



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak : Tandheilkundige zorg, ongeval, vervangen kroon
Zaaknummer : 201800248
Zittingsdatum : 14 november 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 2015-2017)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
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 Basis Zeker (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*** 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 om die reden verder onbesproken.


3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding


- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval (hierna: de aanspraak). Bij brief van 2 februari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is toegewezen voor zover deze ziet op de elementen 11 en 12. Bij brief van 9 mei 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen voor zover deze ziet op de elementen 21 en 31.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 15 september 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 brief van 21 juni 2018 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig 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 31 augustus 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 september 2018 aan verzoekster gezonden, waarbij haar is verzocht de commissie van nadere informatie te voorzien. Bij brief van 24 september 2018 heeft verzoekster aanvullende informatie toegezonden. Een afschrift hiervan is bij brief van 25 september 2018 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop schriftelijk te reageren. Van de geboden mogelijkheid heeft de ziektekostenverzekeraar geen gebruik gemaakt.


 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 24 oktober 2018 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 9 november 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens af te zien van horen.

 3.8. Op grond van artikel 114, derde lid, Zwv 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 Zwv, 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 op 5 december 2015 een ongeval gehad, waarbij haar voortanden zijn beschadigd. Zij is van 7 december 2015 tot en met 20 februari 2017 onder behandeling geweest van een tandarts en een implantoloog om de schade aan haar tanden te laten herstellen. De behandelend tandarts heeft verschillende kostenbegrotingen ingediend bij de ziektekostenverzekeraar en hem verzocht de voorgestelde behandelingen te machtigen.

 4.2. Per abuis heeft de behandelend tandarts in de kostenbegrotingen enkel de behandeling van de elementen 11 en 12 opgenomen. Bij brief van 15 november 2016 heeft de behandelend tandarts een nieuw aanvraagformulier ingediend, waarop hij heeft verklaard: *"Betreft een aanvulling op eerder afgegeven machtiging 2160050109 voor vergoeding vanuit de ongevallen verzekering. Element 21 is per abuis niet in de originele kostenbegroting meegenomen. Bijgaand de kostenbegroting voor kroon 21"*. Verzoekster is van mening dat de behandelend tandarts hiermee tijdig, dat wil zeggen binnen één jaar nadat het ongeval heeft plaatsgevonden, een machtigingsverzoek heeft ingediend. Bovendien meent zij dat haar niet kan worden tegengeworpen dat de behandelend tandarts de behandeling van element 21 aanvankelijk niet in de kostenbegrotingen heeft opgenomen.

 4.3. Bij e-mailbericht van 23 mei 2017 heeft de behandelend tandarts aan de ziektekostenverzekeraar nogmaals verzocht de behandeling aan element 21 te machtigen. Hiertoe heeft hij een aanvraagformulier 'Ongevallendeckking tandheelkunde' en een kostenbegroting ingediend. De tekst van het betreffende e-mailbericht luidt:
"Bij de aanvraag van machtiging (2160050109) voor vergoeding vanuit de ongevallenverzekering van [naam verzoekster en relatienummer] is per abuis vergeten element 21 mee te nemen in de begroting. Dit element, waar een kroon op zat, is wel degelijk beschadigd bij dit ongeval. Er zijn dus geenszins cosmetische overwegingen voor het vervangen van de kroon op element 21. Hierbij verzoek ik u de machtiging af te geven voor de eerder ingediende aanvraag van 1 mei jl. tot vergoeding van de behandeling. Deze aanvraag zit als bijlage bij de e-mail. (...)"

- 4.4. De ziektekostenverzekeraar stelt ten onrechte dat niet aannemelijk is gemaakt dat element 21 is beschadigd als gevolg van het ongeval. Immers, hierover heeft de behandelend tandarts op 4 januari 2018 verklaard: "(...) [Verzoekster] bezocht mijn praktijk op 07 december 2015 na haar ongeval; ik heb in eerste instantie geen melding gemaakt van de beschadiging van de reeds aanwezige kroon op element 21, aangezien de focus op dat moment op het zwaar getraumatiseerde element 12 lag. Wanneer ik dit precies heb ontdekt is niet bekend; dit moet ergens medio 2016 zijn geweest met het inplannen van de behandelingen. Helaas is de beschadiging niet/moeilijk zichtbaar, omdat er geen foto's beschikbaar zijn van de binnenkant van element 21 (...)". In aanvulling hierop heeft de behandelend tandarts op 18 januari 2018 verklaard: "Voor zover ik kan nagaan was bij het consult d.d. 07-12-2015 een porselein-chip (een stuk van de kroon) afgebroken van de reeds aanwezige kroon op element 21. Dit heb ik destijds gepolijst/glad gemaakt. Het vervangen van de kroon op dit element was een absolute voorwaarde om tot een esthetisch bevredigend eindresultaat te komen. Helaas is deze beschadiging niet op foto's na te gaan." Verzoekster is van mening dat de verklaringen van de behandelend tandarts niet zonder meer door de ziektekostenverzekeraar terzijde mogen worden geschoven.
- 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. Op basis van artikel 18 van de aanvullende ziektekostenverzekering heeft een verzekerde aanspraak op tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval, mits het ongeval tijdens de looptijd van de verzekering heeft plaatsgevonden. Daarnaast moet de behandeling plaatsvinden binnen één jaar na het ongeval, tenzij het noodzakelijk is een (definitieve) behandeling uit te stellen. Verder dient een verzekerde voorafgaand aan de behandeling hiervoor toestemming te hebben gekregen van de ziektekostenverzekeraar. Bij het indienen van een verzoek om toestemming, moeten een behandelplan, een kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's worden meegestuurd.
- 5.2. Ten behoeve van verzoekster is door de behandelend tandarts om toestemming gevraagd voor de behandeling van de elementen 11 en 12. Daarnaast is een aanvraag ontvangen van de behandelend implantoloog voor een implantaatbehandeling ter plaatse van element 12. Bij brief van 2 februari 2016 is aan verzoekster een machtiging verstrekt met daarbij een declaratieformulier 'Ongevallendekking tandheelkunde'. Op het betreffende declaratieformulier staan alle verrichtingen die voor vergoeding in aanmerking komen.
- 5.3. Bij e-mailbericht van 15 november 2016 heeft de behandelend tandarts verzocht de afgegeven machtiging te verlengen tot 5 mei 2017, omdat het hem niet lukte de prothetische behandeling vóór 5 december 2016 af te ronden. Bij brief van 18 november 2016 is dit verzoek gehonoreerd. In deze brief is verder opgenomen dat de toestemming is verlengd met uitzondering van de prestatiecode T89. Uit de betreffende brief volgt niet dat toestemming is verleend voor een behandeling aan element 21.
- 5.4. Er blijkt verder nergens uit dat de kroon op element 21 is beschadigd bij het ongeval dat verzoekster heeft gehad. Op de patiëntenkaart van verzoekster is vermeld dat een chip glazuur was afgebroken van element 11, in plaats van element 21. Op de patiëntenkaart is verder niet vermeld wanneer de behandelend tandarts de beschadiging van de kroon op element 21 precies heeft ontdekt, terwijl dit wel als zodanig op de patiëntenkaart had moeten worden geregistreerd. De ziektekostenverzekeraar acht het verder niet aannemelijk dat de behandelend tandarts en de behandelend implantoloog de schade aan element 21 beiden niet vermelden op de patiëntenkaart, terwijl deze er wel zou zijn geweest. Ook in de kostenbegrotingen die zijn ingediend op 22 december 2015 en 24 december 2015 wordt niet gesproken over element 21. Bij brieven van 7 januari 2016, 2 februari 2016, 18 november 2016, 15 december 2016 en 22 december 2016 heeft de behandelend tandarts diverse aanpassingen aangebracht in de begroting. Ook in de betreffende brieven wordt niet gesproken over element 21. Tevens is op de röntgenfoto's, die bij de eerste aanvraag zijn meegestuurd, geen schade zichtbaar aan element 21.

5.5. De ziektekostenverzekeraar is verder van mening dat hij niet het vertrouwen bij verzoekster heeft gewekt dat de behandeling aan element 21 alsnog zou worden vergoed. Immers, op de afgegeven machtiging stond precies voor welke verrichtingen vergoeding werd verleend. Hierop stond geen behandeling aan element 21. De ziektekostenverzekeraar ziet dan ook geen aanleiding de kosten van de betreffende behandeling alsnog te vergoeden.

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 18.4 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering (2015-2017), welk artikel eveneens van toepassing is op 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 is gehouden de kosten van de behandeling aan element 21, waaronder het vervangen van een kroon, alsnog 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 18 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2015) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval voor verzekerden van 18 jaar en ouder en luidt, voor zover hier van belang:

"Wij vergoeden aan verzekerden van 18 jaar en ouder tandheelkundige zorg door een tandarts of kaakchirurg. De behandeling moet het gevolg zijn van een ongeval tijdens de looptijd van deze verzekering. Daarnaast moet de behandeling plaatsvinden binnen 1 jaar na het ongeval, tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen, doordat het gebit niet volgroeid is. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er wel of geen sprake is van een volgroeid gebit of van tijdelijke behandeling. Ten tijde van zowel het ongeval als de behandeling moet er volgens deze verzekering dekking zijn.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1. U moet van ons vooraf toestemming hebben gekregen. Voordat wij toestemming geven, beoordelen wij uw aanvraag voor de behandeling: is deze doelmatig en rechtmatig?*
- 2. Bij uw aanvraag voor toestemming moet een behandelplan met kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's zitten. Het behandelplan moet zijn opgesteld door uw tandarts of kaakchirurg.*

(...)

Aanvullend

(...)

3 sterren - maximaal € 10.000,- per ongeval (...)"


8.3. Artikel 17 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2016) en artikel 18 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2017) zijn van gelijke strekking.

9. Beoordeling van het geschil


- 9.1. De commissie overweegt dat een verzekerde op basis van artikel 18 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2015) aanspraak kan maken op tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval. Als voorwaarde voor vergoeding is vermeld dat voorafgaand aan de behandeling toestemming moet worden verleend door de ziektekostenverzekeraar. Een verzekerde moet hiervoor een aanvraag indienen bij de ziektekostenverzekeraar, en daarbij afschriften van het behandelplan, de kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's meesturen. Tussen partijen is niet in geschil dat op 22 december 2015 en 24 december 2015 ten behoeve van verzoekster aanvragen zijn ingediend voor tandheelkundige zorg aan de elementen 11 en 12, en dat deze zorg is gemachtigd door de ziektekostenverzekeraar. Het geschil spitst zich toe op de vraag of de ziektekostenverzekeraar is gehouden tevens de tandheelkundige zorg aan element 21 te vergoeden. Dienaangaande overweegt de commissie het volgende.
- 9.2. Het staat vast dat de behandelend tandarts op 15 november 2016 een e-mailbericht aan de ziektekostenverzekeraar heeft gestuurd, waarin hij enerzijds verzoekt de gemachtigde periode te verlengen tot 5 mei 2017 en hij anderzijds beschrijft welke behandelingen hij nog dient uit te voeren. Hierbij wordt tevens de behandeling aan element 21 genoemd. Uit de tekst van het e-mailbericht volgt niet dat de behandelend tandarts verzoekt de behandeling aan element 21 te machtigen. Daarnaast is bij het betreffende e-mailbericht geen aanvraagformulier of kostenbegroting gevoegd. Dit betekent dat het e-mailbericht van 15 november 2016 niet is aan te merken als een machtigingsaanvraag als omschreven in de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden. Daarbij merkt de commissie op dat de ziektekostenverzekeraar bij brief van 18 november 2016 aan verzoekster heeft medegedeeld dat de gemachtigde periode is verlengd tot 5 mei 2017, maar dat uit de betreffende brief niet volgt dat de behandeling aan element 21 is gemachtigd. Dit betekent dat de vereiste toestemming van de ziektekostenverzekeraar voor deze behandeling in de betreffende brief niet is gegeven en ook op dit onderdeel niet wordt voldaan aan de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden.
- 9.3. Verder staat vast dat de behandelend tandarts op 23 mei 2017 een e-mailbericht aan de ziektekostenverzekeraar heeft gestuurd, waarin wordt verzocht de behandeling aan element 21 te machtigen. Bij het e-mailbericht waren het aanvraagformulier 'Ongevallendeckking tandheelkunde' en een kostenbegroting gevoegd. Bij brief van 31 mei 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar hierop afwijzend gereageerd. De commissie overweegt dat in artikel 18 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2017) is bepaald dat een behandeling moet plaatsvinden binnen één jaar na het ongeval én dat hiervoor voorafgaand aan de behandeling toestemming moet zijn verleend door de ziektekostenverzekeraar. Uit de door verzoekster overgelegde nota's volgt dat de behandeling aan element 21 heeft plaatsgevonden op respectievelijk 31 januari 2017 en 20 februari 2017. Dit betekent dat de behandeling meer dan één jaar na het ongeval - op 5 december 2015 - heeft plaatsgevonden en dat de aanvraag reeds om die reden moet worden afgewezen. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar geen voorafgaande toestemming gegeven voor de behandeling, hetgeen ook niet mogelijk was, omdat de aanvraag hiervoor pas achteraf is ingediend. Dit betekent dat ook op dit onderdeel niet is voldaan aan hetgeen is bepaald in de verzekeringsvoorwaarden. In dit kader heeft verzoekster aangevoerd dat de schade aan element 21 niet eerder zichtbaar was, dan wel niet eerder kon worden geconstateerd. Dit is door verzoekster echter niet aannemelijk gemaakt. Integendeel, volgens de behandelend tandarts is tijdens het consult op 7 december 2015 reeds geconstateerd dat een chip van de kroon op element 21 was afgebroken. Wanneer de noodzaak tot (verdere) behandeling is vastgesteld, is niet meer te achterhalen. Indien dit inderdaad medio 2016 was, had de behandelend tandarts tijdig een aanvraag moeten indienen. Dat hij dit heeft nagelaten kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen. Hetgeen verzoekster overigens heeft aangevoerd leidt niet tot een andere uitkomst.



 **Conclusie**

9.4. 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 november 2018,


 G.R.J. de Groot