



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Delta Lloyd Zorgverzekering N.V. te Tilburg
Zaak : Mondzorg, ongeval, aanspraak na beëindigen aanvullende ziektekostenverzekering, gewekt vertrouwen
Zaaknummer : 201700272
Zittingsdatum : 16 augustus 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

Delta Lloyd Zorgverzekering N.V. te Tilburg, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Verzoeker was tot en met 31 december 2016 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering Restitutie (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 Start 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 (verder: BW).

De eveneens door verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering Luxe Verpleging is niet in geschil en blijft om die reden 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 een tandheelkundige behandeling in verband met een ongeval (hierna: de aanspraak). Bij brief van 15 november 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.

3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 28 december 2016 alsnog een akkoordverklaring aan verzoeker afgegeven voor de aangevraagde tandheelkundige behandeling.

3.4. Bij e-mailbericht van 31 januari 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de akkoordverklaring niet meer geldig is met ingang van 1 januari 2017, en dat de kosten van tandheelkundige behandelingen van vóór die datum nog bij hem kunnen worden gedeclareerd.

3.5. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 3 februari 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.6. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

- 3.7. Bij brief van 30 maart 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.8. 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.
- 3.9. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 11 mei 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 mei 2017 aan verzoeker gezonden.
- 3.10. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. De commissie heeft verzoeker verzocht kenbaar te maken of hij gebruik wil maken van de mogelijkheid zijn standpunt mondeling toe te lichten. Verzoeker heeft hierop niet gereageerd, ook niet na de op 29 juni 2017 gezonden herinnering. Daarom is hij uitgenodigd om de hoorzitting in persoon bij te wonen. De ziektekostenverzekeraar heeft op 8 augustus 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.11. Bij brief van 9 juni 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 21 juni 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017025670) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoeker geen indicatie heeft voor bijzondere tandheelkundige hulp. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 13 juli 2017 aan partijen gezonden.
- 3.12. Verzoeker is niet ter zitting verschenen. De commissie heeft hem daarom op de geplande aanvangstijd gebeld. Verzoeker heeft kenbaar gemaakt in het buitenland te verblijven, en daarom de uitnodiging niet te hebben ontvangen. Hij heeft medegedeeld dat de zaak wat hem betreft duidelijk is, en geen toevoegingen te hebben. Vervolgens heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar gebeld en het voorgaande aan hem medegedeeld. De ziektekostenverzekeraar heeft desgevraagd verklaard niets te willen toevoegen.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker heeft op 6 mei 2016 een ongeval met zijn fiets gehad waarbij hij zijn neus, kaak, gehemelte en jukbeen heeft gebroken en zijn tanden zijn beschadigd. Volgens de arts in het door hem ter plaatse geconsulteerde ziekenhuis was direct operatief ingrijpen niet noodzakelijk. Verzoeker kon wachten met de behandeling totdat de kaak was geheeld. Aan de ziektekostenverzekeraar is destijds direct een melding gedaan van het ongeval en de ontstane lichamelijke schade.
De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op vergoeding van de kosten van mondzorg na een ongeval tot maximaal € 10.000,-, zonder eigen risico. Als voorwaarde geldt dat voorafgaande toestemming dient te zijn verleend en hiertoe dient een behandelplan door de tandarts te worden opgesteld.
Op 14 september 2016 is het behandelplan aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. De kosten zijn relatief beperkt, aangezien verzoeker geen orthodontie wenst. Tussen de tandarts en de ziektekostenverzekeraar heeft nadien veelvuldig contact plaatsgevonden, hetgeen de tandarts als zeer onaangenaam heeft ervaren.
Verzoeker ontving op 12 december 2016 van de ziektekostenverzekeraar de schriftelijke mededeling dat geen toestemming werd verleend; het behandelplan was afgewezen. De adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat de reden van deze afwijzende beslissing erin was gelegen dat de schade aan de tanden niet aan het ongeluk was te wijten. Dezelfde dag heeft

verzoeker zijn assurantietussenpersoon verzocht voor hem te regelen dat hij per 1 januari 2017 zou kunnen overstappen naar een andere verzekeraar.

Tot zijn grote verbazing ontving verzoeker in januari 2017 alsnog een akkoordverklaring van de ziektekostenverzekeraar. De dagtekening van deze brief is 28 december 2016.

De ziektekostenverzekeraar stelt thans dat de akkoordverklaring niet (meer) geldig is, omdat de verzekering is beëindigd. Verzoeker wordt geadviseerd de schade op de nieuwe verzekeraar te verhalen. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat als de behandeling in 2016 had plaatsgevonden, deze volledig was vergoed. Echter, omdat de akkoordverklaring pas in januari 2017 door verzoeker werd ontvangen, is dit een onredelijke stelling van de ziektekostenverzekeraar. Bovendien was het feitelijk onmogelijk om, uitgaande van de dagtekening van de akkoordverklaring van 28 december 2016, de behandeling vóór 31 december 2016 te laten uitvoeren.

- 4.2. De geconsulteerde MKA chirurg heeft het volgende over verzoeker verklaard: *"D.d. 06-05-2016 zag ik [verzoeker] (...) na een val met zijn fiets op het aangezicht. Ik constateerde na uitgebreid extra-/intra-oraal onderzoek en beoordeling CT-beelden op mijn vakgebied het volgende: (...)*
*- intra-capsulaire kaakkop rechts met dientengevolge minimale!! openbeet zijdelingse delen rechts agv. pijn. **Beleid:** conservatief. Eerste 2 weken strikt vloeibaar/zacht dieet; daarna weer langzaam mobiliseren en uitbreiden dieet naar normaal in de komende 4 weken. Pijnstillers indien nodig.*
*- Tevens laterale wand sinus maxillaris links evenals over verhemelte (B-kaak niet mobiel of anders). Alle zonder dislocatie; derhalve eveneens **geen chirurgie** geïndiceerd. (...)"*
- 4.3. De geconsulteerde semi-arts heeft, namens de neuroloog, het volgende over verzoeker verklaard: *"[Verzoeker] bezocht op 06-05-2016 de afdeling Spoedeisende Hulp. **Reden van komst** Val met fiets (...)*
Conclusie LET door val met fiets met multiple aangezichtsfracturen. Geen aanwijzingen voor intracerebrale pathologie, echter wel persisterende retrograde amnesie.
Behandeling op de SEH (...) - Iom Dr. vd Leur, kaakchirurg: 1. kaakkop: conservatieve therapie met eerste 2 weken vloeibaar dieet, daarna langzaam uitbreiden. 2. Overige fracturen niet gedислоceerd; geen operatief ingrijpen noodzakelijk. (...)"
- 4.4. Verzoeker heeft erop vertrouwd dat de kosten van de tandheelkundige behandeling in verband met het ongeval in mei 2016 door de ziektekostenverzekeraar zouden worden vergoed. De beslissing van de ziektekostenverzekeraar de akkoordverklaring te laten vervallen, is onredelijk. De schade is ontstaan in 2016, meer specifiek op 6 mei, en op dat moment was verzoeker verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar. De polis van 2016 dekt de schade en het behandelplan is goedgekeurd. De ziektekostenverzekeraar is daarom schadeplichtig. De overstap naar een andere verzekeraar kan niet leiden tot het vervallen van de akkoordverklaring. Verzoeker kan de schade niet verhalen op zijn nieuwe verzekeraar. Verzoeker heeft in december 2016 besloten over te stappen naar een andere verzekeraar, omdat de aanvankelijke afwijzende beslissing niet past bij een zorgvuldig werkende verzekeraar. De herziene beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 28 december 2016 was onverwacht, maar eerder was al besloten de verzekeringen op te zeggen. In de correspondentie van de ziektekostenverzekeraar die verzoeker heeft ontvangen, is nergens gewag gemaakt van de noodzaak of voorwaarde de verzekeringen voort te zetten. Dat verzoeker de opzegging had kunnen terugdraaien is hem ook niet medegedeeld. Hiermee schiet de ziektekostenverzekeraar ernstig tekort in de op hem rustende zorgplicht. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat voor vergoeding van de kosten van mondzorg de behandeldatum leidend is, is gezocht. De schade is bekend en erkend. Deze had in 2016 kunnen worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar lijdt geen 'extra schade'. Immers, als verzoeker niet was overgestapt naar een andere verzekeraar, was de schade wél vergoed. De ziektekostenverzekeraar probeert thans voordeel te verkrijgen uit het feit dat verzoeker met ingang van 1 januari 2017 heeft opgezegd.

Verzoeker heeft tevens fysiotherapie voor zijn kaak nodig. Hoewel de kosten van fysiotherapie eveneens zijn aan te merken als schade door het ongeval, zal verzoeker deze niet bij de ziektekostenverzekeraar declareren. Ook andere kosten die zijn ontstaan door het ongeval, zal verzoeker niet declareren.

Verzoeker is inmiddels gestart met de tandheelkundige behandeling en de fysiotherapie omdat langer wachten geen optie was. De kosten worden nu door hem voorgeschieden. De ziektekostenverzekeraar dient alsnog vergoeding te verlenen conform het goedgekeurde behandelplan.

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. Verzoeker heeft geen tandartsverzekering afgesloten. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op vergoeding van de kosten van mondzorg in verband met een ongeval tot maximaal € 10.000,- per ongeval. Er is geen eigen bijdrage of eigen risico van toepassing. Als voorwaarde geldt dat voorafgaande toestemming door de ziektekostenverzekeraar moet zijn verleend. De tandarts dient hiertoe een behandelplan op te stellen en dit in te sturen, waarna een beoordeling plaatsvindt door de ziektekostenverzekeraar. Het ongeval moet hebben plaatsgevonden op het moment dat iemand bij de ziektekostenverzekeraar is verzekerd (artikel D.8.6. van de aanvullende ziektekostenverzekering).

5.2. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor 'mondzorg bij ongevallen' op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering. De adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar heeft geconcludeerd dat verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de aangevraagde mondzorg. Op 27 december 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail aan verzoeker medegedeeld dat hij een akkoordverklaring ontvangt. De akkoordverklaring dateert van 28 december 2016, en de ingangsdatum is 6 mei 2016. Verzoeker heeft echter op 12 december 2016 de verzekeringen bij de ziektekostenverzekeraar opgezegd. Deze opzegging is op 23 december 2016 ontvangen, en de verzekeringen zijn per 1 januari 2017 beëindigd. Hierdoor is de afgegeven akkoordverklaring niet meer geldig met ingang van 1 januari 2017. De tandheelkundige behandelingen, in verband met het ongeval, die verzoeker na 1 januari 2017 ondergaat, worden derhalve niet vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Het is begrijpelijk dat dit teleurstellend is voor verzoeker.

5.3. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat geen incorrecte of onvolledige informatie aan verzoeker is gegeven. In de voorwaarden is ondubbelzinnig opgenomen dat geen vergoeding wordt verleend als de zorg plaatsvindt op het moment dat iemand niet meer is verzekerd. Daarbij mag deze bepaling als bij verzoeker bekend worden verondersteld. Er is dan immers geen sprake meer van een overeenkomst op grond waarvan de vergoeding kan worden verleend. Verzoeker mocht er derhalve niet op vertrouwen dat de kosten van mondzorg na 1 januari 2017 zouden worden vergoed.

Verzoeker heeft op 12 december 2016 telefonisch contact gehad met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar. Hij deelde mede het niet eens te zijn met de (in eerste instantie) afwijzing en een klacht te zullen indienen. Vervolgens heeft hij bij e-mailbericht van 19 december 2016 deze klacht ingediend. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat het op de weg van verzoeker lag de beoordeling van de klacht af te wachten of zich te laten informeren over de stand van zaken. De ziektekostenverzekeraar mocht ervan uitgaan dat, toen verzoeker op 19 december 2016 verzocht om heroverweging, hij zijn verzekeringen niet zou opzeggen. Ook had verzoeker naar aanleiding van het e-mailbericht van de ziektekostenverzekeraar van 27 december 2016 contact kunnen opnemen. Indien gewenst had hij dan zijn beslissing om per 1 januari 2017 over te stappen naar een andere verzekeraar, nog kunnen herroepen.

5.4. Voor de volledigheid heeft de adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar het dossier van verzoeker nog een keer beoordeeld. De adviserend tandarts heeft geconcludeerd dat in de situatie

van verzoeker geen sprake is van een indicatie die onder de bijzondere tandheelkunde valt. Daarom heeft verzoeker geen aanspraak op vergoeding ten laste van de zorgverzekering.

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 artikel A.22. 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 aanspraak alsnog volledig in te willigen, 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1. tot en met B.26. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.12. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op mondzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“B.12.1. Mondzorg in bijzondere gevallen.

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat mondzorg zoals tandartsen die plegen te bieden. Deze mondzorg in bijzondere gevallen is noodzakelijk omdat:

- u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel hebt;

- u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening hebt; en/of

- u een medische behandeling krijgt die zonder tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft. Bij deze tandheelkundige zorg gaat het over het algemeen om het ontstekingsvrij maken van de mond door bijvoorbeeld een parodontale behandeling, het trekken van (een) tand(en) en/of (een) kies/kiezen, of het toedienen van antibiotica.

Zonder deze mondzorg kan uw gebit de normale functie niet houden of krijgen, die het zonder de aandoening zou hebben gehad.

(...)

Zonder deze mondzorg kan uw gebit de normale functie niet houden of krijgen, die het zonder de aandoening zou hebben gehad.

(...)”

8.4. Artikel B.12. van de zorgverzekering is volgens artikel A.2.4. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.5. Artikel 11, eerste lid, 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.

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 D.8.6. van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op vergoeding van de kosten van mondzorg bij ongevallen en luidt, voor zover hier van belang:

"Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden mondzorg zoals tandartsen die plegen te bieden, voorzover die zorg is beschreven in de artikelen D.8.2., D.8.3. en D.8.4. waardoor uw gebit wordt hersteld in de tandheelkundige status, waarin uw gebit verkeerde direct voorafgaande aan het ongeval.

Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.

(...)

Voorwaarden

Zie artikel D.8.1. De volgende voorwaarden vullen deze aan of wijken daarvan af.

Algemeen

- U stuurt ons een verklaring van de tandarts of kaakchirurg dat mondzorg noodzakelijk is als gevolg van een ongeval;

- Het ongeval heeft plaatsgevonden op het moment dat u bij ons verzekerd bent voor mondzorg bij ongevallen.

Zorgadvies en akkoordverklaring

- U moet voorafgaand aan de behandeling en binnen 3 maanden na het ongeval bij ons zorgadvies hebben aangevraagd. Wij kunnen bij de akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

- De aanvraag bevat een schriftelijk behandelplan en begroting van de tandarts of kaakchirurg en is opgesteld volgens de NMT Praktijkrichtlijn Tandletsel. Deze praktijkrichtlijn maakt deel uit van deze voorwaarden en staat op onze internetsite.

- Bij de aanvraag zit een verklaring van uw huisarts, tandarts, medisch specialist, bedrijfsarts of politie over de datum van het ongeval en hoe het ongeval heeft plaatsgevonden.

(...)"

8.8. In het Vergoedingen Overzicht is bepaald dat de in artikel D.8.6 van de aanvullende ziektekostenverzekering bedoelde vergoeding voor mondzorg na een ongeval maximaal € 10.000,-- bedraagt.

8.9. In artikel A.21.1 van de aanvullende ziektekostenverzekering is onder 16, voor zover hier relevant, het volgende bepaald:

"Zorg die plaatsvindt in de periode dat uw verzekering geen vergoeding geeft, zoals vóór aanvang of na afloop van uw verzekering. De datum van de behandeling is daarvoor bepalend, niet de datum waarop de rekening is uitgeschreven. (...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Op grond van artikel B.12.1 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen indien sprake is van een verzekeringsindicatie in de vorm van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij de tandheelkundige zorg noodzakelijk is om een tandheelkundige functie te behouden of te verwerven die gelijk is aan de functie die zou hebben bestaan indien de aandoening zich niet had voorgedaan. Gelet op de Nota van toelichting bij artikel 2.7 Bzv, welk artikel ten grondslag ligt aan eerder genoemde polisbepaling, dient hierbij met name te worden gedacht aan schisispatiënten, oligodontiepatiënten en oncologiepatiënten met gedeeltelijke resectie van kaakdelen. Voorts bestaat aanspraak ingeval van een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening.

Tot slot komt een verzekerde in aanmerking voor tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen indien betrokkene een medische behandeling moet ondergaan die zonder de bijzondere tandheelkunde aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben.

De hiervoor genoemde indicaties zijn afkomstig uit artikel 2.7, eerste lid, onder a respectievelijk onder b en c Bzv.


9.2. Verzoeker heeft door een fietsongeval meerdere breuken in het aangezicht opgelopen, en daarnaast zijn de tanden van verzoeker beschadigd. Dit is geen verzekeringsindicatie als bedoeld in artikel B.12.1 van de zorgverzekering, zoals is bevestigd door het Zorginstituut in het voorlopig advies van 21 juni 2017. De commissie neemt de conclusie van dit advies over en maakt deze tot de hare.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering




9.3. In artikel D.8.6 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van mondzorg die noodzakelijk is om na een ongeval het gebit te herstellen in de tandheelkundige toestand waarin het gebit verkeerde voorafgaand aan het ongeval. Deze vergoeding bedraagt maximaal € 10.000,--. In het artikel is bepaald dat het ongeval moet hebben plaatsgevonden op het moment dat betrokkene voor mondzorg bij ongevallen was verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar. Om voor vergoeding in aanmerking te komen, dient verder voorafgaand een akkoordverklaring van de ziektekostenverzekeraar te worden aangevraagd en verkregen. Bij de aanvraag dienen een schriftelijk behandelplan en een begroting van de tandarts of de kaakchirurg te worden gevoegd.

9.4. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de onderhavige kosten van mondzorg te vergoeden voor zover deze kosten na 1 januari 2017 zijn gemaakt. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker geen aanspraak op vergoeding van de kosten van mondzorg die is verleend na 1 januari 2017, omdat verzoeker vanaf die datum niet meer bij hem was verzekerd. Verzoeker voert aan dat de ziektekostenverzekeraar de kosten die zijn gemaakt na 1 januari 2017 wel dient te vergoeden, omdat het ongeval tijdens de looptijd van de aanvullende ziektekostenverzekering heeft plaatsgevonden en hij in 2016 alsnog een akkoordverklaring heeft ontvangen voor de betreffende zorg. Bovendien lijdt de ziektekostenverzekeraar volgens hem geen nadeel als hij de kosten in 2017 moet vergoeden, omdat de verplichting daartoe al in 2016 bestond.


9.5. Chronologisch is het volgende relevant. Het ongeval heeft op 6 mei 2016 plaatsgevonden. Verzoeker was op dat moment verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar. Hij heeft op 14 september 2016 het behandelplan aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Bij brief van 15 november 2016 is de aanvraag afgewezen. Op 12 december 2016 is verzoeker telefonisch geïnformeerd over de afwijzing van de aanvraag op de grond dat de tandschade niet het gevolg was van het ongeval. Voor verzoeker voelde dit alsof hij werd beticht van fraude en daarom heft hij die zelfde dag via zijn tussenpersoon de ziektekostenverzekeringen opgezegd. Op 19 december 2016 heeft verzoeker over de afwijzing van de aanvraag een klacht ingediend. De opzegging van de



ziektekostenverzekeringen was bij de ziektekostenverzekeraar bekend op 23 december 2016. Bij e-mailbericht van 27 december 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat alsnog een akkoordverklaring wordt verleend. Deze akkoordverklaring is bij brief van 28 december 2016 aan verzoeker gezonden en in januari 2017 door hem ontvangen.

- 
- 9.6. De commissie overweegt het volgende. Op het moment dat de gevraagde toestemming alsnog werd verleend, was bij de ziektekostenverzekeraar bekend dat verzoeker zijn aanvullende ziektekostenverzekering had opgezegd. Omdat de ziektekostenverzekeraar, in die wetenschap, alsnog op de heroverweging heeft beslist en zonder voorbehoud ten aanzien van de voortzetting van de verzekering toestemming heeft verleend voor de aangevraagde mondzorg op een tijdstip dat het feitelijk onmogelijk was de aangevraagde zorg nog in 2016 te ontvangen, heeft verzoeker er gerechtvaardigd op mogen vertrouwen dat de ziektekostenverzekeraar ondanks de opzegging bereid is de kosten van de in 2016 aangevraagde mondzorg waarvoor de toestemming is verleend, ook na 1 januari 2017 te vergoeden.
- 
- 

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, 27 september 2017,



P.J.J. Vonk