



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen
Zaak : Aanvullende ziektekostenverzekering, epilatie, laserbehandelingen, toezegging, misleiding
Zaaknummer : 201700138
Zittingsdatum : 21 juni 2017

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2016-2017, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016-2017)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
 - 2) Menzis N.V. te Wageningen,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder had verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering ExtraVerzorgd 3 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van laserbehandelingen/epilatie, uit te voeren in 2017 (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft in januari 2017 telefonisch aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 18 januari 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 17 maart 2017 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) primair verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, en subsidiair dat zij per 1 januari 2017 kan overstappen naar een andere zorgverzekeraar (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

-  3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 28 april 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 3 mei 2017 aan verzoekster gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 29 mei 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 31 mei 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.8. Op grond van artikel 114, derde lid, Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.
-  3.9. Partijen zijn op 31 mei 2017 uitgenodigd voor de hoorzitting van 21 juni 2017. Ondanks daartoe deugdelijk te zijn uitgenodigd is verzoekster niet verschenen. Daarnaast heeft de commissie verzoekster op en rond de in de uitnodiging vermelde tijdstip op het in de stukken gevonden mobiele telefoonnummer verschillende keren gebeld. Bij al deze gelegenheden was verzoekster telefonisch niet bereikbaar. De ziektekostenverzekeraar is op 21 juni 2017 telefonisch gehoord.
-  4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
-  4.1. Verzoekster heeft een hormoonandoening waardoor zij kampt met overbehairing in haar gezicht en nek. Al ruim vijf jaar ondergaat zij hiervoor laserbehandelingen (epilatie). Verzoekster was in 2016 verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar en in dat jaar heeft zij gebruik gemaakt van de vergoeding die de aanvullende ziektekostenverzekering biedt voor laserbehandelingen/epilatie.
-  Op 21 november 2016 heeft verzoekster telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar om de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering te beëindigen. De medewerker die zij bij die gelegenheid sprak is door verzoekster geïnformeerd over haar aandoening en het feit dat hiervoor laserbehandelingen worden uitgevoerd. De medewerker deelde aan verzoekster mede, nadat zij de noodzaak van de behandelingen had benadrukt, dat zij nog gebruik kon maken van de vergoeding die de aanvullende ziektekostenverzekering biedt voor laserbehandelingen/epilatie. Tevens heeft de medewerker van de ziektekostenverzekeraar het eigen risico van verzoekster verhoogd, zodat de premie lager werd. Verzoekster heeft hierop nogmaals aan de medewerker duidelijk gemaakt dat zij de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering uitsluitend heeft afgesloten in verband met de vergoeding voor de laserbehandelingen.
-  Nadat verzoekster bij de kliniek een afspraak had gemaakt voor een volgende laserbehandeling, heeft zij in januari 2017 wederom telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar opgenomen met de vraag of een verwijzing nodig was. De medewerker die zij toen aan de lijn kreeg deelde aan verzoekster mede dat zij geen recht had op vergoeding van laserbehandelingen, omdat zij reeds in 2016 van de bestaande vergoedingsmogelijkheid gebruik had gemaakt. Verzoekster is erg geschrokken van deze mededeling. Zij heeft aan de betrokken medewerker toegelicht dat zij in november 2016 een overstap overwoog. De medewerker van de ziektekostenverzekeraar kon zien dat verzoekster op 21 november 2016 had gebeld met de 'Overstapservice', maar het was niet te achterhalen met wie zij had gesproken. Verzoekster heeft samen met deze medewerker op 9 januari 2017 een klacht ingediend. Op 12 januari 2017 werd verzoekster door een medewerker van de klachtenafdeling van de ziektekostenverzekeraar gebeld. Aan haar werden excuses aangeboden namens de medewerker die de fout had begaan. De medewerker van de klachtenafdeling kon verzoekster enkel tegemoetkomen door de premie te verlagen. Verzoekster heeft gevraagd waarom een tegemoetkoming aan de orde was, als wordt gemeend dat zij een ongegronde klacht heeft. Hierop werd gezegd dat uit coullance een uitzondering kon worden gemaakt. Verzoekster heeft in

reactie hierop medegedeeld dat zij aan de tegemoetkoming niets heeft en dat zij hiermee dan ook geen genoegen neemt.

- 4.2. Verzoekster stelt dat de medewerker van de ziektekostenverzekeraar die zij op 21 november 2016 sprak haar heeft misleid en voorgelogen. De ziektekostenverzekeraar was op de hoogte van het feit dat verzoekster laserbehandelingen ondergaat bij een specialist, en dat daarom is gekozen voor de aanvullende ziektekostenverzekering. Aan haar is tijdens het bewuste telefoongesprek duidelijk medegedeeld dat recht bestond op vergoeding van de laserbehandelingen, en dat van die vergoeding ook in 2017 gebruik kon worden gemaakt. Verzoekster heeft op deze informatie vertrouwd.
- Verzoekster heeft op 21 november 2016 met de ziektekostenverzekeraar gebeld om over te stappen omdat zij ervan op de hoogte was dat de vergoeding *per jaar* geldt. Volgens de medewerker van de ziektekostenverzekeraar was dit echter niet juist.
- Tijdens het telefoongesprek op 21 november 2016 heeft verzoekster inderdaad de mogelijkheid van een tandverzekering aangekaart.
- Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht de opname van het telefoongesprek van 21 november 2016 met de 'Overstapservice' te beluisteren, maar hieraan is geen gevolg gegeven. De aangeboden excuses en de premieverlaging door de ziektekostenverzekeraar zijn niet afdoende voor verzoekster. De laserbehandelingen zijn zeer belangrijk voor haar. Als verzoekster tijdens het telefoongesprek op 21 november 2016 was medegedeeld dat zij geen recht meer had op vergoeding van de laserbehandelingen, was zij zeer zeker per 1 januari 2017 overgestapt naar een andere zorgverzekeraar.
- Overigens hebben tot op heden geen verdere laserbehandelingen plaatsgevonden.

- 4.3. Het is verzoekster niet duidelijk waarom de ziektekostenverzekeraar aan de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verklaard dat zij nog recht heeft op een restantbedrag van € 200,-- als vergoeding voor laserbehandelingen. Verzoekster had immers in 2016 recht op 80% van € 1.000,--, oftewel € 800,--, en dit bedrag heeft zij opgesoupeerd.

- 4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De aanvullende ziektekostenverzekering bood in 2016 aanspraak op vergoeding van laserbehandelingen. Deze vergoeding bedroeg 80%, tot maximaal € 1.000,-- voor de gehele verzekeringsduur.
- Naar de stand van 24 februari 2017 heeft verzoekster in 2016 totaal € 800,-- vergoed gekregen voor epilatie vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering. Zij heeft dus nog recht op een vergoeding van € 200,--.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft een aantal notities van telefonische contacten met verzoekster. Verzoekster was van 1 januari 2013 tot en met 31 december 2014 verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar, waarbij ook de aanvullende ziektekostenverzekering was afgesloten. In deze periode zijn drie laserbehandelingen vergoed volgens de voorwaarden. Vervolgens is verzoekster overgestapt naar een andere zorgverzekeraar en zij was aldaar verzekerd van 1 januari 2015 tot en met 31 december 2015.
- Op 21 november 2016 is om 13.20 uur het volgende geregistreerd:
- "Wil facings bij tandarts, codes ontbreken dus eerst begroting opvragen. Vrijwillig eigen risico van 885 afgesloten, ivm korting op de premie. Wil misschien een tandverzekering maar weet het nog niet zeker, vraagt eerst begroting aan."*
- Op 14 en 18 december 2016 heeft verzoekster telefonisch contact gehad met de Klantenservice van de ziektekostenverzekeraar naar aanleiding van een e-mailbericht waarin zij mededeelde dat zij wilde opzeggen. Een medewerker heeft toen telefonisch contact met verzoekster opgenomen en een verzekering bij de ziektekostenverzekeraar met de aanvullende ziektekostenverzekering besproken. Vervolgens heeft verzoekster op 11 januari 2017 een e-mailbericht aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd waarin zij vraagt om informatie over epilatiebehandelingen. Dit

e-mailbericht is op 18 januari 2017 beantwoord. In dit antwoord heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de maximale vergoeding per verzekeringsduur is.

De ziektekostenverzekeraar is van mening dat verzoekster in januari 2017 op de hoogte is gebracht van het feit dat voor epilatie een maximale vergoeding voor de gehele verzekeringsduur geldt. Het is niet aannemelijk geworden dat verzoekster onjuiste of onvolledige informatie heeft ontvangen. Van een toezegging inzake de vergoeding van laserbehandelingen is geen sprake. De ziektekostenverzekeraar is niet bereid de (eventuele) laserbehandelingen/epilatie na het bereiken van de maximale vergoeding, uit coulance te vergoeden.

Wel merkt de ziektekostenverzekeraar op dat hij in zijn e-mailbericht van 18 januari 2017 aan verzoekster heeft vermeld dat de gedeclareerde nota's zijn afgewezen omdat de maximale vergoeding is bereikt. Deze afwijsreden is onjuist. De correcte reden is dat vergoeding van de nota's is afgewezen omdat deze al eerder waren gedeclareerd.

- 5.3. De zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering kunnen niet met terugwerkende kracht tot 1 januari 2017 worden beëindigd, omdat de ziektekostenverzekeraar van verzoekster niet vóór 1 januari 2017 een opzegging heeft ontvangen.

- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A17 van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering (2016-2017) 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 primair of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, en subsidiair of verzoekster per 1 januari 2017 kan overstappen naar een andere zorgverzekeraar.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden

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

- 8.2. De artikelen A6 en A7 van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering (2016) bepalen wanneer de verzekerde de verzekering kan opzeggen en luiden, voor zover hier van belang, als volgt:

"A6 Hoe kunt u de verzekering opzeggen?

Alleen de verzekeringnemer kan een verzekering opzeggen. Opzeggen kan met een brief. Als uw e-mail adres bij ons geregistreerd is, kunt u ook per e-mail opzeggen. Geef bij opzegging duidelijk aan welke verzekering u precies wilt opzeggen: uw Basisverzekering, uw aanvullende verzekering of uw tandartsverzekering. Wilt u ook duidelijk aangeven voor welke verzekerden de opzegging geldt?

A7 Wanneer kunt u opzeggen?

Als u verzekeringnemer bent, kunt u:

- *altijd opzeggen per 1 januari. Menzis moet uw opzegging dan op zijn laatst op 31 december ontvangen hebben,*
- (...)"*

- 8.3. Op pagina 58 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering (2016) is de aanspraak op vergoeding van epilatie geregeld. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

"Epilatie

Epilatie door middel van elektrische stroom, laser en flitslicht maakt nagroei, na verwijdering van het haar, praktisch onmogelijk.

U krijgt 80% van de kosten van epilatie vergoed tot een maximumbedrag als er abnormale haargroei in het gezicht of de hals is. Dit maximum is voor de gehele verzekeringsduur:

(...)

Extra Verzorgd 3

€ 1.000

U heeft recht op deze vergoeding als de behandeling wordt gegeven door of onder verantwoordelijkheid van een huidtherapeut of schoonheidsspecialist, die door Menzis is erkend. Welke dat zijn, kunt u vinden op www.menzis.nl/zorgvinder."

In de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering (2017) is een passage over epilatie opgenomen die gelijkluidend is.

- 8.4. Artikel A26 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2016) luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

- Als u Menzis bezoekt of belt en Menzis doet u een mondelinge toezegging, dan kunt u Menzis vragen die toezegging schriftelijk te bevestigen. Een mondelinge toezegging wordt zonder schriftelijke bevestiging geacht niet te zijn gedaan.

(...)"

Artikel A26 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2017) is gelijkluidend.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.1. Verzoekster is vanaf 1 januari 2016 - wederom - verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar. De aanvullende ziektekostenverzekering bood in 2016 aanspraak op vergoeding van de kosten van epilatie. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat aan verzoekster in het jaar 2016 een vergoeding van totaal € 800,- is verleend voor epilatie zodat zij nog aanspraak heeft op maximaal € 200,-. Verzoekster heeft dit laatste bestreden in die zin dat volgens haar de maximale vergoeding met het bedrag van € 800,- werd bereikt. De commissie stelt vast dat het bepaalde op bladzijde 58 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering eenduidig is. Vergoed wordt 80% van de betreffende kosten met een maximum van € 1.000,-. Genoemd maximum geldt voor de gehele verzekeringsduur. Dit betekent dat verzoekster voor het jaar 2017, althans de resterende verzekeringsduur die in ieder geval tot en met 31 december 2017 loopt, nog recht heeft op vergoeding van epilatie op basis van 80% van de kosten tot maximaal € 200,-. Een hogere vergoeding voor het jaar 2017 is op basis van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering niet aan de orde.

Werking privaatrecht

- 9.2. Verzoekster heeft gesteld dat een medewerker van de ziektekostenverzekeraar haar op 21 november 2016 telefonisch heeft toegezegd dat zij aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van epilatie in 2017. Later bleek dit echter niet, althans maar gedeeltelijk het geval. Verzoekster voelt zich hierdoor misleid en voorgelogen. De ziektekostenverzekeraar heeft bestreden dat aan verzoekster is toegezegd dat zij voor het jaar 2017 recht heeft op volledige vergoeding van de kosten van epilatie. Door de ziektekostenverzekeraar is hierbij verwezen naar een gespreksnotitie van 21 november 2016. Deze notitie luidt als volgt:

"Wil facings bij de tandarts, codes ontbreken dus eerst begroting opvragen. Vrijwillig eigen risico van 885 afgesloten, ivm korting op de premie. Wil misschien een tandverzekering maar weet het nog niet zeker, vraagt eerst begroting aan."

Niet ter discussie staat dat op 21 november 2016 telefonisch contact tussen verzoekster en de ziektekostenverzekeraar heeft plaatsgevonden. Verzoekster heeft erkend dat tijdens het gesprek (ook) is gesproken over een tandverzekering, en tevens heeft zij verklaard dat tijdens het gesprek is gekozen voor verhoging van het eigen risico (een vrijwillig eigen risico). De commissie is van oordeel dat uit de notitie van het telefoongesprek van 21 november 2016 evenwel niet blijkt dat is gesproken over de vergoeding van epilatie. Het beroep op de telefonisch toezegging slaagt derhalve niet.

Het is overigens wel voorstelbaar dat verzoekster eind 2016 telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar heeft opgenomen inzake de vergoeding voor epilatie, aangezien zij kennelijk in de veronderstelling verkeerde dat deze vergoeding - van naar haar weten € 800,- - per jaar gold. Verzoekster heeft echter ook verklaard dat zij op de hoogte was van de geldende voorwaarden. Vast staat dat hierin is bepaald dat de vergoeding geldt voor de gehele verzekeringsduur.

De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster bij e-mailbericht van 18 januari 2017 informatie gegeven over de vergoeding voor epilatie, waarbij een onjuiste afwijsreden is vermeld. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 28 april 2017 erkend dat de vermelde afwijsreden niet juist was. Aangezien verzoekster van deze foutieve informatie geen (financieel) nadeel heeft ondervonden laat de commissie dit punt verder rusten.

- 9.3. De commissie is gelet op het voorgaande van oordeel dat verzoekster er in de procedure niet in is geslaagd aannemelijk te maken dat de ziektekostenverzekeraar op 21 november 2016 telefonisch aan haar heeft toegezegd dat de kosten van epilatie in 2017 volledig, dan wel tot het maximumbedrag van € 1.000,- onderscheidenlijk € 800,-, worden vergoed. Hetgeen overigens door verzoekster is aangevoerd kan niet leiden tot een andere uitkomst.

Opzegging

- 9.4. Nu hiervoor is vastgesteld dat geen sprake is van een toezegging door de ziektekostenverzekeraar, en daarmee het primaire verzoek dient te worden afgewezen, is het subsidiaire verzoek aan de orde, inhoudende het verzoek tot beëindiging van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht tot 1 januari 2017 ('de overstap'). Met betrekking hiertoe geldt dat gesteld noch gebleken is dat verzoekster de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering tijdig, dat wil zeggen vóór 1 januari 2017, schriftelijk heeft opgezegd zoals bepaald in de artikelen A6 en A7. Daarom is de commissie van oordeel dat verzoekster ook in 2017 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd is gebleven.

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, 5 juli 2017,

A.I.M. van Mierlo