

## RAAD VAN TOEZICHT VERZEKERINGEN

UITSpraak Nr. 2007/030 Med

in de klacht nr. 2006.3260 (086.06)

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.

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

### Inleiding

Klager heeft voor zichzelf en twee kinderen, waarvan een is geboren op 19 maart 1993, bij verzekeraar een ziektekostenverzekering gesloten.

Artikel 2.44 van de op deze verzekering van toepassing zijnde verzekeringsvoorwaarden bepaalt:

#### **'(...) Brillen of contactlenzen**

##### **Vergoeding**

- Volledig tot maximaal € 500,-.
- Voor de aanschaf van brillenglazen (...) of contactlenzen.
- Eén keer per 36 maanden.

##### **Voorwaarden**

- Bij een afwijking per oog van vier of meer dioptrieën.
- Onder lenzen wordt verstaan (...) contactlenzen die door een opticien zijn verstrekt.'

Artikel 6.3 van deze voorwaarden bepaalt:

#### **'(...) Indientermijn en specificatie van de nota's**

De verzekeringnemer is verplicht de originele nota's (...) in te dienen. Deze nota's dienen op zodanige wijze te zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoedingen de verzekeraar is gehouden. (...)'

Met een op 2 oktober 2005 gedateerd declaratieformulier heeft klager bij verzekeraar vergoeding geclaimd van twee nota's van contactlenzen. Een nota, uitgeschreven door Pearle en gedateerd 18 maart 2005, betrof blijkens de vermelding van de geboortedatum het kind van klager dat is geboren op 19 maart 1993. De nota bedraagt € 154,- en betreft een contactlens rechts sferisch – 3,75 en een contactlens links sferisch – 4,25. De andere nota is van Mylenses.nl, is gericht aan klager, bedraagt € 59,- en betreft twee contactlenzen, namelijk

2007/030 Med

R sterkte – 3,75 en L sterkte – 4,25. Op het declaratieformulier heeft klager vermeld dat beide nota's zijn op 19 maart 1993 geboren kind betreffen, en voorts dat de uitkering aan klager moet worden overgemaakt.

Bij brief van 28 oktober 2005 heeft verzekeraar aan klager meegedeeld dat de nota van € 59,- niet werd uitgekeerd en dat van de nota van € 154,- de helft werd uitgekeerd op de bankrekening van klager. De brief vermeldt als redenen: 'De maximum vergoeding per verzekerde per 36 maanden, zoals in de polisvoorwaarden genoemd, is bereikt.

Voor een deel van de nota kan geen vergoeding worden verleend, omdat de contactlenzen niet voldoen aan de in de polisvoorwaarden genoemde sterkte.'

Vervolgens is klager met verzekeraar in correspondentie getreden over het door deze ingenomen standpunt en heeft hij van hem aanvullende uitkering gevraagd. Tussenkost van de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft ertoe geleid dat verzekeraar, die in zijn brief van 25 juli 2006 aan deze Ombudsman heeft verklaard het vermoeden te hebben gekregen dat ook de nota ten bedrage van € 59,- het op 19 maart 1993 geboren kind betreft, zich bereid heeft verklaard coulancehalve (omdat Mylenses.nl geen opticien is) de helft daarvan aan klager uit te keren nadat deze alsnog een nota van Mylenses.nl zou hebben overgelegd waarin duidelijk vermeld staat dat de nota dit kind betreft.

#### De klacht

Sinds oktober 2005 heeft klager problemen met verzekeraar. Ondanks alle correspondentie en telefoongesprekken met verzekeraar, en interventie van de Ombudsman Zorgverzekeringen, zijn de klachten van klager niet opgelost.

De klachten betreffen het navolgende:

\* Een incompetent administratie bij verzekeraar waardoor hij kostendeclaraties veel te laat betaalt, niet alleen aan klager maar ook aan derden/dienstverleners. Bovendien communiceert verzekeraar daarbij niet of niet adequaat naar de te betalen partijen. Hij gaf te laat aan dat betaling niet plaatsvond wegens interne administratieve problemen. Hij gaf daarbij echter niet aan of de verzekerde nu de derden/dienstverleners moest betalen of dat verzekeraar later alsnog rechtstreeks aan derden zou betalen, en evenmin of met betrekking tot de problematiek reeds gecommuniceerd was met deze derden. Hierdoor is de goede naam van klager besmeurd.

\* Een incompetent administratie bij verzekeraar waardoor declaraties foutief worden betaald. Hij betaalde aan partijen aan wie, wegens de enorme vertraging en om verdere problemen te voorkomen, de verzekerde reeds betaald had, met als gevolg een dubbele betaling aan derden en geen betaling aan de verzekerde. Ook hierover verstrekt verzekeraar geen proactieve informatie om dit soort problemen te voorkomen.

\* Een onbetrouwbare administratie bij verzekeraar waardoor hij declaraties om onechte redenen afwijst. Acht maanden later gaf hij indirect toe dat fouten gemaakt zijn maar bedacht hij nieuwe redenen om alsnog een declaratie af te wijzen.

\* Gebleken onbetrouwbaarheid van het management van verzekeraar en gebleken incompetentie bij het oplossen van problemen. Een adjunct-directeur van verzekeraar gaf een foutieve reden voor het niet betalen van de declaratie en nam daarna niet de moeite verder te reageren op correspondentie van klager. Een andere adjunct-directeur van verzekeraar zond een brief aan de Ombudsman

2007/030 Med

Zorgverzekeringen waarin leugens staan. Verzekeraar misleidt niet slechts de verzekerde maar ook deze Ombudsman. Verzekeraar heeft niet de kracht om tegen de verzekerde te zeggen: 'Er zijn fouten gemaakt, daarvoor onze excuses, laten we om de tafel gaan zitten en de problemen uit de wereld helpen...', maar blijft proberen de problemen goed te praten of te negeren. Hij heeft onvoldoende competentie intern om fouten en problemen afdoende te managen.

#### Het standpunt van verzekeraar

Met betrekking tot de eerste twee punten (incompetente administratie). Door de invoering van de basisverzekering en de werkvoorraden die daaruit voortvloeiden, kon verzekeraar begin 2006 tijdelijk niet voldoen aan de door hem gehanteerde doorlooptijden met betrekking tot de afhandeling van declaraties. Na deze beginperiode is de afhandeltermijn weer op orde. De klacht noemt het voorbeeld van nota's die zowel door klager als door verzekeraar rechtstreeks aan de zorgverlener zijn voldaan. Over dit punt heeft verzekeraar met klager eerder al contact gehad en dit probleem is verholpen. Het verbaast verzekeraar dan ook dat klager hier nu op terugkomt.

Punt drie (onbetrouwbare administratie) is de kern van de klacht: het niet vergoeden van de contactlenzen. Zoals vermeld in zijn brief van 25 juli 2006 aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, is verzekeraar lange tijd in de veronderstelling geweest dat de declaratie van contactlenzen betrekking had op klager zelf. Op de nota van Mylenses.nl staan namelijk alleen gegevens van klager. Omdat voor klager de maximale vergoeding van € 500,- per 36 maanden is bereikt, heeft verzekeraar deze nota niet vergoed conform artikel 2.44 van de polisvoorwaarden die in 2005 van toepassing waren.

Op basis van de op de nota vermelde dioptrieën is bij verzekeraar sinds kort het vermoeden ontstaan dat de nota geen betrekking heeft op klager, maar op zijn dochter met geboortedatum 19 maart 1993.

In de brief van 25 juli 2006 heeft verzekeraar aangegeven dat als deze nota inderdaad betrekking heeft op deze dochter, hij graag een nieuwe nota van Mylenses.nl ontvangt waarop duidelijk vermeld staat dat de kosten op haar betrekking hebben. In artikel 6.3 van de polisvoorwaarden staat immers dat nota's op zodanige wijze gespecificeerd moeten zijn dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding hij is gehouden. Aangezien voor deze dochter de maximale vergoeding van € 500,- per 36 maanden nog niet is bereikt, zal hij in dat geval alsnog 50% van de kosten vergoeden. De reden dat hij 50% van de kosten zal vergoeden, is dat slechts één van beide ogen aan de in de polisvoorwaarden gestelde dioptrie-eis voldoet. De vergoeding zal dan € 29,50 bedragen. De nieuwe gespecificeerde nota heeft hij echter nog niet ontvangen.

In de brief van 25 juli 2006 heeft verzekeraar eveneens kenbaar gemaakt dat de gedeclareerde kosten van Mylenses.nl in dit geval éénmalig en coulancehalve zullen worden vergoed. Artikel 2.44 van de polisvoorwaarden bepaalt namelijk dat contactlenzen door een opticien moeten worden verstrekt. Daarvan is in dit geval geen sprake.

Tenslotte het eerste van de laatste twee punten (onbetrouwbaarheid van het management). Met betrekking tot het niet reageren op correspondentie: verzekeraar heeft veelvuldig contact gehad (telefonisch/schriftelijk) over allerhande zaken en kan het verwijt van klager over het niet reageren dan ook niet plaatsen. Het laatste punt (leugens) wordt niet begeleid door voorbeelden.

2007/030 Med

Verzekeraar kan dan ook onmogelijk hierop reageren. Hij vermeldt in geen enkele correspondentie leugens en kan zich derhalve niet in deze klacht vinden.

#### Het commentaar van klager

Klager heeft, kennis genomen hebbend van het verweer van verzekeraar, zijn klacht gehandhaafd. Ook bij een verandering in het zorgstelsel moet verzekeraar tijdig en adequaat communiceren en op de juiste wijze betalingen verrichten. De niet-betaalde declaratie had klager al afgeboekt. De declaratie vermeldde duidelijk dat het kosten voor zijn dochter waren. Hij heeft verzekeraar daaraan enkele malen herinnerd, maar deze reageerde diverse malen niet eens. Later wierp verzekeraar nieuwe problemen op om de nota maar niet te vergoeden.

#### Het oordeel van de Raad

1. Verdedigbaar is het standpunt van verzekeraar dat de nota van Mylenses.nl niet voldoet aan het gestelde in artikel 6.3 van de verzekeringsvoorwaarden: 'Deze nota's dienen op zodanige wijze te zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag eruit kan worden opgemaakt tot welke vergoedingen de verzekeraar is gehouden.' Doordat de nota daaraan niet voldoet, kon verzekeraar menen dat de nota klager zelf betrof, op wiens naam deze immers was gesteld. Verdedigbaar is het standpunt dat daaraan niet afdoet dat klager op het declaratieformulier heeft vermeld dat de nota zijn op 19 maart 1993 geboren dochter betreft en dat evenmin daaraan afdoet dat op de nota lenzensterktes zijn vermeld die gelijk zijn aan die van klagers dochter. Verzekeraar heeft in een later stadium te kennen gegeven het vermoeden te hebben gekregen dat de nota geen betrekking heeft op klager, maar op diens dochter met geboortedatum 19 maart 1993, en heeft zich bereid verklaard coulancehalve (omdat Mylenses.nl geen opticien is) alsnog 50% (in verband met de gestelde dioptrie-eis) daarvan te vergoeden na de ontvangst van een nieuwe nota van Mylenses.nl waarop duidelijk vermeld staat dat de kosten op haar betrekking hebben. De voormelde handelwijze geeft geen blijk ervan dat verzekeraar in dit opzicht de goede naam van het verzekeringsbedrijf heeft geschaad. Wel betreurt de Raad dat verzekeraar in december 2005 wegens het uitblijven van diens antwoord een aantal malen door klager moest worden herinnerd aan de door klager gestelde vraag.

2. Verzekeraar heeft uiteengezet dat hij door de invoering van de basisverzekering en de werkvoorraden die daaruit voortvloeiden, begin 2006 tijdelijk niet heeft kunnen voldoen aan de door hem gehanteerde doorlooptijden met betrekking tot de afhandeling van declaraties, maar dat daarna de afhandeltermijn weer op orde is. Ook dit, gezien de toen bestaande hectiek voor de zorgverzekeraars in verband met de invoering van de basisverzekering, geeft de Raad geen aanleiding tot het oordeel dat verzekeraar in dit opzicht de goede naam van het verzekeringsbedrijf heeft geschaad.

3. Voorzover klager klaagt over een incompetent en onbetrouwbare administratie, en onbetrouwbaarheid en incompetentie van het management van verzekeraar, is de Raad daarvan niet gebleken.

#### De beslissing

De Raad verklaart de klacht ongegrond.

2007/030 Med

Aldus is beslist op 19 maart 2007 door mr. B. Sluijters, voorzitter, jhr. mr. J.L.R.A. Huydecoper, dr. D.F. Rijkels, arts, mr. R.J. Verschoof en dr. B.C. de Vries, arts, leden van de Raad, in tegenwoordigheid van mr. S.N.W. Karreman, secretaris.

De voorzitter:

(mr. B. Sluijters)

De secretaris:

(mr. S.N.W. Karreman)