

ANONIEM

BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd door E versus C te D
Zaak : Mondzorg, kroon
Zaaknummer : 2008.02328
Zittingsdatum : 25 maart 2009

Zaak: 2008.02328 (mondzorg, kroon)

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: verzoekster, in deze vertegenwoordigd door E
tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 16 april 2008 de techniekkosten ter zake van een kroon niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster 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). Verder waren ten behoeve van verzoekster de aanvullende ziektekostenverzekeringen Extra, T-500 en T-Extra afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Op 31 maart 2008 is bij verzoekster een kroon geplaatst. De kosten hiervan bedroegen € 213,50 aan tandartskosten en € 245,-- aan techniekkosten. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar verzocht deze kosten te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering. Met het 'uitkeringsformulier ziektekosten' heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster laten weten dat de tandartskosten tot een maximum van € 160,-- worden vergoed en dat de techniekkosten niet voor vergoeding in aanmerking komen. Verzoekster kan zich met dit laatste niet verenigen en claimt vergoeding van de techniekkosten (hierna: de aanspraak).
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 30 juli 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster 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 15 december 2008 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 zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek is een afschrift van de door verzoekster 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 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 februari 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 24 februari 2009 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 23 maart 2009 telefonisch medegedeeld niet gehoord te willen worden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de bepaling van het 'dekkingsoverzicht Keuze Zorgplan' op twee manieren gelezen kan worden. Naar haar mening dient de bepaling aldus te worden uitgelegd, dat zij per kroon recht heeft op € 160,--. De techniekkosten dienen daarnaast volledig te worden vergoed. De polisvoorwaarden van de verzekering T-1000 bieden daarbij een betere dekking dan die van de verzekering T-Extra, terwijl voor laatstgenoemde meer premie moet worden betaald, hetgeen verzoekster bevreemdt.
- 4.2. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar 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 duidelijk zijn, en dat hieruit volgt dat een vergoeding mogelijk is van € 160,-- per element, inclusief de techniekkosten. 'Inclusief techniekkosten' dient te worden uitgelegd als onderdeel van de € 160,--. Het kan voorkomen dat de dekking van de T-Extra lager is dan die van de T-1000, met name bij kroon- en brugwerk.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Gezien de verzekeringsvoorwaarden, het reglement van de commissie en 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. Het geschil betreft de vraag of de ziektekostenverzekeraar gehouden is aan verzoekerster te vergoeden de techniekkosten verband houdende met het plaatsen van een kroon. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 7.2. Aangezien het geschil slechts betrekking heeft op de uitleg van de polisvoorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering, kan een toetsing aan de voorwaarden van de zorgverzekering achterwege blijven.
- 7.3. Artikel 2 van ‘hoofdstuk 7’ van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

“Artikel 2 Aanvullende verzekering T-Extra

(...)

Vergoed worden de kosten van behandeling door tandarts of mondhygiënist, uitgezonderd de kosten van orthodontie en het bleken van elementen.

Vergoeding volgens de onderstaande vergoedingsregeling van de kosten van de volgende verrichtingen door een tandarts of mondhygiënist overeenkomstig de wettelijk vastgestelde tarieven (Uniforme Particuliere Tarieven):

(...)

Restauraties door middel van niet-plastische materialen R

Vergoeding van maximaal 4 elementen per verzekerde per kalenderjaar. Per element wordt maximaal € 160,- inclusief de techniekkosten vergoed.”

- 7.4. Wat partijen verdeeld houdt, is de interpretatie van bovenstaande bepaling. Verzoekerster stelt zich op het standpunt dat deze aldus dient te worden gelezen, dat per element maximaal € 160,-- voor verrichtingen wordt vergoed, en dat de techniekkosten hiervan los staan. Die kosten zouden daarom volledig moeten worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar legt de bepaling daarentegen aldus uit dat het maximum van € 160,-- geldt voor de verrichtingen en de techniekkosten tezamen.
- 7.5. De commissie overweegt op dit punt als volgt. Voorop moet worden gesteld dat het woord inclusief gelijk is aan (synoniem met) “met inbegrip van”. Daarom is uit de tekst van genoemde bepaling niet anders te lezen dan dat de techniekkosten in het in de bepaling genoemde bedrag van € 160,-- zijn inbegrepen. Als het daarentegen de bedoeling was geweest de techniekkosten los van het bedrag van € 160,-- te vergoeden had het in de rede gelegen dat in de polisvoorwaarde in plaats van het woord ‘inclusief’ het woord ‘alsmede’ was gebruikt.
- 7.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, voor zover dat ziet op de aanvullende ziektekostenverzekering, dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 25 maart 2009,

Voorzitter