RAAD VAN TOEZICHT VERZEKERINGEN

U I T S P R A A K Nr. 2006/059 Med

i n d e k l a c h t nr. 2006.0568 (009.06)

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 en zijn echtgenote hebben met ingang van 1 september 1987 bij verzekeraar een ziektekostenverzekering gesloten. Het gezamenlijk eigen risico van klager en zijn echtgenote bedroeg tot 1 januari 2006 € 900,- per jaar. Klager heeft in januari 2004 een declaratie betreffende de aanschaf van twee scleralenzen ten bedrage van € 1.950,- bij verzekeraar ingediend. Verzekeraar heeft, na verrekening van het nog openstaande eigen risico van € 562,98, een bedrag van € 1.387,02 aan klager uitgekeerd. Klager was het met deze verrekening niet eens en heeft hierover met verzekeraar gecorrespondeerd.

De op de verzekering van toepassing zijnde verzekeringsvoorwaarden luiden, voor zover hier van belang:

'7.1 Het eigen risico is alleen van toepassing op de ziektekostenverzekering en niet op de aanvullende (tandheelkundige) verzekering.
(…)
7.5 Wij vergoeden uitsluitend de ziektekosten die boven het bedrag van het eigen risico uit komen. Het eigen risico is ook van toepassing op gemaximeerde vergoedingen.
(..)
23 Wij vergoeden de kosten van:
- aanschaf van hulpmiddelen (..).'

De klacht

Klager verwijt verzekeraar:

1. dat correspondentie en een verklaring van de behandelend specialist bij verzekeraar zijn zoekgeraakt en dat correspondentie te laat is beantwoord;
2. dat ondanks herhaalde verzoeken van klager niet duidelijk is geworden op grond van welk artikel uit de Regeling Hulpmiddelen de door klager aangeschafte scleralenzen onder het eigen risico vallen;

2006/059 Med

3. dat hij de door zijn medewerker op 21 oktober 2004 gedane toezegging, inhoudende dat klager recht heeft op volledige vergoeding van het aangeschafte hulpmiddel, niet heeft waargemaakt;
4. dat hij niet erkent dat uit het polisblad volgt dat de polis twee verzekeringen betreft die samen één eigen risico hebben.

Het standpunt van verzekeraar

Ad 1. Verzekeraar erkent dat de brieven van klager niet snel zijn beantwoord en biedt klager hiervoor nogmaals zijn verontschuldigingen aan. De vertraging in beantwoording van de brieven van klager werd allereerst veroorzaakt door het feit dat klager vragen stelde over het principe van het eigen risico in relatie tot een inmiddels afgehandelde declaratie, waardoor onduidelijk was welke afdeling deze vraag moest beantwoorden. Voorts hebben de voorbereidingen op het nieuwe zorgstelsel vorig jaar zeer veel tijd gevergd.

Ad 2 en 3. De toezegging in de brief van 21 oktober 2004 is verzekeraar wel degelijk nagekomen. In de brief staat vermeld dat de lenzen voor vergoeding in aanmerking kwamen. De nota was zelfs al vergoed conform de verzekeringsvoorwaarden. Klager was hiervan op de hoogte. De nota bedroeg € 1.950,-. Hiervan is een bedrag van € 1.387,02 vergoed. Een bedrag van € 562,98 is, conform de gebruikelijke procedures, verrekend met het openstaande eigen risico over 2003, zodat klager dit bedrag zelf aan de leverancier van de scleralenzen diende te voldoen. Dit heeft verzekeraar ook in zijn ‘Bericht van Vergoeding’ van 28 januari 2004 aan klager medegedeeld.

In de Regeling Hulpmiddelen is geen bepaling met betrekking tot het eigen risico opgenomen. De Regeling Hulpmiddelen maakt evenwel deel uit van de verzekeringsvoorwaarden en hierop zijn de bepalingen van de verzekeringsovereenkomst van toepassing.

Het lijkt erop dat klager denkt dat de lenzen niet geheel zijn vergoed. Dit is niet het geval. De lenzen zijn vergoed, maar uitkering heeft slechts gedeeltelijk plaatsgevonden vanwege de verrekening met het eigen risico.

Ad 4. Klager had samen met zijn echtgenote één polis. Deze polis berustte op het gezinsprincipe, waarbij een gezamenlijk eigen risico van € 900,- gold, ongeacht ten laste van wie de declaratie werd ingediend. Dit gezinsprincipe was bij het sluiten van de ziektekostenverzekering bij klager bekend en hij heeft hiermee toen ook ingestemd. De te betalen premie is ook daarop afgestemd.

Het gezinsprincipe is overigens met de komst van het nieuwe Zorgstelsel afgeschaft. Elke verzekerde heeft vanaf 1 januari 2006 een eigen polis en eventueel een eigen risico.

De twee verzekeringen, waarnaar de polis verwijst, hebben betrekking op de bij verzekeraar gesloten verzekering en de AWBZ-verzekering. Dit heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen ook reeds aan klager toegelicht.

Verzekeraar heeft overeenkomstig de polisvoorwaarden gehandeld.

Het commentaar van klager

Na kennisneming van het verweer van verzekeraar heeft klager zijn klacht gehandhaafd en nog nader toegelicht.

Het verdere verloop van de klachtprocedure

Bij brief van 12 juni 2006 heeft de Raad verzekeraar erop gewezen dat hij niet heeft gereageerd op de klacht van klager, dat correspondentie en een verklaring van de behandelend specialist bij verzekeraar zijn zoekgeraakt.

Bij brief van 3 juli 2006 heeft verzekeraar medegedeeld dat de verklaring van de behandelend specialist niet is zoekgeraakt. De verklaring, gedateerd 28 oktober 2003, heeft verzekeraar op 3 november 2003 ontvangen. Aan de hand van deze verklaring heeft verzekeraar klager bij brief van 27 november 2003 medegedeeld dat de kosten volledig zouden worden vergoed, maar dat bij betaling rekening zou worden gehouden met het openstaande eigen risico. Wat betreft het zoekraken van correspondentie heeft verzekeraar medegedeeld dat hij diverse brieven van klager heeft ontvangen die steeds refereerden aan hetzelfde onderwerp en dat klager voortdurend stelde dat diverse brieven waren zoekgeraakt, terwijl hij daarbij regelmatig niet concreet aangaf wat de datum en de inhoud van deze brieven waren. Het was volgens verzekeraar daarom, behalve voor de brief van 28 november 2003, niet na te gaan of er daadwerkelijk nog andere brieven zijn zoekgeraakt. In diverse brieven heeft verzekeraar niettemin hiervoor zijn verontschuldigingen aan klager aangeboden.

In reactie op de brief van verzekeraar van 3 juli 2006 heeft klager bij brief van 2 augustus 2006 medegedeeld dat, indien de stelling van verzekeraar - inhoudende dat de verklaring van de specialist niet zoekgeraakt is - juist is, aangenomen moet worden dat de behandelaar van verzekeraar dossierkennis miste nu hij de betreffende verklaring op 21 oktober 2004 nogmaals heeft opgevraagd. Voorts heeft klager medegedeeld dat hij door een afdeling van verzekeraar is gebeld met de mededeling dat het dossier incompleet was en dat hem toen werd verzocht kopieën van een aantal brieven naar verzekeraar te sturen.

Het oordeel van de Raad

1. Met betrekking tot de klacht over de wijze van communiceren door verzekeraar merkt de Raad op dat uit de overgelegde stukken niet is gebleken dat verzekeraar daarin, wat betreft voortvarendheid, zodanig is tekortgeschoten dat verzekeraar in dezen de goede naam van het verzekeringsbedrijf heeft geschaad.

2. Verzekeraar heeft ontkend dat de verklaring van de specialist is zoekgeraakt en aangevoerd dat niet meer is na te gaan of andere brieven zijn zoekgeraakt. Nu de aan de Raad overgelegde stukken geen aanknopingspunt bieden voor de juistheid van het door klager geuite vermoeden dat stukken bij verzekeraar zijn zoekgeraakt, is ook de klacht over de wijze van dossiervorming ongegrond.

3. Voorts beklaagt klager zich over het feit dat bij de vergoeding van de scleralenzen het nog openstaande eigen risico van klager in mindering is gebracht. Klager stelt dat verzekeraar hem, ondanks herhaalde verzoeken, niet duidelijk heeft gemaakt op grond van welk artikel uit de Regeling Hulpmiddelen de scleralenzen onder het eigen risico vallen en stelt voorts dat een medewerker van verzekeraar klager bij brief van 21 oktober 2004 heeft toegezegd dat klager recht had op volledige vergoeding van de scleralenzen en dat verzekeraar zich hieraan niet heeft gehouden. Verzekeraar heeft hiertegen aangevoerd dat klager miskent dat verzekeraar de door klager vermelde toezegging wel is nagekomen nu de lenzen geheel zijn vergoed, maar uitkering op grond van de verzekeringsvoorwaarden slechts gedeeltelijk heeft plaatsgevonden vanwege de verrekening met het eigen risico.

Dit standpunt acht de Raad verdedigbaar. De Raad merkt nog op dat het klager, op grond van de hierboven onder Inleiding geciteerde artikelen en gezien het feit dat klager

2006/059 Med

vanaf 27 november 2003 door verzekeraar diverse malen uitdrukkelijk is gewezen op het feit dat bij betaling rekening werd gehouden met het openstaande eigen risico, duidelijk had moeten zijn dat verzekeraar slechts de kosten die boven het eigen risico uitkwamen behoefde te vergoeden. Ook in zoverre is de klacht ongegrond.
4. Wat betreft de klacht over het door verzekeraar verstrekte polisblad, acht de Raad verdedigbaar het standpunt dat dit polisblad betrekking heeft op één bij verzekeraar gesloten ziektekostenverzekering met twee verzekerden - klager en zijn echtgenote - waarbij een gezamenlijk eigen risico voor deze verzekering gold van € 900,-. Dat op het polisblad 'verzekeringen' staat opgenomen doet daaraan niet aan af. Uit het hierboven onder Inleiding geciteerde artikel 7.1 van de verzekeringsvoorwaarden volgt immers duidelijk dat het eigen risico dat vermeld staat op het polisblad slechts van toepassing is op de gesloten ziektekostenverzekering. Ook dit onderdeel van de klacht is derhalve ongegrond.

De beslissing
De Raad verklaart de klacht in al zijn onderdelen ongegrond.

Aldus is beslist op 2 oktober 2006 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. J.J. Guijt, secretaris.

De voorzitter:

(mr. B. Sluijters)

De secretaris:

(mr. J.J. Guijt)