

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A en mevrouw B, beiden te C, tegen D en E, beide te F
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, IVF/ICSI, telefonische toezegging
Zaaknummer : 2012.01187
Zittingsdatum : 19 december 2012

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012)

1. Partijen

De heer A en mevrouw B, beiden te C, hierna te noemen: verzoekers,

tegen

1) D te F, en

2) E te F,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie waren verzoekers bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringwet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekers bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering ExtraVerzorgd 2 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens door verzoekers afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering TandVerzorgd 2 is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekers hebben bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een TESE-behandeling, en drie IVF/ICSI-behandelingen, uit te voeren te Mülheim en Düsseldorf, Duitsland (hierna: de aanspraak). Bij brief van 3 mei 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekers medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekers hebben aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 21 mei 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekers medegedeeld dat de aanspraak alsnog gedeeltelijk wordt ingewilligd, in die zin dat coulanchehalve € 2.424,72 wordt vergoed ter zake van de TESE-behandeling en één (reeds uitgevoerde) IVF/ICSI-behandeling.
- 3.3. Verzoekers bestrijden deze beslissing van de ziektekostenverzekeraar, in die zin dat zij het niet eens zijn met de hoogte van de toegekende vergoeding en met het feit dat de volgende IVF/ICSI-behandelingen niet worden vergoed.
- 3.4. De bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten coulanchehalve € 590,38 extra te vergoeden ter zake van de TESE-behandeling.

- 3.5. Bij brief van 22 augustus 2012 hebben verzoekers de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, in die zin dat nog twee IVF/ICSI-behandelingen voor vergoeding in aanmerking dienen te komen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekers het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekers te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekers aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 24 oktober 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 25 oktober 2012 aan verzoekers gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekers hebben op 2 november 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 3 december 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 25 oktober 2012 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 november 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012121154) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat onder de Zorgverzekeringswet geen aanspraak bestaat op de vierde en verdere TESE- en IVF/ICSI-behandelingen. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 28 november 2012 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekers en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 december 2012 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 27 december 2012 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 10 januari 2013 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekers
 - 4.1. Verzoekers zijn thans ongewenst kinderloos. Er is sprake van een fertiliteitstoornis, zodat het niet mogelijk is op natuurlijke wijze zwanger te worden.
 - 4.2. Verzoekers hebben zich in samenspraak met de behandelend gynaecoloog in Nederland tot klinieken in Duitsland gewend om aldaar een TESE-behandeling en IVF/ICSI-behandeling(en) te ondergaan. Inmiddels hebben de TESE-behandeling en één IVF/ICSI-behandeling plaatsgevonden.

- 4.3. Met ingang van 1 januari 2012 zijn verzoekers bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten. In november 2011, voorafgaand aan het aangaan van deze overeenkomst, hebben verzoekers telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Bij die gelegenheid is geïnformeerd naar de vergoeding van fertiliteitbehandelingen, waarbij verzoekers hebben medegedeeld dat zij bij hun vorige verzekeraar reeds drie fertiliteitbehandelingen vergoed hebben gekregen. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld dat, indien verzoekers zouden overstappen, opnieuw drie fertiliteitbehandelingen zouden worden vergoed. Achtergrond hiervan was, aldus de ziektekostenverzekeraar, de bestaande acceptatieplicht voor verzekeraars; een ieder dient te worden geaccepteerd, ongeacht leeftijd, geslacht of gezondheidstoestand. Begin december 2011 hebben verzoekers wederom contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar in verband met het overstappen en opnieuw geïnformeerd naar de vergoeding van fertiliteitbehandelingen. Nogmaals werd hun medegedeeld dat drie fertiliteitbehandelingen zouden worden vergoed. Naar aanleiding hiervan hebben verzoekers besloten zich met ingang van 1 januari 2012 te verzekeren tegen ziektekosten bij de ziektekostenverzekeraar. Op 20 december 2011 ontvingen zij de zorgpolissen.
- 4.4. Na een aanvraag te hebben ingediend voor de TESE-behandeling en IVF/ICSI-behandeling, volgde een afwijzing. De reden was dat verzoekers bij een andere verzekeraar al drie fertiliteitbehandelingen vergoed hadden gekregen. Dit verbaasde verzoekers zeer, aangezien de ziektekostenverzekeraar zich dient te houden aan de gemaakte afspraak. Verzoekers vragen zich af waarom zij veel informatie moesten aanleveren in het kader van de aanvraag, terwijl reeds bekend was dat deze zou worden afgewezen. Bovendien zijn verzoekers onjuist geïnformeerd eind 2011, voorafgaand aan de overstap naar de ziektekostenverzekeraar. Verzoekers zijn telkens eerlijk geweest over de eerdere vergoeding van fertiliteitbehandelingen bij een andere verzekeraar.
- 4.5. In het kader van de klachtprocedure en de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar besloten over te gaan tot vergoeding van de TESE-behandeling en één IVF/ICSI-behandeling. De ziektekostenverzekeraar weigert echter de volgende fertiliteitbehandelingen te vergoeden. Verzoekers stellen dat de ziektekostenverzekeraar op basis van zijn telefonische toezegging(en) alsnog dient over te gaan tot vergoeding van de resterende twee IVF/ICSI-behandelingen.
- 4.6. Ter zitting is door verzoekers hun standpunt herhaald. Voorts hebben verzoekers ter aanvulling aangevoerd dat zij uit contacten met andere patiënten hadden begrepen dat na een overstap opnieuw recht zou bestaan op drie pogingen. Thans bestaat hierover volgens verzoekers bij de ziektekostenverzekeraar nog steeds onduidelijkheid, zoals blijkt uit de opname van een recent telefoongesprek. In de eerdere telefonische contacten met de ziektekostenverzekeraar is duidelijk aangegeven dat al drie pogingen hadden plaatsgevonden, aldus verzoekers. Zij benadrukken dat het een emotioneel traject was, en dat zij zekerheid wilden hebben alvorens naar Duitsland te gaan. De coulancevergoeding en het begrip kwamen pas na vele telefoontjes. Uit de toekenning blijkt dat de ziektekostenverzekeraar zich verantwoordelijk voelde.
- 4.7. Verzoekers komen tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekering biedt aanspraak op drie fertiliteitbehandelingen. De vierde of volgende IVF-poging per te realiseren zwangerschap komen niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking. Bij een andere verzekeraar hebben verzoekers al drie van deze behandelingen vergoed gekregen. Derhalve bestaat geen recht op vergoeding van meer fertiliteitbehandelingen, ook niet bij de overstap naar een andere verzekeraar.
- 5.2. Op 7 december 2011 heeft telefonisch contact plaatsgevonden tussen verzoekers en de Klantenservice. Van dit gesprek is een registratie gemaakt. Hieruit is echter niet op te maken of een toezegging is gedaan. Verzoekers hebben zich met ingang van 1 januari 2012 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten.
- 5.3. In het kader van de fertiliteitbehandelingen, uit te voeren te Duitsland, hebben verzoekers contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar in verband met de wijze van declareren. Aan verzoekers is medegedeeld welke informatie noodzakelijk was, en zij hebben de betreffende stukken naar de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Naar aanleiding van de aanvraag van de huisarts van 26 maart 2012 werd duidelijk dat verzoekers al drie fertiliteitbehandelingen vergoed hadden gekregen. Op 3 mei 2012 is een afwijzing naar verzoekers gezonden voor de TESE-behandeling en de IVF/ICSI-behandeling. Intussen waren verzoekers gestart met de fertiliteitbehandeling.
- 5.4. Op basis van het telefoongesprek van 7 december 2011 is voor verzoekers een uitzondering gemaakt. Uit coulance is € 2.424,72 betaald. Dit bedrag is 80% van het Nederlandse marktconforme tarief voor ICSI en TESE in 2012. Verzoekers kunnen aan deze betaling geen verdergaande rechten ontfen. De komende fertiliteitbehandelingen komen niet voor vergoeding in aanmerking.
- 5.5. Verzoekers hebben verklaard dat de kosten van de TESE-behandeling hoger zijn dan het door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde tarief. De adviserend geneeskundige heeft op basis van de nota's van de kliniek in Düsseldorf de zorgproductcode vastgesteld. Hieruit is niet opgemaakt dat het om een zwaardere ingreep ging. De ziektekostenverzekeraar biedt hiervoor excuses aan, en sluit zich aan bij de door de Ombudsman Zorgverzekeringen voorgestelde zorgproductcode. Verzoekers hadden al een bedrag ontvangen ter zake van de TESE-behandeling. De ziektekostenverzekeraar is daarom overgegaan tot een extra vergoeding van € 590,38. Ook aan deze vergoeding kunnen geen verdergaande rechten worden ontleend.
- 5.6. Er is geen toezegging gedaan met betrekking tot de vergoeding van nog twee IVF-behandelingen. In dit verband is artikel A26 van de polisvoorwaarden van belang. Een eventuele mondelinge toezegging wordt zonder schriftelijke bevestiging geacht niet te zijn gedaan. Reden hiervoor is dat achteraf altijd lastig is te achterhalen wat over en weer is gezegd. Uit de contactregistratie van de twee telefoongesprekken in 2011 blijkt geen toezegging en ook niet dat door verzoekers is gemeld dat al drie fertiliteitbehandelingen waren vergoed. Dit zou ook zeer onwaarschijnlijk zijn, aangezien duidelijk is dat in dat geval geen recht meer bestaat op verdere vergoeding ten laste van de zorgverzekering. Verzoekers geven in hun brief van 10 mei 2012 zelf aan dat iedereen weet dat drie fertiliteitbehandelingen zijn opgenomen in het basispakket. Als een dergelijke toezegging zou zijn gedaan, zou het logisch zijn geweest dat verzo-

kers om een schriftelijke bevestiging van de “bijzondere” toezegging hadden gevraagd.

- 5.7. In diverse uitspraken heeft de commissie geoordeeld dat een verzekeraar in bijzondere omstandigheden toch gebonden kan zijn aan verstrekte inlichtingen waardoor bij de verzekerde verwachtingen zijn gewekt. Hierbij is van belang in hoeverre de vermeende toezegging afwijkt van de polisvoorwaarden en de daaraan ten grondslag liggende regeltoepassing. Het gaat er hierbij om in hoeverre de betrokken verzekerde redelijkerwijs de onjuistheid van de toezegging had kunnen en moeten beseffen. In het geval van verzoekers blijkt niet te zijn toegezegd dat bij de overstap naar de ziektekostenverzekeraar opnieuw drie IVF-behandelingen zouden worden vergoed, maar “IVF zijn drie behandelingen mogelijk”. Als dit al als een toezegging zou kunnen worden opgevat, hadden verzoekers de onjuistheid ervan kunnen en moeten beseffen, temeer omdat zij zelf van mening zijn dat iedereen weet dat maar drie fertiliteitbehandelingen zijn opgenomen in het basispakket en dit dus een grote afwijking zou zijn van de polisvoorwaarden en de toepassing ervan.
- 5.8. Hoewel tijdens het telefoongesprek op 7 december 2011 alleen aan de orde lijkt te zijn geweest hoe de ziektekostenverzekeraar omgaat met vergoeding van de gewenste IVF-behandeling in Düsseldorf, en niet van een toezegging is gebleken, is het aannemelijk geacht dat de telefonisch verstrekte informatie onduidelijk, onvolledig dan wel onjuist is geweest. Daarom is uit coulance overgegaan tot betaling van het genoemde bedrag voor de reeds ondergane behandelingen. Uitdrukkelijk is daarbij vermeld dat de komende fertiliteitbehandelingen niet zouden worden vergoed.
- 5.9. De ziektekostenverzekeraar heeft begrip voor de diepgewortelde kinderwens van verzoekers, maar is tegelijkertijd van mening niet tot vergoeding over te kunnen gaan van verdere fertiliteitbehandelingen. De ziektekostenverzekeraar moet zich strikt houden aan het door de overheid vastgestelde verzekerde pakket.
- 5.10. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat er een registratie van een telefoongesprek aanwezig is. Dit gesprek heeft minder dan één minuut geduurd. Zou een afwijkende toezegging zijn gedaan, dan was deze bevestigd. Dit is niet gebeurd. Het staat daarnaast niet vast dat is gesproken over eerdere pogingen. Het gesprek was van meer algemene strekking. Bovendien wisten verzoekers van de beperking tot drie pogingen.
- 5.11. 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 is de commissie 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 is gehouden de volgende twee fertiliteitsbehandelingen te vergoeden, 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 zorg of diensten is geregeld in de artikelen B9 tot en met B36 van de zorgverzekering.

Artikel B20.1 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op in-vitrofertilisatie bestaat. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

“B.20.1 In-vitrofertilisatie (IVF)

(...)

Welke zorg

U heeft recht op de eerste, tweede en derde poging IVF per te realiseren zwangerschap. Een ICSI-behandeling (intracytoplasmatische sperma injectie) en een eiceldonatiebehandeling worden gelijkgesteld met IVF. De behandeling van de donor van de eicel en de donatie van de eicel, zijn geen verzekerde zorg.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor IVF naar een daarin gespecialiseerd ziekenhuis. [Naam ziektekostenverzekeraar] heeft ziekenhuizen gecontracteerd. U kunt uit deze ziekenhuizen kiezen. (...)

Als u kiest voor een ziekenhuis dat geen overeenkomst met [naam ziektekostenverzekeraar] heeft gesloten, krijgt u een gedeelte van de kosten vergoed. Er gelden maximale vergoedingen. (...) De lijst met maximale vergoedingen kan gedurende het jaar wijzigen. Als er voor een bepaald DBC-zorgproduct geen vergoeding in de lijst met maximale vergoedingen is opgenomen dan krijgt u een vergoeding van het bedrag dat in Nederland marktconform is.

Verwijzing

U heeft alleen recht op IVF als u een schriftelijke verwijzing van uw medisch specialist heeft. (...)

Artikel B.9 regelt de aanspraak op zorg in het buitenland. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

“B.9 Buitenland

Bij zorg in het buitenland zijn de regels van deze verzekeringsvoorwaarden, EG-Verordening 883/2004 en bilaterale (tweezijdige) verdragen van toepassing.

Welke zorg

Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden. U heeft recht op zorg van een door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. U krijgt niet meer vergoed dan het tarief dat in Nederland marktconform is. Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:

- *recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of*
- *recht op zorg van een door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder, of*

- *vergoeding van kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. (...)*”

- 8.3. De artikelen B.9 en B.20.1 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B.1 en B.6 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. Medisch-specialistische zorg, waaronder IVF, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.
- 8.5. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereuleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.
De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De zorgverzekering biedt, op grond van artikel B20.1, aanspraak op de eerste, tweede en derde IVF-behandeling per te realiseren zwangerschap. Verzoekers hadden ten tijde van het sluiten van de zorgverzekering met de ziektekostenverzekeraar reeds drie IVF-behandelingen ondergaan en vergoed gekregen bij een andere verzekeraar. Er is geen sprake geweest van een gerealiseerde zwangerschap.
- 9.2. Uit het stelsel van de Zorgverzekeringswet volgt onmiskenbaar dat de vierde en daaropvolgende behandelingen niet worden vergoed. Bovendien is IVF een persoonsgebonden aanspraak, zodat het enkele feit dat een verzekerde zich bij een andere verzekeraar dan de verzekeraar die reeds drie IVF-behandelingen heeft vergoed tegen ziektekosten verzekert, er niet toe leidt dat opnieuw aanspraak ontstaat op drie IVF-behandelingen bij die andere verzekeraar.
- 9.3. Derhalve geldt dat verzoekers geen aanspraak hebben op vergoeding van de vierde en volgende IVF-behandeling ten laste van de zorgverzekering. Door verzoekers is dit weliswaar erkend, maar zij beroepen zich in dit kader op een telefonische toezegging van de zijde van de ziektekostenverzekeraar, in afwijking van deze verzekeringsvoorwaarden. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie als volgt.

Werking privaatrecht

- 9.4. Verzoekers hebben gesteld dat zij, voorafgaand aan het aangaan van de verzekeringsovereenkomst, meermalen telefonisch contact hebben gehad met de ziektekostenverzekeraar. Tijdens een van deze gesprekken is hen door een medewerker medegedeeld dat indien verzoekers zich bij de ziektekostenverzekeraar zouden verzekeren tegen ziektekosten, drie fertiliteitsbehandelingen zouden worden vergoed. Verzoekers stellen dat zij de ziektekostenverzekeraar meermalen erop hebben gewezen dat zij bij een andere verzekeraar reeds drie IVF-behandelingen vergoed hadden gekregen. De ziektekostenverzekeraar betwist niet dat de door verzoekers gestelde telefonische contacten hebben plaatsgevonden. Bovendien verklaart de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 21 mei 2012 dat valt aan te nemen dat verzoekers in het telefoongesprek van 7 december 2011 onduidelijk, onvolledig of onjuist zijn geïnformeerd.
- 9.5. De commissie hecht eraan te benadrukken dat het hier het aangaan van een verzekeringsovereenkomst betreft. Verzoekers waren ervan op de hoogte dat maximaal drie IVF-behandelingen worden vergoed. Omdat zij – op basis van contacten met lotgenoten – wisten dat soms bij de overstap naar een andere verzekeraar toch opnieuw drie IVF-behandelingen worden vergoed, hebben zij telefonisch informatie ingewonnen. De commissie sluit niet uit dat bij één of beide gesprekken door de ziektekostenverzekeraar de indruk is gewekt dat dit ook in onderhavige situatie het geval zou zijn. Aan het belang van verzoekers is met vergoeding van de reeds ondergane behandelingen voldoende tegemoet gekomen. Ook indien een toezegging zou zijn gedaan, is het, gegeven de wetenschap bij verzoekers, naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar dat zij zich daarop beroepen, als het gaat om de verdere uitvoering van de overeenkomst.
- 9.6. Gelet op het voorgaande is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar niet gehouden is ook de volgende twee IVF-behandelingen te vergoeden.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

Conclusie

- 9.8. 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 januari 2013,

Voorzitter