



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C te D,  
vertegenwoordigd door E te F  
Zaak : Klasseverzekering, beëindiging met terugwerkende kracht  
Zaaknummer : 201303298  
Zittingsdatum : 18 juni 2014

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

(Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

---

1. Partijen

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

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door  
E te F.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basisverzekering Natura (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 ziektekostenverzekering Aanvullende Klasseverzekering (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en Extra 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 Extra zijn niet in geschil en blijven daarom in het vervolg buiten beschouwing.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Bij brief van 23 november 2013 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar verzocht de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht tot 1 januari 2006 te beëindigen en de betaalde premie te restitueren.
- 3.2. Bij brief van 11 december 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld de aanvullende ziektekostenverzekering niet met terugwerkende kracht te beëindigen en de betaalde premie niet te restitueren.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 4 april 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanvullende ziektekostenverzekering alsnog met terugwerkende kracht tot 1 januari 2006 te beëindigen en de betaalde premie te restitueren (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 7 mei 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 mei 2014 aan verzoeker gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 18 mei 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.

3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 18 juni 2014 telefonisch respectievelijk in persoon gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. Jaren geleden heeft verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten. Deze verzekering zou dekking bieden voor een ziekenhuisopname in de tweede klasse. Recent is verzoeker echter gebleken dat klasseverpleging al sinds 1 januari 2006 niet meer plaatsvindt.

4.2. Ten tijde van de ministeriële beleidswijziging, waarbij de klasse-indeling werd afgeschaft, was verzoeker woonachtig in Belgrado, Joegoslavië (thans: Servië). De ziektekostenverzekeraar heeft hem destijds onvoldoende geïnformeerd over de wijziging. In de aanbiedingsbrief met de kop "*uw nieuwe zorgverzekering*" staat expliciet: "*Met ingang van 1 januari 2006 vervalt het tarief voor klasseverzekering. Indien u momenteel een (aanvullende) klasseverzekering heeft, wordt uw zorgverzekering per 1 januari 2006 voortgezet op basis van verpleegklasse 3. U hoeft niet te reageren!*". Desondanks heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering voortgezet. Naar de mening van verzoeker is dit ten onrechte gebeurd. De ziektekostenverzekeraar dient de betaalde premie dan ook vanaf 1 januari 2006 te restitueren. De premie staat niet in verhouding met de dekking die wordt geboden.

4.3. Het argument van de ziektekostenverzekeraar dat de klasseverzekering in het buitenland een zekere relevantie kan hebben, snijdt geen hout. Voor zover verzoeker weet, bestaan in het buitenland geen met Nederland vergelijkbare klassen, zoals bijvoorbeeld 2A of 2B.

4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat op de daggeldvergoeding geen aanspraak kan worden gemaakt als er geen klasseverpleging mogelijk is. Hij heeft in een Nederlands ziekenhuis gelegen in 2006, maar heeft hiervoor op geen enkele wijze compensatie gehad.

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. Bij de introductie van de basisverzekering op 1 januari 2006 is het onderscheid tussen de particuliere ziektekostenverzekering en de ziekenfondsverzekering komen te vervallen. Men beoogde daarmee de zorg in Nederland voor iedereen op gelijke wijze toegankelijk te maken, en was van mening dat klasseverpleging hierbij niet meer paste. Men is hierop echter snel teruggekomen. De ziektekostenverzekeraar verwijst in dat kader naar een artikel in de Volkskrant van 29 december 2012, waaruit blijkt dat nog steeds behoefte bestaat aan een onderverdeling in klassen. Dit is de reden dat de ziektekostenverzekeraar de klasseverzekering nog steeds aanbiedt.

5.2. Verzoeker is verzekerd binnen een collectiviteit. Vanuit deze collectiviteit bestond de behoefte om voor haar gedetacheerde werknemers een aanvullende klasseverzekering te blijven aanbieden. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker, die destijds in Belgrado was gedetacheerd, bij brief van 19 augustus 2005 geïnformeerd over de stelselwijziging. In december 2005 is aan hem een aanbiedingsbrief gestuurd. Hierin is toegelicht dat de aanvullende klasseverzekering in Nederland met ingang van 1 januari 2006 vervalt.

5.3. Verzoeker heeft de aangeboden dekking niet gewijzigd, waarmee de verzekeringen zijn geaccepteerd. Ook bij de daaropvolgende prolongaties heeft verzoeker niet medegedeeld dat hij de aanvullende ziektekostenverzekering wilde beëindigen.

De ziektekostenverzekeraar beroept zich op een bindend advies van de commissie van 25 september 2013 (GcZ 23 september 2013, 2013.00702), waarin is geoordeeld dat het op de weg van een verzekerde ligt bij verlenging van de verzekering na te gaan of die nog steeds voldoet aan de verzekeringsbehoefte. Van

een ziektekostenverzekeraar kan niet worden gevergd dat deze zijn verzekerden individueel benadert om te controleren of zij nog steeds de meest passende (aanvullende) verzekering hebben afgesloten.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat als geen opname in een klasse mogelijk is, een daggeldvergoeding wordt geboden. Het gaat dan om verblijf op de IC, hartbewaking, kinderafdeling, en dergelijke. Bij reguliere, geplande opname is klasseverpleging mogelijk.

5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 13.2 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

6.2. De commissie is niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering van vóór 1 januari 2008.

## 7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht tot 1 januari 2006 te beëindigen en verzoeker de betaalde premie te restitueren.

## 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarde

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil is de volgende verzekeringsvoorwaarde relevant.

8.2. Artikel 59 van de aanvullende ziektekostenverzekering luidt, voor zover hier van belang:

*"Het recht op vergoeding van de hieronder vermelde aanspraken bestaat uitsluitend indien deze aanvullende verzekering op het polisblad is aangetekend.*

*A. Comfort en service tijdens een medisch noodzakelijke opname van een verzekerde in een ziekenhuis in Nederland of buiten Nederland, medisch specialistische of kaakchirurgische behandeling en bijkomende kosten. Het ziekenhuis buiten Nederland moet erkend zijn door een bevoegde overheidsinstantie. Een medische noodzaak is in het kader van deze verzekering aanwezig indien verpleging, onderzoek en/of behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden, terwijl onafgebroken behandeling door een medisch specialist of kaakchirurg noodzakelijk moet zijn.*

*B. Ziekenhuisverpleging in Nederland:*

*1. Verpleging in een één- of tweepersoonskamer indien deze wordt gedeclareerd door een ziekenhuis waarmee de zorgverzekeraar afspraken heeft gemaakt. Indien de kosten worden gedeclareerd door een ziekenhuis waarmee de zorgverzekeraar geen afspraken heeft gemaakt, worden de in rekening gebrachte kosten vergoed tot maximaal € 200 per verpleegdag.*

*2. In geval van verpleging in de laagste klasse van een ziekenhuis bestaat recht op vergoeding van € 70 per verpleegdag.*

*C. Ziekenhuisverpleging buiten Nederland:*

*1. Bij verpleging in een ziekenhuis dat onderscheid in klassenverpleging kent, wordt vergoeding verleend voor het verschil van de kosten tussen de laagste en de daarop volgende hogere klasse.*

*2. In geval van verpleging in de laagste klasse of indien het betreffende ziekenhuis geen onderscheid in klassenverpleging kent, bestaat recht op vergoeding van € 70 per verpleegdag tot maximaal € 4.900 per kalenderjaar. (...)"*

## 9. Beoordeling van het geschil

9.1. Naar door verzoeker is betoogd, bestond bij de overgang van 2005 naar 2006 voor de ziektekostenverzekeraar een informatieplicht. Of en, zo ja, in hoeverre aan die verplichting invulling is gegeven kan de commissie niet beoordelen aangezien zij niet bevoegd is ten aanzien van aanvullende ziektekostenverzekeringen van vóór 1

januari 2008. Dit geldt evenzeer ten aanzien van het beroep van verzoeker op dwaling bij het aangaan van deze verzekering in 2006.

- 9.2. Vast staat dat de aanvullende ziektekostenverzekering op 1 januari 2008 van kracht was en dat verzoeker beschikte over de op dat moment vigerende verzekeringsvoorwaarden. Hij had derhalve in 2008, en vervolgens van jaar tot jaar, de mogelijkheid van deze voorwaarden kennis te nemen en desgewenst de verzekering te beëindigen. Daarom komt de dwaling op grond van artikel 6:228 lid 2 BW, zo daarvan al sprake is, voor zijn rekening.
- 9.3. Door verzoeker is gesteld dat de te betalen premie niet in verhouding staat tot de geboden dekking. Deze stelling kan verzoeker niet baten, aangezien de commissie in beginsel niet bevoegd is te treden in de vraag naar de interne billijkheid van een overeengekomen contractbepaling, tenzij die bepaling onredelijk bezwarend wordt geoordeeld. Dit laatste is in casu niet aan de orde. Vast staat dat de verzekering dekking biedt ingeval van ziekenhuisopname in de verzekerde klasse. De opname hoeft niet noodzakelijkerwijs in Nederland plaats te vinden. Of hier te lande al dan niet klasseverpleging wordt geboden, is dan ook niet relevant. Kan geen gebruik worden gemaakt van klasseverpleging, dan heeft de verzekerde aanspraak op een daggeld van € 70,--, in het buitenland tot een maximum van € 4.900,-- per kalenderjaar. Voor zover verzoeker - achteraf - de vergelijking maakt tussen de daadwerkelijk betaalde premie en het verzekerde risico dat zich niet heeft gerealiseerd, geldt dat een dergelijke vergelijking zich niet verdraagt met het karakter van een verzekeringsovereenkomst. Dit is namelijk een kansovereenkomst. Zoals onder 9.2 is overwogen, lag het op de weg van verzoeker om bij de jaarlijkse prolongatie na te gaan in hoeverre de premie zich verhoudt tot het te verzekeren risico. Dat hij dit langere tijd heeft nagelaten, komt dan ook voor zijn rekening.

## Conclusie

- 9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 25 juni 2014,

Voorzitter