



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen
Zaak : Mondzorg, vergoeding frameprothese, telefonische toezegging
Zaaknummer : 201701326
Zittingsdatum : 10 januari 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
 - 2) Menzis N.V. te Wageningen,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (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 TandVerzorgd 250 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 zorgverzekering is niet in geschil en blijft 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 een "frame kunstgebit, 5-13 elementen", met de hierbij behorende materiaal- en techniekkosten (hierna: de aanspraak). Op enig moment heeft de ziektekostenverzekeraar schriftelijk aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 22 maart 2017 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 10 augustus 2017 heeft verzoekster 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 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 28 november 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 29 november 2017 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 1 december 2017 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 december 2017 schriftelijk medegedeeld evenmin te willen worden gehoord.
- 3.8. Op grond van artikel 114, derde lid, 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 Zvw, 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.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft in 2016 bij twee tandartsen offertes opgevraagd voor het vervaardigen en plaatsen van een frameprothese. Daarna heeft zij telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar, waarbij een medewerker haar mededeelde dat zij zich in 2017 niet hoefde bij te verzekeren. De desbetreffende medewerker verzekerde haar dat de aanvullende ziektekostenverzekering dekking zou bieden op basis van 80 percent van de kosten, zodat slechts 20 percent hiervan door verzoekster moest worden betaald. Na declaratie bleek echter dat een veel groter deel, ten bedrage van € 685,07, voor rekening van verzoekster bleef. Als verzoekster in 2016 de juiste informatie van de ziektekostenverzekeraar had gekregen, had zij voor het jaar 2017 een verzekering afgesloten met een hogere dekking dan wel had zij afgezien van het laten vervaardigen en plaatsen van de frameprothese.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft geweigerd een afschrift over te leggen van de gemaakte notitie van het bewuste telefoongesprek. Verzoekster verzoekt de commissie daarom deze notitie bij de ziektekostenverzekeraar op te vragen en zich hierover een oordeel te vormen.

4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Het telefoongesprek waaraan verzoekster refereert, vond plaats op 8 december 2016. De ziektekostenverzekeraar kan inhoudelijk niet zien wat tijdens dit gesprek is besproken. Uit het systeem van de ziektekostenverzekeraar is af te leiden dat de vraagstelling de reguliere vergoeding van een frameprothese betrof. Volgens de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering kan maximaal 80 percent van de nota worden vergoed. De beperking van € 250,-- per kalenderjaar geldt voor alle gemaakte tandartskosten, en ziet derhalve niet exclusief op de frameprothese. De medewerker heeft daarom, indien het gesprek is verlopen zoals verzoekster stelt, het juiste antwoord gegeven. Aangezien het getal 250 voorkomt in de naam van de aanvullende ziektekostenverzekering, en de andere verzekeringen TandVerzorgd 500 respectievelijk TandVerzorgd 750 heten, had verzoekster kunnen weten dat de maximale vergoeding op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering € 250,-- per kalenderjaar betreft.
- 5.2. De frameprothese is vervaardigd en geplaatst in februari 2017. Omdat in januari 2017 al een behandeling had plaatsgevonden waarvoor een vergoeding was toegekend, bedroeg de vergoeding voor de frameprothese het restant ten bedrage van € 166,13. De ziektekostenverzekeraar ziet geen aanleiding af te wijken van het toepasselijke maximum en coulantshalve een hoger bedrag aan verzoekster te vergoeden.

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 A17 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 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. In de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is de aanspraak op tandheelkundige zorg geregeld. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

"Vergoeding TandVerzorgd 250, 500 en 750

Met de TandVerzorgd 250, 500 en 750 krijgt u alle behandelingen vergoed tot het genoemde maximumbedrag. Heeft u een TandVerzorgd 750 dan geldt er een aparte vergoeding voor orthodontie. Kijk hiervoor in het artikel Orthodontie. U krijgt vergoed:

(...)

- prothetische voorzieningen (P-codes) 80%*

(...)

Het maximumbedrag is per kalenderjaar: (...) € 250,-- (...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

9.1. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor prothetische voorzieningen, waaronder het vervaardigen en plaatsen van een frameprothese en de hierbij behorende materiaal- en techniekkosten, tot een maximum van 80 percent van de toepasselijke P-codes. Voor alle onder de dekking van de verzekering vallende tandheelkundige zorg geldt een maximum van € 250,-- per kalenderjaar.

9.2. Door de ziektekostenverzekeraar is aangevoerd, en door verzoekster niet bestreden, dat in januari 2017 reeds kosten met betrekking tot tandheelkundige zorg zijn gedeclareerd, zodat van het maximumbedrag van € 250,-- nog € 166,13 resteerde ten tijde van het vervaardigen en plaatsen van de frameprothese. Dit laatste bedrag is aan verzoekster vergoed. Zij heeft geen aanspraak op een hogere vergoeding, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Telefonische toezegging

9.3. Tussen partijen is niet in geschil dat op 8 december 2016 een telefoongesprek heeft plaatsgevonden tussen verzoekster en een medewerker van de ziektekostenverzekeraar. Naar de commissie begrijpt, beschikt de ziektekostenverzekeraar niet over een notitie van het betreffende gesprek, maar is in het systeem geregistreerd dat een reguliere vraag is gesteld over een frameprothese. Volgens verzoekster is haar verteld dat 80 percent van de kosten wordt vergoed, maar is niet het voorbehoud gemaakt dat hierbij een maximum geldt van € 250,-- per kalenderjaar.

9.4. Het is bij een telefoongesprek lastig de exacte vraagstelling en de beantwoording hiervan te reconstrueren. Het antwoord dat volgens verzoekster is gegeven, is niet onjuist, aangezien de vergoeding voor prothetische voorzieningen, waaronder een frameprothese, inderdaad 80 percent is. Voorts merkt de commissie op dat de door de ziektekostenverzekeraar aangeboden tandartsverzekeringen zich onderscheiden door de hoogte van de gemaximeerde vergoeding, die bovendien is opgenomen in de namen van de verschillende producten. Naar mag worden aangenomen, heeft verzoekster indertijd, bij het afsluiten van de onderhavige verzekering, op dit punt een afweging gemaakt. Voor zover zij dit toen niet heeft gedaan, lag het op haar weg zich op de hoogte te stellen van de geldende polisvoorwaarden, waarin het maximum van € 250,- nadrukkelijk is vermeld. Indien haar in afwijking van deze voorwaarden een toezegging is gedaan tot een hoger bedrag, was het aan verzoekster hiervan een schriftelijke bevestiging te vragen dan wel - bij ontbreken van een zodanige bevestiging - op een andere wijze aannemelijk te maken dat de betreffende toezegging is gedaan. Verzoekster is in deze bewijsvoering niet geslaagd. Vaststaat dat van de inhoud van het bewuste telefoongesprek geen notitie is gemaakt. Het verzoek te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is tot overlegging van deze notitie kan dan ook niet worden toegewezen.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 januari 2018,

A.I.M. van Mierlo