

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs. C en E te D
Zaak	: Wijziging verzekeringsvoorwaarden
Zaaknummer	: 2009.00350
Zittingsdatum	: 15 juli 2009

Zaak: 2009.00350 (Wijziging verzekeringsvoorwaarden)

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

(Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008, 3:37 lid 3 BW)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen

C en E te D, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 14 oktober 2008 de kosten van fysiotherapie vanaf de negentiende behandeling niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam zorgverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). De zorgverzekering blijft in het vervolg buiten beschouwing. Verder waren ten behoeve van verzoeker de aanvullende ziektekostenverzekeringen [naam ziektekostenverzekeraar] Uitgebreid (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en Tandengaaf 500 afgesloten. Laatstgenoemde verzekering is hier niet aan de orde. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Door de behandelend fysiotherapeut zijn behandelingen fysiotherapie gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar heeft de kosten van screening en van de eerste achttien behandelingen vergoed. Voor de overige, rechtstreeks gedeclareerde kosten, heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker op 14 oktober 2008 een afwijzende beslissing gezonden. Verzoeker kan zich hiermee niet verenigen, stellende dat hij niet tijdig is geïnformeerd over de beperking van het aantal behandelingen. Hij meent daarom dat de door hem gemaakte kosten van fysiotherapie dienen te worden vergoed, in ieder geval die kosten welke zijn gemaakt tot en met 18 oktober 2008, de datum van ontvangst van eerder genoemde brief (hierna: de aanspraak).
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 21 januari 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medege-deeld zijn standpunt te handhaven.

- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 13 april 2009 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 25 maart 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 juni 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 16 juni 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 15 juli 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 hij niet bestrijdt dat de aanvullende ziektekostenverzekering dekking biedt voor maximaal achttien behandelingen fysiotherapie. Zijn bezwaar is met name daarin gelegen dat hij over de betreffende beperking niet tijdig is ingelicht. Het polisblad en de polisvoorwaarden werden door hem pas eind oktober 2008 ontvangen, en eerst nadat hij daar bij herhaling om had verzocht. Volgens verzoeker hangen deze perikelen samen met de fusies en reorganisaties in het jaar 2008, hetgeen hij afleidt uit andere incidenten. Verzoeker meent dat indien hij tijdig van de wijziging op de hoogte was gebracht, hij andere afspraken met de fysiotherapeut had kunnen maken.
- 4.2. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald. Hij stelt dat hij eerst op 18 oktober 2008 is geïnformeerd over de wijziging van de polisvoorwaarden. Deze brief had betrekking op een terugvordering van teveel uitgekeerde bedragen.
- 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 hij zijn verzekerden in november 2007 heeft geïnformeerd over de wijzigingen in de dekking met ingang van 1 januari 2008. Daartoe behoort ook de beperking van het aantal behandelingen fysiotherapie. Op grond van artikel 7.6 B en C kunnen zorgverleners rechtstreeks declareren. De betrokken verzekerden ontvangen tweemaal per jaar een nota voor de verrekening van gemaakte zorgkosten, zo ook in dit geval.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de wijzigingen eind 2007 aan alle verzekerden zijn doorgegeven. De reden dat hij geen afschrift meer heeft van de betreffende brief, is dat deze voorheen niet werd bewaard in het systeem. Vanaf 2009 is dit wel het geval.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Gezien de verzekeringsvoorwaarden, het reglement van de commissie en/of de door de ziektekostenverzekeraar ondertekende verklaring, is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

7.1. In geschil is of de beperking van het aantal behandelingen fysiotherapie op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 januari 2008 verzoeker kan worden tegengeworpen. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

7.2. Door verzoeker is niet bestreden dat de ziektekostenverzekeraar het recht heeft premie en voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering eenzijdig te wijzigen. Hetgeen partijen verdeeld houdt is of verzoeker – tijdig – is geïnformeerd over de onder 7.1 bedoelde wijziging, en zo nee, wat daarvan de consequentie is.

7.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de stelling ingenomen dat hij zijn verzekerden in november 2007 een overzicht van alle wijzigingen per 1 januari 2008 heeft gezonden. Verzoeker heeft daar tegenin gebracht dat hij het overzicht niet heeft ontvangen en dat het polisblad en de polisvoorwaarden hem eerst in oktober 2008 hebben bereikt, nadat hij bij herhaling om toezending daarvan had gevraagd. Het door verzoeker aangeleverde polisblad vermeldt inderdaad een afgiftedatum van 22 oktober 2008.

7.4. In artikel 3:37 lid 3 BW is geregeld dat een tot een bepaalde persoon gerichte verklaring, om haar werking te hebben, die persoon moet hebben bereikt. Op deze hoofdregel bestaan enkele uitzonderingen die in dit geval niet aan de orde zijn. Door de ziektekostenverzekeraar is in de procedure niet aannemelijk gemaakt dat verzoeker tijdig is ingelicht over de beperking van het aantal behandelingen fysiotherapie. Zo is door hem, waar het gaat om het overzicht, geen exacte verzenddatum opgegeven en is ook geen kopie van een aan verzoeker geadresseerd begeleidend schrijven overgelegd. Nu toch in ieder geval vraagtekens kunnen worden gezet bij de verzending door de ziektekostenverzekeraar van de relevante informatie, geldt dit temeer voor de ontvangst daarvan door verzoeker. Het risico ter zake ligt bij de ziektekostenverzekeraar.

7.5. Onder de gegeven omstandigheden concludeert de commissie dat verzoeker eerst met de brief van 14 oktober 2008, door hem ontvangen op 18 oktober 2008, bekend is geworden met de wijziging van de verzekeringsvoorwaarden. Uit het overzicht van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat tussen de achttiende behandeling op 16 juli 2008 en 18 oktober 2008 nog vijftien behandelingen fysiotherapie hebben plaatsgevonden, de laatste daarvan op 8 oktober 2008. De commissie is van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van deze vijftien behandelingen fysiotherapie overeenkomstig de in het jaar 2007 geldende verzekeringsvoorwaarden dient te ver-

goeden. In artikel 11 lid 5 van de aanvullende ziektekostenverzekering was destijds opgenomen dat een onbeperkt aantal behandelingen wordt vergoed.

- 7.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, voor zover dat ziet op de aanvullende ziektekostenverzekering, met inachtneming van hetgeen onder 7.5 is overwogen, dient te worden toegewezen.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek, met inachtneming van hetgeen onder 7.5 is overwogen, toe.
- 8.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 12 augustus 2009,

Voorzitter