



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. en OWM
Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide te
Tilburg

Zaak : Aanvullende ziektekostenverzekering, refractiechirurgie met behulp van laser,
gerechtvaardigd vertrouwen

Zaaknummer : 201600499

Zittingsdatum : 6 juli 2016



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)



(Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015, art. 6:238 BW)

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoeker,



tegen

- 
- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A., en
2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 
- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Jongeren afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
De eveneens afgesloten zorgverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 
- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een doorlopende tweejaarlijkse vergoeding van € 100,-- voor de kosten van refractiechirurgie met behulp van een laser, totdat het volledige notabedrag van de behandeling is bereikt (hierna: de aanspraak). Bij brief van 15 januari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 25 januari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven. Echter, om verzoeker toch tegemoet te komen, biedt de ziektekostenverzekeraar hem coulancehalve en eenmalig € 85,-- aan.
- 
- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail medegedeeld dat hij niet akkoord gaat met de toegezegde coulancebetaling. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker hierop bij e-mailbericht van 5 februari 2016 medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 
- 3.4. Bij ongedateerde brief, door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) ontvangen op 23 februari 2016, heeft verzoeker 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 van € 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.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 12 mei 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 mei 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 26 mei 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 20 juni 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 juli 2016 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft op 30 maart 2015 refractiechirurgie met behulp van een laser ondergaan. Gezien de hieraan verbonden kosten heeft hij voorafgaand per e-mail aan de ziektekostenverzekeraar gevraagd wat de vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering hiervoor zou zijn. Op 16 januari 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het volgende medegedeeld: *"Uit uw aanvullende verzekering Jongeren vergoeden wij per twee kalenderjaren € 100,-- voor een ooglaserverhandeling."* Verzoeker heeft dit in die zin opgevat dat hij iedere twee jaar € 100,-- krijgt vergoed. Verzoeker benadrukt dat refractiechirurgie een éénmalige behandeling is. Na een dergelijke behandeling zijn contactlenzen of een bril niet meer nodig.
- 4.2. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar begin 2016 verzocht om de tweede vergoeding van € 100,--. De ziektekostenverzekeraar heeft dit verzoek afgewezen, omdat de vergoeding slechts éénmaal wordt verleend. Als verzoeker dit voorafgaand had geweten, had hij zijn ogen nooit laten laseren. Hij is, bij het nemen van zijn besluit hiertoe, ervan uitgegaan dat de kosten volledig zouden worden vergoed, *"uitgesmeerd"* over meerdere jaren.
- 4.3. Verzoeker betoogt dat hij op grond van het e-mailbericht van 16 januari 2015 van de ziektekostenverzekeraar erop mocht vertrouwen dat hij iedere twee kalenderjaren € 100,-- vergoed zou krijgen voor de in 2015 uitgevoerde behandeling. Het woordgebruik in voornoemd e-mailbericht is ongelukkig gekozen en voor meerdere uitleg vatbaar. Verzoeker mocht er gerechtvaardigd op vertrouwen dat zijn interpretatie hiervan correct was. De ziektekostenverzekeraar is de professionele partij en op hem rust een verzwaarde zorgplicht. Ieder vorm van twijfel of discussie die voortvloeit uit zijn geïndividualiseerde berichtgeving in reactie op een specifieke vraag, dient voor zijn rekening te komen. Verzoeker is van mening dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de onderhavige behandeling volledig moet vergoeden omdat hij heeft gedwaald op grond van voornoemd e-mailbericht.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd het e-mailbericht van 16 januari 2015 misleidend is. Bovendien wordt hierin niet verwezen naar de polisvoorwaarden. Voor hem als leek is dit onduidelijk. Verzoeker merkt op dat de toegezegde coulantevergoeding van € 85,-- nog niet aan hem is uitgekeerd.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat per twee kalenderjaren aanspraak op vergoeding van maximaal € 100,-- voor gezichtsscherptebehandelingen (ooglaseren). Deze vergoeding kan ook worden gebruikt voor de aanschaf van een bril of contactlenzen.

- 5.2. Verzoeker heeft in 2015 een ooglaserbehandeling ondergaan. Hij heeft voorafgaand aan de behandeling per e-mail van de ziektekostenverzekeraar doorgekregen dat hij € 100,-- per twee kalenderjaren vergoed zou krijgen. In dit e-mailbericht is expliciet vermeld dat de vergoeding ook kan worden gebruikt voor de aanschaf van een bril of contactlenzen. Verzoeker heeft in 2016 als het ware de tweede € 100,-- gedeclareerd van de nota betreffende zorg verleend in 2015. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker medegedeeld dat geen vergoeding wordt verleend. Er heeft immers in 2016 geen ooglaserbehandeling plaatsgevonden en op basis van de nota van 2015 is al een vergoeding verleend. De aanspraak op gezichtsscherptebehandelingen is opgenomen in artikel D.1.4. Op het bij de aanvullende verzekering behorende Vergoedingen Overzicht staat vermeld dat voor gezichtshulpmiddelen en/of ooglaseren een vergoeding kan worden toegekend van maximaal € 100,-- per twee jaar. Deze maximale vergoeding geldt dus ook voor gezichtshulpmiddelen, die vaak wel meerdere keren worden aangeschaft dan wel vervangen. De vergoeding van € 100,-- per twee jaar wordt als volgt toegepast: als in jaar één en jaar twee een gezichtshulpmiddel wordt aangeschaft en/of een ooglaserbehandeling plaatsvindt, wordt in die jaren in totaal een vergoeding van maximaal € 100,-- betaald. In het geval van verzoeker gaat het om één nota uit het jaar 2015. Het is uiteraard niet zo dat de ziektekostenverzekeraar op die nota uit 2015, ieder jaar een vergoeding gaat uitbetalen, totdat de nota volledig is vergoed. Er is in die volgende jaren immers helemaal geen zorg verleend ter zake van de betreffende nota. De zorg heeft enkel in 2015 plaatsgevonden. In artikel A.19.2 van de aanvullende ziektekostenverzekering is vermeld dat bij de beoordeling van de vergoedingsmogelijkheden wordt uitgegaan van de datum van de behandeling. Aan dat jaar wordt de eventuele vergoeding dus toegerekend.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar is van oordeel dat de informatievoorziening zijnerzijds correct is geweest. Verzoeker heeft het e-mailbericht van 15 januari 2015 echter verkeerd geïnterpreteerd. In het e-mailbericht van 15 januari 2015 is niet vermeld dat verzoeker van de maximale vergoeding van € 100,-- reeds € 85,-- had verbruikt voor in 2014 aangeschafte gezichtshulpmiddelen. De ziektekostenverzekeraar heeft, om hem tegemoet te komen, aangeboden coulanchehalve € 85,-- te vergoeden, zodat verzoeker alsnog de toegezegde € 100,-- vergoeding zou ontvangen voor de laserbehandeling.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd het e-mailbericht van 16 januari 2015 in principe correct is, maar omdat aan verzoeker al eerder een vergoeding van € 85,-- was toegekend, en dit niet was vermeld in het e-mailbericht, is besloten hem hierin tegemoet te komen. Er is echter geen mogelijkheid een hogere vergoeding toe te kennen. De polisvoorwaarden zijn op dit punt duidelijk. De ziektekostenverzekeraar zal nakijken of de toegezegde coulanchevergoeding van € 85,-- al is betaald.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op artikel A.22 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.
7. Het geschil
- 7.1. In geschil is of verzoeker iedere twee jaar aanspraak heeft op een vergoeding van € 100,-- voor de door hem in 2015 ondergane refractiechirurgie, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, tot het volledige notabedrag van die behandeling is bereikt.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. Artikel D.1.4 van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op gezichtsscherptebehandelingen (ooglaseren) bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Zorg: waar hebt u recht op?”

Wij vergoeden gezichtsscherptebehandelingen door middel van ooglaserbehandeling of lensimplantatie op de manier zoals en de gevallen waarin medisch specialisten dat doen. Dit doen wij tot een bepaald bedrag in een bepaalde periode.

Hoe hoog het vergoedingsbedrag is en hoe lang de periode duurt, staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.en C.10.

Voorwaarden

Algemeen

- *U krijgt de behandeling niet vergoed uit de zorgverzekering.*
- *U hebt de maximum vergoeding nog niet bereikt binnen de periode waarvoor dit maximum geldt. (...)*

8.3. In het Vergoedingen Overzicht is, voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

“Wat krijgt u vergoed

Gezichtshulpmiddelen (contactlenzen, brillenglazen en eventueel montuur) en/of gezichtsscherptebehandelingen (ooglaseren)

Hoeveel krijgt u vergoed

maximaal € 100,- per 2 jaar”

8.4. Artikel A.19.2 van de aanvullende ziektekostenverzekering luidt, voor zover hier van belang:

“(…)

- *Bij vergoeding gaan we uit van de datum van de behandeling of levering, niet van de besteldatum of de notadatum.*

(…)”

8.5. In artikel 6:238 lid 2 BW is bepaald dat bij een overeenkomst als bedoeld in de artikelen 6:236 en 6:237 BW de bedingen duidelijk en begrijpelijk moeten zijn opgesteld. Bij twijfel over de betekenis van een beding, prevaleert de voor de wederpartij gunstigste uitleg.

9. Beoordeling van het geschil

9.1. Op grond van artikel D.1.4 van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op gezichtsscherptebehandelingen door middel van ooglaserbehandeling of lensimplantatie. In het Vergoedingen Overzicht is bepaald dat voor gezichtshulpmiddelen en/of gezichtsscherptebehandelingen aanspraak bestaat op maximaal € 100,-- per twee jaar. Door de ziektekostenverzekeraar is - onweersproken - gesteld dat aan verzoeker in 2014 een vergoeding van € 85,-- is toegekend voor gezichtshulpmiddelen en in 2015 een vergoeding van € 15,-- voor een gezichtsscherptebehandeling met behulp van een laser. Voor de jaren 2014 en 2015 is derhalve

 een vergoeding toegekend van totaal € 100,--. Hiermee is aan verzoeker de maximale vergoeding verleend waarop op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak bestaat.

 9.2. In artikel A.19.2 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat bij de vergoeding wordt uitgegaan van de datum van de behandeling. Aangezien de refractiechirurgie in 2015 heeft plaatsgevonden, en de betreffende nota volgens de in dat jaar toepasselijke voorwaarden is afgewikkeld, heeft verzoeker in de daaropvolgende jaren geen aanspraak meer op vergoeding van (een deel van) de kosten van deze behandeling.

 9.3. Ingevolge artikel 6:238 lid 2 BW dient een bepaling duidelijk en begrijpelijk te zijn opgesteld. Als dit niet het geval is, prevaleert de voor de wederpartij meest gunstige uitleg. Zoals uit het hiervoor overwogene valt op te maken, is artikel D.1.4 van de aanvullende ziektekostenverzekering, in samenhang met artikel A.19.2, slechts voor één uitleg vatbaar. Deze houdt in dat de vergoeding voor een - veelal eenmalige - ooglaserberehandeling of lensimplantatie € 100,-- voor de betreffende behandeling is, en dat voor gezichtshulpmiddelen - die vaker zullen worden geclaimd - de vergoeding per aanschaf maximaal € 100,-- per twee jaar bedraagt. De polisvoorwaarden bieden geen steun voor de door verzoeker voorgestane interpretatie, inhoudende een doorlopende tweejaarlijkse vergoeding van € 100,-- voor een ooglaserberehandeling of lensimplantatie tot maximaal het betreffende notabedrag.

 9.4. Een geheel andere vraag is die naar de uitleg van het e-mailbericht van 16 januari 2015. In dit e-mailbericht heeft de ziektekostenverzekeraar het volgende geschreven: *"Uit uw aanvullende verzekering Jongeren vergoeden wij per twee kalenderjaren € 100,-- voor een ooglaserberehandeling. U kunt de vergoeding ook gebruiken voor de aanschaf van een bril of contactlenzen."* De commissie is - anders dan verzoeker - van oordeel dat hieruit, mede in het licht van de polisvoorwaarden, niet kan worden opgemaakt dat hij iedere twee jaar een vergoeding van € 100,-- ontvangt voor de laserbehandeling die is uitgevoerd in 2015, totdat het betreffende notabedrag volledig is vergoed. Het beroep van verzoeker op het vertrouwensbeginsel kan daarom niet slagen.

Conclusie

 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

 10. Het bindend advies

 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

 Zeist, 21 juli 2016,




 H.A.J. Kroon