

A vertical strip of small, orange icons is located on the left side of the page. The icons represent various types of people and disabilities, including a person walking, a person in a wheelchair, a person with a cane, a person with a hearing aid, a person with a white cane, a person with a prosthetic arm, a person with a hearing aid, a person with a white cane, a person with a prosthetic arm, a person with a hearing aid, a person with a white cane, and a person with a prosthetic arm.

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A, vertegenwoordigd door de heer B, beiden te C, tegen D te E  
Zaak : Aanvullende ziektekostenverzekering, alternatieve geneeswijzen, terugvorderen vergoeding, behandeling door  
familielid  
Zaaknummer : 201301647  
Zittingsdatum : 16 april 2014

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011-2012)

---

1. Partijen

Mevrouw A, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer B, beiden te C,

tegen

D te E, hierna 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 [naam ziektekostenverzekeraar] Restitutieverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Tevens had verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar ten behoeve van haar vier kinderen een zorgverzekering afgesloten. De zorgverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken. Verder was ten behoeve van verzoekster en haar kinderen bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Plus Aanvullende verzekering afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens door verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering Tand Goed Pakket is niet in geschil en blijft om die reden onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Bij brief van 18 maart 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat zij ten onrechte vergoede kosten ter zake van alternatieve behandelingen door een familielid, ter hoogte van totaal € 2.389,24, dient terug te betalen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 28 mei 2013 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 klachtenformulier van 24 november 2013 en e-mailbericht van 7 december 2013 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is af te zien van de vordering van € 2.389,24 (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 18 februari 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 februari 2014 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 3 maart 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 april 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 16 april 2014 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
  - 4.1. Verzoekster werkt als alternatief therapeut. Op 17 januari 2011 heeft zij telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar en geïnformeerd naar de mogelijkheid van het declareren van alternatieve behandelingen, uit te voeren bij haar kinderen. Bij die gelegenheid is door de medewerker van de ziektekostenverzekeraar ingestemd met vergoeding van de kosten voor de alternatieve behandelingen, door verzoekster uit te voeren bij haar kinderen, zodat is voldaan aan artikel 1.10 van de polisvoorwaarden. Verzoekster herinnert zich dat de betreffende medewerker ruggespraak heeft gehouden met collega's. Het is onbegrijpelijk dat de ziektekostenverzekeraar ruim twee jaar na deze verleende toestemming de uitgekeerde vergoeding voor de alternatieve behandelingen terugvordert op de grond dat verzoekster niet beschikte over voorafgaande schriftelijke toestemming. Verzoekster stelt dat zij nimmer erop is geweest dat de procedure voor het verkrijgen van toestemming schriftelijk diende te geschieden. Bovendien is dit niet opgenomen in de polisvoorwaarden. Ook de medewerkers van de ziektekostenverzekeraar die betrokken waren bij het telefoongesprek van 17 januari 2011 hebben haar niet kenbaar gemaakt dat toestemming enkel schriftelijk kon worden verleend. Verzoekster persisteert in haar stelling dat aan haar - mondeling - toestemming is verleend. De ziektekostenverzekeraar dient daarom af te zien van de vordering van € 2.389,24.
  - 4.2. Verzoekster stelt verder dat beperkingen of aanvullende eisen in het kader van een door de ziektekostenverzekeraar uit te keren vergoeding, ondubbelzinnig in de polisvoorwaarden dienen te zijn opgenomen. Thans wordt de indruk gewekt dat verzoekster in gebreke is gebleven, terwijl door haar juist naar eer en geweten is gehandeld. Het is de ziektekostenverzekeraar die in gebreke is gebleven door niet eenduidig aan te geven dat de bewuste toestemming schriftelijk zou zijn moeten verleend. Voorts voert verzoekster aan dat het de verantwoordelijkheid van de ziektekostenverzekeraar is telefonische contacten zorgvuldig te registreren. Het is vreemd dat van het telefoongesprek van 17 januari 2011 geen behoorlijke registratie aanwezig is.
  - 4.3. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunt herhaald. Voorts is door haar ter aanvulling aangevoerd dat tot de laatste brief van de ziektekostenverzekeraar onduidelijk was dat de toestemming schriftelijk had moeten worden verleend. Ook de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verklaard dat uit de polisvoorwaarden niet blijkt dat de toestemming alleen schriftelijk kan worden verleend. De begrippenlijst zit achterin en het is onduidelijk welke begrippen nader worden gedefinieerd. De ziektekostenverzekeraar maakt het zodoende erg makkelijk iets over het hoofd te zien. Verzoekster stelt het onredelijk te vinden dat de bewijslast bij haar ligt. De ziektekostenverzekeraar heeft de bewuste telefoongesprekken niet geregistreerd en opgenomen. Voorts voert verzoekster aan dat haar drie eenzelfde gevallen bekend zijn waarin telefonisch toestemming is verleend door de ziektekostenverzekeraar voor behandeling van familieleden. Tot slot verklaart verzoekster dat op de ingediende nota een fout staat met betrekking tot de geboortedatum van twee kinderen.
  - 4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
  - 5.1. Verzoekster heeft een praktijk voor natuurgeneeskunde. Zij heeft in 2011 en 2012 kosten gedeclareerd van behandelingen, uitgevoerd bij haar echtgenoot en kinderen. Hiervoor is een vergoeding verleend van € 2.389,24. Dit bedrag wordt van haar teruggevorderd omdat geen voorafgaande toestemming is verleend voor het behandelen van de gezinsleden. In artikel 1.10 van de polisvoorwaarden is namelijk bepaald dat geen recht bestaat op vergoeding als kosten in rekening worden gebracht door de verzekerde zelf, diens partner, kind, ouder

of inwonend (ander) familielid, tenzij door de ziektekostenverzekeraar vooraf toestemming is verleend. Uit de begripsomschrijvingen blijkt dat onder toestemming een schriftelijke goedkeuring wordt verstaan. Verzoekster beschikt niet over een dergelijke toestemming. De ziektekostenverzekeraar stelt verder dat in de voorwaarden een postadres voor het aanvragen van zodanige toestemming is vermeld. Hieruit blijkt dat deze schriftelijk moet worden aangevraagd. De klantenservice is niet bevoegd bedoelde toestemming te verlenen.

Verzoekster geeft aan dat zij op 17 januari 2011 telefonisch heeft geïnformeerd of zij haar gezinsleden mag behandelen. De ziektekostenverzekeraar heeft van dit gesprek geen duidelijke notitie aangetroffen in zijn administratie. Medewerkers maken aantekeningen die niet altijd een volledige weergave van het gesprek zijn. Indien een toezegging niet blijkt uit de gespreksnotitie, volgt de ziektekostenverzekeraar de polisvoorwaarden. Waarschijnlijk was het voor de betreffende medewerker niet duidelijk dat verzoekster zelf als zorgverlener optrad. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat ervan mag worden uitgegaan dat verzekerden op de hoogte zijn van de inhoud van de polisvoorwaarden.

- 5.2. Op 24 september 2012 heeft verzoekster contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar over het vergoedingsoverzicht met nummer 2012 10. De conclusie van dit gesprek is dat de zorgverlener tweemaal € 240,- heeft gedeclareerd voor een kind met geboortedatum 20-04-2002. Uit de gedeclareerde nota's blijkt dat het gaat om zorgverlener Emc-care. Voorts blijkt uit de gespreksnotitie dat verzoekster de betreffende nota zal laten corrigeren door de zorgverlener. Hierdoor is de indruk gewekt dat de zorgverlener iemand anders is dan zichzelf. Emc-care is echter de praktijk van verzoekster. De praktijk staat overigens op de meisjesnaam van verzoekster.
- 5.3. Declaraties worden digitaal verwerkt. Het is ondoenlijk elke ingediende declaratie vooraf te controleren. Achteraf worden steekproefsgewijze controles uitgevoerd op de ingediende en uitgekeerde declaraties. Daarom is het niet ongebruikelijk dat pas geruime tijd na een uitbetaling een controle wordt uitgevoerd, en dat eventueel een onterecht uitbetaald bedrag wordt teruggevorderd.
- 5.4. De vergoedingen voor de behandelingen die door verzoekster bij haar gezinsleden zijn uitgevoerd worden terecht teruggevorderd. Uit de gespreksnotities is niet op te maken dat verzoekster steeds duidelijk is geweest over de relatie tussen haar en de zorgverlener van haar kinderen. De ziektekostenverzekeraar is bereid voor de openstaande vordering een betalingsregeling te treffen met verzoekster.
- 5.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald. Voorts is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het toestemmingsvereiste is opgenomen in verband met belangenverstrengeling. Alle begrippen op de lijst die bij de polisvoorwaarden is gevoegd, zien op begrippen in de polis. De begripsomschrijving van "toestemming" ziet zodoende op het begrip "toestemming" zoals vermeld in de betreffende polisvoorwaarde. Tot slot verklaart de ziektekostenverzekeraar dat tussen de uitkeringspecificatie en het onderzoek zeven à acht maanden zitten. De vordering is zodoende tijdig ingesteld.
- 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 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 terecht terugbetaling van een bedrag van € 2.389,24 van verzoekster vordert.

## 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. Artikel 9 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2011) regelt de aanspraak op alternatieve zorg. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving:

Alternatieve zorg bestaat uit:

1. behandelingen en consulten die vallen onder de volgende stromingen:

- a. acupunctuur en andere traditionele Oosterse geneeswijzen;
- b. antroposofie;
- c. homeopathie;
- d. natuurgeneeswijzen;
- e. psychosociale zorg.

Wie mag de zorg verlenen:

- voor de zorg onder a tot en met d: een arts met een BIGregistratie (Wet op de individuele beroepen) of een door ons aangewezen zorgaanbieder;

- voor de zorg onder e: een door ons aangewezen zorgaanbieder.

(...)

Het totale budget alternatieve zorg bedraagt:

(...)

[naam aanvullende ziektekostenverzekering]

maximaal € 800 per kalenderjaar"

Artikel 9 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2012) is van gelijke strekking.

- 8.3. Artikel 1.10 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2011-2012) betreft de toepasselijke uitsluitingen. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"Uitsluitingen

U hebt geen recht op:

(...)

- vergoeding als de kosten in rekening worden gebracht door uzelf, uw partner, kind, ouder of inwonend (ander) familielid, tenzij door ons vooraf toestemming is verleend."

- 8.4. In de "Begripsomschrijvingen" van de aanvullende ziektekostenverzekering (2011-2012) is toestemming als volgt omschreven:

"Toestemming (machtiging): een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens [naam ziektekostenverzekeraar] voor u wordt verstrekt, voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg."

- 8.5. Artikel 3:37 lid 1 BW luidt:

"Tenzij anders is bepaald, kunnen verklaringen, met inbegrip van mededelingen, in iedere vorm geschieden, en kunnen zij in een of meer gedragingen besloten liggen."

## 9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. De ziektekostenverzekeraar is in eerste instantie overgegaan tot vergoeding van de alternatieve behandelingen ten behoeve van de kinderen van verzoekster. Verzoekster treedt in dit verband op als verzekeringnemer en was daarom gerechtigd tot de uitkering. Een bedrag van totaal € 2.389,24 is aan haar vergoed. Bij een controle achteraf bleek dat verzoekster de betreffende behandelingen had uitgevoerd en is genoemd bedrag teruggevorderd.

- 9.2. In artikel 1.10 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2011-2012) is bepaald dat de kosten van zorg niet worden vergoed indien deze kosten door de verzekerde in rekening zijn gebracht. Een uitzondering is gemaakt voor het geval aan de verzekerde vooraf toestemming is verleend.

Vast staat dat in het onderhavige geval verzoekster de alternatieve behandelingen heeft gedeclareerd. Partijen zijn echter verdeeld over de vraag of voorafgaande toestemming voor de behandelingen is gevraagd en verkregen.

- 9.3. Verzoekster heeft in dit kader gesteld dat op 17 januari 2011 telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar heeft plaatsgevonden, bij welke gelegenheid door de betreffende medewerker - na overleg met collega's - aan haar toestemming is verleend voor het declareren van alternatieve behandelingen, die door verzoekster zijn uitgevoerd bij haar kinderen. De ziektekostenverzekeraar betwist dat aan verzoekster een zodanige toestemming is verleend. Wél wordt erkend dat op 17 januari 2011 telefonisch contact is geweest.
- 9.4. De commissie overweegt dat door verzoekster niet aannemelijk is gemaakt dat van de zijde van de ziektekostenverzekeraar, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, telefonisch toestemming is verleend. Weliswaar is komen vast te staan dat op 17 januari 2011 telefonisch contact tussen verzoekster en de ziektekostenverzekeraar heeft plaatsgevonden, maar de inhoud van dit gesprek is geenszins zeker. De commissie merkt in dit verband op dat het lastig is de exacte vraagstelling en de beantwoording daarvan te reconstrueren, terwijl dan nog het probleem blijft hoe dit antwoord luidde, respectievelijk mocht worden opgevat. Dat verzoekster de wijze van gespreksregistratie door de ziektekostenverzekeraar onzorgvuldig acht, maakt de uitkomst niet anders.
- 9.5. Zodoende dient te worden aangenomen dat door de ziektekostenverzekeraar geen voorafgaande toestemming is verleend, zodat sprake is van een situatie zoals bedoeld in artikel 1.10 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2011-2012). De ziektekostenverzekeraar vordert derhalve terecht het bedrag van totaal € 2.389,24 van verzoekster.
- 9.6. Door verzoekster is nog aangevoerd dat - anders dan de ziektekostenverzekeraar stelt - uit de polisvoorwaarden niet onmiskenbaar blijkt dat toestemming schriftelijk dient te worden verleend. Hiertoe merkt de commissie op dat, gelet op hetgeen hiervoor is overwogen, de vorm waarin de toestemming zou moeten worden verleend, niet meer relevant is. Volstaan zij met de constatering dat uit artikel 1.10 en de "Begripsomschrijvingen" van de aanvullende ziektekostenverzekering (2011-2012) kan worden opgemaakt dat toestemming steeds schriftelijk dient te worden verleend. Verzoekster mag als verzekeringnemer bekend worden verondersteld met de geldende verzekeringsvoorwaarden.

### **Conclusie**

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

### 10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 14 mei 2014,

Voorzitter