



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak : Aanvullende ziektekostenverzekering, bril, termijn
Zaaknummer : 201503512
Zittingsdatum : 31 augustus 2016

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

(Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
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 Gezichtsorg en orthodontie 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 Basisverzekering, een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet, 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 vergoeding van € 150,- ter zake van een bril (hierna: de aanspraak). Bij brief van 24 februari 2015 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 meerdere e-mailberichten heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Nadat verzoeker de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen had benaderd, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen hem op 20 januari 2016 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Verzoeker is hierbij gewezen op de mogelijkheid de kwestie voor bindend advies voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 22 maart 2016 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 stukken gevoegd.

 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 1 juli 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 juli 2016 aan verzoeker gezonden.

 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. De ziektekostenverzekeraar heeft op 1 juli 2016 per e-mail medegedeeld niet te willen worden gehoord. Verzoeker heeft op 20 juli 2016 per e-mail medegedeeld niet te willen worden gehoord.


 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker


 4.1. Verzoeker heeft op 2 december 2014 een nieuwe bril gekocht bij Specsavers. Op de nota werd een bedrag van € 150,- in mindering gebracht conform de polisvoorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Bij brief van 9 februari 2015 heeft Specsavers aan verzoeker medegedeeld dat de ziektekostenverzekeraar de vergoeding heeft afgewezen, en dat het bedrag van € 150,- van de bankrekening van verzoeker wordt afgeschreven door Specsavers. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar op 10 februari 2015 telefonisch om opheldering gevraagd. Bij e-mailbericht van 13 februari 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering eenmaal per drie kalenderjaren aanspraak bestaat op een vergoeding van € 150,- voor de kosten van een bril. Omdat verzoeker in 2013 de kosten van een bril vergoed heeft gekregen, wordt in 2014 geen vergoeding verleend.


 4.2. Verzoeker is het niet eens met de uitleg van de ziektekostenverzekeraar ter zake van de periode van drie kalenderjaren. Volgens de ziektekostenverzekeraar gaat een nieuwe periode van drie kalenderjaren in op het moment van de laatst betaalde vergoeding. Dit blijkt echter niet uit de polisvoorwaarden. Verzoeker is van mening dat iedere willekeurige periode van drie kalenderjaren van toepassing is, waarbij het niet uitmaakt of een declaratie aan het begin of einde van deze periode wordt ingediend. Hij heeft vergoedingen ontvangen voor brillen die zijn aangeschaft in 2006 en 2013. Volgens verzoeker liep de periode van drie kalenderjaren ter zake van de in 2013 aangeschafte bril van 2011 tot en met 2013. In 2014 is een nieuwe periode van drie kalenderjaren aangevangen. Daarom bestaat aanspraak op de vergoeding van € 150,- voor de in 2014 aangeschafte bril.

 4.3. 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 polisvoorwaarden bestaat éénmaal per drie kalenderjaren aanspraak op een vergoeding van € 150,- voor een bril. Aan verzoeker is een vergoeding uitgekeerd voor een in 2013 aangeschafte bril. Daarom heeft verzoeker eerst in 2016 weer aanspraak op een vergoeding ter zake.

 5.2. Voor de berekening van de periode van drie kalenderjaren wordt altijd gekeken of in de voorafgaande jaren een vergoeding is verleend. De uitleg die verzoeker geeft aan de polisvoorwaarden leidt tot willekeur.

 5.3. Het feit dat verzoeker in een bepaalde periode van drie kalenderjaren geen kosten heeft geclaimd voor een bril, leidt niet ertoe dat hij naderhand nog aanspraak kan maken op de niet-gebruikte vergoedingsmogelijkheid.

 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 20 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 aanspraak heeft op een vergoeding van € 150,- voor de in 2014 door hem aangeschafte bril, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarde

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil is de volgende verzekeringsvoorwaarde relevant.

8.2. Artikel 13 lid 2 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op brillen en lenzen en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

Brillen Specsavers

(...)

Verzekerden vanaf 16 jaar

U heeft 1 keer per 3 kalenderjaren recht op een vergoeding van maximaal € 150,- voor een bril.

(...)"

9. Beoordeling van het geschil

9.1. Op grond van artikel 13 lid 2 van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak vergoeding van maximaal € 150,- voor een bij Specsavers aangeschafte bril. Hierbij is bepaald dat éénmaal per drie kalenderjaren recht bestaat op voornoemde vergoeding. Partijen verschillen van mening over de uitleg van het begrip "1 keer per 3 kalenderjaren".

9.2. De commissie stelt allereerst vast dat in de verzekeringsvoorwaarden niet is toegelicht hoe de periode van drie kalenderjaren wordt toegepast. Verschillende modaliteiten zijn denkbaar. De eerste is die waarbij na drie jaren achteraf de vergoeding kan worden geclaimd. Bij toepassing van deze systematiek is de verzekerde min of meer verplicht de verzekeringsovereenkomst ten minste drie jaren te laten voortduren, wil hij althans voor het bedrag in aanmerking komen, waarbij dan nog de onzekerheid bestaat dat de ziektekostenverzekeraar - met een beroep op de en-blocclausule - het bedrag eenzijdig kan verlagen of de termijn kan verlengen. Deze variant is om voornoemde redenen niet te aanvaardbaar.

De tweede modaliteit is die waarbij de driejaarstermijn naar believen wordt toegepast. De facto zal dit ertoe kunnen leiden dat in twee achtereenvolgende kalenderjaren aanspraak op de vergoeding bestaat, in jaar X omdat wordt teruggeteld en in jaar Y omdat vooruit wordt geteld. Bovendien is in dat geval sprake van tweemaal vergoeding in vier jaar tijds (te weten de jaren X-2, X-1, X en Y).

Deze systematiek is niet in overeenstemming met de bedoeling van artikel 13 lid 2. Bedoeld zal immers zijn in alle gevallen voor brillen een minimale gebruiksduur van drie jaren op te nemen.

De derde modaliteit is de variant waarbij de termijn van drie jaar gaat lopen op het moment van de eerste aanschaf van een bril. Nieuw toetredende verzekerden of zij die langer verzekerd zijn, hebben in de drie jaar na aanschaf van een bril geen aanspraak op vergoeding voor een nadien in die periode van drie jaar aangeschafte bril. Achtergrond van deze, door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde variant is dat, na aanschaf van een bril, de correctie die de ogen behoeven kan veranderen en dat een bril door het gebruik van slijtage onderhevig is, zodat vervanging na drie jaar in de rede ligt. Indien een verzekerde de mogelijkheid om de kosten van een aan te schaffen bril te declareren, ongebruikt voorbij laat gaan, ligt dat in de beslissingssfeer van de verzekerde, en kan zulks de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen. Deze derde modaliteit verdient om voornoemde redenen de voorkeur boven de beide andere.

9.3. Gezien het voorgaande, en gegeven de aanschaf van een bril in 2013 door verzoeker, is de vergoeding van € 150,- voor de in 2014 aangeschafte bril terecht door de ziektekostenverzekeraar geweigerd.




Conclusie


9.4. 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 augustus 2016,



A.I.M. van Mierlo







