

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B , vertegenwoordigd door de
G te H, tegen C te D, in deze vertegenwoordigd door E te F
Zaak : Hulpmiddelenzorg, brillenglazen
Zaaknummer : 2009.01481
Zittingsdatum : 24 februari 2010

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door G te H, hierna te noemen: gemachtigde,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door E te F.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 15 januari 2009 de kosten van een door hem in 2008 aangeschafte bril 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 Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering betreft een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg buiten beschouwing. Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Vip Pakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. In december 2007 heeft verzoeker aanspraak gemaakt op vergoeding van een bril. Deze is destijds grotendeels door de ziektekostenverzekeraar vergoed. In september 2008 heeft verzoeker opnieuw vergoeding van een bril geclaimd bij de ziektekostenverzekeraar, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 15 januari 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 24 maart 2009 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 24 oktober 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 4 januari 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 januari 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 22 januari 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Partijen zijn op 24 februari 2010 in persoon gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij in 2007 een bril heeft aangeschaft en deze grotendeels vergoed heeft gekregen. In 2008 heeft hij opnieuw een bril aangeschaft. Artikel 7 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt dat verzekerde aanspraak kan maken op vergoeding van een bril één keer per twee kalenderjaren. Volgens verzoeker kan dit ook inhouden dat hij aanspraak kan maken op vergoeding van één keer per twee opeenvolgende kalenderjaren. Wanneer hij dus in 2006 / 2007 (i.c. 2007) een bril heeft gedeclareerd mag hij dat in 2008 / 2009 (i.c. 2008) nogmaals mag doen.
- 4.2. Ter zitting is door de gemachtigde verklaard dat verzoeker inmiddels is overleden. Voorts heeft hij verder ter aanvulling aangevoerd dat de bepalingen in de voorwaarden onduidelijk zijn. In dat geval dienen, op grond van artikel 6:238 BW, de voorwaarden worden uitgelegd ten gunste van de verzekerde.
- 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 verzoeker in aanmerking komt voor een vergoeding van een bril éénmaal per twee kalenderjaren. Als verzoeker in 2007 een bril heeft aangeschaft kan hij eerst in 2009 weer aanspraak maken op vergoeding.
- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat naar zijn mening uit de polisvoorwaarden duidelijk naar voren komt dat verzekerden aanspraak kunnen maken op vergoeding van een bril éénmaal per twee kalenderjaren.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover 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 bril te vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

7.2. Artikel 7 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

“Artikel 7 Hulpmiddelen en Eigen Bijdragen

Wij vergoeden de eigen bijdragen die u verschuldigd bent bij de aanschaf van hulpmiddelen op grond van de ziektekostenverzekering.

Hierbij gelden de volgende maximale bedragen:

*- Voor een bril (glazen, montuur) of lenzen ongeacht de sterkte, € 230,00 1 keer per 2 kalenderjaren;
(...)”*

7.3. Door verzoeker is gesteld dat hij, nu hij in 2007 een bril heeft gedeclareerd, dat in 2008 opnieuw mag doen aangezien 2008 en 2009 ook twee kalenderjaren zijn. 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. De commissie merkt verder op dat de verzekering in beginsel een looptijd heeft van een jaar, waarna deze al dan niet stilzwijgend wordt verlengd. Dit brengt met zich dat een redelijke uitleg van de in artikel 7 opgenomen termijn van twee kalenderjaren is dat steeds naar het lopende jaar en het daaraan voorafgaande kalenderjaar wordt gekeken. Dit temeer nu niet in de rede ligt het begrip kalenderjaar afwisselend te interpreteren als het voorgaande kalenderjaar, dan wel het komende kalenderjaar.

Zou desalniettemin worden aanvaard dat volgens de toepasselijke verzekeringsvoorwaarde na afloop van een bepaald kalenderjaar waarin de vergoeding is toegekend vervolgens in het daarop direct aansluitende jaar opnieuw een aanspraak zou kunnen vallen, dan zou dit leiden tot een duidelijk niet met de in de zinsnede “1 keer per 2 kalenderjaren” beoogd resultaat, te weten dat in twee opeenvolgende kalenderjaren recht op vergoeding ontstaat. De commissie wijst op het probleem dat de verzekering – nadat in twee kalenderjaren achtereenvolgende vergoeding is ontvangen – in een volgend jaar door de verzekerde kan worden beëindigd of dat de verzekeringsvoorwaarde door de ziektekostenverzekeraar kunnen worden gewijzigd. Daardoor zou de termijn van twee jaar in bepaalde gevallen de facto tot een termijn van één jaar verworden. De commissie acht geen termen aanwezig om het beroep op artikel 6:238 BW te honoreren.

7.4. Het voorgaande leidt ertoe dat verzoeker geen aanspraak kan maken op vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering en dat mitsdien het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 maart 2010,

Voorzitter