



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, implantaten, schriftelijke toezegging
Zaaknummer : 201601833
Zittingsdatum : 10 mei 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.31 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,

tegen

IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de IZA GezondSamenPolis Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen IZA Extra Zorg en Extra Tand 2 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle hiervoor genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 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 het aanbrengen van twee implantaten in de onderkaak en twee implantaten in de bovenkaak (hierna: de aanspraak). Bij brief van 13 oktober 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 e-mailberichten van verschillende data 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 brief van 25 januari 2017 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 (i) de zorgverzekering, (ii) de aanvullende ziektekostenverzekering of (iii) op basis van een coulanceregeling (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 13 maart 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 maart 2017 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 27 maart en 5 april 2017 schriftelijk medegedeeld 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. Bij brief van 15 maart 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 5 april 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017012551) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd door de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten naar de vraag of het juist is dat aan verzoeker in het verleden toestemming is verleend tot orthodontische hulp in het kader van de zorgverzekering, en, indien dit het geval is, welke prothetische vervolgbehandeling is toegepast met toepassing van het maatmanbeginsel. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 6 april 2017 aan partijen gezonden. De ziektekostenverzekeraar is bij die gelegenheid gevraagd het nader onderzoek, zoals verwoord in het advies, uit te voeren en de commissie binnen veertien dagen over de uitkomst hiervan te berichten. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 21 april 2017 zijn bevindingen aan de commissie medegedeeld. Een afschrift van deze brief is op 26 april 2017 aan verzoeker gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 10 mei 2017 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 11 mei 2017 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de brief van de ziektekostenverzekeraar van 21 april 2017 gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en brief aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij brief van 23 mei 2017 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Een afschrift van dit advies is op 24 mei 2017 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen veertien dagen op het definitief advies te reageren. Verzoeker heeft op 1 juni 2017 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker stelt dat zijn gebit zodanig veel gebreken vertoonde dat ingrijpen noodzakelijk was. Om die reden is verzoeker in 2010 gestart met een orthodontische behandeling. Bij aanvang van deze behandeling is een plan gemaakt om vier ruimtes te creëren voor het aanbrengen van implantaten. De implantaten zijn zowel een oplossing voor vier ontbrekende kiezen als voor de aandoening microdontie. Na afloop van de orthodontische behandeling - die overigens geheel door de ziektekostenverzekeraar is vergoed - bleken de gecreëerde ruimtes te groot voor de implantaten. Op advies van de implantoloog heeft verzoeker daarom gedurende één jaar de ruimtes op natuurlijke wijze kleiner laten worden.
- 4.2. Uiteindelijk heeft de tandarts-implantoloog in 2015 namens verzoeker een aanvraag ingediend voor het aanbrengen van vier implantaten. Tot op heden heeft de ziektekostenverzekeraar vergoeding van de kosten afgewezen. Verzoeker meent, in tegenstelling tot de ziektekostenverzekeraar, dat bij hem wél sprake is van een (verzekerings)indicatie voor een implantaatbehandeling. Hiertoe voert verzoeker aan dat bij hem, door de combinatie van microdontie en oligodontie ofwel hypodontie, een ontwikkelingsstoornis als bedoeld in artikel 2.7 lid 3 Bzv aan de orde is. Deze visie wordt bevestigd door het CBT Heerlen dat tevens vermeldt dat de wortelstand in de onderkaak erg onrustig is. Voorts stelt verzoeker dat ook de psychosociale functie van het gebit in het geding is.

- 4.3. Verder merkt verzoeker op dat de oorspronkelijke aanvraag is afgewezen omdat niet bleek dat ten minste vier elementen en/of kiezen ontbraken. Verzoeker heeft hiertegen bezwaar aangetekend waarbij hij tevens verklaringen van zijn orthodontist en kaakchirurg heeft gevoegd. Uit deze verklaringen blijkt dat verzoeker wel degelijk vier ontbrekende elementen heeft. In december 2015 heeft een bij naam genoemde medewerkster van de ziektekostenverzekeraar telefonisch contact opgenomen met verzoeker en hem medegedeeld dat eerst aanspraak bestaat op vergoeding van een implantaatbehandeling indien ten minste zes elementen ontbreken. Tevens werd verzoeker medegedeeld dat de toelichting op de afwijzing, zijnde het ontbreken van vier elementen, niet meer was terug te vinden. Door de betreffende medewerkster is daarop toegezegd dat indien verzoeker kon bewijzen dat de door hem genoemde toelichting daadwerkelijk was verstuurd, de ziektekostenverzekeraar verplicht zou zijn de kosten uit coulance te vergoeden. Bij e-mailbericht van 4 december 2015 heeft de betreffende medewerkster de gemaakte afspraken bevestigd. Na ontvangst van dit e-mailbericht heeft verzoeker de afwijzende beslissing aan de ziektekostenverzekeraar gezonden, maar deze blijft vergoeding van de kosten weigeren. Gelet op de door zijn medewerkster gedane toezegging dient de ziektekostenverzekeraar de kosten, indien deze niet kunnen worden vergoed ten laste van de zorgverzekering of de aanvullende ziektekostenverzekering, uit coulance te vergoeden.
- 4.4. In reactie op het definitieve advies van het Zorginstituut stelt verzoeker in de eerste plaats dat hij nimmer voorafgaand aan de behandeling op de hoogte was dat een prothetische vervolgbehandeling met implantaat gedragen kronen niet zouden worden vergoed. Verder betwist verzoeker dat het orthodontisch sluiten van de diastemen tot een onderbroken tandenrij de meest doelmatige behandeling zou zijn geweest. Niet is komen vast te staan dat het sluiten van de diastemen ertoe had geleid dat de situatie vergelijkbaar was met iemand zonder microdentie. Sterker nog het sluiten van de diastemen was, gelet op de verschillende aandoeningen, geen optie.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat hij op 14 januari 2011 een aanvraag heeft ontvangen voor een orthodontische behandeling. Deze aanvraag is goedgekeurd omdat bij verzoeker op dat moment sprake was van TSD (Tooth Size Discrepancy). In de schriftelijke bevestiging van de goedkeuring is vermeld dat geen vergoeding kan worden verleend voor een eventuele implantaatbehandeling omdat geen sprake is van oligodontie. De behandelaar is verzocht hiermee rekening te houden.
- 5.2. Niettegenstaande het voorgaande heeft de behandelaar in 2015 een aanvraag ingediend voor het aanbrengen van vier implantaten. Met betrekking hiertoe geldt dat de zorgverzekering dekking biedt voor het aanbrengen van implantaten bij een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij het gebit zonder de mondzorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke het gebit zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan. Ook bestaat aanspraak op implantaten bij een zeer ernstig geslonken, tandeloze kaak, waarbij de implantaten dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese. De door verzoeker genoemde microdentie en het ontbreken van vier gebitselementen worden niet genoemd op de lijst van afwijkingen waarbij aanspraak bestaat op bijzondere tandheelkunde.
- 5.3. Verzoeker voert verder aan dat de ziektekostenverzekeraar onjuiste informatie heeft gegeven door te stellen dat een implantaatbehandeling wordt vergoed indien sprake is van het ontbreken van vier elementen en/of kiezen. In reactie hierop verklaart de ziektekostenverzekeraar dat deze afwijzreden inderdaad niet correct is. De juiste afwijzreden is namelijk dat bij verzoeker geen sprake is van oligodontie (het congenitaal ontbreken van zes of meer blijvende gebitselementen exclusief de derde molaren). Hoewel de gegeven informatie derhalve niet correct is, neemt dit niet weg dat al in 2011 aan verzoeker kenbaar is gemaakt dat een implantaatbehandeling in zijn geval niet voor vergoeding in aanmerking komt. Aangezien verzoeker door de foutieve informatie geen financieel

nadeel heeft geleden, meent de ziektekostenverzekeraar dat hij niet gehouden is (een deel van) de kosten van de implantaatbehandeling te vergoeden.

5.4. In reactie op het advies van het Zorginstituut van 5 april 2017 stelt de ziektekostenverzekeraar dat op de verleende machtiging voor de orthodontische behandeling expliciet is vermeld dat geen aanspraak bestaat op implantaten met kronen in het kader van een restauratieve vervolgbehandeling. Indien de orthodontist met deze uitsluiting rekening had gehouden en in plaats van het creëren van diastemen de beide kaakbogen had gesloten, dan was nu sprake geweest van twee gesloten tandbogen waarbij er voldoende occlusale kauweenheden zouden zijn om het functionele probleem op te lossen.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op de artikelen 10 van de zorgverzekering en 7 van 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 verzoeker aanspraak heeft op het aanbrengen van twee implantaten in de bovenkaak en twee implantaten in de onderkaak, ten laste van de zorgverzekering, de aanvullende ziektekostenverzekering of basis van een coulanceregeling.

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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 30.2 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving

Bijzondere tandheelkunde is tandheelkundige zorg voor mensen met een bijzondere aandoening. Deze tandheelkundige zorg kost meer tijd en moeite. U hebt alleen recht op vergoeding van de kosten van bijzondere tandheelkunde als u hiermee een tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, die gelijkwaardig is aan de tandheelkundige functie die u zou hebben als u de aandoening niet zou hebben gehad.

U hebt recht op vergoeding van de kosten van deze zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden, die noodzakelijk is:

- 1. als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tandkaak mondstelsel hebt. U hebt ook recht op vergoeding van de kosten van het aanbrengen van een implantaat en de opbouw als deze worden gebruikt voor het bevestigen van een uitneembare gebitsprothese. Dit recht hebt u alleen als u een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak hebt;*
- 2. als u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening hebt;*
- 3. als u een medische behandeling moet ondergaan en deze behandeling zonder bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben. Het gaat over het algemeen om het*

ontstekingsvrij maken van de mond. Voorbeelden van het ontstekingsvrij maken zijn behandeling van het tandvlees, het trekken van tanden en kiezen of toedienen van antibiotica. (...)

- 8.4. Artikel 30.2 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.9 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. Artikel 11 lid 1 onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Mondzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.7 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.31 Rzv.
- 8.6. 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 gereguleerde 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.
- 8.7. Artikel 65 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving

Vergoeding van de kosten van tandheelkundige zorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Hierbij moet u denken aan een (half)jaarlijkse controle, gebitsreiniging, het vullen van een gaatje, het trekken van een kies, een kroon of een gedeeltelijke gebitsprothese. De vergoeding is inclusieftechniek- en materiaalkosten.

Onder tandheelkundige zorg verstaan wij ook:

(...)

- implantologie in de niet-tandeloze kaak uitgevoerd door de kaakchirurg. Wij vergoeden dan de kosten voor het honorarium, de techniek- en materiaalkosten en de bijkomende kosten voor de instelling/het ziekenhuis.

Vergoeding

(...)

IZA Extra Tand 2 100% tot maximaal € 500 per kalenderjaar

(...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De zorgverzekering biedt, op grond van artikel 30.2, dekking voor bijzondere tandheeskunde waaronder het aanbrengen van implantaten, indien sprake is van een (verzekerings)indicatie in de vorm van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij de tandheeskundige zorg noodzakelijk is om een tandheeskundige functie te behouden of te verwerven die gelijk is aan de functie die zou hebben bestaan indien de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan. In de Nota van Toelichting bij artikel 2.7 Bzv, welk artikel ten grondslag ligt aan artikel 30.2 van de zorgverzekering, wordt uiteengezet dat hierbij dient te worden gedacht aan oligodontiepatiënten, schisispatiënten en oncologiepatiënten met gedeeltelijke resectie van kaakdelen.

9.2. Verzoeker heeft aangevoerd dat bij hem sprake is een ontwikkelingsstoornis aangezien een aantal elementen ontbreekt en de overige elementen onderontwikkeld zijn. Dienaangaande overweegt de commissie dat microdontie in dit kader geen (verzekerings)indicatie vormt en dat oligodontie eerst aan de orde is indien zes of meer elementen ontbreken. Ontbreken minder dan zes elementen, dan spreekt men van hypodontie. In geval van hypodontie bestaat geen (verzekerings)indicatie voor bijzondere tandheelkunde. Vast staat dat in de situatie van verzoeker vier elementen ontbreken zodat niet kan worden gesproken van oligodontie.

Ook anderszins is niet komen vast te staan dat bij verzoeker een van de in de Nota van Toelichting bij artikel 2.7 Bzv met name genoemde indicaties aan de orde is. Voorts is geen sprake van een situatie die hiermee in ernst vergelijkbaar is. Het door verzoeker genoemde psychosociale aspect van het gebit vormt in dit verband geen (verzekerings)indicatie.

9.3. Op grond van artikel 30.2 van de zorgverzekering is voorts een (verzekerings)indicatie aanwezig ingeval van een ernstig geslonken, tandeloze kaak. Die situatie doet zich bij verzoeker echter niet voor. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat op grond van de zorgverzekering geen aanspraak bestaat op de onderhavige behandeling.

De vraag die rest is, hoe een en ander zich verhoudt tot de eerder door de ziektekostenverzekeraar afgegeven machtiging voor de orthodontische behandeling. In dit verband is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat op de verleende machtiging expliciet is vermeld dat geen aanspraak bestaat op implantaten met kronen in het kader van een restauratieve vervolgbehandeling. Indien de orthodontist hiermee rekening had gehouden en in plaats van het creëren van diastemen de beide kaakbogen had gesloten, dan was nu sprake geweest van twee gesloten tandbogen waarbij er voldoende occlusale kauweenheden zouden zijn om het functionele probleem op te lossen. De commissie deelt deze visie van de ziektekostenverzekeraar zodat de eerder gegeven machtiging voor de orthodontische behandeling niet ertoe kan leiden dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de onderhavige behandeling te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

9.4. Tussen partijen is niet in geschil dat op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering ter zake van mondzorg aanspraak bestaat op een vergoeding van maximaal € 500,- per kalenderjaar. Voor zover het verzoek is gericht op het verkrijgen van een hogere vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering kan dit niet slagen.

Wijziging standpunt ziektekostenverzekeraar

9.5. Verzoeker heeft zich er op beroepen dat de ziektekostenverzekeraar in zijn primaire beslissing het standpunt heeft ingenomen dat de aanvraag wordt afgewezen omdat niet is gebleken dat vier elementen in aanleg ontbreken. Later heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt gewijzigd. De stelling van verzoeker is weliswaar in lijn met de beslissing in het arrest van de Hoge Raad van 3 februari 1989 (NJ 1990, 476, Ohra/Goilo), doch zulks betekent niet dat een zorgverzekeraar lopende de procedure zijn standpunt niet mag wijzigen (vgl. rechtbank Rotterdam, 7 december 2011, ECLI:RBROT:2011:BU9553). Derhalve leidt het innemen van een - naar later blijkt - onjuist standpunt niet automatisch tot een verplichting tot uitkering voor de ziektekostenverzekeraar.

9.6. Voorts heeft verzoeker gesteld dat hij, naar aanleiding van een telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar, op 4 december 2015 van een medewerkster een e-mailbericht heeft ontvangen waaruit hij heeft begrepen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de onderhavige behandeling uit coulance zal vergoeden indien komt vast te staan dat verzoeker in een eerder stadium onjuist is geïnformeerd. Deze stelling treft doel. In het betreffende e-mailbericht staat namelijk vermeld:

"Tijdens ons gesprek geeft u aan dat wij in een brief aan de tandarts hebben aangegeven dat er een indicatie is vanuit de basisverzekering bij 4 elementen of meer. Helaas kan ik deze brief niet

terug zien in onze administratie. Ik verzoek u daarom een kopie van deze brief aan mij toe te sturen. Dit kunt u doen door gebruik te maken van de link in deze e-mail. (...) Als blijkt dat wij u verkeerd geïnformeerd hebben dan vind ik dat wij de vergoeding alsnog uit coulance moeten toekennen".

Vast staat dat verzoeker nadien de betreffende brief in afschrift aan de ziektekostenverzekeraar heeft gezonden. Hierin is vermeld dat de aanvraag voor de implantaatbehandeling is afgewezen omdat niet is gebleken dat in de situatie van verzoeker vier of meer blijvende tanden en/of kiezen ontbreken. Gelet op het feit dat de ziektekostenverzekeraar bij brief van 21 oktober 2016 heeft erkend dat deze informatie onjuist is en tussen partijen thans niet meer in geschil is dat bij verzoeker vier of meer blijvende tanden en/of kiezen ontbreken, mocht verzoeker gelet op de in het e-mailbericht van 4 december 2015 opgenomen zin "*Als blijkt dat wij u verkeerd geïnformeerd hebben dan vind ik dat wij de vergoeding alsnog uit coulance moeten toekennen*" erop vertrouwen dat de ziektekostenverzekeraar de implantaatbehandeling uit coulance vergoedt. Dat de ziektekostenverzekeraar in 2011 aan de tandarts heeft medegedeeld dat een implantaatbehandeling niet wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering kan niet ertoe leiden dat eerder genoemde brief, met hierin opgenomen onjuiste informatie, bij de beoordeling van het geschil geheel buiten beschouwing wordt gelaten.

Conclusie

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

Zeist, 21 juni 2017,

H.A.J. Kroon