



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep
Zorgverzekeraar U.A. en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering
Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg

Zaak : Aanvullende ziektekostenverzekering, mondzorg, onjuiste voorlichting

Zaaknummer : 201602858

Zittingsdatum : 21 juni 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016)

1. Partijen

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

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, en
 - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Natura polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Uitgebreide Tandarts afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek.
- De zorgverzekering en de eveneens afgesloten aanvullende verzekering Top zijn niet in geschil en blijven daarom verder onbesproken.

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 op 7 en 11 januari 2016, ten bedrage van totaal € 2.888,13 (hierna: de aanspraak). Bij brief van 29 april 2016 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 15 november 2016 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 22 maart 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 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 mei 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 mei 2017 aan verzoeker gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 8 mei 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 19 juni 2017 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.

3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.

3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 21 juni 2017 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. In november 2015 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar verzocht hem te accepteren voor de aanvullende ziektekostenverzekering. De bevestiging van deze aanvraag en de tandartsverklaring zijn door de ziektekostenverzekeraar naar het oude adres van verzoeker gestuurd. In januari 2016 heeft verzoeker telefonisch contact gehad met de klantenservice van de ziektekostenverzekeraar teneinde na te gaan of de aanvullende ziektekostenverzekering reeds was ingegaan. De betreffende medewerker heeft hierop aan verzoeker medegedeeld dat hij de tandartsverklaring opnieuw op zijn huidige adres zou ontvangen. Daarnaast werd verteld dat verzoeker de tandartsverklaring met terugwerkende kracht kon invullen, dus naar de situatie zoals die eind november 2015 was. Deze mededeling alsmede het feit dat verzoeker vóór 1 januari 2016 niet bekend was dat hij de betreffende behandelingen moest ondergaan en dat verzoeker ten tijde van de behandelingen in de veronderstelling verkeerde dat hij reeds aanvullend verzekerd was, hebben ertoe geleid dat verzoeker en de behandelend tandarts de behandelingen niet in de tandartsverklaring hebben vermeld.

4.2. Ter zitting zijn door verzoeker deze standpunten herhaald. Voorts heeft verzoeker verklaard dat hij altijd aanvullend verzekerd is geweest voor tandartskosten. Hij wilde voor het jaar 2016 echter een uitgebreider pakket. Verzoeker heeft ruim zeven jaar facings, die hij normaal gesproken tand voor tand laat behandelen bij een beschadiging. Nu heeft hij alle tanden in één keer laten behandelen. In november 2015 wist zowel verzoeker als de tandarts niet dat de tanden in januari 2016 zo slecht eraan toe zouden zijn.

Verzoeker begrijpt niet waarom de aanvullende ziektekostenverzekering reeds was goedgekeurd terwijl de tandartsverklaring nog niet door de ziektekostenverzekeraar was ontvangen. Daarnaast vindt verzoeker het niet terecht dat hij voor het hele jaar 2016 een hogere premie heeft moeten betalen voor het uitgebreide pakket, aangezien hij daaraan uiteindelijk niets heeft had. Verzoeker heeft namelijk in 2016 geen andere tandartsnota's gedeclareerd omdat alle tanden reeds in januari van dat jaar waren behandeld.

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. Voor de aanvullende ziektekostenverzekering geldt een medische acceptatie in het kader waarvan verzoeker en de behandelend tandarts een tandartsverklaring hebben ondertekend. In de tandartsverklaring wordt de vraag gesteld of binnen twee jaar na het ingaan van de aanvullende ziektekostenverzekering een kostbare behandeling nodig is, met uitzondering van onvoorziene omstandigheden. De tandarts heeft deze vraag ontkennend beantwoord. Op basis van deze tandartsverklaring heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker per 1 januari 2016 geaccepteerd voor de aanvullende ziektekostenverzekering.

- 5.2. Op 7 en 11 januari 2016 hebben kostbare tandheelkundige behandelingen plaatsgevonden, derhalve binnen twee jaar na het ingaan van de aanvullende ziektekostenverzekering. De behandelend tandarts heeft de tandartsverklaring op 1 februari 2016 ondertekend. De behandelingen hadden dus al plaatsvonden toen in de tandartsverklaring werd verklaard dat in de periode van 1 januari 2016 tot en met 31 december 2017 geen kostbare behandelingen worden verwacht. Verzoeker stelt dat hem vóór 1 januari 2016 niet bekend was dat hij de behandelingen moest ondergaan. De ziektekostenverzekeraar heeft de behandelend tandarts gevraagd dit nader toe te lichten. Op basis van de gegeven toelichting is hetgeen verzoeker stelt, niet aannemelijk. Daarnaast is de ziektekostenverzekeraar van oordeel dat de behandelend tandarts deze kosten had moeten vermelden in de tandartsverklaring. De tandartsverklaring is immers ingevuld nadat de behandelingen hadden plaatsgevonden. Op grond van voornoemde redenen heeft de ziektekostenverzekeraar besloten de behandelingen van 7 en 11 januari 2016 niet te vergoeden. De verzekeringsvoorwaarden bepalen namelijk dat kosten niet worden vergoed als deze een gevolg zijn van een ziekte of afwijking die al bij de verzekerde bekend was of klachten veroorzaakte toen de verzekerde de aanvullende ziektekostenverzekering aanvraag en de verzekerde of de verklarende zorgverlener dit niet aan de ziektekostenverzekeraar heeft gemeld.
- 5.3. Verzoeker stelt dat hij in november 2015 al een aanvraag heeft gedaan voor het afsluiten van de aanvullende ziektekostenverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft de betreffende aanvraag op 22 december 2015 ontvangen en de ontvangst op 31 december 2015 bevestigd, waarbij een tandartsverklaring is gezonden naar het adres dat bij de aanvraag wat vermeld. Op 19 januari 2016 heeft verzoeker aan de ziektekostenverzekeraar medegedeeld de tandartsverklaring niet te hebben ontvangen, aangezien het adres op het aanvraagformulier niet meer actueel was. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens de tandartsverklaring op 26 januari 2016 nogmaals aan verzoeker gezonden. Het is derhalve niet juist dat verzoeker de tandartsverklaring pas in april 2016 heeft ontvangen. Dit blijkt ook uit het feit dat de tandartsverklaring reeds op 1 februari 2016 is ingevuld en ondertekend door de behandelend tandarts.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker nooit medegedeeld dat de tandartsverklaring met terugwerkende kracht kan worden ingevuld. Dit wordt bevestigd door de overgelegde telefoonnotities van de ziektekostenverzekeraar.
- 5.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat het niet aannemelijk is dat in de korte periode tussen november 2015 en januari 2016 alle facings van verzoeker beschadigd zijn geraakt en dat het herstel hiervan niet was te voorzien. Verzoeker heeft een risico genomen door de tandheelkundige behandelingen te ondergaan zonder de bevestiging van de ziektekostenverzekeraar af te wachten. Voorts bestrijdt de ziektekostenverzekeraar de stelling van verzoeker dat hij ten onrechte een hogere premie heeft moeten betalen voor het jaar 2016. Verzoeker heeft namelijk wel dekking gehad voor andere tandheelkundige behandelingen in dat jaar. Dat uiteindelijk geen tandartsnota's meer zijn gedeclareerd, doet niet af aan het feit dat wel degelijk dekking is geboden.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A.22. 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 in te willigen, 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 C.10.1. van de 'Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekeringen en Aanvullende Verzekeringen per 1 januari 2016' bepaalt het volgende:

"Hebt u zorg nodig als gevolg van een ziekte of afwijking, waar wij u voor een medische of tandheelkundige beoordeling naar gevraagd hebben bij uw aanmelding? Dan vergoeden wij deze zorg niet als deze ziekte of afwijking al bij u bekend was of al klachten veroorzaakte toen u uw aanvullende verzekering hebt aangevraagd. U of de verklarende zorgverlener heeft dit niet (op onze uitdrukkelijke vragen) aan ons gemeld. Zorg die niet te maken heeft met de verzwegen ziekte of afwijking, vergoeden wij wel;(..."

9. Beoordeling van het geschil

9.1. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht de kosten te vergoeden van totaal € 2.888,13 ter zake van tandheelkundige behandelingen die hij op 7 en 11 januari 2016 heeft ondergaan. De ziektekostenverzekeraar heeft besloten hiervoor geen vergoeding te verlenen. De commissie overweegt als volgt.

9.2. Artikel C.10.1. van de 'Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekeringen en Aanvullende Verzekeringen per 1 januari 2016' bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar kosten niet vergoedt als deze een gevolg zijn van een ziekte of afwijking die al bij de verzekerde bekend was of klachten veroorzaakte toen de verzekerde de aanvullende verzekering aanvroeg en de verzekerde of de verklarende zorgverlener dit niet aan de ziektekostenverzekeraar heeft gemeld.

9.3. Verzoeker heeft gesteld dat hij ten tijde van de behandelingen in de veronderstelling was reeds aanvullend verzekerd te zijn. Daarnaast heeft de klantenservice van de ziektekostenverzekeraar aan hem medegedeeld dat hij de tandartsverklaring met terugwerkende kracht kon invullen. Aangezien verzoeker vóór 1 januari 2016 niet wist dat hij de onderhavige behandelingen moest ondergaan, hebben hij en zijn behandelend tandarts hiervan geen melding gemaakt in de tandartsverklaring. De commissie merkt allereerst op dat door verzoeker niet is onderbouwd waarom hij meende aanvullend verzekerd te zijn met ingang van 1 januari 2016. Eerder is het tegendeel het geval; verzoeker wist dat hij eind december 2015 een aanvraag had gedaan voor een verzekering waarvoor hij niet zonder meer zou worden geaccepteerd en hij wist dat op deze aanvraag nog niet was beslist omdat een ingevulde tandartsverklaring ontbrak. Van een aanvraag uit november 2015 is in de procedure niet gebleken. Dat de verzekering van kracht was geworden kon hij pas opmaken uit het nadien afgegeven polisblad. Voor zover verzoeker zich hierop beroept, geldt dat ten tijde van het invullen van de tandartsverklaring bij zowel verzoeker als de behandelend tandarts bekend was dat aanzienlijke kosten waren gemaakt vanwege de uitgevoerde behandelingen.

9.4. De volgende vraag is of door de ziektekostenverzekeraar telefonisch bepaalde verwachtingen zijn gewekt.

De ziektekostenverzekeraar heeft de telefoonnotities over de periode van 22 december 2015 tot en met 1 april 2016 overgelegd. Uit de betreffende contactregistratie blijkt niet dat de mededeling is gedaan dat verzoeker de tandartsverklaring met terugwerkende kracht kon invullen. De commissie concludeert dat verzoeker in de procedure niet erin is geslaagd aannemelijk te maken dat van de zijde van de ziektekostenverzekeraar een dergelijke mededeling is gedaan. Ook indien de stelling van verzoeker zou worden gevolgd, rust op hem de bewijslast dat de in januari 2016 gemaakte kosten destijds niet waren te voorzien. In dit bewijs is verzoeker niet geslaagd. Dat alle facings in slechts enkele weken tijd - anders dan door een ongeval, waarvan niet is gebleken - zodanig beschadigd zijn geraakt dat vervanging noodzakelijk was, is zondemeer onwaarschijnlijk.

Het voorgaande brengt met zich dat de ziektekostenverzekeraar terecht op grond van artikel C.10.1. van de 'Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekeringen en Aanvullende Verzekeringen per 1 januari 2016' de kosten van de in het geding zijnde tandheelkundige behandelingen niet heeft vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

- 9.5. Verzoeker heeft verder gesteld dat hij ten onrechte een hogere premie heeft moeten betalen voor het jaar 2016, aangezien hij geen gebruik heeft kunnen maken van de uitgebreidere dekking voor tandheelkundige behandelingen die de aanvullende ziektekostenverzekering biedt. Dienaangaande overweegt de commissie dat tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar een verzekeringsovereenkomst met de hiervoor opgenomen uitsluiting tot stand is gekomen en dat verzoeker op grond hiervan dekking heeft gehad voor eventuele tandheelkundige behandelingen die niet onder de uitsluiting van artikel C.10.1. vallen. Dat hij hiervan geen gebruik heeft hoeven maken, is inherent aan het karakter van een verzekeringsovereenkomst; het enkele gegeven dat de te betalen premie per saldo hoger is dan de te declareren schade kan dan ook niet leiden tot premierestitutie.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 5 juli 2017,

J.A.M. Strens-Meulemeester