

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

|               |                                            |
|---------------|--------------------------------------------|
| Partijen      | : A, echtgenoot van wijlen E versus C te D |
| Zaak          | : Medische kosten, uitsluiting             |
| Zaaknummer    | : 2008.02769                               |
| Zittingsdatum | : 11 maart 2009                            |

Zaak: 2008.02769 (Medische kosten, uitsluiting)

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

(Voorwaarden ziektekostenverzekering 2008, Wet op het financieel toezicht, Burgerlijk Wetboek)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoeker, echtgenoot van wijlen E, hierna te noemen: verzekerde,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 28 november 2008 de kosten van een medische behandeling van verzekerde niet te vergoeden op de grond dat de medische behandeling verband houdt met kwalen/klachten die reeds bestonden vóór de ingangsdatum van de verzekering.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzekerde was in de periode 14 september 2007 tot 15 maart 2008 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Global Visitor verzekering (hierna: de ziektekostenverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW.
- 3.2. Verzekerde heeft eind 2007/begin 2008 een medische behandeling, onder andere bestaande uit radiotherapie, ondergaan. De ziektekostenverzekeraar heeft verzekerde bij brief van 18 januari 2008 meegedeeld de kosten van de behandeling niet te vergoeden op de grond dat de medische behandeling verband houdt met kwalen/klachten die reeds bestonden vóór de ingangsdatum van de verzekering.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 18 maart 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft hierop bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 24 juni 2008 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de behandeling van verzekerde alsnog te vergoeden (hierna: het verzoek).

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek is een afschrift van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 11 augustus 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 oktober 2008 aan verzoeker gezonden. Daarbij heeft de commissie hem medegedeeld niet bevoegd te zijn ten aanzien van de declaraties over het jaar 2007. De nota's over het jaar 2008 waren destijds nog niet door verzoeker gedeclareerd. Hij heeft dit alsnog gedaan, waarna de ziektekostenverzekeraar verzoeker bij brief van 28 november 2008 heeft laten weten dat zijn aanspraak is afgewezen. Tevens is in de brief aangegeven dat deze gelijk heeft te gelden als heroverweging. Verzoeker heeft bij brief van 3 december 2008 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen verzocht zijn verzoek tot vergoeding van de na 1 januari 2008 gemaakte kosten toe te wijzen.
- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop de mogelijkheid gekregen op de nadere stellingen van verzoeker te reageren. Bij brief van 6 februari 2009 heeft hij zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 10 februari 2008 aan verzoeker gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 16 februari 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 11 maart 2009 in persoon gehoord.

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

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat bij verzekerde pas vanaf begin november 2007 sprake was van klachten ter hoogte van de borst/sleutelbeen. Later bleek dit een vorm van kanker te zijn. Deze aandoening was klinisch niet eerder dan november 2007 aanwezig. Ter onderbouwing van deze stelling heeft verzoeker verklaringen van de behandelend internist overgelegd. Deze is bereid te verklaren dat verzekerde ten tijde van het afsluiten van de verzekering nog niet ziek was.
- 4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling het volgende aangevoerd. Bij de acceptatie van verzekerde voor de ziektekostenverzekering werden geen medische vragen gesteld. Verzoeker benadrukt dat geen sprake was van medisch toerisme. Hij wijst daarbij op de langdurige huwelijkse staat en het feit dat de onderhavige verzekering ter overbrugging werd afgesloten, namelijk tot het moment waarop verzekerde in aanmerking zou komen voor een zorgverzekering. Verzekerde is intussen overleden.
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

#### 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat sprake is van een medische behandeling die verband houdt met kwalen/klachten die reeds bestonden vóór de ingangsdatum van de verzekering en waar-

van mitsdien de kosten op grond van de verzekeringsvoorwaarden en de daarin opgenomen uitsluiting niet voor vergoeding in aanmerking komen.

- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd, dat de oncoloog in zijn verklaring stelt dat de aandoening 'klinisch' nog niet aanwezig was ten tijde van het afsluiten van de verzekering. Daarmee wordt doorgaans bedoeld dat nog geen klachten worden ondervonden door de patiënt. Het zegt dus niet dat de tumor pas na het afsluiten van de verzekering is ontstaan. Het betrof een grote tumor. Bovendien was het niet een primaire tumor, maar ging het om een uitzaaiing. Aan de vorming van een (primaire) tumor gaan maanden vooraf; de uitzaaiing vergt een nog langere periode.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek van verzoeker dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de dekking van de ziektekostenverzekering in het jaar 2008, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

## 7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is de vraag of verzoeker aanspraak kan maken op vergoeding van de kosten van de door verzekerde in het jaar 2008 ondergane radiotherapie, te weten een bedrag van € 9.418,00, de geneesmiddelen Tramadol® en Diclofenac® ten bedrage van € 18,55 en een poliklinisch consult door radiotherapie ten bedrage van € 123,10, in totaal derhalve € 9.559,65, ten laste van de ziektekostenverzekering.
- 7.2. De dekking is omschreven in artikel 2 van de ziektekostenverzekering. Naar het oordeel van de commissie vallen de radiotherapie en de daarbij voorgeschreven geneesmiddelen in beginsel onder de dekking van de verzekering. Door de ziektekostenverzekeraar wordt dit overigens ook niet bestreden.
- 7.3. De aanspraak op vergoeding van de kosten wordt door de ziektekostenverzekeraar afgewezen met een beroep op artikel 3 van de ziektekostenverzekering. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

### ***“Artikel 3. Uitsluitingen***

*Voor zover niet uitdrukkelijk anders is vermeld op het polisblad bestaat geen aanspraak op vergoeding van kosten:*

*3.1 die het gevolg zijn van kwalen, klachten en/of lichamelijke afwijkingen, alsmede wat daarmee verband houdt of daaruit voortvloeit, waaraan verzekerde lijdt of geleden heeft voor de ingangsdatum van deze verzekering, ook wanneer verzekerde met het bestaan van die kwalen, klachten en/of lichamelijke afwijkingen niet bekend was op of voor de ingangsdatum van de verzekering.”*

- 7.4. Verzoeker heeft onder overlegging van verklaringen van de behandelend internist gesteld dat de aandoening van verzekerde, waarvan de vergoeding van de kosten van de medische behandeling thans in het geding is, klinisch niet eerder dan november 2007 aanwezig was. Ten tijde van het afsluiten van de verzekering was verzekerde dus niet met de aandoening bekend. De ziektekostenverzekeraar heeft van zijn kant gesteld, dat sprake is van een vóór de ingangsdatum van de ziektekostenverzekering bestaande kwaal of ziekte. Hij voert

als argument aan dat het uitgesloten is dat een 'grote tumormassa' in een tijdsbestek van slechts ongeveer zes weken kan ontstaan. Dat verzekerde niet met één en ander bekend was, is volgens de ziektekostenverzekeraar niet relevant, nu ook die situatie onder de uitsluiting valt.

- 7.5. Gelet op de verklaring van de behandelend internist van 8 januari 2008, waarin wordt gesproken over een "onduidelijke operatie aan de linkermamma in de Filipijnen" die in 2007 heeft plaatsgevonden, en gezien de relatief korte tijd tussen deze operatie en het moment waarop verzekerde in hetzelfde gebied klachten kreeg, welke verband bleken te houden met een uitzaaiing, acht de commissie het onvoldoende aannemelijk geworden dat het carcinoom ten tijde van het aangaan van de zorgverzekering op 14 september 2007 niet aanwezig was. Dat verzekerde hier destijds (nog) niet van op de hoogte was, is niet relevant. Volgens de polisvoorwaarden geldt de uitsluiting immers ook als het gaat om een kwaal, klacht en/of lichamelijke afwijking waarmee verzekerde op of voor de ingangsdatum van de verzekering niet bekend was.
- 7.6. Gezien het voorgaande is de commissie van oordeel dat het verzoek dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 25 maart 2009,

Voorzitter