de kwaliteitsbril, die in 2006 is aangeschaft, dermate is versleten dat hij is aangewezen op een nieuw montuur.
- 7.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 15 juli 2009,

Voorzitter