



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Aanvullende ziektekostenverzekering, dekking orthodontie, kenbaarheid wijziging
voorwaarden, wachttijd

Regelgeving : Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020, art. 7:940 BW

Zaaknummer : 202000748

Zittingsdatum : 12 augustus 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

1. Partijen

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

1) De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden, en
2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

2.1. Bij brief van 12 mei 2020 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.

2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brief van 2 juli 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 6 juli 2020 aan verzoeker gezonden.

2.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 augustus 2020 gehoord.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoeker en zijn minderjarige kinderen zijn tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering AV Extra (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De zorgverzekeringen Zelf Bewust Polis (2018) en Alles Verzorgd Polis (2020) alsmede de eveneens door verzoeker afgesloten aanvullende verzekering AV Tand Standaard (2020) zijn niet in geschil en blijven daarom verder onbesproken.

3.2. Begin 2020 is verzoeker gebleken dat orthodontie niet meer onder de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering valt.

3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 januari 2017 aangepast. Vanaf deze datum valt orthodontie niet meer onder de dekking. Voor verzekerden die vóór 1 december 2016 waren begonnen met een behandeling orthodontie geldt een overgangsregeling.

3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 17 maart 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat:

(i) de ziektekostenverzekeraar hem en de door hem verzekerde personen met terug werkende kracht vanaf 1 januari 2020 moet verzekeren op grond van de aanvullende verzekering AV optimaal waarbij de wachttijd van één jaar in acht wordt genomen, of

(ii) de ziektekostenverzekeraar hem en de door hem verzekerde personen met ingang van 1 januari 2021 moet verzekeren op grond van de aanvullende verzekering AV optimaal, zonder hierbij de wachttijd van één jaar te hanteren.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

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 2.10 van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de verzekeringsvoorwaarden en artikel 7:940 BW zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

6.2. Verzoeker is begin 2020 gebleken dat orthodontie niet meer is gedekt onder de aanvullende ziektekostenverzekering. Zijn twee door hem verzekerde, minderjarige dochters hebben echter een orthodontie behandeling nodig. Verzoeker is door de ziektekostenverzekeraar nooit geïnformeerd over deze wijziging van de aanvullende ziektekostenverzekering. Volgens de ziektekostenverzekeraar is de wijziging doorgegeven per e-mail. Verzoeker heeft dit bericht echter niet ontvangen. Daarnaast vraagt hij zich af waarom een dergelijke belangrijke mededeling niet per post wordt gestuurd. Hij merkt op dat hij en zijn partner beiden een verzekering hebben bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar had dus ook een apart e-mailbericht naar hem kunnen sturen, en niet alleen naar het mailadres van zijn partner. Ook de tweede wijziging over de invoering van de wachttijd van één jaar, heeft verzoeker niet ontvangen. Gezien het bovenstaande is verzoeker van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar zijn zorgplicht niet is nagekomen.

6.3. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat polisvoorwaarden jaarlijks kunnen wijzigen. In 2020 geldt onder meer als voorwaarde voor vergoeding van de kosten van orthodontie dat betrokkene ook in 2019 was verzekerd op grond van de aanvullende verzekering AV Optimaal. Er geldt voor deze aanspraak één jaar wachttijd. De ziektekostenverzekeraar ziet geen aanleiding voor (de dochters van) verzoeker een uitzondering hierop te maken.

De ziektekostenverzekeraar is verplicht betrokkene zes weken vóór de wijziging hierover te informeren. Over de wijzigingen in de vergoeding van orthodontie is verzoeker geïnformeerd met de mailingen van november 2016 en november 2019. Voor 2020 kan hij zijn verzekeringsdekking niet meer aanpassen. De eerstvolgende mogelijkheid hiertoe is per 1 januari 2021.

De ziektekostenverzekeraar merkt op dat verzoeker sinds 8 januari 2014 op zijn verzoek de correspondentie digitaal ontvangt op [e-mailadres]. Dit is het enige e-mailadres dat bekend is bij de ziektekostenverzekeraar. Uit de Klantgegevens is de ziektekostenverzekeraar gebleken dat verzoeker pas op 2 april 2020 Mijn De Friesland heeft geactiveerd. Verzekerden ontvangen een notificatie wanneer een bericht voor hen klaarstaat in Mijn De Friesland. Verzoeker is zelf verantwoordelijk bij een digitale communicatievoorkeur de digitale inbox in de gaten te houden.

6.4. De commissie overweegt dat de ziektekostenverzekeraar heeft bedongen dat hij de polisvoorwaarden eenzijdig mag wijzigen. Dit onder de voorwaarde dat hij zijn verzekerden tijdig informeert over het voornemen hiertoe. Dit laatste volgt uit artikel 7:940, vierde lid, BW. Ook het, op grond van de verzekeringsvoorwaarden, hanteren van een wachttijd voor een bepaalde vorm van zorg behoort tot de bevoegdheid van de ziektekostenverzekeraar.

6.5. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat verzoeker in 2014 heeft gekozen voor digitale communicatie. De ziektekostenverzekeraar heeft het door verzoeker doorgegeven e-mailadres - blijkbaar dat van zijn partner - gebruikt om aan hem notificaties te sturen over het klaarstaan van een bericht in Mijn De Friesland. Dit is door verzoeker niet weersproken, daarom neemt de commissie dit als vaststaand aan. De commissie overweegt dat het de verantwoordelijkheid is van verzoeker om bij het doorgeven van een voorkeur voor digitale communicatie met de ziektekostenverzekeraar zelf de berichten te openen in Mijn De Friesland. Dat hij dit kennelijk vóór 2 april 2020 niet heeft gedaan, komt voor zijn risico. Dit geldt ook voor het missen van de tijdig aangekondigde wijzigingen in de aanvullende ziektekostenverzekering. De commissie ziet niet in waarom deze mededelingen ook nog naar een tweede - voor de ziektekostenverzekeraar onbekend - door verzoeker gebruikt e-mailadres en/of per post zouden moeten worden gestuurd. Verzoeker heeft zelf de keuze gemaakt voor digitale communicatie, en indien hij hiervoor van een ander e-mailadres gebruik wilde maken, had hij een wijziging moeten doorgeven aan de ziektekostenverzekeraar, en dat is niet gebeurd.

6.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 27 augustus 2020,



L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

Burgerlijk Wetboek Boek 7

Artikel 940

1. Bij opzegging tegen het einde van een verzekeringsperiode teneinde verlenging van de overeenkomst te verhinderen, wordt een termijn van twee maanden in acht genomen.
2. De verzekeringnemer en, tenzij het een persoonsverzekering betreft, de verzekeraar kunnen een overeenkomst die is aangegaan voor een periode van meer dan vijf jaar, of die voor zulk een periode is verlengd, opzeggen tegen het einde van elk vijfde jaar binnen die periode. Daarbij geldt de in lid 1 genoemde termijn.
3. Indien de verzekeraar de bevoegdheid heeft bedongen de overeenkomst tussentijds op te zeggen, komt de verzekeringnemer een gelijke bevoegdheid toe. Tenzij jegens hem is gehandeld met het opzet tot misleiding neemt de verzekeraar onderscheidenlijk de verzekeringnemer daarbij een termijn van twee maanden in acht. Indien een verzekering dekking biedt tegen schade veroorzaakt door risico's als bedoeld in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht, kan, bij de verwezenlijking van een dergelijk risico of bij een dreiging van het ophanden zijn daarvan, de verzekeraar onderscheidenlijk de verzekeringnemer in afwijking van deze termijn van twee maanden, de overeenkomst met inachtneming van een termijn van zeven dagen opzeggen. De verzekeraar kan slechts tussentijds opzeggen op in de overeenkomst vermelde gronden welke van dien aard zijn dat gebondenheid aan de overeenkomst niet meer van de verzekeraar kan worden gevergd.
4. Indien de verzekeraar de voorwaarden van de overeenkomst ten nadele van de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde wijzigt, is de verzekeringnemer gerechtigd de overeenkomst op te zeggen tegen de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging hem is meegedeeld.
5. De verzekeraar kan een persoonsverzekering niet beëindigen of wijzigen op grond van verzwaring van het gezondheidsrisico, voor zover dat is gelegen in de persoon van degeen, die de verzekering betreft.
6. De verzekeringnemer kan de overeenkomst steeds langs elektronische weg opzeggen. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld ten aanzien van de verzending van opzeggingen langs elektronische weg.
7. De voordracht voor een krachtens het zesde lid vast te stellen algemene maatregel van bestuur wordt niet eerder gedaan dan vier weken nadat het ontwerp aan de beide kamers der Staten-Generaal is overgelegd.

3.28.1 Kronen en bruggen voor verzekerden jonger dan achttien jaar

Inhoud zorg

Verzekerden jonger dan achttien jaar hebben, na voorafgaande schriftelijke toestemming van De Friesland, recht op vergoeding van alle noodzakelijke zorg in verband met het plaatsen van kroon- en brugwerk (R-codes) zoals genoemd in de geldende beleidsregel Tandheelkundige zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), inclusief techniekkosten. Voorwaarde hiervoor is dat het plaatsen van kroon- en/of brugwerk een gevolg is van:

- a. een fractuur van een of meer frontelementen;
- b. een ernstige verkleuring van de frontelementen;
- c. een wortelkanaalbehandeling in een zwaar gerestaureerd element.

Verder kan in bijzondere gevallen, ter beoordeling van de adviserend tandarts van De Friesland, een vergoeding worden toegekend. Met adviserend tandarts bedoelen wij de tandarts die De Friesland adviseert over toelating tot de verzekering en de medische/tandheelkundige noodzaak van de behandeling.

Uitsluitingen

De kosten van esthetische, onnodig kostbare of ondoelmatige voorzieningen en behandelingen vergoeden wij niet.

Vergoeding

AV Instap	Geen vergoeding
AV Budget	Geen vergoeding
AV Standaard	Geen vergoeding
AV Extra	Volledige vergoeding
AV Optimaal	Volledige vergoeding

3.28.2 Beugels (orthodontie) voor verzekerden jonger dan achttien jaar

Inhoud zorg

Verzekerden jonger dan achttien jaar hebben recht op vergoeding van alle noodzakelijke zorg zoals genoemd in de geldende beleidsregel Orthodontische zorg (F-codes) van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Wie mag deze zorg verlenen

Een orthodontist of een tandarts-algemeen practicus.

Uitsluitingen

- a. Orthodontische behandelingen die volgens onze tandheelkundig adviseur onnodig kostbaar, onnodig gecompliceerd of tandheelkundig ondoelmatig zijn.

- b. De kosten van reparatie of vervanging bij beschadiging of verlies van bestaande orthodontische voorzieningen door uw eigen schuld of nalatigheid (code F811A).
- c. Orthodontische behandelingen met een esthetisch karakter, bijvoorbeeld behandelingen in verband met het plaatsen van de brackets aan de binnenkant van het gebit (beugelcategorie 8 en 9), doorzichtige beugels (categorie 7, bijv. Invisalign) of keramische brackets.

Wachttijd orthodontie

Voor de vergoeding van de kosten van orthodontie geldt een wachttijd van een jaar. Dit betekent dat u gedurende de wachttijd premie betaalt, maar nog geen vergoeding krijgt voor de kosten van orthodontie. De wachttijd geldt als u een aanvullende verzekering Optimaal afsluit en deze in heel 2019 niet had afgesloten. Uw wachttijd geldt ook als u overstapt van één van de andere zorgverzekeraars van Achmea.

Vergoeding

AV Instap	Geen vergoeding
AV Budget	Geen vergoeding
AV Standaard	Geen vergoeding
AV Extra	Geen vergoeding
AV Optimaal	Maximaal € 1750,- tijdens de gehele verzekeringsduur

Let op!

- a. Een eventuele volgende, hernieuwde behandeling, komt niet voor vergoeding in aanmerking.
- b. Bij een tijdelijke onderbreking van de verzekering van maximaal twaalf maanden wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken.
- c. Botankers geplaatst door een kaakchirurg vallen ook onder dit artikel.

3.28.3 Ongevallenregeling

Inhoud zorg

U heeft in aanvulling op de basisverzekering recht op tandheelkundige zorg waarvan de behandeling gericht is op het directe letsel als gevolg van een ongeval tijdens de looptijd van deze verzekering. Daarnaast moet de behandeling plaatsvinden binnen een jaar na het ongeval, tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen, doordat het gebit niet volgroeid is. Ten tijde van zowel het ongeval als de behandeling moet er volgens deze verzekering dekking zijn.