

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. B.L.A. van Drunen en mr. drs. J.W. Heringa)

Zaaknummer: 202303254

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Utrecht,
 - 2) ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V. te Utrecht,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoekster heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering niet tot stand zijn gekomen, zodat zij geen premie aan de ziektekostenverzekeraar is verschuldigd. Zij dacht destijds een aanvraag te doen voor een aanbod voor een verzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft haar niet geantwoord en heeft haar geen informatie in de Engelse taal verschaft. Ondanks de verzekering die zou zijn afgesloten is zij verstoken gebleven van de benodigde zorg. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat verzoekster, naar aanleiding van het aanvraagformulier van 12 juli 2023, met terugwerkende kracht tot 12 juni 2023 bij hem is verzekerd. Dit is de datum waarop verzoekster als ingezetene in Nederland is geregistreerd. Verzoekster kon redelijkerwijs weten dat zij een verzekering afsloot.
- 1.2. De commissie overweegt dat vast staat dat verzoekster op 12 juli 2023 via de website van de ziektekostenverzekeraar een aanvraagformulier heeft ingevuld en ingediend. Op dit aanvraagformulier is vermeld dat de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering worden aangevraagd. Verder vormt een gegeven dat door de ziektekostenverzekeraar bij verzoekster is gevraagd om een kopie van haar paspoort, en dat deze kopie is aangeleverd. Vervolgens is de aanvraag aan verzoekster bevestigd. Met het aanbod van verzoekster en de acceptatie hiervan door de ziektekostenverzekeraar is een verzekeringsovereenkomst tot stand gekomen. Verzoekster heeft niet aannemelijk gemaakt dat zij de overeenkomst binnen de wettelijke bedenktijd van 14 dagen na de totstandkoming hiervan heeft ontbonden. Verder is een bedrag van € 232,43 via een daartoe afgegeven incassomachtiging bij verzoekster automatisch geïncasseerd. Dit bedrag is niet door verzoekster gestorneerd, zodat zij ook op dit punt heeft gehandeld als consument die een verzekeringsovereenkomst heeft afgesloten. De latere storneringen bevinden zich buiten de wettelijke bedenktijd van 14 dagen, en kunnen daarom niet leiden tot een ander oordeel. De toepasselijke polisvoorwaarden waren ook beschikbaar in de Engelse taal. De commissie beslist daarom tot afwijzing van het verzoek.
- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 30 januari 2024 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 27 maart 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 23 april 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 30 april 2024 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 juni 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.4. Na de hoorzitting is verzoekster in de gelegenheid gesteld het e-mailbericht van 15 juli 2023 nogmaals over te leggen, nu met vermelding van het e-mailadres waaraan het is gezonden. Verzoekster heeft dit stuk bij e-mailbericht van 6 juni 2024 aangeleverd, waarna op 7 juni 2024 een kopie aan de ziektekostenverzekeraar is gezonden, met de mogelijkheid hierop binnen zeven dagen te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 14 juni 2024 op het nagekomen stuk gereageerd. Een afschrift van deze reactie is op dezelfde dag ter kennisname aan verzoekster gezonden.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2023 in de administratie van de ziektekostenverzekeraar opgenomen als zijnde verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Goede Keuze (Natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen TandBeter en Buitenland (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoekster heeft op 12 juli 2023 via de website van de ziektekostenverzekeraar de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering aangevraagd. De ziektekostenverzekeraar ontving de aanvraag op 14 juli 2023. Op 17 juli 2023 is aan verzoekster aanvullende informatie gevraagd, die zij op 20 juli 2023 heeft aangeleverd. Verzoekster ontving op 21 juli 2023 een polisblad, alsmede een brief waarin stond dat zij met terugwerkende kracht tot 12 juni 2023 bij de ziektekostenverzekeraar is verzekerd.
- 3.3. Omdat verzoekster van mening is dat zij de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering niet heeft afgesloten, heeft zij zich gewend tot de SKGZ. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft hierop bemiddeld. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 13 december 2023, gericht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, meegedeeld dat de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering tot stand zijn gekomen en niet worden beëindigd. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat verzoekster een bedrag aan achterstallige premie dient te voldoen van € 722,-.
- 3.4. Met ingang van 1 januari 2024 is de verzekering bij de ziektekostenverzekeraar beëindigd.

4. Standpunt verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering niet tot stand zijn gekomen, zodat zij geen premie aan de ziektekostenverzekeraar is verschuldigd.
- 4.2. Verzoekster heeft hiertoe in het klachtenformulier van 7 november 2023 aangevoerd dat zij op 12 juli 2023 een aanvraag heeft ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. Toen zij het formulier invulde, was zij in de veronderstelling dat zij uitsluitend informatie gaf om vervolgens een aanbod te krijgen

voor een verzekering. Dat is namelijk hoe het werkt in haar geboorteland Denemarken. Zij wist niet dat zij een verzekering aanvraag die niet meer kon worden geannuleerd. Op 15 juli 2023 heeft zij de ziektekostenverzekeraar per e-mail gemeld dat zij niet zeker wist wat er was gebeurd, en heeft zij gevraagd haar informatie in het Engels te sturen. Verzoekster hoorde niets terug van de ziektekostenverzekeraar, en heeft hierop nog verscheidene e-mailberichten gestuurd. Pas op 5 september 2023 kreeg zij een antwoord. Dit was overigens enkel omdat een Nederlandse vriendin van verzoekster contact met de ziektekostenverzekeraar had opgenomen, met de vraag te stoppen met het negeren van de e-mailberichten van verzoekster. Tot op de dag van vandaag is het voor verzoekster onduidelijk hoe zij de zorgverzekering kan gebruiken en welke voorwaarden hiervoor gelden. De ziektekostenverzekeraar weigert haar deze informatie in het Engels te geven. Ook omdat zij van het verzekeringsproduct geen gebruik heeft kunnen maken, is zij van mening dat zij hieraan niet is gebonden.

- 4.3. In een e-mailbericht van 5 maart 2024 heeft verzoekster aanvullend verklaard dat zij zorg nodig had, maar dat het haar niet lukt deze zorg ook te krijgen. De ziektekostenverzekeraar heeft een bedrag van € 232,43 "van haar gestolen", en vraagt nu nog € 722,- extra. Verzoekster heeft een vliegtuig moeten nemen naar Denemarken, waar zij de voor haar noodzakelijke zorg heeft gekregen. Deze zorg is in Denemarken gratis.
- 4.4. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat een vriendin haar de ziektekostenverzekeraar aanraadt, omdat zij daar zelf ook is verzekerd. Daarom heeft verzoekster het formulier op de website van de ziektekostenverzekeraar ingevuld. Dit is de eerste keer dat zij buiten Denemarken woont, en zij weet niet hoe het ergens anders werkt. In Denemarken zou bij het afsluiten van een verzekering eerst om informatie worden gevraagd, en na ontvangst hiervan komt er een offerte. Dat is dan ook wat zij dacht te hebben aangevraagd. Verzoekster vond het niet vreemd dat zij haar paspoort moest opsturen, omdat ook in Denemarken zou worden gevraagd om een bevestiging van haar identiteit. Zij heeft al vrij snel aan de ziektekostenverzekeraar gevraagd wat er was gebeurd. Verzoekster wist niet dat zij een verzekering had afgesloten. In Denemarken is de zorg gratis; zij heeft daarom nooit eerder een ziektekostenverzekering gehad, alleen een reisverzekering. Zij wist niet dat het sluiten van een verzekering in Nederland zo snel ging. Er stond hierover ook niets in het Engels bij de aanmelding. Verzoekster kreeg vervolgens geen antwoord op haar e-mailberichten. In augustus 2023 heeft zij gebeld met de ziektekostenverzekeraar, maar niemand sprak Engels. Omdat niemand op haar e-mailberichten reageerde kon zij niets doen. Verzoekster had in die periode ook zorg nodig, maar omdat zij niet wist hoe het in Nederland werkte, is zij hiervoor meerdere keren naar Denemarken gevlogen. Vanaf januari 2024 is zij elders verzekerd. Intussen weet zij hoe het zorgstelsel in Nederland werkt, maar dat was in de tijd bij de ziektekostenverzekeraar nog niet het geval. Verzoekster vindt het prima als de in de betreffende periode gemaakte zorgkosten voor haar rekening blijven. Desgevraagd heeft verzoekster verklaard dat zij het e-mailbericht van 15 juli 2023 diverse keren aan de ziektekostenverzekeraar heeft gestuurd. In eerste instantie aan de afdeling declaraties en later aan de klantenservice. Op 21 juli 2023 ontving zij van de ziektekostenverzekeraar een e-mailbericht met de mededeling dat een nieuw document klaarstond in 'Zorg'. Verzoekster wist niet hoe zij daarop kon inloggen. Daarom vroeg zij om informatie hierover in het Engels, maar die kreeg zij niet. In het begin werden geen bedragen van haar rekening afgeschreven. Pas een tijd na het afsluiten van de verzekering werd ineens een bedrag automatisch geïncasseerd. Hiervoor heeft zij echter nooit iemand geautoriseerd. Het was een verrassing voor haar dat het bedrag werd afgeschreven. De eerste keer dat er geld is afgeschreven heeft zij dit bedrag niet gestorneerd. Op 24 oktober 2023 werd echter een groot bedrag automatisch geïncasseerd. Dit heeft zij wel gestorneerd. Toen er in november 2023 opnieuw een bedrag werd afgeschreven heeft zij de autorisatie bij de bank gestopt.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster bij hem verzekerd is geworden en daarom premie is verschuldigd. Hij heeft hiertoe in zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 13 december 2023 aangevoerd dat verzoekster naar aanleiding van

het aanvraagformulier van 12 juli 2023 met terugwerkende kracht tot 12 juni 2023 bij hem is verzekerd. Dit is de datum waarop verzoekster als ingezetene in Nederland is geregistreerd. Verzoekster kon hiermee redelijkerwijs weten dat zij een verzekering afsloot, en had zelf de verantwoordelijkheid een en ander na te gaan voordat zij hiertoe overging. Op 3 augustus 2023 stuurde de ziektekostenverzekeraar verzoekster een bericht dat de premie voor de maanden juni, juli en augustus was gestorneerd. Op 5 september 2023 ontving de ziektekostenverzekeraar voor het eerst een e-mailbericht van verzoekster. In dit bericht vroeg zij eerdere brieven in het Engels te mogen ontvangen, en ook vroeg zij of haar zorgverzekering in orde was. Eerdere e-mailberichten van verzoekster hebben de ziektekostenverzekeraar niet bereikt. Sinds 12 juni 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar van verzoekster een bedrag van € 232,42 ontvangen in verband met de verschuldigde premie. Naar de stand van 13 december 2023 stond nog een bedrag open van € 722,-. Verzoekster is gehouden dit bedrag aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen.

- 5.2. In zijn brief aan de commissie van 23 april 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard dat op 14 juli 2023 door hem een aanmeldingsverzoek is ontvangen via een ingevuld webformulier. Hierbij is verzoekster akkoord gegaan met de voorwaarden, die in het Engels beschikbaar zijn via de website. Deze voorwaarden heeft de ziektekostenverzekeraar ook bij zijn brief aan de commissie gevoegd. Als antwoord op de aanmelding heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster gevraagd om een kopie van haar paspoort om het verzekeringsrecht te beoordelen. Deze kopie ontving de ziektekostenverzekeraar op 20 juli 2023, waarna op 21 juli 2023 aan verzoekster een brief is gestuurd met de bevestiging van de aanmelding. Op deze datum ontving verzoekster ook het polisblad. Volgens verzoekster heeft zij op 15 juli 2023 contact gezocht om de verzekering te annuleren. Dit bericht vindt de ziektekostenverzekeraar echter niet terug in zijn administratie. Een kopie van dit e-mailbericht is voor het eerst ontvangen met de brief van de Ombudsman Zorgverzekeringen van 22 november 2023, maar uit de verzendinformatie kan de ziektekostenverzekeraar niet opmaken naar welk e-mailadres het is verstuurd. Ondanks dat de ziektekostenverzekeraar hierom heeft verzocht, is deze informatie niet aangeleverd. Het eerste contactmoment dat de ziektekostenverzekeraar na de aanmelding terugziet in zijn administratie is een e-mailbericht van verzoekster van 24 augustus 2023, waarin zij vroeg of haar verzekering in orde was en of zij de documentatie in het Engels kon ontvangen. Op 5 september 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar op dit e-mailbericht gereageerd. Bij die gelegenheid is aan verzoekster meegedeeld dat haar verzekering actief is en dat zij geen Engelse documenten kan ontvangen. De geautomatiseerde berichten zoals de nieuwsbrief en declaratie-beoordelingen zijn niet in het Engels beschikbaar. Dit is anders voor de polisvoorwaarden.
- 5.3. Verzoekster heeft op 5 september 2023 ook telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar gezocht. De ziektekostenverzekeraar heeft dit telefoongesprek teruggeluisterd. De aanleiding tot dit contact was dat verzoekster problemen had bij het inloggen in het klantportaal. De klantadviseur heeft tijdens dit gesprek bevestigd dat de verzekering van verzoekster actief was. Ook is gezegd dat de polisvoorwaarden in het Engels beschikbaar zijn. Later in het gesprek heeft verzoekster meegedeeld dat zij ontevreden is over de hoogte van de premie en het gebrek aan Engelstalige informatie, en dat zij om die reden de verzekering wil annuleren. Zij heeft hierover op dezelfde dag ook een schriftelijke klacht ingediend. Op 26 september 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster meegedeeld dat zij destijds 14 dagen bedenktijd had. Verder geldt voor haar een verzekeringsplicht. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens het verzoek om de verzekering met terugwerkende kracht te annuleren afgewezen, omdat hij de aanmelding rechtsgeldig acht en verzoekster niet onverzekerd wil laten voor deze periode. In het kader van de afhandeling van de klacht bij de Ombudsman Zorgverzekeringen is verzoekster uit coulance uitgeschreven uit de verzekering met ingang van 1 januari 2024, ondanks de aanwezige betalingsachterstand. De ziektekostenverzekeraar ziet dit als een passende oplossing.
- 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat hij de klacht niet begrijpt. De vraag is of verzoekster niet verzekerd wilde worden dan wel dat zij ontevreden is over de dienstverlening van de ziektekostenverzekeraar of over de kosten die aan de verzekering zijn verbonden. Verzoekster heeft het reguliere proces doorlopen en de verzekering

afgesloten. Haar klacht vindt zijn oorzaak in het feit dat zij de Nederlandse taal niet machtig is. Verzoekster heeft alle informatie verstrekt waarom is gevraagd en zij is diverse keren in het Engels telefonisch te woord gestaan. Het afsluiten van een basisverzekering is in Nederland verplicht. Als de verzekering wordt teruggedraaid, ontstaat een onverzekerde periode. Volgens de ziektekostenverzekeraar is een verzekering tot stand gekomen en vloeit hieruit de verplichting tot premiebetaling voort. De vordering ter zake van de openstaande premie loopt intussen bij de deurwaarder en het dossier aldaar is aangehouden in afwachting van de uitkomst van deze procedure. Het e-mailbericht van 15 juli 2023, waarnaar verzoekster verwijst, is niet door de ziektekostenverzekeraar ontvangen. Pas toen verzoekster belde met de ziektekostenverzekeraar is kenbaar geworden dat zij een klacht had. Op het moment van de aanmelding was dat nog niet het geval.

- 5.5. Bij brief van 14 juni 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar, in reactie op het overgelegde e-mailbericht van 15 juli 2023, meegedeeld dat hij dit, ondanks de vermelde adresgegevens, niet heeft kunnen terugvinden. Bovendien geldt dat dit e-mailbericht nadrukkelijk geen herroeping van de verzekering inhoudt. Verzoekster vraagt hierin slechts om een statusupdate van haar aanvraag voor een verzekering. Overigens heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster op 17 juli 2023 wel degelijk geïnformeerd over de status van de aanvraag, door haar te vragen om een kopie van haar paspoort. Deze kopie heeft verzoekster vervolgens ook opgestuurd. Het e-mailbericht van 15 juli 2024 werpt geen ander licht op de klacht van verzoekster, ook niet als de ziektekostenverzekeraar dit destijds wel zou hebben ontvangen.

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 17 van de voorwaarden van de zorgverzekering en van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) over de ingangsdatum van de zorgverzekering en die uit het Burgerlijk Wetboek (BW) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. De eerste vraag die ter beantwoording voorligt, is of tussen verzoekster en de ziektekostenverzekeraar een verzekeringsovereenkomst tot stand is gekomen. Het staat vast dat door verzoekster op 12 juli 2023 via de website van de ziektekostenverzekeraar een aanvraagformulier is ingevuld en ingediend. Op dit aanvraagformulier is vermeld dat de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering worden aangevraagd. Verder vormt een gegeven dat door de ziektekostenverzekeraar bij verzoekster is verzocht om een kopie van haar paspoort, en dat deze kopie is aangeleverd. Een (verzekeringsovereenkomst)overeenkomst komt tot stand door aanbod en aanvaarding, zo volgt uit artikel 6:217 BW. In dit geval heeft verzoekster een aanbod gedaan door het ingevulde aanvraagformulier bij de ziektekostenverzekeraar in te dienen. Na ontvangst van de kopie van haar paspoort heeft de ziektekostenverzekeraar het aanbod aanvaard en hiermee is de verzekeringsovereenkomst op basis van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering tot stand gekomen. Dat verzoekster veronderstelde dat zij (nog) een offerte van de ziektekostenverzekeraar zou ontvangen en dat dit in Denemarken de gebruikelijke gang van zaken zou zijn, doet hier niet aan af.
- 7.3. Omdat een en ander via de website van de ziektekostenverzekeraar is verlopen, is sprake van een 'overeenkomst op afstand'. Uit artikel 6:230o BW volgt dat een zodanige overeenkomst

binnen 14 dagen kan worden ontbonden, zonder opgaaf van redenen. Niet gebleken is dat verzoekster - tijdig - van deze mogelijkheid gebruik heeft gemaakt. In dit verband heeft zij desgevraagd het e-mailbericht van 15 juli 2023 overgelegd, waarop is vermeld dat dit is verzonden naar klantenservice@ikkieszelf.asr.nl. Hoewel de ziektekostenverzekeraar stelt het bericht niet te hebben kunnen terugvinden, betreft het een e-mailadres van de ziektekostenverzekeraar, zodat aannemelijk is dat het is verstuurd en door hem is ontvangen. Het bericht van 15 juli 2023 luidt, voor zover hier van belang: *"Hi there, I am unsure of what these email[s] mean, as I can't speak Dutch and the translation seems confusing. I signed up for an offer of an insurance, Will someone call me? Can I please get information on how to access these documents in English?"*. Uit de tekst is niet op te maken dat verzoekster geen prijs stelde op de verzekering en dat zij deze wilde annuleren. Andere berichten, verzonden binnen de termijn van 14 dagen na het afsluiten van de verzekering, bevinden zich niet in het dossier. Het kan niet worden geconcludeerd dat verzoekster de intentie had de overeenkomst te ontbinden. Dit kan worden afgeleid uit de omstandigheid dat een bedrag aan premie van € 232,43 via de door verzoekster afgegeven incassomachtiging automatisch werd geïncasseerd. Dit bedrag is - zoals door verzoekster ter zitting is bevestigd - niet door haar gestorneerd, zodat zij ook op dit punt heeft gehandeld als consument die een verzekeringsovereenkomst heeft afgesloten. De volgende premiebedragen die de ziektekostenverzekeraar probeerde te incasseren zijn overigens wel door verzoekster gestorneerd, maar dit gebeurde pas na het verstrijken van de termijn van 14 dagen. Dat de eerste automatische incasso plaatsvond zonder autorisatie van verzoekster is niet aannemelijk, nu zij immers ter zitting heeft verklaard dat zij eerst in november 2023 de afgegeven incassomachtiging heeft ingetrokken. Van tijdige ontbinding van de verzekeringsovereenkomst is, gelet op het voorgaande, geen sprake.

- 7.4. Nu de verzekeringsovereenkomst op basis van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering door aanbod en aanvaarding tot stand is gekomen en deze vervolgens door verzoekster niet binnen de wettelijke termijn van 14 dagen daarna is ontbonden, is verzoekster gehouden de overeengekomen premie te voldoen tot en met 31 december 2023, de datum waarop de ziektekostenverzekeraar de opzegging door verzoekster heeft geaccepteerd. Hetgeen verzoekster heeft aangevoerd over de communicatie en het niet kunnen verkrijgen van de voor haar benodigde zorg kan niet leiden tot een andere uitkomst. Dat de ziektekostenverzekeraar zou zijn tekortgeschoten in de op hem rustende verbintenissen uit hoofde van de verzekeringsovereenkomst, waaruit voor verzoekster een recht op ontbinding zou kunnen voortvloeien, is niet voldoende gemotiveerd gesteld en gebleken.

Slotsom

- 7.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 9 juli 2024,

J.W. Heringa

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

2. Grondslag van de verzekering

Deze basisverzekering kan worden afgesloten door of voor:

- elke verzekeringsplichtige in Nederland;
- in het buitenland woonachtige verzekeringsplichtigen.

Deze verzekeringsovereenkomst betreft een Combinatieverzekering en is gebaseerd op:

- de Zorgverzekeringswet met toelichtingen;
- het Besluit zorgverzekering met toelichtingen;
- Regeling zorgverzekering met toelichtingen;
- het door de verzekeringnemer of diens vertegenwoordiger ingevulde (digitale) aanvraagformulier.

De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd op het polisblad. Dit polisblad ontvangt de verzekeringnemer jaarlijks van ons.

Je ontvangt een (digitale) zorgpas van ons. Het polisblad of de zorgpas moet je aan de zorgaanbieder tonen bij het inroepen van zorg. Daarna heb je recht op vergoeding van zorg volgens de Zorgverzekeringswet.

De kosten van zorg kun jij of de zorgaanbieder bij ons declareren. Wij vergoeden de kosten volgens de voorwaarden zoals hieronder beschreven in Artikel 3. Het eigen risico en eventuele wettelijke eigen bijdragen komen voor je eigen rekening.

In deze polisvoorwaarden staat op welke dekking je recht hebt. De inhoud van de basisverzekering wordt bepaald door de overheid. In deze wet- en regelgeving staat onder andere dat je recht op zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Als zo'n maatstaf ontbreekt, geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Je hebt alleen recht op vergoeding van zorg als je daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.

Wij kunnen geen basisverzekering met je afsluiten als het door jou verstrekte adres niet in de basisregistratie personen voorkomt, of afwijkt van het adres waaronder je in deze registratie als ingezetene staat ingeschreven. Deze regel is niet van toepassing als:

- je een verklaring van de werkgever of een salarisafschrift hebt overgelegd, waaruit blijkt dat de te verzekeren persoon in Nederland of op het continentaal plat (zie artikel 1.1.1 van de Wlz) werkt en loonbelasting betaalt. Uit de verklaring of het salarisafschrift moet blijken wanneer de te verzekeren persoon in dienst is getreden en deze verklaring mag niet ouder zijn dan één maand;
- je een verklaring van de Sociale Verzekeringsbank hebt overlegd waaruit blijkt dat de te verzekeren persoon verzekerd is ingevolge de Wlz; of
- je van de afwijking in het adres bij de basisregistratie redelijkerwijs geen verwijt kan worden gemaakt.

Correspondentie op papier ontvangen

Wij communiceren met je op digitale wijze. Wil je toch een correspondentiestuk op papier ontvangen? Dan kun je hiervoor een verzoek indienen bij onze klantenservice. Je krijgt op deze manier alsnog jouw correspondentiestuk op papier. Je verzoek geldt alleen voor het correspondentiestuk dat je opvraagt. Alle toekomstige correspondentie ontvang je gewoon weer digitaal op de gebruikelijke wijze.

14. Kennisgeving relevante gebeurtenissen

Veranderingen in je persoonlijke situatie

Als verzekeringnemer of contractant bent je verplicht om binnen 30 dagen gegevens die voor de juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals einde van de verzekeringsplicht, wijziging rekeningnummer/IBAN, langdurig verblijf in het buitenland, verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, e.d. aan ons door te geven. Indien de wijziging niet binnen 30 dagen na het intreden van de gebeurtenis is ontvangen, wordt de verzekering met ingang van de datum van 7 dagen na de ontvangstdatum gewijzigd. Een wijziging met terugwerkende kracht is dan niet mogelijk.

Vanaf 18 jaar

Als je (verzekerde) 18 jaar wordt vragen wij je ten minste twee weken voor je verjaardag welk vrijwillig gekozen eigen risico je kiest. Je kunt je keuze schriftelijk doorgeven of via Mijn Zorg Ik kies zelf van a.s.r.. Als wij voor je verjaardag niets van je vernemen, ontvang je van ons een polis zonder vrijwillig eigen risico. De polis gaat in op de 1e van de maand na je verjaardag.

Vergoeding van zorg via gemeente

Het kan voorkomen dat er overlap zit in de zorg die je vergoed krijgt van de gemeente op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en van ons op basis van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Als je zorg hierdoor dubbel wordt vergoed, ben je verplicht hierover contact met ons op te nemen.

15. Herziening van premie of voorwaarden

Jaarlijkse wijziging

Wij hebben het recht je premie en/of voorwaarden jaarlijks, per 1 januari, aan te passen.

Wat als wij de premie en/of voorwaarden tussentijds wijzigen?

Het is in ieders belang dat wij onze financiële verplichtingen in de toekomst ook kunnen (blijven) nakomen. Daarom mogen wij in bijzondere gevallen ook tussentijds je premie en/of voorwaarden veranderen, als die verandering niet kan wachten tot de jaarlijkse verlengingsdatum. Bijvoorbeeld omdat wetgeving ons daartoe verplicht. Onder bijzondere gevallen verstaan wij ook: de dreiging of het bestaan van oorzaken, die een daling van de solvabiliteit tot onder het wettelijk voorgeschreven minimum tot gevolg kunnen hebben wanneer we geen verandering doorvoeren. Negatieve ontwikkelingen op de rente- en beleggingsmarkt of een voor ons tegenvallend bedrijfsresultaat zijn geen bijzondere gevallen.

Je ontvangt hierover een bericht

Een wijziging in de grondslag van de premie treedt pas in werking zeven weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer is medegedeeld. Voordat we iets veranderen, ontvang je van ons een bericht met informatie over de wijziging. Een klacht over de toepassing van de wijziging doorloopt de gebruikelijke klachtenprocedure (zie artikel 17).

16. Begin en einde van de verzekering

Begin van je basisverzekering

De basisverzekering gaat in op de datum die op het polisblad als ingangsdatum is vermeld.

Bij een overstap aan het einde van het jaar of voor 1 februari van het volgende jaar (als je oude verzekering al is opgezegd) van je oude zorgverzekeraar naar ons, is de begindatum 1 januari van het nieuwe jaar.

In andere gevallen verzekeren wij je met terugwerkende kracht:

- als je een basisverzekering bij ons aanvraagt binnen vier maanden nadat een verzekeringsplicht is ontstaan (bijvoorbeeld bij de geboorte van een kind of voor mensen uit het buitenland). De ingangsdatum is dan de dag waarop de verzekeringsplicht is ontstaan.
- als je een basisverzekering bij ons aanvraagt binnen één maand nadat je de basisverzekering bij een andere verzekeraar hebt beëindigd. De ingangsdatum is dan de eerste dag nadat je oude basisverzekering is geëindigd.

Vraag je een basisverzekering aan in andere dan bovengenoemde situaties, dan gaat de basisverzekering in op de datum waarop wij van jou als verzekeringnemer de volledig ingevulde aanvraag hebben ontvangen. De ingangsdatum vermelden wij op je polisblad. Als je op het moment van aanvragen nog bij een andere zorgverzekeraar verzekerd bent en je in je verzoek hebt aangegeven de basisverzekering op een latere datum te willen laten ingaan, gaat de basisverzekering op die latere datum in.

Herroepingsrecht

Je (verzekeringnemer) hebt een periode van 14 dagen na het indienen van een verzoek tot het sluiten van een basisverzekering om deze ongedaan te maken op basis van het herroepingsrecht.

Beëindiging van je basisverzekering door opzegging

Overstappen aan het einde van het jaar

Als verzekeringnemer kun je de basisverzekering tot en met 31 december van het jaar met ingang van 1 januari van het volgende jaar opzeggen. Als je de basisverzekering niet opzegt, verlengen wij je basisverzekering stilzwijgend steeds met één jaar.

Opzeggen kun je (verzekeringnemer) op de volgende manieren:

- je zegt uiterlijk 31 december schriftelijk op;
- je maakt voor 31 december gebruik van de overstapservice.

Als je uiterlijk op 31 december een nieuwe basisverzekering bij ons sluit voor het volgende jaar, zeggen wij je basisverzekering bij de andere zorgverzekeraar op.

Als je onverhoopt bij twee verzekeraars verzekerd blijkt te zijn, dan regelen de zorgverzekeraars onderling dat je slechts bij één zorgverzekeraar verzekerd blijft.

Tussentijds opzeggen

Opzeggen gedurende het kalenderjaar is alleen mogelijk in de volgende gevallen:

- je (verzekeringnemer) hebt iemand anders dan jezelf verzekerd en die ander wordt via een andere basisverzekering verzekerd. Wij moeten daarbij wel een bewijs van inschrijving van de nieuwe verzekering van je ontvangen. Als wij de opzegging ontvangen voor de ingangsdatum van de nieuwe basisverzekering, dan eindigt de basisverzekering met ingang van de dag dat de verzekerde een nieuwe basisverzekering krijgt. In andere gevallen is de einddatum de eerste dag van de tweede kalendermaand die volgt op de dag waarop je (verzekeringnemer) hebt opgezegd;
- bij wijziging van de premiegrondslag of polisvoorwaarden in je nadeel. De basisverzekering eindigt dan op dag waarop de wijziging in de premie of voorwaarden ingaat. Je hebt 30 dagen de tijd voor je schriftelijke opzegging nadat wij je over de wijziging hebben geïnformeerd. Bij een wijziging van de voorwaarden of premie als gevolg van een wettelijke bepaling geldt deze opzeggingsgrond niet;
- je onlangs 18 jaar bent geworden en wil overstappen naar een andere verzekeraar;
- je een bericht hebt ontvangen van de NZa dat wij niet hebben voldaan aan artikel 15.f van de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg. Je opzegging moet in dat geval binnen 6 weken na het bericht van de NZa door ons zijn ontvangen.

Deze opzegmogelijkheden gelden niet:

- tijdens de periode dat je (verzekeringnemer) de verschuldigde premie en eventuele incassokosten niet binnen de gestelde termijnen hebt betaald (zie artikel 12), tenzij wij je opzegging binnen 2 weken bevestigen;
- tijdens de eerste 12 maanden van de verzekeringsovereenkomst, als je bent verzekerd via de Regeling onverzekerden van het CAK.

Beëindiging van je basisverzekering van rechtswege

Wij beëindigen je basisverzekering met ingang van de dag volgende op de dag:

- waarop wij geen basisverzekering meer mogen aanbieden doordat onze vergunning hiervoor is gewijzigd of ingetrokken. Wij sturen je in dat geval uiterlijk 2 maanden van tevoren bericht;
- bij overlijden. Wij moeten binnen 30 dagen na de datum van overlijden hiervan op de hoogte zijn gesteld;
- dat de verzekeringsplicht eindigt wanneer iemand niet meer is verzekerd voor de Wlz of als je als militair in werkelijke dienst gaat. Je moet ons dit zo snel mogelijk laten weten.

In bovenstaande gevallen stellen wij je zo snel mogelijk op de hoogte per welke datum wij de basisverzekering beëindigen en met welke reden.

Beëindiging verzekering bij uit de markt nemen of niet langer aanbieden

Wij hebben het recht de verzekering eenzijdig te beëindigen als wij de betrokken verzekering uit de markt nemen of niet langer aanbieden.

17. Heroverweging en klacht

Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

Verzoek om heroverweging

Ben je het niet eens met onze beslissing? Dan kun je ons vragen om deze beslissing te heroverwegen. Dit kan door je verzoek tot heroverweging te uploaden naar <https://www.asr.nl/service/zorgverzekering-upload>. Ook kun je een brief sturen aan a.s.r., t.a.v. de afdeling Zorg Medisch, Postbus 2072, 3500 HB Utrecht. Voor vragen kun je met ons bellen op (030) 699 79 30. Vermeld er in alle gevallen duidelijk bij dat het om een heroverweging gaat.

SKGZ

Reageren wij niet binnen vier weken op je verzoek tot heroverweging of geven wij aan bij onze beslissing te blijven en ben je het daar niet mee eens? Dan kun je naar de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Deze bemiddelt bij het oplossen van het probleem. Lukt dat niet, dan kan de Geschillencommissie van de SKGZ een bindende uitspraak doen. Je kunt met je verzoek tot heroverweging ook naar de bevoegde rechter.

Klacht

Heb je een klacht? Gebruik dan het klachtenformulier op Mijn Zorg Ik kies zelf van a.s.r.. Je kunt ook met ons bellen op (030) 699 79 30 of een brief sturen naar a.s.r. Klachtenservice, Postbus 2072, 3500 HB Utrecht.

Vind je dat je klacht niet goed is afgehandeld? Leg je klacht dan voor aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ).

Je kunt met je klacht ook naar de bevoegde rechter.

Klachten over standaardformulieren

Als je onze formulieren te ingewikkeld of overbodig vindt, kun je daarover een klacht indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De NZa kan hierover een bindende uitspraak doen.

18. Geneeskundige zorg

18.1 Audiologische zorg

Audiologische zorg is het voorkomen, onderzoeken en behandelen van stoornissen aan het gehoor. Het is een vorm van medisch specialistische zorg.

Je hebt recht op zorg verleend door een audiologisch centrum. De zorg houdt in dat het centrum:

- onderzoek doet naar je gehoorfunctie;
- je adviseert over de aan te schaffen gehoorapparatuur;
- je voorlichting geeft over het gebruik van de gehoorapparatuur;
- psychosociale zorg verleent als dat voor je gehoorprobleem noodzakelijk is;
- je helpt bij het stellen van een diagnose bij een spraak- en taalstoornis bij je kind.
- Je hebt een verwijzing nodig van een erkende verwijzer voor medisch specialistische zorg.

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 230o

1. De consument kan een overeenkomst op afstand of een overeenkomst buiten de verkooppriimte zonder opgave van redenen ontbinden tot een termijn van veertien dagen is verstreken, na:
 - a. bij een overeenkomst tot het verrichten van diensten: de dag waarop de overeenkomst wordt gesloten;
 - b. bij een consumentenkoop:
 - 1°. de dag waarop de consument of een door de consument aangewezen derde, die niet de vervoerder is, de zaak heeft ontvangen;
 - 2°. de dag waarop de consument of een door de consument aangewezen derde, die niet de vervoerder is, de laatste zaak heeft ontvangen, indien de consument in eenzelfde bestelling meerdere zaken heeft besteld die afzonderlijk worden geleverd;
 - 3°. de dag waarop de consument of een door de consument aangewezen derde, die niet de vervoerder is, de laatste zending of het laatste onderdeel heeft ontvangen indien de levering van een zaak bestaat uit verschillende zendingen of onderdelen; of
 - 4°. de dag waarop de consument of een door de consument aangewezen derde, die niet de vervoerder is, de eerste zaak heeft ontvangen voor een overeenkomst die strekt tot de regelmatige levering van zaken gedurende een bepaalde periode;
 - c. bij een overeenkomst tot levering van water, gas of elektriciteit, die niet gereed voor verkoop zijn gemaakt in een beperkt volume of in een bepaalde hoeveelheid, van stadsverwarming of van digitale inhoud, anders dan op een materiële drager: de dag waarop de overeenkomst wordt gesloten.
2. Indien niet aan de in artikel 230m lid 1, onderdeel h, gestelde eisen is voldaan wordt de in het vorige lid bedoelde termijn verlengd met de tijd die is verstreken vanaf het tijdstip, bedoeld in het vorige lid, tot het moment waarop alle ontbrekende gegevens alsnog op de voorgeschreven wijze aan de consument zijn verstrekt, doch met ten hoogste twaalf maanden.
3. De consument oefent het in lid 1 bedoelde recht uit door binnen de in dat lid gestelde termijn het ingevulde modelformulier voor ontbinding, bedoeld in bijlage I deel B van de richtlijn, te zenden of een andere daartoe strekkende ondubbelzinnige verklaring te doen aan de handelaar.
4. Brengt de consument op elektronische wijze via de website van de handelaar een verklaring tot ontbinding uit, dan bevestigt de handelaar onverwijld op een duurzame gegevensdrager de ontvangst van deze verklaring.
5. Op de consument rust de bewijslast voor de juiste en tijdige uitoefening van het in lid 1 bedoelde recht.