

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C te D en E te F
Zaak : Eigen risico, telefonische toezegging
Zaaknummer : 2011.01002
Zittingsdatum : 25 januari 2012

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te D, en

2) E te F,

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 basis van de Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering is tevens een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Beter Af Plus Polis 3 sterren en de Beter Af Tandarts Polis 2 sterren afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Bij brief van 15 december 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij een bedrag van € 665,- aan hem verschuldigd is voor het verplicht en vrijwillig eigen risico 2010 in verband met de kosten van de door verzoeker aangeschafte brace.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 31 december 2010 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 12 september 2011 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is ter zake van de aangeschafte brace af te zien van het in rekening brengen van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2010 (hierna: het verzoek).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 10 november 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 november 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 26 november 2011 en 10 januari 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 januari 2012 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt dat hij voorafgaand aan de aanschaf van de brace telefonisch contact heeft opgenomen met de klantenservice van de ziektekostenverzekeraar. Een medewerker van de klantenservice heeft verzoeker in dit gesprek medegedeeld dat de brace volledig ten laste van de zorgverzekering vergoed zou worden en dat hij geen kosten zou hebben. In hetzelfde gesprek heeft de medewerker van de ziektekostenverzekeraar met geen woord gesproken over een eventueel eigen risico. Aangezien verzoeker bovendien door de betreffende medewerker niet is geattendeerd op eventuele bijkomende kosten is hij van mening dat het bedrag ter hoogte van € 665,- ten onrechte bij hem in rekening is gebracht. Lange tijd heeft verzoeker dan ook geweigerd het openstaande bedrag te betalen. Toen de vordering uiteindelijk door de ziektekostenverzekeraar is overgedragen aan zijn incassogemachtigde, heeft verzoeker het bedrag inclusief de opgekomen rente en incassokosten voldaan.
- 4.2. 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 het wettelijk eigen risico in 2010 € 165,- bedroeg. Daarnaast had verzoeker in 2010 gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 500,-. De kosten van de door verzoeker in 2010 aangeschafte brace worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Voordat deze kosten worden vergoed, vindt een correctie met het eigen risico plaats. De kosten ter hoogte van € 665,- (€ 165,- + € 500,-) zijn daarom terecht bij verzoeker in rekening gebracht.
- 5.2. Met betrekking tot de eventueel gedane telefonische toezegging stelt de ziektekostenverzekeraar dat uit de registratie van de telefooncontacten niet is gebleken dat van zijn kant onjuiste mededelingen zijn gedaan.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is 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, ter zake van de door verzoeker aangeschafte brace, terecht het eigen risico 2010 ten bedrage van € 665,- in rekening heeft gebracht.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

- 8.2. De artikelen 7 en 8 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering zien op het verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico, en luiden, voor zover hier van belang, als volgt:

"Artikel 7 Verplicht eigen Risico

7.1 Voor iedere verzekerde die premie verschuldigd is voor de zorgverzekering, is het verplicht eigen risico van toepassing. De hoogte van het verplicht eigen risico bedraagt € 165,- per verzekerde per kalenderjaar.

7.2 Het verplicht eigen risico wordt in mindering gebracht op de vergoeding waarop volgens de zorgverzekering aanspraak kan worden gemaakt.

7.3 Op de vergoeding van zorgkosten die in de loop van het kalenderjaar vanuit de zorgverzekering gemaakt worden, wordt het verplicht eigen risico van € 165,- ingehouden.

(...)

7.5 De kosten van zorg die vanuit de zorgverzekering worden vergoed, worden eerst in mindering gebracht op het verplicht eigen risico en daarna in mindering gebracht op het vrijwillig gekozen eigen risico, bedoeld in artikel 8.

(...)

7.10 Wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend voor het toepassen van het verplicht eigen risico.

7.11 Wanneer wij rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende hulp hebben vergoed, zal zo nodig het openstaande verplichte eigen risicobedrag worden verrekend, dan wel van u (verzekeringnemer) worden teruggevorderd. U wordt geacht ons een volmacht te hebben verleend tot incasso van het verplichte eigen risico. Bij niet tijdige betaling kunnen wij administratiekosten in rekening brengen."

"Artikel 8 Vrijwillig gekozen eigen risico

8.1 Per kalenderjaar kan een verzekerde van 18 jaar en ouder al dan niet kiezen voor een vrijwillig gekozen eigen risico. De zorgverzekering kan worden afgesloten zonder vrijwillig gekozen eigen risico of voor verzekerden van 18 jaar en ouder met een vrijwillig gekozen eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar. Bij de keuze voor een vrijwillig gekozen eigen risico geldt een premiekorting. Het overzicht waarin deze premiekortingen staan vermeld maakt onderdeel uit van deze polis.

8.2 Het per verzekerde vrijwillig gekozen eigen risico wordt in mindering gebracht op de vergoeding waarop volgens de zorgverzekering aanspraak kan worden gemaakt.

(...)

8.4 Kosten van zorg die vanuit de zorgverzekering worden vergoed, komen eerst in mindering op het verplicht eigen risico, bedoeld in artikel 7 en worden daarna verrekend met het vrijwillig gekozen eigen risico.

(...)

8.7 Wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend voor het toepassen van een vrijwillig gekozen eigen risico.

8.8 Wanneer wij rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende hulp hebben vergoed, zal zo nodig het openstaande vrijwillig gekozen eigen risico-bedrag worden verrekend, dan wel van u (verzekeringnemer) worden teruggevorderd. U wordt geacht ons een volmacht te hebben verleend tot incasso van het vrijwillige eigen risico. Bij niet tijdige betaling kunnen wij administratiekosten in rekening brengen. (...)

- 8.3. De artikelen 7 en 8 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering zijn gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. De verschuldigdheid van het wettelijk verplicht eigen risico en de mogelijkheid tot het afsluiten van een vrijwillig eigen risico zijn geregeld in de artikelen 19 tot en met 21 Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17 en 2.18 Bzv.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoeker is ingevolge de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden voor het jaar 2010 een bedrag van maximaal € 165,- aan wettelijk verplicht eigen risico verschuldigd voor zorg die ten laste van de zorgverzekering komt. Daarnaast heeft verzoeker voor het jaar 2010 gekozen voor een vrijwillig eigen risico van maximaal € 500,-. Hiermee komt het totale eigen risico voor het jaar 2010 op maximaal € 665,-. Tussen partijen is niet in geschil dat de brace een verzekerde prestatie op basis van de zorgverzekering vormt en dat ten tijde van de aanschaf van dit hulpmiddel het maximaal verschuldigde bedrag aan eigen risico voor het jaar 2010 nog niet was voldaan. Aangezien voorts niet is gebleken dat de gedeclareerde kosten, kosten betreffen die van het eigen risico zijn uitgezonderd, is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar in het kalenderjaar 2010 niet méér kosten ten laste van het eigen risico van verzoeker heeft gebracht dan waartoe hij op grond van de polis gerechtigd was.

Telefonische toezegging

- 9.2. Door verzoeker is niet aannemelijk gemaakt dat van de zijde van de ziektekostenverzekeraar, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, bepaalde telefonische toezeggingen zijn gedaan. De enkele mededeling dat de kosten van de brace ten laste van de zorgverzekering worden vergoed, is correct. Uit deze mededeling kan niet worden afgeleid dat het verplicht en gekozen vrijwillig eigen risico niet van toepassing zijn. Zoals bij verzoeker bekend mag worden verondersteld, nu hij – naar moet worden aangenomen – na zorgvuldige afweging heeft gekozen voor het hoogste vrijwillig eigen risico, geldt het eigen risico voor alle zorg die ten laste van de zorgverzekering komt, tenzij sprake is van één van de in artikelen 7 en 8 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering opgesomde uitzonderingen, die evenwel – zoals hierboven reeds is overwogen – in dit geval niet aan de orde zijn. Het feit dat verzoeker zich bij de mededeling van de ziektekostenverzekeraar niet realiseerde dat het verplichte – en het vrijwillig eigen risico van toepassing zijn, komt voor zijn rekening.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 8 februari 2012,

Voorzitter