



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. en ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Amersfoort
Zaak : Paramedische zorg, fysiotherapie, wijziging verzekering, toezegging
Zaaknummer : 201701419
Zittingsdatum : 23 mei 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, 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) ASR Basis Ziektekostenverzekering N.V. en
- 2) ASR Aanvullende Ziektekostenverzekering N.V., beide te Amersfoort, 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 basis van de verzekering Amersfoortse Restitutie 2017 (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 Aanvullend Optimaal afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De zorgverzekering en de eveneens afgesloten aanvullende verzekering Tandarts Optimaal zijn niet in geschil en blijven daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. In verband met de beëindiging van haar dienstverband per 11 juli 2017, diende verzoekster haar collectieve aanvullende verzekering om te zetten naar een andere aanvullende verzekering. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht haar collectieve aanvullende verzekering om te zetten naar de aanvullende ziektekostenverzekering 'Aanvullend Optimaal'. Op grond van die verzekering heeft zij aanspraak gemaakt op fysiotherapiebehandelingen (hierna: de aanspraak). Bij chatbericht van 14 juli 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 2 augustus 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar zich bereid heeft getoond maximaal 36 fysiotherapiebehandelingen te vergoeden, mits verzoekster kan aantonen dat haar voormalig werkgever deze kosten, zonder dat deze bij de ziektekostenverzekeraar zijn verzekerd, voor zijn rekening zou hebben genomen bij haar uitdiensttreding, indien zij deze kosten op dat moment bij haar werkgever had geclaimd. Hiertoe diende verzoekster de volgende stukken over te leggen:

1. Een verklaring van de voormalig werkgever dat hij de kosten voor zijn rekening zou hebben genomen; en
2. een afschrift van de officiële HR- of personeelsvoorwaarden van de voormalig werkgever dat de 'onbeperkte' vergoeding fysiotherapie voor alle bij hem in dienst zijnde werknemers geldt.


- 3.4. Bij e-mailbericht van 14 november 2017 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is alsnog 36 fysiotherapiebehandelingen te vergoeden, die hebben plaatsgevonden in de periode van 1 juli 2017 tot en met 31 december 2017, 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 14 maart 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 maart 2018 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 28 maart 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 16 april 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon 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.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 mei 2018 gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft in het verleden een schouderoperatie ondergaan, waarna zij onder behandeling is gekomen bij een fysiotherapeut. Verzoekster wenst deze behandeling voort te zetten. Bij chatbericht van 16 juni 2017 heeft verzoekster aan de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat in juli 2017 een einde zou komen aan haar dienstverband. Aangezien vanaf dat moment ook de collectieve aanvullende verzekering moest worden omgezet, heeft zij bij de ziektekostenverzekeraar geïnformeerd of het mogelijk was haar polis tussentijds te wijzigen en een aanvullende verzekering af te sluiten die dekking biedt voor fysiotherapie. De ziektekostenverzekeraar heeft haar bij chatbericht van 16 juni 2017 gewezen op de mogelijkheid de aanvullende verzekering 'Aanvullend Optimaal' af te sluiten en haar geïnformeerd dat deze verzekering dekking biedt voor 36 behandelingen fysiotherapie per kalenderjaar. Verzoekster heeft vervolgens de ziektekostenverzekeraar verzocht de collectieve aanvullende verzekering om te zetten naar de aanvullende ziektekostenverzekering 'Aanvullend Optimaal'. Na de omzetting van de polis is door de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat geen aanspraak meer bestaat op fysiotherapie voor het jaar 2017 ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Verzoekster is het hier niet mee eens. Uit het chatbericht van 16 juni 2017 volgt immers dat de aanvullende ziektekostenverzekering dekking biedt voor 36 behandelingen fysiotherapie per kalenderjaar. Als zij hierop geen aanspraak kan maken, is zij door de ziektekostenverzekeraar onjuist en onvolledig geïnformeerd.


- 4.2. Voorts is het dienstverband van verzoekster beëindigd, nadat zij voor langere tijd in de ziektewet was gekomen en de relatie met haar voormalig werkgever was verslechterd. De voormalig werkgever heeft bovendien handelingen verricht die in strijd waren met de wet, waaronder het afboeken van verlofuren en het niet uitbetalen van een dertiende maand. Tevens zijn de secundaire arbeidsvoorwaarden zonder overleg aangepast, in die zin dat niet langer recht bestond op een onbeperkt aantal fysiotherapiebehandelingen. Bij de onderhandelingen met de voormalig werkgever over het ontslag zijn de ontslagvergoeding voor de te verwachten inkomensderving en de kosten van fysiotherapeutische behandelingen onderwerp van gesprek geweest. Gezien het chatbericht van 16 juni 2017 was verzoekster in de veronderstelling dat zij op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak had op 36 behandelingen fysiotherapie per kalenderjaar. Dit zou afdoende zijn om de fysiotherapiebehandelingen dat jaar voort te zetten. Om die reden is tijdens voornoemde onderhandelingen uiteindelijk niet meer gesproken over de vergoeding van de fysiotherapie. Nu achteraf blijkt dat geen aanspraak op fysiotherapiebehandelingen bestaat ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, is het niet meer mogelijk deze claim bij de werkgever neer te leggen en leidt verzoekster schade. De ziektekostenverzekeraar is hiervoor verantwoordelijk.
- 4.3. Dat de ziektekostenverzekeraar achteraf aanvullende voorwaarden stelt om voor vergoeding van de fysiotherapiebehandelingen in aanmerking te komen is onredelijk. In de eerste plaats omdat het niet aannemelijk is dat de voormalig werkgever van verzoekster zijn medewerking zal verlenen en in de tweede plaats omdat de ziektekostenverzekeraar geheel voorbij gaat aan het gegeven dat hij verzoekster onjuist en onvolledig heeft geïnformeerd.
- 4.4. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunten herhaald. Zij heeft daarbij nogmaals benadrukt dat de ziektekostenverzekeraar haar had moeten informeren dat de reeds genoten fysiotherapiebehandelingen in mindering zouden worden gebracht op de aanspraak die zij had op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering. Doordat de ziektekostenverzekeraar dit heeft nagelaten, heeft zij schade geleden.
- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Verzoekster had tot 1 juli 2017 de aanvullende verzekering 'Exclusief' met daarbij een 'werkgeversmodule 2017' met aanvulling fysiotherapie. Per 1 juli 2017 is de 'werkgeversmodule 2017' beëindigd en de aanvullende verzekering gewijzigd naar 'Aanvullend Optimaal'.
- 5.2. Bij chatbericht van 16 juni 2017 heeft verzoekster medegedeeld dat haar dienstverband zou worden beëindigd en geïnformeerd naar de mogelijkheid haar polis lopende het jaar te wijzigen. Daarnaast heeft verzoekster gevraagd naar de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering. Verzoekster is geïnformeerd over de mogelijkheid haar aanvullende verzekering te wijzigen en aan haar is medegedeeld dat de aanvullende ziektekostenverzekering dekking biedt voor maximaal 36 behandelingen fysiotherapie per kalenderjaar. Hiermee zijn de door verzoekster gestelde vragen juist en volledig beantwoord.
- 5.3. Voorts geldt dat in artikel 2 van zowel de polisvoorwaarden 'Exclusief' als in de polisvoorwaarden 'Amersfoortse Aanvullende Verzekeringen 2017' staat:
"Indien een verzekerde een lopende aanvullende verzekering heeft gewijzigd, tellen de vergoedingen mee voor de nieuwe aanvullende verzekering. Dit geldt voor zowel de termijnen van de zorgaanspraken als het bepalen van de (maximum) vergoeding".
Uit het bindend advies van de commissie van 22 juni 2016 (SKGZ201501615) volgt dat het de verantwoordelijkheid is van een verzekerde de polisvoorwaarden goed te lezen. Verzoekster had derhalve kunnen weten dat eventueel reeds ontvangen vergoedingen ten laste van de oorspronkelijke aanvullende verzekering in mindering worden gebracht op de vergoeding waarop op grond van de nieuwe/gewijzigde aanvullende verzekering aanspraak bestaat.

- 5.4. Voor zover verzoekster al recht zou hebben op een onbeperkt aantal fysiotherapiebehandelingen merkt de ziektekostenverzekeraar op dat dit dan op basis zou zijn van een afspraak tussen verzoekster en haar voormalig werkgever. Vanuit de 'werkgeversmodule' werden namelijk zowel in 2016 als in 2017 maximaal 36 behandelingen vergoed. Van door verzoekster geleden schade is geen sprake, aangezien zij op grond van de - collectieve - aanvullende ziektekostenverzekering geen aanspraak had op meer dan 36 behandelingen per kalenderjaar. Evenwel is de ziektekostenverzekeraar bereid alsnog 36 fysiotherapiebehandelingen extra te vergoeden, mits verzoekster kan aantonen dat haar voormalig werkgever de betreffende kosten, zonder dat deze bij de ziektekostenverzekeraar zijn verzekerd, voor zijn rekening zou hebben genomen bij haar uitdiensttreding indien zij deze kosten op dat moment bij haar werkgever had geclaimd. Hiertoe diende zij bepaalde stukken over te leggen. Van de geboden mogelijkheid heeft verzoekster geen gebruik gemaakt.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat verzoekster op de hoogte had kunnen zijn van de toepasselijke polisvoorwaarden, indien zij deze had geraadpleegd. Verder had het op haar weg gelegen andere en meer specifieke vragen aan de ziektekostenverzekeraar te stellen, waarbij zij de context beter had kunnen schetsen. Het ligt evenwel niet op de weg van de ziektekostenverzekeraar haar uit eigen beweging mede te delen dat het aantal fysiotherapiebehandelingen die zij reeds had ondergaan in mindering zouden worden gebracht op de aanspraak die zij had op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 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 18 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 alsnog 36 behandelingen fysiotherapie te vergoeden 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 2 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de wijze van uitvoering van de verzekering en luidt, voor zover hier van belang:
- "Wijziging van de aanvullende verzekering
Indien verzekerde een lopende aanvullende verzekering heeft gewijzigd, tellen de ontvangen vergoedingen mee voor de nieuwe aanvullende verzekering. Dit geldt voor zowel de termijnen van de zorgaanspraken als het bepalen van de (maximum) vergoeding. (...)"*
- 8.3. Artikel 3.15 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op fysiotherapie en luidt, voor zover hier van belang:
- "Wat krijgt u vergoed?
(...)
Optimaal: 36 behandelingen per kalenderjaar (...)"*

 9. Beoordeling van het geschil

-  9.1. Het staat vast dat verzoekster met ingang van 1 juli 2017 de aanvullende ziektekostenverzekering 'Aanvullend Optimaal' heeft afgesloten bij de ziektekostenverzekeraar en daarmee akkoord is gegaan met de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden. Zij wordt verondersteld hiermee ook bekend te zijn.
-  9.2. Op grond van artikel 3.15 van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op fysiotherapie tot een maximum van 36 behandelingen per kalenderjaar. Artikel 2 van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt dat indien een lopende aanvullende verzekering gedurende het jaar wordt gewijzigd, de ontvangen vergoedingen meetellen voor de nieuwe aanvullende verzekering. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster 36 fysiotherapiebehandelingen heeft ondergaan in 2017 die door de ziektekostenverzekeraar ten laste van de collectieve aanvullende verzekering zijn vergoed. Het geschil spitst zich daarom toe op de vraag of de ziektekostenverzekeraar in het chatbericht van 16 juni 2017 een toezegging heeft gedaan, op grond waarvan verzoekster er op mocht vertrouwen dat in haar situatie van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering werd afgeweken.
-  9.3. Uit de chatberichten over en weer van 16 juni 2017 tussen verzoekster en de ziektekostenverzekeraar volgt dat door verzoekster is geïnformeerd naar de mogelijkheid de polis tussentijds te wijzigen in verband met de beëindiging van haar dienstverband en dat is gevraagd naar de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering. Deze vragen zijn van algemene strekking, in die zin dat hieruit niet is op te maken dat verzoekster reeds onder behandeling was van een fysiotherapeut, dat zij al behandelingen vergoed had gekregen en dat zij deze behandelingen met een bepaalde frequentie wenste voort te zetten. De commissie is van oordeel dat het in deze situatie niet op de weg ligt van de ziektekostenverzekeraar na te gaan welke mogelijke gevolgen een en ander in het concrete geval heeft voor de aanspraak op fysiotherapie ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Verzoekster had naar die gevolgen expliciet moeten informeren, uitgaande van de situatie op dat moment. Van de ziektekostenverzekeraar mocht niet worden verwacht dat hij bij de beantwoording rekening zou houden met hetgeen verzoekster hem eerder, namelijk in mei 2017, had verteld over haar toenmalige omstandigheden. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar de op 16 juni 2017 gestelde vragen op een juiste wijze heeft beantwoord en dat geen sprake is van een eenduidige en onvoorwaardelijke toezegging, die een afwijking van de verzekeringsvoorwaarden rechtvaardigt.
-  9.4. Voor zover de voormalig werkgever bereid zou zijn geweest (een deel van) de kosten van de fysiotherapiebehandelingen voor zijn rekening te nemen op basis van de arbeidsovereenkomst, dan wel in het kader van de onderhandelingen over een ontslagvergoeding, geldt dat de ziektekostenverzekeraar hierbij geen partij is geweest. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar niet kan worden gehouden een vergoeding toe te kennen op grond van die overeenkomst, dan wel de uitkomst van de betreffende onderhandelingen.


Schadevergoeding

-  9.5. Verzoekster heeft gesteld dat zij schade lijdt, omdat zij op basis van de onvolledige en onjuiste informatie die zij van de ziektekostenverzekeraar heeft ontvangen, destijds heeft besloten geen claim voor de kosten van de fysiotherapiebehandelingen neer te leggen bij haar voormalig werkgever.
- Aangezien de commissie hiervoor reeds tot het oordeel is gekomen dat de ziektekostenverzekeraar de algemene vragen van verzoekster op een juiste wijze heeft beantwoord, moet de vordering tot schadevergoeding worden afgewezen.




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, 6 juni 2018,



J.A.M. Strens-Meulemeester