

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : De heer A, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige B,  
beiden te C, tegen D te E, vertegenwoordigd door F te G  
Zaak : Aanvullende ziektekostenverzekering, mondzorg, orthodontie,  
hoogte vergoeding  
Zaaknummer : 2013.00213  
Zittingsdatum : 26 juni 2013

1. Partijen

De heer A, hierna te noemen: verzoeker, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige B, hierna te noemen: verzekerde, beiden te C,

tegen

D te E, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door F te G

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

Verder was ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [naam ziektekostenverzekeraar] Gezin Pakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. 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 vergoeding van de kosten van een orthodontische behandeling ten behoeve van verzekerde, op basis van 100% en met inachtneming van het maximum van € 2.500,- (hierna: de aanspraak). Door middel van een uitkeringspecificatie van 25 oktober 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de gedeclareerde behandelingen voor 80% worden vergoed.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 31 december 2012 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 23 maart 2013 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 2 mei 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 3 mei 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 9 mei 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 juni 2013 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 26 juni 2013 telefonisch gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
  - 4.1. In 2011 gold dat de kosten van orthodontie op basis van 100% werden vergoed met een maximum van € 2.500,- voor de gehele verzekeringsduur. Met ingang van 1 januari 2012 is de vergoeding verlaagd naar 80%; het maximumbedrag is gelijk gebleven.
  - 4.2. De ziektekostenverzekeraar weigert de kosten van de orthodontische behandelingen die hebben plaatsgevonden op 10 mei, 5 juni en 28 augustus 2012 op basis van 100% te vergoeden. Het gaat om een totaalbedrag van € 629,40. Bij verzoeker is een eigen bijdrage van € 125,88 in rekening gebracht, terwijl de maximumvergoeding van € 2.500,- nog niet is bereikt. Opmerkelijk is dat andere behandelingen, ongeacht of deze in 2011 dan wel 2012 werden uitgevoerd, automatisch op basis van 100% werden vergoed. Dit uitgezonderd één declaratie, betreffende de kosten van een behandeling die plaatsvond op 22 maart 2012, welke kosten na telefonische reclamatie alsnog voor 100% zijn vergoed.
  - 4.3. Verzoeker stelt dat de orthodontische behandeling ten behoeve van verzekerde in 2011 is gestart. De beugel is in 2012 geplaatst. De visie van de ziektekostenverzekeraar dat eerst op dat moment de orthodontische behandeling is gestart, en dat zodoende voor de behandeling voor zover deze in 2012 is uitgevoerd, de vergoeding op basis van 80% geldt, wordt door hem niet onderbouwd.
  - 4.4. Voorts voert verzoeker aan dat de ziektekostenverzekeraar met betrekking tot het vergoedingspercentage wisselend handelt in het afhandelen van de declaraties. Tijdens telefonisch contact met een medewerkster van de ziektekostenverzekeraar werd verzoeker medegedeeld dat onterecht een vergoedingspercentage van 80% was gehanteerd, en dat dit zou worden gecorrigeerd naar 100%. Op 21 november 2012 ontving verzoeker van diezelfde medewerker echter telefonisch het bericht dat toch het vergoedingspercentage van 80% werd toegepast. Alle reeds uitgevoerde en nog uit te voeren orthodontische behandelingen ten behoeve van verzekerde dienen op basis van 100% te worden vergoed, conform de polisvoorwaarden 2011.
  - 4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat uit de stukken niet blijkt dat de polisvoorwaarden 2012 in onderhavig geval gelden. Er is sprake van één tra-

ject. In de polisvoorwaarden komt niet naar voren dat het voorstadium en de eigenlijke behandeling worden onderscheiden. De start van het traject is tevens het moment waarop aanspraak bestaat op de vergoeding van maximaal € 2.500,-. Overigens wordt ook bij de declaraties geen verschil gemaakt; alles wordt onder de noemer "orthodontie" gebracht.

- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
  - 5.1. Bij voortzetting van de polis per 1 januari 2012 heeft een wijziging in de polisvoorwaarden ten aanzien van onder andere orthodontie plaatsgevonden. De dekking voor orthodontie voor verzekerden die in 2012 met hun behandeling zijn begonnen, is teruggebracht van 100% naar 80% tot maximaal € 2.500,- voor de gehele looptijd van de verzekering.
  - 5.2. De daadwerkelijke behandeling van verzekerde is in 2012 van start gegaan. Er bestaat aanspraak op vergoeding van de met de behandeling gemoeide kosten conform de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering 2012. Die voorwaarden noemen een vergoeding op basis van 80% voor orthodontische zorg tot € 2.500,- voor de gehele looptijd van de verzekering. In het wijzigingsoverzicht 2011-2012 is deze wijziging aangekondigd. Dit overzicht is de betreffende verzekerden in november 2011 gezonden. De nota's die over 2011 zijn ontvangen, betreffen orthodontische zorg zoals die in het traject voorafgaande aan de feitelijke behandeling plaatsvindt. Dit gaat om consultatie, diagnostiek en/of röntgenonderzoek. Aan de hand hiervan wordt een behandelplan door de orthodontist opgesteld. Wordt hiermee akkoord gegaan, dan kan met de feitelijke behandeling worden begonnen. Op 22 maart 2012 is de beugel geplaatst, waarmee de feitelijke behandeling is gestart. Voor de bepaling van de startdatum van de orthodontische behandeling wordt daarom uitgegaan van het kalenderjaar 2012. Overeenkomstig het bepaalde in de polis wordt daarom een vergoeding op basis van 80% toegekend.
  - 5.3. Het is begrijpelijk dat verzoeker 100% vergoeding wenst van de gedeclareerde zorg. De afhandeling van de declaraties geschiedt echter volgens de polisvoorwaarden 2012.
  - 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat onderscheid wordt gemaakt tussen het voorstadium en de eigenlijke behandeling. In 2011 zijn nota's ontvangen met betrekking tot het voorstadium, zoals nota's van röntgenfoto's. In 2012 zijn door de zorgverlener nota's ingediend betreffende de behandeling. Op de nota's zijn NZa-codes vermeld, waaruit blijkt op welk stadium de bedragen betrekking hebben. In het voorstadium kan nog worden besloten de behandeling geen doorgang te laten vinden. Tot slot stelt de ziektekostenverzekeraar dat bij de prolongatie de wijzigingen in de voorwaarden kenbaar zijn gemaakt. De ziektekostenverzekeraar gaat er vanuit dat verzoeker deze heeft ontvangen.
  - 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 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2011-2012) 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 verzekeringsvoorwaarden

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden relevant.

8.2. Artikel 11 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2011) regelt de aanspraak op orthodontische zorg. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

**“62.1. Voor verzekerden jonger dan 22 jaar**

**Omschrijving:**

*orthodontische zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden.*

**Wie mag de zorg verlenen:**

*tandarts of orthodontist.*

**Vergoeding:**

*maximaal € 2.500 voor de hele looptijd van de verzekering”*

8.3. Artikel 60 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2012) regelt de aanspraak op orthodontische zorg. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

**“60.1. Voor verzekerden jonger dan 22 jaar**

**Omschrijving:**

*orthodontische zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden.*

**Wie mag de zorg verlenen:**

*tandarts of orthodontist.*

**Vergoeding:**

*80% tot maximaal € 2.500 voor de hele looptijd van de verzekering”*

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Op grond van artikel 11 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2011) geldt dat voor orthodontische zorg vergoeding op basis van 100% tot maximaal € 2.500,-- voor de gehele verzekeringsduur wordt verleend. In 2012 is de vergoeding voor orthodontie verlaagd naar 80% tot maximaal € 2.500,-- voor de gehele verzekeringsduur. In het wijzigingsoverzicht 2011-2012 is opgenomen dat, wat betreft orthodontische zorg voor verzekerden jonger dan 22 jaar, de aanvullende ziektekostenverzekering is gewijzigd in die zin dat de vergoeding 80% tot maximaal € 2.500,-- voor de gehele looptijd bedraagt *voor behandelingen die starten in 2012*.
- 9.2. Verzoeker stelt dat de orthodontische behandeling ten behoeve van verzekerde in 2011 is gestart, en dat zodoende de voorwaarden 2011 van toepassing zijn. De ziektekostenverzekeraar stelt daarentegen dat de datum van plaatsing van de beugel bepalend is, en aangezien dit in 2012 is gebeurd, de voorwaarden 2012 van toepassing zijn. Hiertoe overweegt de commissie als volgt.
- 9.3. In de voorwaarden 2011 en 2012 is niet nader omschreven op welk moment een orthodontische behandeling aanvangt. Dit terwijl de ziektekostenverzekeraar het in zijn macht heeft de voorwaarden voor de aanvullende ziektekostenverzekering vast te stellen, en zodoende op dat punt duidelijkheid te creëren. Het standpunt van de ziektekostenverzekeraar dat de orthodontische behandeling eerst aanvangt op het moment van plaatsing van een beugel vindt geen steun in de voorwaarden. Hierbij kan nog worden opgemerkt dat de noodzakelijke duidelijkheid kennelijk ook binnen de organisatie van de ziektekostenverzekeraar ontbreekt, aangezien nota's uit 2012 direct voor 100% zijn vergoed onderscheidenlijk de vergoeding, nadat verzoeker had gereclameerd, is verhoogd van 80% naar 100%. De commissie volgt verzoeker dan ook in zijn stelling dat de orthodontische behandeling reeds in 2011 is aangevangen. Derhalve dienen de voorwaarden van 2011 te worden toegepast.

### **Conclusie**

- 9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.5. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld 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 een bedrag van € 37,--.

Zeist, 17 juli 2013,

Voorzitter