

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. H.A.J. Kroon en mr. J.J.M. Linders

Zaaknummer: 202402250

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar u.a. te Schiedam,
- 2) DSW Ziektekostenverzekeringen N.V. te Schiedam,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 3 maart 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 6 maart 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 24 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 28 april 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 16 juli 2025 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Top (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Op 13 december 2024 heeft verzoekster een gelaatsbehandeling ondergaan. De kosten hiervan, te weten een bedrag van € 600,--, heeft zij bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd.
- 2.3. Bij brief van 16 december 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de kosten van de behandeling gedeeltelijk worden vergoed, namelijk tot een bedrag van € 20,--.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 17 december 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is aan haar € 470,-- te vergoeden voor een gelaatsbehandeling in 2024, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 3.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoekster bij brief van 3 maart 2025 aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte stelt dat eerder verleende vergoedingen meetellen voor de maximale vergoeding gedurende de gehele verzekeringsperiode, ook als er sprake is van een onderbreking of wijziging van de aanvullende ziektekostenverzekering. In het geval van verzoekster is geen sprake van een doorlopende aanvullende ziektekostenverzekering. In de twee verzekeringsperiodes (2017-2018 en 2024-heden) was namelijk sprake van verschillende polisnummers. Het betreft twee afzonderlijke verzekeringsperiodes en twee volledig gescheiden overeenkomsten. Het gaat hier dan ook niet om een doorlopende verzekering met een tijdelijke onderbreking of een wijziging van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 3.3. Op grond van artikel 6:238, tweede lid, van het Burgerlijk Wetboek geldt dat bij een onduidelijkheid in algemene voorwaarden een beding in het voordeel van de wederpartij van de gebruiker, in dit geval verzoekster, moet worden uitgelegd. De bewoordingen “onderbreking van de aanvullende verzekering” in de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering zijn voor meer dan één interpretatie vatbaar. De invulling die de ziektekostenverzekeraar hieraan geeft blijkt niet expliciet uit de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit leidt tot een onduidelijke situatie met financieel nadelige gevolgen voor verzoekster.
- 3.4. Aangezien verzoekster in de tussenliggende jaren, te weten van 2018 tot 2024, niet bij de ziektekostenverzekeraar was verzekerd, is feitelijk geen sprake van een onderbreking van de aanvullende ziektekostenverzekering, maar van een volledig nieuwe verzekering met ingang van 2024. De door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde redenering is daarmee niet in lijn met de principes van contractuele continuïteit. Volgens verzoekster mag een nieuwe verzekeringsovereenkomst niet worden belast met beperkingen uit een volledig afgesloten eerdere verzekering.
- 3.5. Ter zitting heeft verzoekster herhaald dat zij het niet eens is met de door de ziektekostenverzekeraar gegeven uitleg van de woorden “gedurende de gehele periode dat u bij ons verzekerd bent”. Verzoekster heeft in dit verband toegelicht dat zij tussen 2018 en 2024 niet verzekerd is geweest bij de ziektekostenverzekeraar. Na een onderbreking van meerdere jaren is de nieuwe verzekering per 1 januari 2024 ingegaan. Het is dan ook logisch dat dit wordt gezien als een nieuw verzekeringscontract, en niet als een voortzetting van de oude overeenkomst. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat de vergoeding “levenslang is verbruikt” binnen één verzekeraar is juridisch niet houdbaar, omdat de oorspronkelijke overeenkomst is beëindigd. De voorwaarde waarin staat dat de vergoeding “eenmalig” geldt “gedurende de gehele periode dat u bij ons verzekerd bent” wordt door de ziektekostenverzekeraar uitgelegd als een levenslange uitsluiting, zelfs na jaren van niet bij hem verzekerd zijn.
 Bij het opnieuw afsluiten van de verzekering voor het jaar 2024 is verzoekster op geen enkel moment actief of duidelijk geïnformeerd dat een eerdere vergoeding uit 2017/2018 nog steeds van invloed zou zijn. Deze beperking staat bovendien pas op pagina 3 van de brochure en niet in de hoofdtekst van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft hiermee niet voldaan aan de op hem rustende informatieplicht. Op grond van de artikelen 18 en 19 van de Regeling zorgverzekering moeten zorgverzekeraars verzekerden transparant en tijdig informeren over voorwaarden en beperkingen in de aanvullende verzekering.
 Een nieuwe verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar krijgt wel toegang tot de volledige vergoeding. Verzoekster is na jarenlange afwezigheid opnieuw ingestroomd en zou daarom in een

gelijke positie moeten verkeren. Door haar te blijven aanspreken op de verleende vergoeding vanuit een reeds lang beëindigde verzekering, wordt zij ongelijk behandeld. Gezien het feit dat er jarenlang geen contractuele relatie is geweest tussen verzoekster en de ziektekostenverzekeraar is sprake van verjaring.

Op grond van artikel 6:238, tweede lid, van het Burgerlijk Wetboek geldt, zoals eerder is aangevoerd, dat onduidelijke voorwaarden moeten worden uitgelegd in het voordeel van de consument. De bepaling “eenmalig gedurende de gehele periode dat u bij ons verzekerd bent” is vaag, zeker bij hernieuwde aanmelding, en moet daarom in het voordeel van verzoekster worden uitgelegd. Zelfs als de bepaling wel duidelijk zou zijn, kan deze, op grond van artikel 6:248, eerste lid, van het Burgerlijk Wetboek, in redelijkheid niet worden toegepast op iemand die al jaren geen verzekerde is, en opnieuw instapt, zonder dat dit expliciet is gemeld.

Verder heeft verzoekster verklaard dat zij de betreffende voorwaarde wel heeft gezien, maar dat redactie hiervan onduidelijk is. Zij hoefde hieruit niet af te leiden dat vergoedingen van zes jaar eerder haar zouden worden tegengeworpen. Voorafgaand aan het indienen van de factuur heeft verzoekster gekeken of de aanvullende ziektekostenverzekering dekking bood.

Op basis van de nadien door de ziektekostenverzekeraar gegeven uitleg, begrijpt zij inmiddels wel wat er wordt bedoeld. Het staat alleen niet op die manier beschreven in de verzekeringsvoorwaarden. In de situatie dat alleen de aanvullende ziektekostenverzekering wordt beëindigd en de zorgverzekering blijft voortduren, is het begrijpelijk dat de verzekering als een doorlopende verzekering wordt aangemerkt. Dit geldt evenwel niet in de situatie dat er gedurende zes jaren geen enkele contractuele relatie is geweest tussen haar en de zorgverzekeraar.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat geen aanspraak bestaat op een hogere vergoeding dan het reeds toegekende bedrag van € 20,--. Hij heeft hiertoe in zijn brief van 24 februari 2025 toegelicht dat verzoekster bij hem is verzekerd in de perioden van 1 januari 2017 tot 1 januari 2018 en 1 januari 2024 tot heden. Tijdens de verzekerde periode van 1 januari 2017 tot 1 januari 2018 heeft verzoekster een vergoeding van € 450,-- ontvangen voor ontharing van het gelaat. Vervolgens heeft zij in 2024 een vergoeding van € 20,-- ontvangen.
- 4.2. Verzoekster is in de verzekerde perioden steeds verzekerd geweest op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering. In deze perioden komt zij daarom in aanmerking voor een vergoeding op basis van 75% van de kosten van een ontharingsbehandeling, waarbij maximaal € 470,-- voor de gehele duur van de verzekering wordt vergoed. Duidelijk is dat de verzekering een maximumvergoeding kent. Dit blijkt uit hetgeen is beschreven op pagina 9 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Hierbij wordt voor een nadere toelichting op de zinsnede “eenmaal toegekend gedurende de gehele periode dat u bij ons verzekerd bent” verwezen naar pagina 3. Op pagina 3 van de aanvullende ziektekostenverzekering is expliciet vermeld dat ook bij een eventuele onderbreking of wijziging van de aanvullende ziektekostenverzekering de vergoedingen meetellen die een verzekerde in het verleden heeft ontvangen. Een wijziging van de aanvullende verzekering is in het geval van verzoekster niet aan de orde. Met de bewoordingen “onderbreking van de aanvullende verzekering” wordt duidelijk verwezen naar de situatie dat een verzekerde de aanvullende verzekering beëindigt en op een later moment een zelfde of andere aanvullende verzekering afsluit. De reden of de duur van het niet hebben van een aanvullende verzekering is hierbij niet relevant. Bij het opnieuw afsluiten van een aanvullende verzekering wordt gekeken naar vergoedingen uit het verleden. De bewoordingen “onderbreking van de aanvullende verzekering” zijn volgens de ziektekostenverzekeraar maar voor één uitleg vatbaar en daarmee voldoende duidelijk. Er is geen sprake van een onduidelijke bepaling als bedoeld in artikel 6:238, tweede lid, van het Burgerlijk Wetboek.
- 4.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat verzoekster in 2017 vier behandelingen heeft ondergaan en hiervoor een vergoeding van € 450,-- heeft ontvangen. Uit de administratie van

de ziektekostenverzekeraar blijkt dat in 2017, een aantal maanden voorafgaand aan de behandelingen, schriftelijk aan verzoekster is meegedeeld dat vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering 75% van de kosten van elektrische epilatie wordt vergoed tot een maximum van € 470,-- per verzekerde voor de gehele verzekeringsduur. Deze brief maakt geen deel uit van het dossier. Blijkbaar heeft verzoekster de voorwaarde wel gezien, maar was het voor haar niet helder dat de vergoeding uit 2017 bij het opnieuw afsluiten van de aanvullende ziektekostenverzekering in mindering zou worden gebracht.

Volgens de ziektekostenverzekeraar is duidelijk wat wordt bedoeld met de verzekeringsduur en het onderbreken daarvan. ‘Onderbreken’ betekent dat iets niet doorgaat. Een verzekering loopt van moment a tot moment b, wordt dan beëindigd, en loopt daarna van moment c tot moment d. Van moment a tot moment d is sprake van verzekeringsduur. In het verleden heeft de commissie de verzekeringsduur ook gelijk gesteld aan de looptijd van de verzekering die doorliep van a tot b en dan van c tot d. Er is geen afwijkende uitleg gevonden waaruit zou blijken dat de verzekeringsduur op een andere manier moet worden uitgelegd. Andere verzekeraars gebruiken vergelijkbare begrippen. Er is duidelijk vermeld dat vergoedingen meetellen bij een onderbreking van de aanvullende ziektekostenverzekering. Er staat ook dat vergoedingen die een verzekerde in het verleden heeft ontvangen, meetellen voor de hoogte van de vergoeding. Het is voor de ziektekostenverzekeraar dan ook niet duidelijk hoe dit misverstand bij verzoekster heeft kunnen ontstaan.

Er is geen sprake van ongelijke behandeling. Verzoekster werd in het verleden ook als nieuwe verzekerde gezien, namelijk toen zij voor het eerst de aanvullende ziektekostenverzekering afsloot. Er bestond op dat moment aanspraak op maximaal € 470,--. Voor iedere andere verzekerde die voor het eerst de verzekering bij de ziektekostenverzekeraar afsluit, geldt dit maximum eveneens. Er zou juist sprake zijn van ongelijke behandeling als verzoekster na de onderbreking opnieuw aanspraak kon maken op maximaal € 470,--. Voor iedere verzekerde wordt gekeken naar vergoedingen die in het verleden zijn ontvangen. Er is sprake van ongelijkheid als een verzekerde meer of minder dan anderen zou krijgen.

De contra proferentem-regel waarop verzoekster een beroep doet geldt als objectief kan worden uitgelegd dat mensen een bepaling niet begrijpen. De regel geldt dus niet als één verzekerde moeite heeft met het begrijpen van een bepaling. Dat verzoekster deze niet begrijpt, is subjectief.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 13 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit het Burgerlijk Wetboek (BW) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 6.2. Uit hetgeen is beschreven op pagina 9 van de ‘brochure’ van de aanvullende ziektekostenverzekering, die deel uitmaakt van de verzekeringsovereenkomst, blijkt dat aanspraak bestaat op vergoeding van 75% van de kosten van elektrisch epilieren, lasertherapie en lichtflitstherapie indien sprake is van hirsutisme op ongebruikelijke plaatsen in het gelaat en/of de hals, met een maximum van € 470,--. Hierbij is opgemerkt dat de totale vergoeding per verzekerde eenmaal wordt toegekend gedurende de gehele periode dat een verzekerde bij de

ziekttekostenverzekeraar is verzekerd. Ook is verwezen naar de algemene informatie op bladzijde 3 van de ‘brochure’.

Op bladzijde 3 van de ‘brochure’ is, voor zover hier relevant, het volgende opgenomen:

“TOTALE VERGOEDING

In deze brochure wordt bij een aantal vergoedingen vermeld dat de totale vergoeding per verzekerde eenmaal wordt toegekend gedurende de gehele periode dat u bij ons verzekerd bent. Bij een eventuele onderbreking of wijziging van de aanvullende verzekering tellen vergoedingen die u in het verleden van DSW heeft ontvangen mee voor de bepaling van de hoogte van vergoedingen uit de nieuwe aanvullende verzekering.”

6.3. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster voldoet aan de voorwaarden om aanspraak te kunnen maken op vergoeding van de kosten van elektrisch epilieren. Tussen partijen is voorts niet in geschil dat verzoekster in het jaar 2017 een bedrag van € 450,- heeft ontvangen van de ziektekostenverzekeraar voor elektrische epilatie. Ook is niet in geschil dat verzoekster in de periode 2018 tot 2024 niet bij de ziektekostenverzekeraar was verzekerd. Wat hen verdeeld houdt, is de hoogte van de vergoeding in 2024. Hiervoor is bepalend dat de totale vergoeding per verzekerde eenmaal wordt toegekend gedurende de gehele periode dat een verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar is verzekerd, waarbij is toegelicht dat bij een eventuele onderbreking of wijziging van de aanvullende verzekering de in het verleden ontvangen vergoedingen meetellen voor de bepaling van de hoogte van vergoedingen uit de nieuwe aanvullende verzekering. De commissie concludeert dat de uitleg van de bewoordingen “onderbreking van de aanvullende verzekering” dus maakt of aanspraak bestaat op € 20,- dan wel € 470,-. Volgens verzoekster is de tekst van het artikel voor meer dan één uitleg vatbaar en is daarom sprake van een onduidelijke bepaling zoals bedoeld in artikel 6:238, tweede lid, BW. De ziektekostenverzekeraar heeft dit bestreden.

6.4. De commissie overweegt dat in artikel 6:238, tweede lid, BW is bepaald dat bij een overeenkomst als bedoeld in de artikelen 6:236 en 6:237 BW de bedingen duidelijk en begrijpelijk moeten zijn opgesteld. Bij twijfel over de betekenis van een beding prevaleert de voor de wederpartij (consument) gunstigste uitleg.

De commissie overweegt verder dat het hier een beding in algemene voorwaarden betreft. Dat in het onderhavige geval sprake is van een onduidelijke bepaling zoals bedoeld in artikel 6:238, tweede lid, BW vermag de commissie niet in te zien. Uit hetgeen is beschreven op de pagina’s 3 en 9 van de ‘brochure’ van de aanvullende ziektekostenverzekering blijkt dat als een aanvullende verzekering is onderbroken, vergoedingen die een verzekerde in het verleden heeft ontvangen, “meetellen voor de bepaling van de hoogte van de vergoeding uit de nieuwe aanvullende verzekering”. Omdat de verzekeringsovereenkomst niet ‘slapend’ kan worden voortgezet, zal na een beëindiging van de eerdere overeenkomst per definitie een nieuwe overeenkomst worden aangegaan. Daarmee is de “onderbreking van de aanvullende verzekering” maar voor één uitleg vatbaar. Uitsluitend de aanleiding tot de onderbreking kan dan nog verschillen. Voor de feitelijkheid maakt het echter niet uit of de eerdere overeenkomst is opgezegd door de verzekeringnemer dan wel dat deze is geroyeerd door de ziektekostenverzekeraar, bijvoorbeeld wegens wanbetaling. Een onderbreking als hier bedoeld is daarmee per definitie aan de orde indien op de opzegging of het royement op een later moment een nieuwe verzekeringsovereenkomst volgt. Dat alsdan sprake is van twee aparte overeenkomsten, met verschillende polisnummers, en eventueel een langdurige tussenliggende onverzekerde periode, kan niet leiden tot een andere conclusie.

Aangezien verzoekster tot en met 2017 bij de ziektekostenverzekeraar was verzekerd op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering, en zij met ingang van 2024 opnieuw verzekerd is geworden, is sprake van een onderbreking van 2018 tot 2024 zoals bedoeld in de ‘brochure’ van de aanvullende ziektekostenverzekering. Naar het oordeel van de commissie mocht de

ziekttekostenverzekeraar, gelet op hetgeen is bepaald in de ‘brochure’ van de aanvullende ziektekostenverzekering, de in 2017 verleende vergoeding meetellen bij de bepaling van de hoogte van de maximale vergoeding voor elektrische epilatie in 2024. Aangezien in 2017 ter zake reeds € 450,-- was vergoed, en de maximumvergoeding € 470,-- bedraagt, bestond in 2024 nog aanspraak op een bedrag van € 20,--. Het door verzoekster in dit verband verder gestelde, met name ten aanzien van de contractuele continuïteit en het belasten van de nieuwe verzekeringsovereenkomst met beperkingen uit het verleden, maakt dit niet anders.

- 6.5. Hetgeen verzoekster heeft aangevoerd ten aanzien van de schending van de informatieplicht en haar verwijzing naar de artikelen 18 en 19 Rzv treft geen doel. De commissie overweegt in dit verband dat de artikelen 18 en 19 niet voorkomen in de Rzv. Daarbij komt dat de aangehaalde ministeriële regeling alleen relevant is in het kader van de zorgverzekering en niet waar het de aanvullende ziektekostenverzekering betreft.

Verder merkt de commissie op dat de in het geding zijnde bepaling is opgenomen in de ‘brochure’ van de aanvullende ziektekostenverzekering en dat het op de weg van verzoekster had gelegen om hiervan kennis te nemen. De commissie volgt verzoekster niet in haar stelling dat de ziektekostenverzekeraar haar actief en duidelijk had moeten informeren dat de eerdere vergoeding nog steeds van invloed zou zijn.

Het door verzoekster gedane beroep op artikel 6:248, eerste lid, BW treft geen doel. Dit artikel bepaalt dat een overeenkomst niet alleen de door partijen overeengekomen rechtsgevolgen heeft, maar ook die welke, naar de aard van de overeenkomst, uit de wet, de gewoonte of de eisen van redelijkheid en billijkheid voortvloeien. Deze ‘aanvullende werking’ is alleen aan de orde indien partijen bij een overeenkomst bepaalde zaken niet hebben geregeld. Hiervoor is geconcludeerd dat de situatie van onderbreking van de aanvullende ziektekostenverzekering wél is geregeld.

Voor zover verzoekster een beroep heeft willen doen op het tweede lid van dit artikel, inzake de ‘derogerende werking’, overweegt de commissie dat verzoekster onvoldoende heeft onderbouwd waarom toepassing van de in geschil zijnde bepaling in de gegeven omstandigheden leidt tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. Inherent aan de maximale vergoeding voor elektrische epilatie is dat er verzekerden zijn die deze in één jaar opmaken, er andere verzekerden zijn die dit in bijvoorbeeld vijf jaar doen zonder onderbreking van de verzekeringsduur, en weer anderen die hier met onderbreking vijf jaar voor nodig hebben. In alle gevallen wordt totaal € 470,- vergoed.

Van ongelijke behandeling, zoals door verzoekster gesteld, is naar het oordeel van de commissie niet gebleken. De commissie is, met de ziektekostenverzekeraar, van oordeel dat in de situatie dat verzoekster bij het opnieuw afsluiten van de aanvullende ziektekostenverzekering wederom aanspraak zou hebben op vergoeding van maximaal € 470,-- voor elektrische epilatie juist zou leiden tot ongelijke behandeling, aangezien andere verzekerden, die de verzekering zonder onderbreking voortzetten eenmalig aanspraak hebben op vergoeding van € 470,--, terwijl dit voor verzoekster dan € 940,- zou zijn.

Slotsom

- 6.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 29 augustus 2025,

H.A.J. Kroon

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 236

Bij een overeenkomst tussen een gebruiker en een wederpartij, natuurlijk persoon, die niet handelt in de uitoefening van een beroep of bedrijf, wordt als onredelijk bezwarend aangemerkt een in de algemene voorwaarden voorkomend beding

- a. dat de wederpartij geheel en onvoorwaardelijk het recht ontnemt de door de gebruiker toegezegde prestatie op te eisen;
- b. dat de aan de wederpartij toekomende bevoegdheid tot ontbinding, zoals deze in afdeling 5 van titel 5 is geregeld, uitsluit of beperkt;
- c. dat een de wederpartij volgens de wet toekomende bevoegdheid tot opschorting van de nakoming uitsluit of beperkt of de gebruiker een verdergaande bevoegdheid tot opschorting verleent dan hem volgens de wet toekomt;
- d. dat de beoordeling van de vraag of de gebruiker in de nakoming van een of meer van zijn verbintenissen is te kort geschoten aan hem zelf overlaat, of dat de uitoefening van de rechten die de wederpartij ter zake van een zodanige tekortkoming volgens de wet toekomen, afhankelijk stelt van de voorwaarde dat deze eerst een derde in rechte heeft aangesproken;
- e. krachtens hetwelk de wederpartij aan de gebruiker bij voorbaat toestemming verleent zijn uit de overeenkomst voortvloeiende verplichtingen op een der in afdeling 3 van titel 2 bedoelde wijzen op een derde te doen overgaan, tenzij de wederpartij te allen tijde de bevoegdheid heeft de overeenkomst te ontbinden, of de gebruiker jegens de wederpartij aansprakelijk is voor de nakoming door de derde, of de overgang plaatsvindt in verband met de overdracht van een onderneming waartoe zowel die verplichtingen als de daartegenover bedongen rechten behoren;
- f. dat voor het geval uit de overeenkomst voor de gebruiker voortvloeiende rechten op een derde overgaan, ertoe strekt bevoegdheden of verweermiddelen die de wederpartij volgens de wet jegens die derde zou kunnen doen gelden, uit te sluiten of te beperken;
- g. dat een wettelijke verjarings- of vervaltermijn waarbinnen de wederpartij enig recht moet geldend maken, tot een verjarings- onderscheidenlijk vervaltermijn van minder dan een jaar verkort;
- h. dat voor het geval bij de uitvoering van de overeenkomst schade aan een derde wordt toegebracht door de gebruiker of door een persoon of zaak waarvoor deze aansprakelijk is, de wederpartij verplicht deze schade hetzij aan de derde te vergoeden, hetzij in haar verhouding tot de gebruiker voor een groter deel te dragen dan waartoe zij volgens de wet verplicht zou zijn;
- i. dat de gebruiker de bevoegdheid geeft de door hem bedongen prijs binnen drie maanden na het sluiten van de overeenkomst te verhogen, tenzij de wederpartij bevoegd is in dat geval de overeenkomst te ontbinden;
- j. dat in geval van een overeenkomst tot het geregeld afleveren van zaken, elektriciteit, warmte en koude daaronder begrepen en dag-, nieuws- en weekbladen en tijdschriften niet daaronder begrepen, of tot het geregeld doen van verrichtingen, leidt tot stilzwijgende verlenging of vernieuwing in een overeenkomst voor bepaalde duur, dan wel tot een stilzwijgende voortzetting in een overeenkomst voor onbepaalde duur zonder dat de wederpartij de bevoegdheid heeft om de voortgezette overeenkomst te allen tijde op te zeggen met een opzegtermijn van ten hoogste een maand;
- k. dat de bevoegdheid van de wederpartij om bewijs te leveren uitsluit of beperkt, of dat de uit de wet voortvloeiende verdeling van de bewijslast ten nadele van de wederpartij wijzigt, hetzij doordat het een verklaring van haar bevat omtrent de deugdelijkheid van de haar verschuldigde prestatie, hetzij doordat het haar belast met het bewijs dat een tekortkoming van de gebruiker aan hem kan worden toegerekend;
- l. dat ten nadele van de wederpartij afwijkt van artikel 37 van Boek 3, tenzij het betrekking heeft op de vorm van door de wederpartij af te leggen verklaringen of bepaalt dat de gebruiker het hem door de wederpartij opgegeven adres als zodanig mag blijven beschouwen totdat hem een nieuw adres is meegedeeld;
- m. waarbij een wederpartij die bij het aangaan van de overeenkomst werkelijke woonplaats in een gemeente in Nederland heeft, woonplaats kiest anders dan voor het geval zij te eniger tijd geen

- bekende werkelijke woonplaats in die gemeente zal hebben, tenzij de overeenkomst betrekking heeft op een registergoed en woonplaats ten kantore van een notaris wordt gekozen;
- n. dat voorziet in de beslechting van een geschil door een ander dan de rechter die volgens de wet bevoegd zou zijn, tenzij het de wederpartij een termijn gunt van tenminste een maand nadat de gebruiker zich schriftelijk jegens haar op het beding heeft beroepen, om voor beslechting van het geschil door de volgens de wet bevoegde rechter te kiezen;
 - o. dat de bevoegdheid van de wederpartij om de overeenkomst, die mondeling, schriftelijk of langs elektronische weg tot stand is gekomen, op een overeenkomstige wijze op te zeggen, uitsluit of beperkt;
 - p. dat in geval van een overeenkomst tot het geregeld afleveren van dag-, nieuws- en weekbladen en tijdschriften, leidt tot een stilzwijgende verlenging of vernieuwing van de overeenkomst met een duur die langer is dan drie maanden, dan wel tot een stilzwijgende verlenging of vernieuwing van de overeenkomst met een duur van ten hoogste drie maanden zonder dat de wederpartij de bevoegdheid heeft om de overeenkomst telkens tegen het einde van de duur van de verlenging of de vernieuwing op te zeggen met een opzegtermijn van ten hoogste een maand;
 - q. dat in geval van een overeenkomst tot het geregeld afleveren van dag-, nieuws- en weekbladen en tijdschriften, leidt tot een stilzwijgende voortzetting in een overeenkomst voor onbepaalde duur zonder dat de wederpartij de bevoegdheid heeft om de voortgezette overeenkomst te allen tijde op te zeggen met een opzegtermijn van ten hoogste een maand of, in geval de geregelde aflevering minder dan eenmaal per maand plaats heeft, met een opzegtermijn van ten hoogste drie maanden;
 - r. dat de wederpartij verplicht de verklaring tot opzegging van een overeenkomst als bedoeld onder j of p respectievelijk q te laten plaatsvinden op een bepaald moment;
 - s. dat in geval van een overeenkomst met beperkte duur tot het geregeld ter kennismaking afleveren van dag-, nieuws-, weekbladen en tijdschriften leidt tot voortzetting van de overeenkomst;
 - t. dat de geldigheidsduur van een cadeaubon beperkt tot minder dan twee jaar.

Artikel 237

Bij een overeenkomst tussen een gebruiker en een wederpartij, natuurlijk persoon, die niet handelt in de uitoefening van een beroep of bedrijf, wordt vermoed onredelijk bezwarend te zijn een in de algemene voorwaarden voorkomend beding

- a. dat de gebruiker een, gelet op de omstandigheden van het geval, ongebruikelijk lange of onvoldoende bepaalde termijn geeft om op een aanbod of een andere verklaring van de wederpartij te reageren;
- b. dat de inhoud van de verplichtingen van de gebruiker wezenlijk beperkt ten opzichte van hetgeen de wederpartij, mede gelet op de wettelijke regels die op de overeenkomst betrekking hebben, zonder dat beding redelijkerwijs mocht verwachten;
- c. dat de gebruiker de bevoegdheid verleent een prestatie te verschaffen die wezenlijk van de toegezegde prestatie afwijkt, tenzij de wederpartij bevoegd is in dat geval de overeenkomst te ontbinden;
- d. dat de gebruiker van zijn gebondenheid aan de overeenkomst bevrijdt of hem de bevoegdheid daartoe geeft anders dan op in de overeenkomst vermelde gronden welke van dien aard zijn dat deze gebondenheid niet meer van hem kan worden gevergd;
- e. dat de gebruiker een ongebruikelijk lange of onvoldoende bepaalde termijn voor de nakoming geeft;
- f. dat de gebruiker of een derde geheel of ten dele bevrijdt van een wettelijke verplichting tot schadevergoeding;
- g. dat een de wederpartij volgens de wet toekomende bevoegdheid tot verrekening uitsluit of beperkt of de gebruiker een verdergaande bevoegdheid tot verrekening verleent dan hem volgens de wet toekomt;
- h. dat als sanctie op bepaalde gedragingen van de wederpartij, nalaten daaronder begrepen, verval stelt van haar toekomende rechten of van de bevoegdheid bepaalde verweren te voeren, behoudens voor zover deze gedragingen het verval van die rechten of verweren rechtvaardigen;
- i. dat voor het geval de overeenkomst wordt beëindigd anders dan op grond van het feit dat de

wederpartij in de nakoming van haar verbintenis is tekort geschoten, de wederpartij verplicht een geldsom te betalen, behoudens voor zover het betreft een redelijke vergoeding voor door de gebruiker geleden verlies of gederfde winst;

- j. dat de wederpartij verplicht tot het sluiten van een overeenkomst met de gebruiker of met een derde, tenzij dit, mede gelet op het verband van die overeenkomst met de in dit artikel bedoelde overeenkomst, redelijkerwijze van de wederpartij kan worden gevergd;
- k. dat voor een overeenkomst als bedoeld in artikel 236 onder j of p respectievelijk q een duur bepaalt van meer dan een jaar, tenzij de wederpartij na een jaar de bevoegdheid heeft de overeenkomst te allen tijde op te zeggen met een opzegtermijn van ten hoogste een maand;
- l. dat de wederpartij aan een opzegtermijn bindt die langer is dan de termijn waarop de gebruiker de overeenkomst kan opzeggen;
- m. dat voor de geldigheid van een door de wederpartij te verrichten verklaring een strengere vorm dan het vereiste van een onderhandse akte stelt;
- n. dat bepaalt dat een door de wederpartij verleende volmacht onherroepelijk is of niet eindigt door haar dood of ondercuratelestelling, tenzij de volmacht strekt tot levering van een registergoed;
- o. dat de wederpartij bij overeenkomsten, niet zijnde verlengde, vernieuwde of voortgezette overeenkomsten als bedoeld in artikel 236, onder j of p respectievelijk q, aan een opzegtermijn bindt die langer is dan een maand.

Artikel 238

1. Bij een overeenkomst als bedoeld in de artikelen 236 en 237, kan jegens de wederpartij geen beroep worden gedaan
 - a. op het feit dat de overeenkomst in naam van een derde is gesloten, indien dit beroep berust op het enkele feit dat een beding van deze strekking in de algemene voorwaarden voorkomt;
 - b. op het feit dat de algemene voorwaarden beperkingen bevatten van de bevoegdheid van een gevolmachtigde van de gebruiker, die zo ongebruikelijk zijn dat de wederpartij ze zonder het beding niet behoefde te verwachten, tenzij zij ze kende.
2. Bij een overeenkomst als bedoeld in de artikelen 236 en 237 moeten de bedingen duidelijk en begrijpelijk zijn opgesteld. Bij twijfel over de betekenis van een beding, prevaleert de voor de wederpartij gunstigste uitleg.

ALGEMENE INFORMATIE

In deze brochure vindt u de vergoedingen van de AV-Standaard en de AV-Top.

PREMIE

De AV-Standaard kost € 26,25 en de AV-Top €46,- per persoon per maand.

De premie is per maand bij vooruitbetaling verschuldigd.

KINDEREN

Kinderen tot 18 jaar zijn gratis aanvullend verzekerd, mits er wordt voldaan aan beide volgende voorwaarden:

- het verzekerde kind heeft ook een basisverzekering bij DSW;
- de aanvullende verzekering is gelijk aan die van de verzekeringnemer.

DUUR VAN DE VERZEKERING

U sluit de aanvullende verzekering af voor een periode van één kalenderjaar.

Een beëindiging van de aanvullende verzekering moet uiterlijk 31 december aan ons worden doorgegeven.

Wijziging of aanvragen van een aanvullende verzekering kan tot en met 31 januari. De ingangsdatum wordt dan met terugwerkende kracht 1 januari.

Als u niets doet, wordt de duur van de aanvullende verzekering automatisch met één kalenderjaar verlengd.

TOTALE VERGOEDING

In deze brochure wordt bij een aantal vergoedingen vermeld dat de totale vergoeding per verzekerde eenmaal wordt toegekend gedurende de gehele periode dat u bij ons verzekerd bent. Bij een eventuele onderbreking of wijziging van de aanvullende verzekering tellen vergoedingen die u in het verleden van DSW heeft ontvangen mee voor de bepaling van de hoogte van vergoedingen uit de nieuwe aanvullende verzekering.

EIGEN RISICO

Het eigen risico van de basisverzekering wordt niet vergoed vanuit de aanvullende verzekering.

De algemene voorwaarden van de aanvullende verzekeringen zijn bij ons verkrijgbaar.

Hirsutisme

AV-STANDAARD

75%,
maximaal
€ 470,- voor de
gehele duur van de
verzekering

AV-TOP

75%,
maximaal
€ 470,- voor de
gehele duur van de
verzekering

Vergoed wordt 75% van de kosten van elektrisch epileren, lasertherapie en lichtflitstherapie indien sprake is van hirsutisme op ongebruikelijke plaatsen in het gelaat en/of de hals. De diagnose hirsutisme moet zijn gesteld door een arts en de behandeling moet worden gegeven door een huidtherapeut (lid van NVH) of een geregistreerde schoonheidsspecialist(e) (lid van ANBOS). De totale vergoeding wordt per verzekerde eenmaal toegekend gedurende de gehele periode dat u bij ons verzekerd bent (zie algemene informatie op bladzijde 3).

Homeopathie

AV-STANDAARD

€ 35,- per
behandeldatum,
maximaal € 350,-
per kalenderjaar

AV-TOP

€ 35,- per
behandeldatum,
maximaal € 350,-
per kalenderjaar

Vergoed worden kosten van consulten verleend door artsen die staan vermeld in het register van de Artsenvereniging Voor Integratie Geneeskunde (AVIG) en de kosten van consulten van homeopaten die bij de Nederlandse Vereniging voor Klassieke Homeopathie (NVKH) of de Beroepsvereniging voor Natuurgeneeskundig Werkende Professionals (NWP) zijn geregistreerd. De vergoeding wordt slechts eenmaal per behandeldatum verleend. Op de rekening dienen de behandeldata te worden gespecificeerd.

Homeopathische geneesmiddelen

AV-STANDAARD

100%

AV-TOP

100%

Homeopathische geneesmiddelen worden volledig vergoed indien aan alle navolgende voorwaarden is voldaan:

- het recept is uitgeschreven door een arts, die lid is van de Artsenvereniging Voor Integratie Geneeskunde (AVIG), de Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA), de Nederlandse Vereniging voor Klassieke Homeopathie (NVKH) of de Beroepsvereniging voor Natuurgeneeskundig Werkende Professionals (NWP);
- de middelen zijn geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts;
- het middel moet zijn opgenomen in het Geneesmiddelenvergoedingsstelsel (GVS) met een geldig uniek registratienummer (Z-Indexnummer) en geregistreerd staan als homeopathisch- of antroposofisch middel.

Niet vergoed worden ampullen, middelen voor uitwendig gebruik, voedings-supplementen, vitaminen, mineralen, kruiden en zelfzorgmiddelen.

Hoortoestellen

AV-STANDAARD

geen vergoeding

AV-TOP

maximaal
€ 250,- per 5
kalenderjaren

Voor hoortoestellen geldt vanuit de basisverzekering een eigen bijdrage. Deze eigen bijdrage wordt uit de AV-Top vergoed tot een maximumbedrag van € 250,- per 5 kalenderjaren.