



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, vertegenwoordigd door IAK Volmacht B.V. te Eindhoven

Zaak : Aanvullende ziektekostenverzekering, mondzorg, vergoeding tandheelkundige zorg na ongeval, interpretatie polisvoorwaarde

Zaaknummer : 201600707

Zittingsdatum : 12 oktober 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

(Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar,
vertegenwoordigd door IAK Volmacht B.V. te Eindhoven.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de IAK Zorgverzekering Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering IAK Extra compleet pakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De zorgverzekering en de eveneens afgesloten IAK Tandartskostenverzekering zijn niet in geschil en blijven daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van kronen, een brugconstructie en de hierbij behorende materiaal- en techniekkosten (hierna: de aanspraak). Bij brief van 9 maart 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar 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 21 maart 2016 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 e-mailbericht van 22 april 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog - gedeeltelijk - in te willigen, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering (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 30 juni 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 juli 2016 aan verzoekster gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 8 juli 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 oktober 2016 per e-mail 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. Op grond van artikel 114 lid 3 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.
-  3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 oktober 2016 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

-  4.1. De behandelend kaakchirurg heeft op 8 februari 2016 ten aanzien van verzoekster verklaard: *“Op 28 januari 2016 zag ik via de algehele heekunde uw patiënte (...) met een zwelling rondom de kin. Bij onderzoek constateer ik een kinabces wat onder lokaal anesthesie direct werd gedraineerd en getamponneerd. Hierbij kwam zeer veel pus vrij. Op 2 februari 2016 werd de tampon verwijderd. Het onderfront is mobiel wat niet ongebruikelijk is. Patiënte is terugverwezen naar de tandarts voor uitvoerig testen van het onderfront en eventueel het uitvoeren van een endodontische behandeling van een of meerdere elementen. Bij persisterende klachten zie ik patiënte graag direct retour. (...)”*
-  4.2. De behandelend tandarts heeft op 23 februari 2016 ten aanzien van verzoekster verklaard: *“(…) Patiënte is 3 maanden geleden op de vakantie gevallen. Patiënte is door een automobilist van haar fiets gereden. Na enkele weken kreeg patiënte een dikke kin die zo heftig werd dat ze op eerste hulp [t]erecht kwam. Daar is het van binnenuit opengemaakt waar extreme pus uit kwam. Aan de elementen was voorheen niks te zien, geen caries. Na de ontsteking hebben wij samen met de patiënte besloten om elementen 32, 31, 41, 42 te extraheren en een 6-delige brug te maken. (...)”*
-  4.3. Verzoekster heeft in september 2015 een ongeval gekregen, waarvan zij pas enkele maanden later klachten ondervond. Eind februari 2016 kwam zij terecht op de Spoedeisende Eerste Hulp (SEH) en daarna bij de kaakchirurg. De conclusie was dat verzoekster in de onderkaak vier voortanden moest laten verwijderen. Vervolgens is een brugconstructie met kronen geplaatst.
-  4.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor de kosten van tandheelkundige zorg na een ongeval, mits het ongeval en de behandeling hiervan binnen de looptijd van de verzekering vallen. Aangezien verzoekster de aanvullende ziektekostenverzekering zowel ten tijde van het ongeval in 2015 als ten tijde van de behandeling hiervan in 2016 had afgesloten, heeft zij aanspraak op een vergoeding. Als geen volledige vergoeding mogelijk is, wenst verzoekster in ieder geval vergoeding van een deel van de kosten.
-  4.5. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij in 2015 een ongeval heeft gehad, waarbij zij met haar kin op het stuur van de fiets is geklapt. Aanvankelijk was alleen sprake van een beurse plek. Later is het echter gaan ontsteken en is zij naar de huisarts gegaan. Deze verwees haar door naar het ziekenhuis; uiteindelijk kwam zij bij de kaakchirurg. De kaakchirurg besloot dat er

elementen moesten worden getrokken vanwege het risico dat de ontsteking zou overslaan naar het hart. Zij heeft nu een brug met twee kronen en drie dummy's.

Volgens de polisvoorwaarden wordt tandheelkundige zorg ten gevolge van een ongeval vergoed. De behandeling moet plaatsvinden tijdens de looptijd van de verzekering. In het geval van verzoekster is de verzekering steeds van kracht geweest.

4.6. 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 biedt met ingang van het kalenderjaar 2016 dekking voor de kosten van tandheelkundige zorg na een ongeval. Dit is geregeld in artikel 21.4 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Verzoekster heeft de aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten met ingang van 1 januari 2015. De voorwaarden en de hierbij behorende vergoedingen, premiebedragen en het eigen risico worden jaarlijks voor één kalenderjaar vastgesteld. Het ongeval vond plaats in 2015, en in dat jaar was in de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking opgenomen voor de kosten van tandheelkundige zorg na een ongeval. Om voor vergoeding in aanmerking te komen moeten het ongeval en de behandeling hiervan binnen het kalenderjaar 2016 vallen.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat geen vergoeding mogelijk is, aangezien de nieuwe polisvoorwaarden, waarin een vergoeding is opgenomen voor schade aan het gebit door een ongeval, pas vanaf 1 januari 2016 van kracht zijn. Het ongeval vond in 2015 plaats. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij hiervan niet op de hoogte was. Verzekerden worden per ultimo van het jaar geïnformeerd over de nieuwe voorwaarden. Bovendien gaat het hier om een uitbreiding van de dekking met ingang van 1 januari 2016, zodat zij niet is benadeeld als zij inderdaad niet zou zijn geïnformeerd. Het ongeval gebeurde immers in 2015. Omdat de verzekeraar de polisvoorwaarden voor alle verzekerden gelijk wil hanteren, en er in 2015 nog geen dekking bestond voor deze kosten, wordt niet van de voorwaarden afgeweken.

5.3. 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 gehouden is de aanspraak alsnog - gedeeltelijk - in te willigen, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarde en regelgeving

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

8.2. Artikel 10 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op vergoeding van de kosten van tandheelkundige zorg na een ongeval en luidt:

"Vergoeding van de kosten voor onvoorziene tandheelkundige zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, waardoor de schade als gevolg van het ongeval aan uw gebit wordt hersteld. Ook de kosten voor de techniek en het materiaal komen voor vergoeding in aanmerking.

Een ongeval is een plotselinge inwerking van geweld op uw lichaam, van buitenaf en buiten uw wil, waardoor medisch aantoonbaar lichamelijk letsel is veroorzaakt.

Het ongeval en de behandeling moeten plaatsvinden tijdens de looptijd van de aanvullende verzekering. Daarnaast moet de behandeling plaatsvinden binnen 1 jaar na het ongeval, tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er wel of geen sprake is van een noodzakelijk uitstel.

De zorg dient te worden verleend door een tandarts of kaakchirurg in Nederland.

Voorafgaande toestemming is nodig. Bij de aanvraag voor toestemming moet een door de verzekerde ingevuld formulier 'vragenformulier ongeval', een behandelplan met kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's zitten. Het behandelplan moet zijn opgesteld door de behandelend tandarts of kaakchirurg. Onze adviserend tandarts beoordeelt of de verzekerde redelijkerwijs op de zorg is aangewezen en of de zorg niet onnodig duur is.

De vergoeding bedraagt maximaal € 10.000,- per ongeval.

Bijzonderheden

U hebt geen recht op vergoeding van:

- kosten als gevolg van ziekte of een ziekelijke afwijking;*
- kosten als gevolg van grove schuld of roekeloosheid/opzet;*
- kosten als gevolg van het gebruik van alcohol en/of verdovende middelen;*
- kosten als gevolg van deelname aan een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging;*
- kosten die niet onvoorzien zijn en niet het gevolg zijn van een ongeval;*
- kosten van een behandeling in het buitenland;*
- kosten van orthodontische zorg."*

8.3. In artikel 6:238 lid 2 BW is bepaald:

"Bij een overeenkomst als bedoeld in de artikelen 236 en 237 moeten de bedingen duidelijk en begrijpelijk zijn opgesteld. Bij twijfel over de betekenis van een beding, prevaleert de voor de wederpartij gunstigste uitleg."

9. Beoordeling van het geschil

9.1. Vast staat dat verzoekster in september 2015 een ongeval heeft gehad, en dat de behandeling van de gevolgen hiervan plaatsvond in 2016. Verder vormt een gegeven dat de aanvullende ziektekostenverzekering in het kalenderjaar 2015 geen dekking bood voor de kosten van tandheelkundige zorg na een ongeval, en dat dit met ingang van het kalenderjaar 2016 wel het geval is. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de uitleg van het begrip "looptijd" dat in de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering wordt gebruikt. Verzoekster legt dit begrip aldus uit dat dit ziet op de gehele verzekeringsduur, in haar geval derhalve vanaf 1 januari 2015. De ziektekostenverzekeraar is daarentegen van mening dat het begrip enkel ziet op het kalenderjaar 2016 en tekent aan dat het ongeval in 2015 - dus buiten de "looptijd" - plaatsvond. De commissie overweegt als volgt.

9.2. In de begripsomschrijvingen van de aanvullende ziektekostenverzekering wordt het begrip "looptijd" niet gedefinieerd. Het begrip komt wel voor in diverse polisbepalingen, en wordt daar los van het woord "kalenderjaar" gebruikt. Zo worden in artikel 2.6 van de aanvullende ziektekostenverzekering beide begrippen gebruikt, wordt in artikel 8 gesproken over een maximale vergoeding per kalenderjaar, en wordt in artikel 16 gesproken van "de gehele looptijd van de verzekering". De huidige uitleg van de ziektekostenverzekeraar stelt beide begrippen gelijk aan elkaar. In artikel 6:238 lid 2 BW is bepaald dat bedingen in een overeenkomst duidelijk en begrijpelijk moeten zijn opgesteld, en dat bij twijfel over de uitleg van een beding de voor de wederpartij gunstigste uitleg prevaleert. Het begrip "looptijd" ziet, gelet op het gebruik hiervan in voornoemde artikelen, naar het oordeel van de commissie op de gehele verzekeringsduur en niet op een kalenderjaar. Dit klemmt temeer

nu in de voorwaarden ook is bepaald dat na een ongeval binnen een jaar een behandeling moet plaatsvinden. Indien alleen wordt gekeken naar een vergoeding per kalenderjaar, had dit criterium geen toegevoegde waarde gehad. Daarbij zou de weinig praktische consequentie van de door de ziektekostenverzekeraar voorgestane uitleg zijn dat bij een ongeval op 31 december van enig jaar, de behandeling nog die zelfde dag moet worden uitgevoerd, wil er althans met succes aanspraak kunnen worden gemaakt op de bestaande dekking.

Het voorgaande leidt ertoe dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is verzoekster de kosten van de tandheelkundige zorg - voor zover gemaakt binnen één jaar na het ongeval - te vergoeden, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Conclusie

- 9.3. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.4. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 26 oktober 2016,

A.I.M. van Mierlo