

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D, vertegenwoordigd door E te F
Zaak : Mondzorg, implantaten, onduidelijke voorwaarden
Zaaknummer : 2010.01887
Zittingsdatum : 2 februari 2011

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, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.4 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

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

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam gevolmachtigde] Zorgverzekering variant Natura (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen [naam gevolmachtigde] Tandartskostenverzekering inclusief techniekkosten € 950,-- (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en [naam gevolmachtigde] Comfort pakket afgesloten. De verzekering [naam gevolmachtigde] Comfort pakket is niet in geschil en blijft in het vervolg buiten beschouwing. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op implantaten (hierna: de aanspraak), welke aanspraak bij beslissing van 30 juli 2010 per telefoon is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 30 augustus 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 5 oktober 2010 schriftelijk medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 21 oktober 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 zorgverzekering dan wel 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 ver-

zoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 14 december 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 december 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 7 respectievelijk 13 januari 2011 schriftelijk medege-deeld niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 17 december 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 20 januari 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2010145493) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat bij verzoeker geen sprake is van een zodanige ernstige stoornis dat zonder de gewenste implantaten geen normale tandheelkundige functie kan worden behouden. Bovendien is bij verzoeker geen sprake van een ernstig geslonken tandeloze kaak.
Een afschrift van het CVZ-advies is op 21 januari 2011 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoeker heeft op 23 januari 2011 op het CVZ-advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt dat het laatste vergoedingenoverzicht dat hij van de ziektekostenverzekeraar heeft ontvangen, dateert van 2008. Daarop is vermeld dat aanspraak bestaat op volledige vergoeding van implantaten. Bij lezing van de "kleine lettertjes" blijkt het tegendeel het geval te zijn. Daarom is sprake van misleiding door de ziektekostenverzekeraar.
- 4.2. 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 stelt dat bewust ervoor gekozen is niet ieder jaar aan alle verzekerden de volledige verzekeringsvoorwaarden te sturen, doch slechts een overzicht met de belangrijkste wijzigingen. Gebleken is dat een verzekerde zich eerst op de hoogte stelt van de toepasselijke voorwaarden op het moment dat schade is geleden of wordt verwacht. De volledige voorwaarden zijn te raadplegen via het internet. De papieren versie kan telefonisch worden opgevraagd.
- 5.2. Op het vergoedingenoverzicht van 2008, waarvan verzoeker uitgaat, is vermeld dat daaraan geen rechten kunnen worden ontleend, en dat de verzekeringsvoorwaarden leidend zijn. Daaruit volgt dat verzoeker geen aanspraak heeft op de vergoeding van implantaten.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is 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. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel 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. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 12 tot en met 35 van de zorgverzekering.
Artikel 28.2 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op tandheelkundige en orthodontische zorg in bijzondere gevallen bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“U hebt recht op zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden, die noodzakelijk is:

1. *als u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel hebt dat u zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die u zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan.*
U hebt ook recht op het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur als deze dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese. Dit recht hebt u alleen als sprake is van een zeer ernstig geslonken tadeloze kaak. (...)”

- 8.3. Artikel 28.2 van de zorgverzekering is volgens artikel 3.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Mondzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.7 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.4 Rzv.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.6. Artikel 1 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt, voor zover hier van belang, het volgende:

“Vergoeding voor de kosten van zorg zoals tandartsen die plegen te bieden:

- *in Nederland op basis van het door of namens de zorgverzekeraar met de zorgaanbieder overeengekomen tarief. Indien geen tarief is overeengekomen vergoedt de zorgverzekeraar genoemde kosten op basis van het in dat geval door het NZa krachtens de Wmg vastgestelde rechtsgeldige tarief (Wmg), tenzij anders aangegeven; (...)*

De vergoeding wordt verleend tot maximaal het op het polisblad (Zorgpolis) vermelde bedrag per verzekerde per verzekeringsjaar inclusief techniekkosten, voor de kosten van behandeling door een tandarts, tandprotheticus of mondhygiënist. (...)”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat bij verzoeker geen sprake is van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of een verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel dan wel een ernstig geslonken tandeloze kaak, zodat hij geen aanspraak heeft op implantaten ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.2. Indien de implantaatbehandeling wordt uitgevoerd door een tandarts, heeft verzoeker aanspraak op vergoeding van de kosten daarvan ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, tot een bedrag van maximaal € 950,-- per kalenderjaar. Hierover bestaat tussen partijen geen geschil.

Onduidelijke voorwaarden

- 9.3. De stelling van verzoeker dat de voorwaarden onduidelijk zijn faalt. Met betrekking tot het vergoedingenoverzicht 2008, waarvan verzoeker uitgaat, geldt dat daarop is vermeld dat aan het overzicht geen rechten kunnen worden ontleend, en dat de tekst van de verzekeringsvoorwaarden leidend is. Bovendien vermeldt het vergoedingenoverzicht geen onjuiste informatie. Immers, mits aan de voorwaarden is voldaan, bestaat aanspraak op volledige vergoeding van de implantaatbehandeling ten laste van de zorgverzekering.
- 9.4. Bij verzoeker zijn de voorwaarden van 2010 leidend. Verzoeker stelt hiervan niet op de hoogte te zijn, omdat door de ziektekostenverzekeraar geen papieren versie is verzonden. Gelet op artikel 6:234 lid 1 onder c BW is door de gebruiker aan de wederpartij een redelijke mogelijkheid geboden van de algemene voorwaarden kennis te nemen indien deze langs elektronische weg ter beschikking zijn gesteld. In de informatie die eind 2009 door de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker is gestuurd wordt verwezen naar de website van de ziektekostenverzekeraar, waarop de volledige voorwaarden zijn te raadplegen, terwijl desgewenst een papieren versie kan worden opgevraagd.

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, 23 februari 2011,

Voorzitter