

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D en E te F
Zaak : Hulpmiddelenzorg, brillenglazen, sterkte in dioptrieën
Zaaknummer : 2010.01147
Zittingsdatum : 3 november 2010

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.P.Ch. van Dijk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, artt. 10 en 11 Zvw, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) C te D en
- 2) E te F, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om verstrekking of vergoeding van de kosten van brillenglazen (hierna: de aanspraak), welke aanspraak bij beslissing van 22 april 2010 is afgewezen.

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 Zorg Plan (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). De zorgverzekering is niet in het geding en blijft daarom in het vervolg onbesproken. Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Royaal, T Extra en NS Aanvullend Pakket afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar bij herhaling om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven 22 april en 18 mei 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten verzoeker alsnog de maximale vergoeding van € 250,- eenmalig en onverplicht toe te kennen.
- 3.4. Bij brief van 28 juni 2010 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 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 6 september 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 9 september 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 2 oktober 2010 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 oktober 2010 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 3 november 2010 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De aangeschafte brillenglazen hebben volgens de opticien een sterkte van + 2,25. Deze waarde komt tot stand door de additie van +1,75 bij de sferische sterkte (links en rechts +0,5) te tellen. Ook de Ombudsman is tot deze conclusie gekomen. De ziektekostenverzekeraar weigert evenwel hier inhoudelijk op te reageren. Verzoeker vordert daarom dat hem de maximale vergoeding wordt toegekend. Voorts vraagt verzoeker de commissie te bepalen dat – bij ongewijzigde voortzetting van de dekking – hij ook in de toekomst aanspraak kan maken op vergoeding, evenals zijn partner. Tot slot vordert hij vergoeding van de in verband met deze procedure onnodig gemaakte kosten, door hem begroot op € 123,-- bestaande uit telefoonkosten ad € 30,-- en een halve dag verlof ad € 93,--.
- 4.2. Ten slotte wordt de ziektekostenverzekeraar “torenhoge arrogantie jegens haar verzekerden” verweten.
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling het volgende aangevoerd. Verzoeker heeft een meting laten uitvoeren door de opticien, waaruit bleek dat de sterkte van de glazen + 2,25 is. De ziektekostenverzekeraar heeft de kosten van de glazen inmiddels coulancehalve vergoed, maar verzoeker is van oordeel dat de kosten ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering dienen te worden vergoed. Desgevraagd heeft verzoeker verklaard dat hij het bedrag voor de gevorderde telefoonkosten heeft geschat. Hij heeft echter wel uren met de ziektekostenverzekeraar gebeld. Hij heeft hierbij gebruik gemaakt van een mobiele telefoon. De klantenservice van de ziektekostenverzekeraar heeft hem geadviseerd terug te gaan naar de opticien voor een berekening van de dioptrieën. Desgevraagd heeft verzoeker verklaard dat hij ongeveer € 2.700,-- netto per maand verdient.
- 4.4. 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 erkent dat de verzekeringsvoorwaarden onvoldoende transparant zijn en is daarom bereid een eenmalige coulancevergoeding te verlenen. Volgens de ziektekostenverzekeraar is de door verzoeker voorgestane berekeningswijze van het aantal dioptrieën echter niet correct. Cilindrische en sferische correctie moeten worden opgeteld. De leessterkte wordt altijd opgegeven als een additie ten

opzichte van de verafsterkte, die in dit geval rechts 0 en links -0,25 bedraagt. De additie is links en rechts +1,75.

Bij de beoordeling wordt eerst naar de sferische sterkte gekeken. Zo nodig wordt de cilindrische sterkte in de berekening betrokken. Is de additie groter dan het aantal dioptrieën, dan wordt uitsluitend naar de sterkte van de additie gekeken.

- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd, dat veel discussie is geweest over de berekening van de dioptrie, onder andere met de behandelend opticien. Dit is de reden dat de kosten op basis van coulance zijn vergoed. De kosten zouden echter ook op grond van de polis kunnen worden vergoed, maar de ziektekostenverzekeraar is hiervoor nog in onderhandeling met de NS. De ziektekostenverzekeraar is bereid aan verzoeker de kosten te vergoeden van normale telefoonkosten. De extra kosten voor het bellen met een mobiele telefoon blijven voor verzoeker.

- 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 bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de onderhavige brillenglazen te vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

- 8.2. In artikel 6 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de vergoeding voor brillenglazen, contactlenzen en ooglaseren geregeld. De bepaling luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“6.2 Overige opticiens en ooglaserklinieken

a. Brillenglazen en contactlenzen, geleverd door een opticien of optiekbedrijf:

Wij vergoeden de kosten van brillenglazen of contactlenzen met een minimale sterkte van plus of min vier dioptrie tot maximaal één paar glazen of lenzen tot maximaal € 250,- per paar per 3 kalenderjaren.

(...)

NS Aanvullend Pakket

De hiervoor onder 6.2 a en b vermelde vergoedingsregeling is eveneens van toepassing op brillenglazen vanaf plus of min 2 dioptrie.

(...)”

- 8.3. Artikel 6:238 lid 2 BW bepaalt dat bij een overeenkomst als bedoeld in de artikelen 236 en 237 bedingen duidelijk en begrijpelijk moeten zijn opgesteld, en dat bij twijfel over de betekenis van een beding de voor de wederpartij gunstigste uitleg prevaleert.

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Ter zitting hebben partijen overeenstemming bereikt over de aanspraak op vergoeding van de kosten van de brillenglazen op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering. Hetgeen partijen thans verdeeld houdt is de gevorderde vergoeding van de schade van verzoeker.
- 9.2. Verzoeker heeft verzocht om vergoeding van de telefoon- en verletkosten die hij heeft gemaakt. Ten aanzien van de telefoonkosten heeft de ziektekostenverzekeraar ter zitting verklaard deze te willen vergoeden op grond van de kosten bij het gebruik van een vaste telefoon. Verzoeker heeft echter gebruik gemaakt van een mobiele telefoon. De door verzoeker gemaakte kosten zijn daardoor hoger dan bij het gebruik van een vaste telefoon. De commissie komt het door verzoeker gevorderde bedrag van € 30,-- voor telefoonkosten niet onredelijk voor en zij wijst dit bedrag daarom toe. Ten aanzien van de verletkosten heeft verzoeker ter zitting verklaard dat hij een halve dag heeft moeten vrijnemen omdat hij op advies van de klantenservice van de ziektekostenverzekeraar naar de opticien is gegaan voor een berekening van het aantal dioptrieën. Nu verzoeker op advies van de ziektekostenverzekeraar naar de opticien is gegaan en daarvoor vrij heeft moeten nemen van zijn werk, bestaat aanleiding de kosten van een halve vrije dag te vergoeden. Verzoeker heeft verklaard dat hij ongeveer € 2.700,-- netto per maand verdient. Nu er gemiddeld twintig werkdagen per maand zijn, dient de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 67,50 (€ 2.700,--/40 dagdelen) aan verzoeker te vergoeden.

Conclusie

- 9.3. Vastgesteld wordt dat aanspraak bestaat op vergoeding van brillenglazen op grond van artikel 6 van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 9.4. De ziektekostenverzekeraar dient de telefoonkosten ten bedrage van € 30,-- en de verletkosten ten bedrage van € 67,50 aan verzoeker te vergoeden.
- 9.5. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe en bepaalt tevens dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een bedrag van € 97,50 dient te vergoeden.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 1 december 2010,

Voorzitter