

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : Mevrouw A, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige B, beiden te C, vertegenwoordigd door mevrouw D te E, tegen F te G

Zaak : Ingangsdatum verzekering

Zaaknummer : 2013.00163

Zittingsdatum : 11 september 2013

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.P.Ch. van Dijk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 2 en 5 Zvw, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012, artt. 3:37, 6:2 en 6:248 BW)

---

1. Partijen

Mevrouw A, hierna te noemen: verzoekster, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige B, hierna te noemen: verzekerde, beiden te C, vertegenwoordigd door mevrouw D te E,

tegen

F te G, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Zeker Polis (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 AV-Top afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzekerde is op 23 mei 2012 geboren in het Rijnland ziekenhuis te Leiden.
- 3.2. Op 23 november 2012 heeft verzoekster verzekerde telefonisch aangemeld bij de ziektekostenverzekeraar. Deze heeft verzekerde ingeschreven voor de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 23 november 2012.
- 3.3. Het Rijnland ziekenhuis heeft verzoekster op 12 december 2012 een nota gezonden ten bedrage van € 1.630,77, betreffende de kosten van de geboorte en het verblijf van verzekerde in het ziekenhuis.
- 3.4. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd en verzocht de ingangsdatum van de verzekering te stellen op 23 mei 2012 (hierna: de aanspraak). Bij brief van 24 december 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.5. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoekster bij brief van 12 februari 2013 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.6. Bij brief van 19 april 2013 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar ge-

houden is de aanspraak alsnog in te willigen (hierna: het verzoek).

- 3.7. 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.
- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 24 juli 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 25 juli 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 29 juli 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 11 september 2013 in persoon gehoord.
- 3.11. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie desgevraagd bij brief van 24 september 2013 aanvullende informatie gezonden. Een afschrift hiervan is op 26 september 2013 aan verzoekster gezonden.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt dat zij verzekerde direct na diens geboorte bij de ziektekostenverzekeraar heeft aangemeld. Dit is geschied door middel van het insturen van een aanmeldkaart, die in het kraampakket van het ziekenhuis zat. Klaarblijkelijk is deze aanmelding nooit bij de ziektekostenverzekeraar binnengekomen, want in november 2012 bereikte verzoekster via haar huisarts het bericht dat haar zoon niet verzekerd was. Hierop heeft zij direct contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar en haar zoon opnieuw aangemeld.
- 4.2. Kort hierna ontving zij tot haar grote schrik een rekening van het ziekenhuis voor de kosten van de geboorte en het verblijf aldaar van verzekerde. Hierop heeft zij wederom direct contact gezocht met de ziektekostenverzekeraar en de kwestie uitgelegd. Een medewerkster van de ziektekostenverzekeraar adviseerde haar de kwestie op papier te zetten; een brief naar de klachtenafdeling zou in haar voordeel werken. De ziektekostenverzekeraar weigert echter verzekerde met terugwerkende kracht tot 23 mei 2012 te verzekeren. Verzoekster kan de rekening van het ziekenhuis niet voldoen.
- 4.3. Verzoekster verklaart dat zij van Egyptische afkomst is. Verzekerde is haar eerste kind dat in Nederland is geboren. Zodoende was zij niet op de hoogte van de geldende regels en de normale gang van zaken. Verzoekster wist niet dat zij een bevestiging van de aanmelding, bijvoorbeeld in de vorm van een verzekeringspasje, diende te krijgen. Het is voorstelbaar dat er iets mis kan gaan met (de verzending van) een aanmelding, maar feit blijft dat deze wel degelijk is verstuurd. Een fout bij de verzending komt niet voor risico van verzoekster. Zij heeft voldaan aan de verplichting haar zoon na de geboorte aan te melden.

- 4.4. Voorts voert verzoekster aan dat de reden dat verzekerde in het ziekenhuis is verbleven niet is omdat haar zoon verzorging nodig had, maar omdat zij verzorging nodig had na de uitgevoerde keizersnede.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster haar standpunt herhaald. Voorts is door haar ter aanvulling aangevoerd dat verzekerde niet te vroeg is geboren, en dat hij gezond was. Verzoekster is na de bevalling wel direct gesteriliseerd, aangezien zij inmiddels zes keizersneden had ondergaan. Verzoekster verklaart dat zij kraamzorg heeft gehad. Hiervoor heeft zij nimmer een nota ontvangen. Tot slot stelt verzoekster dat kennelijk met de aanmelding van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar iets verkeerd is gegaan bij het ziekenhuis.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Conform artikel 33 van de zorgverzekering is een verzekerde verplicht iedere wijziging die invloed kan hebben op de rechten en plichten die uit de verzekeringsovereenkomst voortvloeien, zo spoedig mogelijk doch uiterlijk binnen 30 dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan schriftelijk aan de ziektekostenverzekeraar door te geven. Voor dergelijke wijzigingen ontvangt de verzekeringnemer/verzekerde, na verwerking, een nieuw polisblad. Wanneer een geboorte niet binnen vier maanden aan de ziektekostenverzekeraar is gemeld, gaat de verzekering pas in per datum van aanmelding en niet met terugwerkende kracht vanaf de geboortedatum. Dit is wettelijk bepaald. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij de verzekeringnemer/verzekerde, oftewel de ouder(s). Bij de ziektekostenverzekeraar is niet bekend dat in het kraampakket van het ziekenhuis een antwoordkaart zit om een pasgeborene aan te melden bij de ziektekostenverzekeraar, zoals verzoekster stelt.
- 5.2. Contacten met verzekerden, en binnenkomende en uitgaande poststukken worden vastgelegd door middel van notities in het systeem. Deze notities zijn geraadpleegd. Er is geen ontvangst van een aanmeldkaart voor verzekerde geregistreerd. De ziektekostenverzekeraar concludeert dat verzoekster ten onrechte ervan is uitgegaan dat de aanmelding van de geboorte goed was gegaan. Voor iedere polismutatie (waaronder de inschrijving van een pasgeborene) wordt namelijk een polisblad verstuurd, waarop de wijziging te zien is. Verzoekster heeft toentertijd geen polisblad ontvangen. Zij had derhalve erop bedacht moeten kunnen zijn dat de aanmelding van de geboorte van haar zoon de ziektekostenverzekeraar niet had bereikt.
- 5.3. Er is geen aanleiding verzekerde met terugwerkende kracht vanaf de geboortedatum in te schrijven. De ingangsdatum van de verzekering van 23 november 2012, de datum waarop verzoekster verzekerde aanmeldde, blijft gehandhaafd. Verzoekster dient zelf zorg te dragen voor betaling van de ziekenhuiskosten. Dit gevolg, dat wellicht had kunnen worden voorkomen indien verzoekster grondig kennis had genomen van de op haar rustende verplichting, kan niet op de ziektekostenverzekeraar worden afgewenteld. De door verzoekster geschetste onwetendheid doet hier niets aan af.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald. Voorts is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat kraamzorg een verzekerde prestatie is, en dat de kosten hiervan bij de moeder en niet bij het kind in rekening worden gebracht. Er zal worden uitgezocht hoe het in onderhavig geval is gegaan

met de aanmelding voor en de declaratie van de kraamzorg. Voorts zal worden nagegaan welke kosten bij wie in rekening zijn gebracht, aangezien verzekerde in het ziekenhuis is verbleven vanwege de keizersnede van verzoekster.

5.5. Nadien is door de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de ziekenhuisnota zorgproductcode 990017020 heeft. Deze code staat voor “basiszorg pasgeboren kind”, en is daarom terecht bij verzekerde in rekening gebracht. Voor verzoekster is € 3.307,53 onder vermelding van code V51 bij de ziektekostenverzekeraar in rekening gebracht. Dit zijn de kosten voor sectio inclusief verpleegdagen. De kraamzorg is aangevraagd op 9 mei 2012. Op 27 mei 2012 zijn vier uren kraamzorg verleend, ten bedrage van € 172,--. Dit bedrag is op 5 juni 2012 gedeclareerd op naam van verzoekster. Door de ziektekostenverzekeraar is € 156,-- betaald; dit is het gedeclareerde bedrag minus de eigen bijdrage van € 4,-- per uur.

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 36 van de zorgverzekering en artikel 10 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

6.2. In artikel 10 van de aanvullende ziektekostenverzekering wordt voor geschillenbeslechting verwezen naar de commissie. Er is echter geen verwijzing naar de bevoegde rechter opgenomen, hoewel dit zou moeten. Dit maakt de bepaling waarin naar de commissie wordt verwezen op grond van de wet vernietigbaar. Om te voorkomen dat de commissie niet over de kwestie kan adviseren, omdat in de loop van de procedure tot vernietiging wordt besloten, en verzoekster zich (alsnog) tot de bevoegde rechter moet wenden, heeft de commissie verzoekster hierop bij brief van 21 juni 2013 gewezen. Verzoekster heeft de procedure bij de commissie voortgezet, waardoor zij impliciet heeft bevestigd dat zij gebruik wil maken van de in de verzekeringsvoorwaarden geboden mogelijkheid een bindend advies te vragen aan de commissie. Hierdoor is in geval van vernietiging van bedoelde bepaling toch een formele basis aanwezig voor de bindende advisering.

## 7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ingangsdatum van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering ten behoeve van verzekerde dient te worden gesteld op 23 mei 2012.

## 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. In artikel 35 van de zorgverzekering is bepaald wanneer de zorgverzekering aanvangt. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

*“1. a. De verzekering gaat in op de dag waarop [naam ziektekostenverzekeraar] het volledig ingevulde aanvraagformulier van de verzekeringnemer heeft ontvangen;*

*(...)*

*c. Indien de zorgverzekering ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, werkt deze, zonodig in afwijking van artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek, terug tot en met de dag waarop de plicht ontstond;*

*(...)*

*2. De verzekering gaat in op de datum die op het polisblad/bewijs van inschrijving als ingangsdatum is vermeld. (...)*”

Artikel 33 van de zorgverzekering betreft de kennisgeving van relevante gebeurtenissen aan de ziektekostenverzekeraar, en luidt, voor zover hier van belang:

#### *“33.1 Kennisgeving*

*1. De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht ervoor te zorgen dat iedere wijziging die invloed kan hebben op de rechten en plichten die uit de verzekeringsovereenkomst voortvloeit zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 30 dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan [naam ziektekostenverzekeraar] wordt meege-*

*deeld. Dergelijke wijzigingen zijn onder meer:*

*(...)*

*- geboorte;*

*Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn laatst bekende adres worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt:*

*2. Wanneer de wijziging niet binnen 30 dagen aan [naam ziektekostenverzekeraar] is gemeld, gaat de wijziging pas in per de meldingsdatum en niet met terugwerkende kracht op de wijzigingsdatum. Wanneer een geboorte niet binnen vier maanden aan [naam ziektekostenverzekeraar] is gemeld, gaat de verzekering pas in per de meldingsdatum en niet met terugwerkende kracht vanaf de geboortedatum.*

*(...)*”

8.3. De artikelen 33 en 35 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 1.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.4. In artikel 2 lid 1 Zvw is bepaald dat degene die ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de daarop gebaseerde regelgeving van rechtswege verzekerd is, verplicht is zich krachtens een zorgverzekering te verzekeren of te laten verzekeren tegen het in artikel 10 Zvw bedoelde risico. In het derde lid van dit artikel is bepaald dat degene die het gezag over een minderjarige, jonger dan achttien jaar, uitoefent, ervoor zorgt dat de minderjarige verzekeringsplichtige krachtens een zorgverzekering verzekerd is.

8.5. Artikel 3 van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt wanneer de aanvullende ziektekostenverzekering aanvangt. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

#### *“3.1 Ingang verzekering*

*a. De verzekering gaat in op de eerste van de maand volgend op die waarin het verzoek tot aanvraag voor de verzekering bij [naam ziektekostenverzekeraar] is binnengekomen, dit geldt voor inschrijvingen voor kinderen, wijzigingen bij verzekerden die 18 jaar worden en verzekerden die uit een collectiviteit komen;*

*b. Pasgeborenen worden ingeschreven op de geboortedatum;*

*(...)*

#### *3.2 Termijn*

a. De verzekering gaat in op de datum die op het polisblad/bewijs van inschrijving als ingangsdatum is vermeld.  
(...)”

Artikel 4 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de verplichtingen van de verzekeringnemer/verzekerde, en luidt, voor zover hier van belang:

**“4.1 Verplichtingen**

a. De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht ervoor te zorgen dat iedere wijziging die invloed kan hebben op de rechten en plichten die uit de verzekeringsovereenkomst voortvloeien zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 30 dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan [naam ziektekostenverzekeraar] worden meegedeeld. Dergelijke wijzigingen zijn onder meer:

(...)

- geboorte (...)

b. De verzekeringnemer/verzekerde moet erop toezien dat op het polisblad de noodzakelijke wijzigingen zijn aangebracht;

(...)

f. Alle gevolgen voortvloeiend uit het niet of niet tijdig nakomen van de genoemde verplichtingen zijn voor risico van de verzekeringnemer/verzekerde;

(...)”

8.6. In artikel 3:37, lid 3 BW is bepaald dat een tot een bepaalde persoon gerichte verklaring, om haar werking te hebben, die persoon moet hebben bereikt.

8.7. Artikel 6:2, lid 2 BW luidt:

*“Een tussen hen krachtens wet, gewoonte of rechtshandeling geldende regel is niet van toepassing, voor zover dit in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn.”*

8.8. Artikel 6:248 BW luidt:

*“1. Een overeenkomst heeft niet alleen de door partijen overeengekomen rechtsgevolgen, maar ook die welke, naar de aard van de overeenkomst, uit de wet, de gewoonte of de eisen van redelijkheid en billijkheid voortvloeien.*

*2. Een tussen partijen als gevolg van de overeenkomst geldende regel is niet van toepassing, voor zover dit in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn.”*

9. Beoordeling van het geschil

**Ten aanzien van de zorgverzekering – aanmelding**

9.1. Op grond van artikel 2 Zvw bestaat een individuele verzekeringsplicht. De verzekerde, dan wel diens wettelijk vertegenwoordiger, dient daarom tijdig een verzoek tot het sluiten van een zorgverzekering in te dienen bij een zorgverzekeraar, te weten binnen vier maanden na de geboorte van de baby, indien wordt gewenst dat de baby vanaf het moment van de geboorte is verzekerd tegen ziektekosten. Wordt het verzoek buiten deze termijn bij een zorgverzekeraar ingediend, dan geldt als ingangsdatum voor de zorgverzekering de dag waarop het verzoek door de zorgverzekeraar is ontvangen. Dit volgt uit artikel 5 Zvw.

- 9.2. Verzoekster heeft gesteld dat zij een aanmeldkaart uit het kraampakket van het ziekenhuis naar de ziektekostenverzekeraar heeft gestuurd om verzekerde aan te melden voor de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij deze kaart niet heeft ontvangen. Op grond van artikel 3:37 lid 3 BW moet een verklaring, om haar werking te hebben, die persoon of instelling hebben bereikt. Het risico dat de aanmeldkaart de ziektekostenverzekeraar niet bereikt, ligt bij de verzender van het bericht, derhalve bij verzoekster. De stelling dat bij de ziektekostenverzekeraar kraamzorg is aangevraagd, en dat de kosten hiervan zijn vergoed onder aftrek van de eigen bijdrage, kan verzoekster niet baten. Het betreft hier namelijk zorg die is vergoed ten laste van de zorgverzekering van verzoekster. Deze vergoeding zou ook zijn verleend als verzekerde elders was verzekerd, of – zoals in dit geval – hij niet was verzekerd.
- 9.3. De commissie is echter van oordeel dat het in dit specifieke geval, gegeven de bijzondere omstandigheden, naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is dat de ziektekostenverzekeraar zich beroept op het verstrijken van de onder 9.1 bedoelde termijn van vier maanden voor de aanmelding van verzekerde. Deze bijzondere omstandigheden zijn dat verzoekster, die recent naar Nederland is gekomen, het zonder haar partner – de vader van verzekerde – moest stellen ten tijde van de bevalling; zij de Nederlandse taal niet machtig is, en haar fysieke en mentale gesteldheid niet optimaal waren door de uitgevoerde keizersnede, die zoals door verzoekster onweersproken is gesteld, haar zesde keizersnede was, en zij zelfdertijd ook is gesteriliseerd.
- 9.4. Gelet op het voorgaande dient de ziektekostenverzekeraar verzekerde alsnog met terugwerkende kracht tot 23 mei 2012 – de geboortedatum – in te schrijven voor de zorgverzekering.

#### **Ten aanzien van de zorgverzekering – kosten**

- 9.5. Door het ziekenhuis is aan verzoekster een nota van € 1.630,77 gezonden voor de zorg die is verleend aan verzekerde, omdat tot 23 november 2012 sprake was van onverzekerdheid. Nu onder 9.5 is geconcludeerd dat verzekerde alsnog met terugwerkende kracht tot 23 mei 2012 dient te worden verzekerd tegen ziektekosten, dient deze ziekenhuisnota door de ziektekostenverzekeraar te worden vergoed.

#### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.6. In artikel 4 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat een verzekeringnemer/verzekerde verplicht is de ziektekostenverzekeraar zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen dertig dagen, schriftelijk op de hoogte te stellen van een geboorte. Pasgeborenen worden alsdan ingeschreven met ingang van de geboortedatum, zo bepaalt artikel 3 van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 9.7. De commissie is van oordeel dat onverkorte toepassing van artikel 4 van de aanvullende ziektekostenverzekering in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid niet onaanvaardbaar is.



## **Conclusie**

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, louter waar het betreft de ingangsdatum van de zorgverzekering, dient te worden toegewezen.
- 9.9. Aangezien het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, ligt het – mede in-dachtig artikel 17 van het reglement van de commissie – in de rede dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster vergoedt.
- 10. Het bindend advies
  - 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, als omschreven onder 9.8.
  - 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 20 november 2013,

Voorzitter