

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C te D en E te F
Zaak : Beëindiging, acceptatie aanvullende tandartsverzekering
Zaaknummer : 2013.00884
Zittingsdatum : 4 december 2013

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te D, en

2) E te F,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).

Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Beter Af Tandarts Polis twee sterren (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en het Beter Af Ziekenhuis Extra Pakket afgesloten.

Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

De zorgverzekering en de verzekering Beter Af Ziekenhuis Extra Pakket zijn niet in geschil en blijven daarom in het vervolg buiten beschouwing.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker met ingang van 1 januari 2013 ingeschreven voor de aanvullende ziektekostenverzekering. Voorheen was verzoeker verzekerd volgens de Mijn Keuze Polis.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar gevraagd hem in te schrijven voor de verzekering Beter Af Tandarts Polis drie sterren. Bij brieven van 9 en 10 januari, 6 februari en 8 maart 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld hem niet in te schrijven voor de door hem gewenste verzekering.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 15 mei 2013 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.

3.4. Bij brief van 1 augustus 2013 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is hem met terugwerkende kracht tot 1 januari 2013 in te schrijven voor de Beter Af Tandarts Polis drie sterren (hierna: het verzoek).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 2 oktober 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 10 oktober 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 13 oktober 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 18 november 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 4 december 2013 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
 - 4.1. Verzoeker heeft al jaren een gedegen aanvullende verzekering bij de ziektekostenverzekeraar. In de loop der jaren zijn de aanspraken van verzoeker op de verzekering wisselend geweest. In het ene jaar heeft hij maximaal gedeclareerd, terwijl hij in andere jaren de maximale bedragen bij lange na niet heeft uitgeput.
 - 4.2. In 2012 introduceerde de ziektekostenverzekeraar de Mijn Keuze Polis, met als argument dat veel klanten meer keuze zouden willen als het gaat om de aanvullende verzekeringen. Verzoeker koos voor deze polis met een dekking van € 600,-, in lijn met de verzekerde bedragen van voorgaande jaren.
 - 4.3. In 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar eenzijdig besloten deze polis niet meer aan te bieden, en verzoeker in te schrijven voor de verzekering Beter Af Tandarts Polis twee sterren, met een verzekerd bedrag van € 450,- per kalenderjaar. De eerstvolgende verzekering, de Beter Af Tandarts Polis drie sterren, kent een verzekerd bedrag van € 900,- per kalenderjaar. De ziektekostenverzekeraar weigert echter verzoeker hiervoor in te schrijven.
 - 4.4. Het eenzijdig wijzigen van de aanvullende verzekering mag niet in het nadeel van de verzekerde zijn. Op deze wijze kan de ziektekostenverzekeraar, door gedurende een paar jaar de verzekerde bedragen te wijzigen, de dekking minimaliseren ten faveure van rendementsafwegingen. Het kan naar de mening van verzoeker niet zo zijn dat men als klant jarenlang premie betaalt voor een gewenste dekking, die als het nodig is hier een beroep op te doen, langzaam maar zeker wordt uitgesloten.
 - 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
 - 5.1. De ziektekostenverzekeraar is met ingang van 1 januari 2013 gestopt met het product Mijn Keuze Polis en daarmee met het bieden van een aanvullende tandartsdekking van € 600,-. Als alternatief is verzoeker een Beter Af Tandarts Polis twee sterren ge-

boden met een dekking van € 450,-- per kalenderjaar. Verzoeker kan niet worden ingeschreven voor de Beter Af Tandarts Polis drie sterren, met een dekking van € 900,-- per kalenderjaar, omdat hij meer dan tien kronen heeft. Als kosten in het aankomende jaar bijna zeker zijn te verwachten, wordt een verzekerde niet geaccepteerd voor deze verzekering. Op deze wijze kan de premie relatief worden laag gehouden.

- 5.2. Omdat verzoeker pas laat op de hoogte was van de wijzigingen in het door hem gesloten pakket, heeft hij wat langer de tijd gekregen om zijn aanvullende ziektekostenverzekering bij de ziektekostenverzekeraar op te zeggen. Verzoeker heeft van dit aanbod echter geen gebruik gemaakt.
- 5.3. De Mijn Keuze Polis wordt via de website van de ziektekostenverzekeraar nog wel aangeboden aan ambtenaren in de collectiviteiten van VNG, IPO en UVW (Unie van Waterschappen). De collectiviteit van verzoeker, het UWV, komt hier niet meer voor in aanmerking.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 16 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is verzoeker met terugwerkende kracht tot 1 januari 2013 in te schrijven voor de Beter Af Tandarts Polis drie sterren.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden relevant.
- 8.2. De tandartsmodule, behorende bij de Mijn Keuze Polis, regelt met betrekking tot tandheelkundige zorg het volgende:

“Wij vergoeden aan verzekerden van 18 jaar en ouder de kosten van tandheelkundige behandelingen door een tandarts, mondhygiënist of tandprotheticus.

(...)

Tandartsmodule 600

- *consulten en een second opinion, mondhygiëne, vullingen en extracties: maximaal het door ons vastgestelde bedrag per prestatie*
- *overige behandelingen: maximaal 75% van het door ons vastgestelde bedrag per prestatie*
- *totale vergoeding is maximaal € 600,- per persoon per kalenderjaar. (...)*”

- 8.3. Artikel 2 van de ‘voorwaarden, aanspraken en vergoedingen zorgverzekeringsmodules’, behorende bij de Mijn Keuze Polis luidt, voor zover hier van belang:

“Iedereen, die de Beter Af Polis sluit, moet minimaal één zorgverzekeringsmodule afsluiten en krijgt daarbij gratis de Mijn Keuze Plus, tezamen vormt dit de Mijn Keuze Polis. (...)”

- 8.4. Artikel 3.2.2. van de ‘voorwaarden, aanspraken en vergoedingen zorgverzekeringsmodules’, behorende bij de Mijn Keuze Polis luidt, voor zover hier van belang:

“3.2.2 Wij beëindigen zowel de zorgverzekeringsmodule(s) van uzelf als van de verzekerde(n) die op uw zorgverzekeringsmodules zijn meeverzekerd:

- *op een door ons te bepalen tijdstip wanneer de verschuldigde bedragen binnen de door ons in de tweede schriftelijke aanmaning gestelde betalingstermijn nog niet zijn betaald;*
 - *met onmiddellijke ingang;*
 - *wanneer u niet tijdig voldoet aan een verzoek om inlichtingen (desgewenst schriftelijk), als die inlichtingen nodig zijn voor een goede uitvoering van de aanvullende verzekering;*
 - *wanneer achteraf blijkt dat u het aanvraagformulier onjuist of onvolledig heeft ingevuld, of omstandigheden heeft verzwegen die voor ons van belang kunnen zijn;*
- bij aangetoonde fraude, zoals omschreven in artikel 18 van de Beter Af Polis. (...)”*

- 8.5. Artikel 6 van de ‘voorwaarden, aanspraken en vergoedingen zorgverzekeringsmodules’, behorende bij de Mijn Keuze Polis luidt, voor zover hier van belang:

“Wij hebben het recht de voorwaarden en/of de premie van de bij ons lopende zorgverzekeringsmodules en bloc dan wel groepsgewijs te wijzigen. Een dergelijke wijziging wordt op een door ons nader vast te stellen datum doorgevoerd.

Wanneer wij de premie verhogen of de vergoedingen uit de verzekeringsvoorwaarden beperken, gelden deze wijzigingen ook wanneer u al verzekerd was.

Wanneer u niet akkoord gaat met de verhoging van de premie of de beperking van de voorwaarden, kunt u dit aan ons melden (schriftelijk of per e-mail) binnen 30 dagen nadat de wijziging door ons bekend is gemaakt. Wij beëindigen uw verzekering dan op de dag waarop de wijziging ingaat. (...)”

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Verzoeker was tot 1 januari 2013 verzekerd op basis van de Mijn Keuze Polis. De ziektekostenverzekeraar heeft deze verzekering eenzijdig beëindigd met ingang van genoemde datum. De vraag die allereerst dient te worden beantwoord, is of hij hier toe gerechtigd was.
- 9.2. De Mijn Keuze Polis werd aangegaan voor een jaar, dat loopt van 1 januari tot en met 31 december. In de voorwaarden is geregeld dat de verzekering ieder jaar stilzwijgend wordt verlengd.
- 9.3. Ingevolge artikel 6 van de ‘voorwaarden, aanspraken en vergoedingen zorgverzekeringsmodules’ van de Mijn Keuze Polis mag de ziektekostenverzekeraar de voorwaarden en/of de premie en bloc dan wel groepsgewijs wijzigen. De redenen voor eenzijdige *beëindiging* zijn – gelet op artikel 3.2.2. van de ‘voorwaarden, aanspraken en vergoedingen zorgverzekeringsmodules’ – het niet betalen van de premie, het niet verstrekken van inlichtingen, het onjuist invullen van het aanvraagformulier voor de verzekering, en aangetoonde fraude. Gesteld noch gebleken is dat bij verzoeker één van deze situaties aan de orde is.

Aangezien derhalve geen redenen bestonden voor een eenzijdige opzegging aan de zijde van de ziektekostenverzekeraar, mocht de Mijn Keuze Polis door hem niet worden beëindigd. De betreffende verzekering is daarom in stand gebleven.

- 9.4. Het product Mijn Keuze Polis wordt door de ziektekostenverzekeraar, zoals hiervoor overwogen, niet meer in dezelfde vorm als in 2012 aangeboden. Gelet op de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde stukken zijn de voorwaarden van de Mijn Keuze Polis echter inhoudelijk nagenoeg gelijk zijn aan de voorwaarden van de Beter Af Polis. Het verschil bestaat uit twee modules die de Beter Af Polis niet kent, namelijk een tandartsmodule en een ziekenhuismodule. De ziekenhuismodule is kennelijk vervangen door het Beter Af Ziekenhuis Extra Pakket. Hierover bestaat tussen partijen geen geschil, zodat de commissie dit onderdeel verder laat rusten. Anders is dit voor de tandartsmodule. Gelet op het voren overwogene bepaalt de commissie dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker vanaf 1 januari 2013 mag verzekeren volgens de Beter Af Polis in combinatie met het Beter Af Ziekenhuis Extra Pakket, met dien verstande dat hieraan de tandartsmodule van de Mijn Keuze Polis dient te worden toegevoegd. Het is aan de ziektekostenverzekeraar de premie voor deze module te bepalen. De Beter Af Tandarts Polis twee sterren komt hiermee te vervallen.
- 9.5. Voor zover verzoeker stelt dat hij moet worden geaccepteerd voor de Beter Af Plus Polis drie sterren, merkt de commissie op dat – met uitzondering van de zorgverzekeringen gebaseerd op de Zvw – geen acceptatieplicht op grond van de wet of anderszins bestaat. Het stond de ziektekostenverzekeraar derhalve vrij verzoeker op grond van het door hem geformuleerde acceptatiebeleid voor het gewenste product te weigeren. In dit beleid zal de commissie niet treden.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.4. Het meer of anders gevorderde dient te worden afgewezen.
- 9.7. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.4. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoeker dient te vergoeden.

Zeist, 18 december 2013,

Voorzitter