



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen E te F en G te H
Zaak : Voortzetten verzekering bij bereiken leeftijd 18 jaar, wijziging aanvullende
ziektekostenverzekering, wilsovereenstemming
Zaaknummer : 201303265
Zittingsdatum : 3 september 2014



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)



(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10, 11 en 16 Zvw, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013, 33 BW)

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,
tegen

- 
- 1) E te F, en
2) G te H,
hierna gezamenlijk 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 Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende modules Therapieën en Buitenland afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde 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. Verzoekster was tot 1 februari 2013 als minderjarige tegen ziektekosten verzekerd tezamen met haar ouders. Op 20 januari 2013 is zij 18 jaar geworden. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster een aanbod gedaan om vanaf 1 februari 2013 zelfstandig verzekerd te zijn op basis van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering, echter zonder de module Tandheelkundige Hulp.
- 
- 3.2. Een verzoek tot vergoeding van kosten van tandheelkundige zorg is door de ziektekostenverzekeraar afgewezen, omdat zij daarvoor niet verzekerd is. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar vervolgens gevraagd de module Tandheelkundige Hulp tot € 500,- met terugwerkende kracht tot 1 februari 2013 te activeren. De ziektekostenverzekeraar heeft haar medegedeeld dat niet aan haar verzoek kan worden voldaan. De module Tandheelkundige Hulp kan met ingang van 1 oktober 2013 worden geactiveerd, waarbij verzoekster rekening dient te houden met een wachttijd van zes maanden.
- 
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 22 oktober en 14 november 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 
- 

 3.5. Met het op 30 maart 2014 ingevulde klachtenformulier heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de modules Therapieën en Buitenland met terugwerkende kracht tot 1 februari 2013 te beëindigen en de module Tandheelkundige Hulp met terugwerkende kracht tot 1 februari 2013 te activeren, aansluitend aan de aanvullende verzekering die zij had toen zij nog door haar ouders was verzekerd (hierna: het verzoek).

 3.6. 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.

 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 13 juni 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 juni 2014 aan verzoekster gezonden.

 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 25 juni 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 21 augustus 2014 telefonisch medegedeeld niet te willen worden gehoord.

 3.9. Verzoekster is op 3 september 2014 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

 4.1. Verzoekster was tot 1 februari 2013 als minderjarige tegen ziektekosten verzekerd op de verzekering van haar ouders. Haar ouders hadden ten behoeve van haar een zorgverzekering en een aanvullende verzekering module Tandheelkundige Hulp tot € 500,-- afgesloten. Op 20 januari 2013 is verzoekster 18 jaar geworden. Daarom is zij vanaf 1 februari 2013 premie verschuldigd voor haar zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft de vader van verzoekster op 31 december 2012 een e-mailbericht gestuurd, waarin verzoekster erop wordt geattendeerd dat zij vanaf 1 februari 2013 individueel wordt verzekerd en dat de ziektekostenverzekeraar daarom een zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering voor haar heeft klaar gezet op Mijn[naam ziektekostenverzekeraar].

 4.2. Verzoekster ging ervan uit dat de zorgverzekering en de aanvullende verzekering, zoals zij die had toen zij nog door haar ouders was verzekerd, zouden worden voortgezet vanaf 1 februari 2013. Aangezien zij hieraan niets wilde wijzigen, heeft zij verder geen actie ondernomen. Pas toen zij kosten voor tandheelkundige zorg wilde declareren bij de ziektekostenverzekeraar, waarvoor zij eerst Mijn [naam ziektekostenverzekeraar] moest activeren, is haar gebleken dat de ziektekostenverzekeraar haar aanvullende verzekering met module Tandheelkundige Hulp tot € 500,-- met ingang van 1 februari 2013 had beëindigd en daarvoor in de plaats de modules Therapieën en Buitenland had geactiveerd. Verzoekster heeft echter nooit een aanvraag ingediend voor deze twee modules.

 4.3. Anders dan de ziektekostenverzekeraar beweert, is verzoekster niet zes weken vóór haar achttiende verjaardag geïnformeerd door de ziektekostenverzekeraar over de wijzigingen in haar zorgverzekering en aanvullende verzekering. Eerst op 31 december 2012 hebben haar ouders een e-mailbericht ontvangen dat aan verzoekster was gericht. In dit (standaard)bericht is vermeld dat tandheelkundige hulp voor verzekerden ouder dan 18 jaar niet is gedekt onder de zorgverzekering en moet worden bijverzekerd. Verzoekster was evenwel vóór haar achttiende verjaardag via haar ouders al verzekerd op basis van de module Tandheelkundige Hulp tot € 500,-- en mocht er daarom op vertrouwen dat deze ongewijzigd zou worden voortgezet. In voornoemd e-mailbericht staat niet vermeld dat de module Tandheelkundige Hulp tot € 500,-- zal worden beëindigd. Evenmin is vermeld dat in plaats hiervan de twee andere modules worden geactiveerd.

- 4.4. Verzoekster heeft nooit een rekening voor de te betalen premie ontvangen van de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft alleen de volledige jaarpremie in één keer bij de vader van verzoekster geïncasseerd. Deze betaalwijze is overigens wél conform de voorwaarden van de verzekeringen zoals haar ouders deze hadden afgesloten bij de ziektekostenverzekeraar.
- 4.5. Ter zitting heeft verzoekster voornoemde stellingen herhaald. Zij heeft benadrukt dat zij geen toestemming heeft gegeven voor de door de ziektekostenverzekeraar afgesloten modules. Ter aanvulling heeft zij aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar zonder toestemming van haar vader de premie voor haar verzekeringen heeft afgeschreven van zijn bankrekening. Verzoekster vordert dat de modules Therapieën en Buitenland met terugwerkende kracht komen te vervallen, dat de module Tandheelkunde met terugwerkende kracht te activeren waarbij de twee nota's van het afgelopen jaar worden vergoed, en een bedrag van € 300,-- voor de door haar genomen moeite en gemaakte kosten voor de procedure.
- 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. Op grond van de Zvw is het verplicht om vanaf de eerste dag van de kalendermaand volgend op het bereiken van de achttienjarige leeftijd een eigen zorgverzekering af te sluiten. In het geval van verzoekster is dit 1 februari 2013. De ziektekostenverzekeraar heeft zowel verzoekster als haar vader medio december 2012 per e-mail geïnformeerd over de wijzigingen. Hierbij zijn zij gewezen op de 'polisbedenktijd' van veertien dagen. Verzoekster had binnen deze periode haar verzekeringen kunnen wijzigen dan wel beëindigen. Zij heeft evenwel nagelaten de voor haar klaargezette modules te controleren. Het initiatief zich op de hoogte te stellen van haar verzekeringen en zich op grond van de door haar gewenste - andere - modules te verzekeren, ligt bij verzoekster. Nu de aanvullende verzekering module Tandheelkundige Hulp tot € 500,-- niet direct vanaf de ingangsdatum van de polis is afgesloten, maar pas vanaf 1 oktober 2013, geldt hiervoor een wachttijd van zes maanden.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoekster voldoende is geïnformeerd over de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering die met ingang van 1 februari 2013 voor haar zijn afgesloten. In het e-mailbericht aan de vader van verzoekster is hem medegedeeld op welke datum de nieuwe polis van verzoekster ingaat en welke aanvullende modules hierbij worden afgesloten. Daarnaast is in het e-mailbericht aan verzoekster - dat medio december 2012 is verstuurd - duidelijk vermeld dat de polis voor haar is klaargezet op Mijn[naam ziektekostenverzekeraar]. Zij had dus kunnen nakijken welke verzekeringen voor haar waren geactiveerd. Dat zij dit niet heeft gedaan, is de ziektekostenverzekeraar niet te verwijten. Ook is in voornoemd e-mailbericht duidelijk vermeld dat de dekking voor fysiotherapie en tandheelkundige hulp niet meer onder de zorgverzekering valt. De letterlijke tekst luidt: "Deze vallen nu onder de aanvullende verzekering. Bekijk goed wat je aanvullend wilt verzekeren. Anders loop je het risico dat je de kosten zelf moet betalen. Kies je nú voor de module Therapieën of Tandheelkundige Hulp? Dan geldt geen wachttijd." Er is dus niet aan verzoekster bevestigd dat de module Tandheelkundige Hulp tot € 500,-- voor haar was geactiveerd. Integendeel, uit de tekst blijkt dat verzoekster nog een keuze moest maken. Er is wel aan haar medegedeeld dat de zorgverzekering voor haar was klaargezet. "Met een hele voordelige jongerenpremie en twee aanvullende modules." Er is dus geen sprake van het ongevraagd en eenzijdig bepalen van de wijze van verzekering van verzoekster. Zij heeft zelf de mogelijkheid gehad haar verzekeringen te bekijken en aan te passen aan haar persoonlijke wensen.
- 5.3. Het klaarzetten van de zorgverzekering met de aanvullende modules Buitenland en Therapieën voor achttienjarigen is een beleidskeuze van de ziektekostenverzekeraar. Deze werkwijze hanteert de ziektekostenverzekeraar al twee jaren. Voorheen werd de verzekering klaargezet conform de verzekering van de ouders. Dit heeft in het verleden tot teveel klachten geleid, omdat ouders

veelal meerdere aanvullende modules hebben geactiveerd en dit resulteert in dure verzekeringen voor jongeren.

5.4. Ten aanzien van de incasso merkt de ziektekostenverzekeraar op dat in eerder genoemd e-mailbericht het rekeningnummer van de vader van verzoekster wordt vermeld als rekeningnummer waarvan de incasso zal plaatsvinden. Dit was het enige op dat moment bij de ziektekostenverzekeraar bekende rekeningnummer. Ook hiervoor geldt dat het initiatief bij verzoekster ligt om dit rekeningnummer te wijzigen indien de automatische incasso van een ander rekeningnummer moet plaatsvinden.

5.5. Desgevraagd verklaart de ziektekostenverzekeraar dat geen sprake kan zijn van voortzetting van de module Tandheelkundige Hulp tot € 500,- na 1 februari 2013. Deze aanvullende module - die op de polis van de ouders van verzoekster stond - was niet op verzoekster van toepassing, omdat verzekerden jonger dan 18 jaar voor (vergoeding van) tandheelkundige hulp zijn aangewezen op de zorgverzekering. Deze module kan bij de ziektekostenverzekering per verzekerde worden afgesloten, dus op individuele basis (in tegenstelling tot de andere modules die voor de gehele polis gelden). Daarom is geen sprake van een beëindiging van deze module per 1 februari 2013.

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 de artikelen 17 van de zorgverzekering en 20 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is ten behoeve van verzoekster de modules Therapieën en Buitenland met terugwerkende kracht tot 1 februari 2013 te beëindigen en de module Tandheelkundige Hulp met terugwerkende kracht tot 1 februari 2013 te activeren.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. Artikel 5 van de zorgverzekering bepaalt de duur van de zorgverzekering, en luidt, voor zover hier van belang:

*"De verzekeringnemer kan de ziektekostenverzekering met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar opzeggen. De opzegging moet dan uiterlijk 31 december binnen zijn. Indien de verzekeringnemer de ziektekostenverzekering niet opzegt, vindt stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar.
(...)"*

8.3. Artikel 7 van de zorgverzekering bepaalt dat verzekerden van 18 jaar en ouder premie zijn verschuldigd. Bij het bereiken van de leeftijd van 18 jaar is premie verschuldigd per de eerste van de maand volgend op de kalendermaand waarin deze leeftijd wordt bereikt.

8.4. De artikelen 5 en 7 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.5. Artikel 16 lid 1 Zvw bepaalt dat de verzekeringnemer krachtens de zorgverzekering premie is verschuldigd. In lid 2 van dit artikel is bepaald dat geen premie is verschuldigd tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin een verzekerde de leeftijd van 18 jaar bereikt.
- 8.6. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereuleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.7. Artikel 2 van de productvoorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt dat voor de aanvullende ziektekostenverzekering premie verschuldigd is voor verzekerde gezinsleden van 18 jaar en ouder.
- 8.8. Artikel 3 van de aanvullende ziektekostenverzekering betreft de geldigheid en duur van de verzekeringsovereenkomst en luidt:
- 8.9. In artikel 2 lid 1 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering zijn de 'basisafspraken' vermeld. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

*"Wanneer geldt deze overeenkomst tussen u en [naam ziektekostenverzekeraar]? En hoe lang?
lid 1 De overeenkomst gaat in op de datum, die op de elektronische polis als ingangsdatum is vermeld.*

lid 2 De looptijd van de overeenkomst is één kalenderjaar. Wanneer de overeenkomst in de loop van een kalenderjaar ingaat, geldt de overeenkomst voor de rest van dat kalenderjaar.

lid 3 De overeenkomst wordt daarna steeds met één kalenderjaar verlengd."

"Wij baseren deze overeenkomst met u op:

(...)

- de afspraak dat elke op de polis genoemde module geldt voor de verzekerden gezamenlijk. In afwijking hiervan geldt de Module 'tandheelkundige hulp' uitsluitend voor de personen, die op de polis zijn vermeld;

(...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. In artikel 5 van de zorgverzekering is bepaald dat de zorgverzekering wordt aangegaan voor de duur van één jaar. Indien de verzekeringnemer de verzekering niet vóór het einde van het kalenderjaar opzegt, wordt de verzekering stilzwijgend verlengd voor de duur van één kalenderjaar.
- 9.2. Van een opzegging door de verzekeringnemer is niet gebleken. Voorts is niet gebleken dat verzoekster zich elders tegen ziektekosten heeft verzekerd, zodat er ook geen aanleiding bestond de zorgverzekering - tussentijds - te beëindigen. Een en ander leidt tot de conclusie dat de zorgverzekering ongewijzigd is voortgezet, zij het dat met ingang van 1 februari 2013 op de verzekeringnemer de verplichting tot premiebetaling rust. Uit het polisblad van verzoekster blijkt dat zij als verzekeringnemer wordt aangemerkt.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. In artikel 3 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat de verzekering wordt aangegaan voor de duur van één jaar en dat deze daarna steeds met één kalenderjaar wordt verlengd.
- 9.4. Door verzoekster is betoogd dat zij tot 1 februari 2013 - evenals haar ouders - was verzekerd op basis van de module Tandheelkundige Hulp tot € 500,--. Door de ziektekostenverzekeraar is dit bestreden.
- In artikel 2 lid 1 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat de module 'Tandheelkundige Hulp' uitsluitend geldt voor de personen die op de polis zijn vermeld. In de procedure is een polisblad van de ouders van verzoekster overgelegd dat de polissituatie per 1 januari 2013 weergeeft. Van de verschillende modules die kunnen worden gekozen is alleen de 'Module Tand' geactiveerd, waarbij de namen en geboortedata van de ouders van verzoekster zijn vermeld en is toegevoegd "tot 500,-- euro". De commissie concludeert op basis hiervan dat verzoekster vóór 1 februari 2013 niet was verzekerd op basis van de module Tandheelkundige Hulp tot € 500,--. Hiertoe was ook geen aanleiding, omdat tot haar achttiende jaar de kosten van tandheelkundige hulp onder de basisverzekering zijn gedekt. In het e-mailbericht van 31 december 2012 is verzoekster expliciet erop geattendeerd dat tandheelkundige hulp onder een aanvullende verzekering valt. Deze module is vervolgens niet direct geactiveerd. Toen hier alsnog om werd verzocht, heeft de ziektekostenverzekeraar er terecht op gewezen dat zulks niet met terugwerkende kracht tot 1 februari 2013 mogelijk is. Dat bij een later ingediende aanvraag voor deze module een wachttijd van zes maanden van toepassing is, is in de voorwaarden bepaald.
- 9.5. Een volgende vraag is of de ziektekostenverzekeraar verzoekster terecht heeft verzekerd op basis van de modules Therapieën en Buitenland. De commissie merkt hierover op dat een verzekeringsovereenkomst tot stand komt door een aanbod en de aanvaarding daarvan door de verzekeringnemer. Zoals hiervoor is opgemerkt, werden door de vader van verzoekster - die voorheen optrad als verzekeringnemer - ten behoeve van zichzelf, zijn partner en verzoekster - genoemde modules niet geactiveerd; zo blijkt althans uit het polisblad. Ook verzoekster heeft - als verzekeringnemer - niet gevraagd om de modules met ingang van 1 februari 2013 te activeren. Dit is derhalve gebeurd op initiatief van de ziektekostenverzekeraar.
- Dat verzoekster en haar vader hierover per mail zijn geïnformeerd, is niet relevant. Voorts is niet van belang dat verzoekster niet tijdig op Mijn[naam ziektekostenverzekeraar] heeft gecontroleerd welke modules per 1 februari 2013 voor haar door de ziektekostenverzekeraar waren klaar gezet. Uitgangspunt is dat voor de totstandkoming van een overeenkomst wilsovereenstemming tussen partijen vereist is, en hiervan is in de procedure niet gebleken.

Schadevergoeding

- 9.6. Verzoekster heeft ter zitting een bedrag van € 300,-- gevorderd als vergoeding voor de genomen moeite en de voor deze procedure gemaakte kosten. Aangezien dit verzoek eerst tijdens de hoorzitting is ingediend, is dit verzoek tardief. Daarom dient dit verzoek tot schadevergoeding reeds om deze reden te worden afgewezen.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat het verzoek de module Tandheelkundige Hulp tot € 500,-- met terugwerkende kracht tot 1 februari 2013 te activeren, dient te worden afgewezen. Daarentegen dient het verzoek te worden toegewezen voor zover het de modules Therapieën en Buitenland betreft, en wel in die mate dat de voor deze modules betaalde premie dient te worden gerestitueerd en dat eventueel ten laste van deze modules verleende vergoedingen aan de ziektekostenverzekeraar dienen te worden terugbetaald. De ziektekostenverzekeraar mag overgaan tot verrekening van een en ander.

Het verzoek tot schadevergoeding dient te worden afgewezen.

9.8. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, zoals bepaald in 9.7.

10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 1 oktober 2014,

Voorzitter