

RAAD VAN TOEZICHT VERZEKERINGEN

UITSpraak Nr. 2003/67 Med

in de klacht nr. 2002.4220 (145.02)

ingediend door:

hierna te noemen 'klager',

tegen:

hierna te noemen 'verzekeraar'.

De Raad van Toezicht Verzekeringen heeft kennis genomen van de schriftelijke klacht, alsmede van het daartegen door verzekeraar gevoerde schriftelijke verweer. De Raad heeft aanleiding gevonden, alvorens uitspraak te doen, verzekeraar in een zitting van de Raad te horen.

Voor zover voor de beoordeling van de klacht van belang, is het navolgende gebleken.

Inleiding

Klager is via een door zijn ex-werkgever gesloten collectieve zorgverzekering bij verzekeraar tegen het risico van ziektekosten verzekerd.

In artikel 2.1.6.2 van de op de verzekering van toepassing zijnde verzekeringsvoorwaarden is onder het kopje 'Eigen bijdragen hoortoestellen' bepaald: 'Vergoeding wordt verleend voor de kosten van een hoortoestel tot een maximum bedrag van € 817,- per hoortoestel. Dit bedrag is inclusief de vergoeding conform de Uniforme regeling Hulpmiddelen en betreft tevens een eventueel meegeleverde afstandsbediening. De kosten van het bijbehorende oorstukje en de batterijen (alleen bij de eerste aanschaf) komen daarnaast volledig voor vergoeding in aanmerking.'

De klacht betreft de wijze waarop verzekeraar de door klager en diens audicien ingediende declaraties voor twee hoortoestellen heeft afgehandeld. Blijkens een brief van 25 september 2002 van verzekeraar aan klager is door klager voor de hoortoestellen een bedrag van € 1.654,75 gedeclareerd, maar is het aan hem uit te keren bedrag nihil. In de brief vermeldt verzekeraar dat de eigen bijdrage op een hoortoestel niet onder de polisdekking valt. Nadat klager zich bij brief van 21 oktober 2002 bij de directie van verzekeraar had beklagd omtrent de wijze van afhandelen van zijn declaratie en te kennen had gegeven dat hij als gevolg daarvan renteverlies, telefoonkosten en ergernis had, heeft deze in een brief van 6 november 2002 aan klager meegedeeld dat de nota van de leverancier volgens de Regeling Hulpmiddelen is behandeld en dat een bedrag van € 1.052,98 aan de leverancier is betaald, maar dat verzuimd is aan klager een aanvullende vergoeding ten bedrage van € 699,- te betalen. In de brief heeft verzekeraar zijn excuses daarvoor en voor de niet optimale communicatie aangeboden aan klager.

De klacht

2003/67 Med

1. De getrapte procedure kan tot een ongewenste situatie leiden, als verzekeraar de audicien het standaardtarief vergoedt, de verzekerde van de audicien een nota voor het verschil ontvangt en deze nota betaalt in de veronderstelling dat het bedrag juist is. Degene die zoals klager een verdergaande dekking voor hoortoestellen heeft, wordt dan benadeeld voor het verschil tussen het verzekerde bedrag en het standaardtarief. De belangen van de verzekerde zijn ondergeschikt gemaakt aan de belangen van de audicien.

2. Verder heeft verzekeraar de door klager ingediende declaratie voor de hoortoestellen onzorgvuldig afgehandeld. 3. Voorts heeft hij klagers klacht op een laconieke en routinematige wijze behandeld.

Het standpunt van verzekeraar

Zoals hij al in zijn brief van 6 november 2002 aan klager heeft meegedeeld is verzekeraar met de leveranciers van hoortoestellen overeengekomen dat vergoeding plaatsvindt op basis van de regeling Hulpmiddelen. Deze regeling is in 2002 opgesteld door Zorgverzekeraars Nederland. Aan de hand van de op deze grond afgegeven machtiging declareert de leverancier rechtstreeks bij verzekeraar. Voor deze handelwijze is gekozen om zoveel mogelijk duidelijkheid te scheppen. In de offerte waarmee de leverancier het hoortoestel aanvraagt, en waarvan de verzekerde doorgaans een kopie krijgt, gaat de leverancier namelijk ook uit van de te verwachten vergoeding op basis van de regeling Hulpmiddelen. Als de leverancier vervolgens een machtiging ontvangt met een afwijkend vergoedingsbedrag, dan levert dit onduidelijkheid op. De verzekerde kan in de polisvoorwaarden nazien wat de vergoeding voor de eigen bijdrage is.

In klagers geval is ten onrechte in eerste instantie de nota van de eigen bijdrage afgewezen. Daarbij is over het hoofd gezien dat klager op grond van een bijzondere clausule in een collectieve verzekering van de werkgever van klager extra dekking had. In zijn brief van 6 november 2002 aan klager heeft verzekeraar dit gecorrigeerd en heeft hij hem zijn excuses aangeboden. Hoewel verzekeraar betreurt dat klager ontevreden is over de afhandeling van zijn klacht, verleent hij klager geen vergoeding voor telefoonkosten en renteverlies. In de polis is hiervoor geen vergoedingsregeling opgenomen.

Het commentaar van klager

Klager heeft, kennis genomen hebbend van het verweer van verzekeraar, zijn klacht gehandhaafd.

Het verdere verloop van de klachtprocedure

In een faxbericht van 11 juni 2003 heeft verzekeraar kopie van de nota's overgelegd die de audicien heeft gezonden aan verzekeraar en aan klager. In het faxbericht heeft verzekeraar nog aangevoerd dat hij op basis van die nota's een bedrag van € 1.052,98 aan de audicien heeft betaald volgens de regeling Hulpmiddelen. De audicien heeft dit bedrag in mindering gebracht op het door klager te betalen bedrag. Klager heeft vervolgens het resterende bedrag, € 1.654,75, bij verzekeraar gedeclareerd. Verzekeraar wijst er nog op dat artikel 2.1.6.1 van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden uitdrukkelijk bepaalt dat onder bepaalde voorwaarden recht bestaat op vergoeding van medische hulpmiddelen, dat daarbij wordt gewezen op de Uniforme regeling Hulpmiddelen

2003/67 Med

en dat de verzekerde toestemming aan verzekeraar moet vragen alvorens tot aanschaf van de gewenste medische hulpmiddelen over te gaan. Klager heeft kennelijk nagelaten vooraf toestemming te vragen, omdat hij dan, zoals gebruikelijk, op dat moment van verzekeraar een schriftelijke machtiging zou hebben ontvangen, waaruit blijkt welk bedrag maximaal wordt vergoed.

Het overleg met verzekeraar

Ter zitting is de klacht met verzekeraar besproken.

Het verdere verloop van de klachtprocedure

De Raad heeft klager bij brief van 17 juni 2003 het faxbericht van 11 juni 2003 toegezonden en hem in kennis gesteld van het feit dat verzekeraar ter zitting heeft erkend dat de door klager gestelde telefoonkosten als buitengerechtigde kosten als bedoeld in artikel 6:96 BW voor vergoeding in aanmerking kunnen komen.

In reactie daarop heeft klager zijn klacht gehandhaafd. Klager merkt nog op dat hij via de audicien vooraf aan verzekeraar om toestemming heeft gevraagd.

Het oordeel van de Raad

1. Verzekeraar heeft aangevoerd dat hij met de leveranciers van hoortoestellen is overeengekomen dat vergoeding plaatsvindt op basis van de Uniforme regeling Hulpmiddelen. Verzekeraar heeft verder aangevoerd dat de verzekerde in de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden kan nazien op welke vergoeding van hoortoestellen hij aanspraak heeft en dat op grond van het bepaalde in artikel 2.1.6.1 van deze voorwaarden vergoeding slechts wordt verleend na toestemming vooraf van verzekeraar, waarbij deze nadere voorwaarden kan stellen. Als hem vooraf toestemming was gevraagd, aldus verzekeraar, zou hij klager een schriftelijke machtiging hebben verstrekt, waaruit blijkt welk bedrag maximaal wordt vergoed. Verdedigbaar is het standpunt dat op deze wijze voldoende duidelijk voor de verzekerden is hoe de vergoeding van hoortoestellen plaatsvindt. In zoverre heeft verzekeraar de goede naam van het verzekeringsbedrijf niet geschaad en zal de klacht ongegrond worden verklaard.

2. Na ontvangst van de nota van de audicien heeft verzekeraar aan de audicien overeenkomstig de Uniforme regeling Hulpmiddelen betaald. De door klager vervolgens ingediende declaratie voor het restant van het door de audicien in rekening gebrachte bedrag heeft verzekeraar pas vergoed nadat klager zich bij verzekeraars directie erover had beklaagd dat geen rekening was gehouden met de extra dekking ingevolge de collectieve verzekering van de werkgever. Verzekeraar heeft bij brief van 6 november 2002 aan klager voor het verzuim en de niet optimale communicatie zijn verontschuldigen aangeboden. Met verzekeraar is de Raad van oordeel dat de behandeling van klagers claim voor verbetering vatbaar was. Dit een en ander acht de Raad evenwel niet zodanig ernstig dat sprake is van een schaden van de goede naam van het verzekeringsbedrijf. Ook in zoverre zal de klacht ongegrond worden verklaard.

3. De Raad is tenslotte van oordeel dat de door klager aangevoerde feiten en omstandigheden niet het oordeel rechtvaardigen dat verzekeraar de klachten van klager op een te laconieke en te routinematige wijze heeft behandeld. Dit onderdeel van de klacht dient daarom eveneens ongegrond te worden verklaard.

2003/67 Med

De beslissing

De Raad verklaart de klacht ongegrond.

Aldus is beslist op 10 november 2003 door Mr. F.H.J. Mijnsen, voorzitter, Mr. H.C. Bitter, Drs. D.F. Rijkels, arts, Mr. B. Sluijters en Dr. B.C. de Vries, arts, leden van de Raad, in tegenwoordigheid van Mr. S.N.W. Karreman, secretaris.

De Voorzitter:

(Mr. F.H.J. Mijnsen)

De Secretaris:

(Mr. S.N.W. Karreman)