

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : De heer A te B, tegen C te D  
Zaak : Mondzorg, gebitsprothese, hulpmiddelenzorg, brillenglazen, keuze  
aanvullende ziektekostenverzekering  
Zaaknummer : 2012.01046  
Zittingsdatum : 10 oktober 2012

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Standaard Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [naam ziektekostenverzekeraar] Aanvullend Basic afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst 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 vergoeding van de kosten van tandheelkundige behandelingen in 2011, alsmede van de kosten van een bril met dubbelfocus glazen (hierna: de aanspraak). Bij vergoedingsoverzichten van verschillende data 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 brief van 16 april 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 e-mailbericht van 1 augustus 2012 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 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 17 augustus 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 augustus 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 28 augustus en 2 oktober 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 10 oktober 2012 telefonisch gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
  - 4.1. Eind 2010 heeft de behandelend tandarts van verzoeker twee begrotingen gemaakt. De eerste begroting heeft betrekking op het plaatsen van een kroon, de tweede op een gebitsprothese. De kosten van deze behandelingen worden begroot op respectievelijk € 1.145,56 en ongeveer € 600,--.
  - 4.2. Op 16 september 2010 heeft verzoeker beide begrotingen aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. In de begeleidende brief heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar verzocht hem mede te delen of het verstandig was, gelet op de te verwachten kosten voor tandheelkundige zorg, voor het kalenderjaar 2011 een andere aanvullende ziektekostenverzekering af te sluiten. In reactie op dit verzoek ontving verzoeker van de ziektekostenverzekeraar een schrijven met de mededeling dat de verzekeringsvoorwaarden en vergoedingen voor 2011 nog niet bekend waren.
  - 4.3. Bij brief van 24 november 2010 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar opnieuw een begroting gezonden. Ditmaal had de begroting betrekking op een gebitsprothese. Bij deze gelegenheid heeft verzoeker zijn vraag herhaald of het verstandig zou zijn een andere aanvullende ziektekostenverzekering te kiezen. Aangezien verzoeker op laatstgenoemde vraag geen antwoord kreeg, heeft hij besloten voor 2011 geen andere aanvullende ziektekostenverzekering af te sluiten. Nadat verzoeker de gebitsprothese had laten maken, ontving hij echter een nota van € 855,67.
  - 4.4. Verzoeker heeft medio 2011 aan beide ogen een staaroperatie laten uitvoeren. Gevolg van deze operatie was dat hij een nieuwe bril moest hebben. Nadat verzoeker de rekening voor deze bril, ten bedrage van € 695,--, had ingediend, kreeg hij bericht dat de brillenglazen niet voor vergoeding in aanmerking komen. Verzoeker stelt zich thans op het standpunt dat de ziektekostenverzekeraar hem, gelet op de te verwachten kosten, had moeten adviseren een andere aanvullende ziektekostenverzekering af te sluiten.
  - 4.5. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunten herhaald.
  - 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende verzekering Basic afgesloten. Op grond van deze verzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van tandprothetische zorg met een maximum van € 250,- per verzekerde per kalenderjaar. Deze vergoeding heeft verzoeker ontvangen. Een hogere vergoeding is niet mogelijk. Verder kent genoemde verzekering geen dekking voor brillenglazen.
- 5.2. Eind 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker onder meer een overzicht gezonden met de meest voorkomende vergoedingen per pakket in 2011. De volledige verzekeringsvoorwaarden zijn niet aan verzoeker gezonden, maar deze zijn bij de ziektekostenverzekeraar op te vragen. Verzoeker heeft nooit verzocht hem de verzekeringsvoorwaarden toe te sturen. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar van verzoeker nooit een verzoek ontvangen om zijn aanvullende ziektekostenverzekering te wijzigen.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hij de brief van 24 november 2010 van verzoeker niet heeft ontvangen. Wanneer verzoeker geen reactie kreeg op zijn vraag had het op zijn weg gelegen actie te ondernemen.
- 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 8 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 de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog volledig in te willigen ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

## 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden relevant.
- 8.2. Op grond van artikel 12 van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van tandprothetische zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Voor zover hier van belang luidt dit artikel als volgt:

### ***“Artikel 12 Tandprothetische zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder***

#### ***Maximum [naam ziektekostenverzekeraar] Basic***

*Voor het pakket [naam ziektekostenverzekeraar] Basic geldt dat de totale vergoeding voor alle onder dit pakket in artikel 11, 12 en 13 opgenomen verrichtingen samen is gemaximeerd tot € 250,- per kalenderjaar.  
(...)”*

- 8.3. Artikel 39 regelt de vergoeding van brillen en contactlenzen en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

### **“Artikel 39 Brillen en contactlenzen**

#### *Omschrijving*

*Brillenglazen en contactlenzen met een sterkte vanaf 0,25D inclusief kosten van aanmeting en bijbehorend brilmontuur.*

#### *Vergoeding*

*[naam ziektekostenverzekeraar] Basic: Geen (...)*”

## 9. Beoordeling van het geschil

### **Vergoeding gebitsprothese**

- 9.1. Ingevolge artikel 12 van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van tandprothetische zorg tot een maximum van € 250,- per verzekerde per kalenderjaar. Bij brief van 17 augustus 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat verzoeker deze vergoeding heeft ontvangen, hetgeen door hem niet is weersproken. Daarom neemt de commissie dit als vaststaand aan. Het deel van de in 2011 gemaakte kosten van tandprothetische zorg dat dit maximum overschrijdt, blijft daarom voor rekening van verzoeker.

### **Vergoeding brillenglazen**

- 9.2. Artikel 39 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de vergoeding van brillen en contactlenzen. Gebleken is dat de door verzoeker afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor brillen(glazen) en contactlenzen. De door verzoeker ingediende nota is dan ook terecht afgewezen.

### **Wijziging aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar bij herhaling gevraagd hem te adviseren of het verstandig zou zijn, gelet op de te verwachten zorgkosten, een andere aanvullende ziektekostenverzekering af te sluiten.
- 9.4. Verzoeker heeft niet betwist dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker eind 2010 een informatiepakket heeft gezonden met daarin onder meer de belangrijkste wijzigingen voor 2011. Indien verzoeker van mening was dat het informatiepakket niet toereikend was om zich een goed beeld te vormen van de bestaande dekking, had het op zijn weg gelegen de verzekeringsvoorwaarden bij de ziektekostenverzekeraar op te vragen. Gesteld noch gebleken is dat verzoeker dit heeft gedaan. Hoewel de ziektekostenverzekeraar, uit een oogpunt van service, op de concrete vraag van verzoeker een concreet antwoord had kunnen geven, mocht de ziektekostenverzekeraar volstaan met een informatiepakket en het aanbod van gedetailleerde informatie op aanvraag.

### **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, 31 oktober 2012,

Voorzitter