

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V. beide te Wageningen  
Zaak : Paramedische zorg, fysiotherapie, wijziging voorwaarden aanvullende  
ziektkostenverzekering  
Regelgeving : Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021-2022, art. 7:940 BW  
Zaaknummer : 202102271  
Zittingsdatum : 25 mei 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
  - 2) Menzis N.V. te Wageningen,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 1 februari 2022 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoeker heeft hieraan voldaan. Op 22 februari 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 31 maart 2022 en e-mailbericht van 7 april 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Kopieën van deze reacties zijn op 31 maart 2022 en 7 april 2022 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 4 mei 2022 respectievelijk 9 mei 2022 verklaard niet te willen worden gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker is bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen GarantVerzorgd 3 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering), Verzekering Eigen Risico, en GarantTandVerzorgd 250. De zorgverzekering en de aanvullende verzekeringen Verzekering Eigen Risico en GarantTandVerzorgd 250 zijn niet in geschil en blijven om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering bestond tot en met 31 december 2021 aanspraak op 32 behandelingen fysiotherapie. Met ingang van 1 januari 2022 is dit aantal teruggebracht tot 20 behandelingen.
- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om ook na 1 januari 2022 meer dan 20 behandelingen fysiotherapie te vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Bij brief van 24 november 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij hiertoe niet zal overgaan.

#### 4. Het geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden ook ná 1 januari 2022 meer dan 20 behandelingen fysiotherapie te vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

#### 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 A.17 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering.

#### 6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de verzekeringsvoorwaarden en het Burgerlijk Wetboek (BW) zijn opgenomen in de bijlage. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

##### *Standpunt verzoeker*

- 6.2. Verzoeker stelt dat de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 januari 2022 ten nadele van hem zijn gewijzigd. Voor verzoeker is deze verlaging desastreus omdat hij 26 behandelingen nodig heeft. Als minder behandelingen worden uitgevoerd, heeft dat direct gevolgen voor zijn functioneren. Zo worden de spieren in de nek erg stijf wat klachten als hoofdpijn veroorzaakt. Door deze pijnen kan verzoeker ook minder goed kauwen. Verzoeker begrijpt niet dat de ziektekostenverzekeraar een dergelijke beslissing neemt. Te meer nu vanuit de overheid wordt opgeroepen om aan kostenbeheersing te doen. In dat kader is het goedkoper om aan verzoeker meer behandelingen fysiotherapie te vergoeden. Dit voorkomt namelijk in de toekomst hogere kosten.

##### *Standpunt ziektekostenverzekeraar*

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar licht toe dat hij voor vermindering van het aantal behandelingen heeft gekozen om de aanvullende ziektekostenverzekering voor iedereen betaalbaar te houden. Over deze wijziging heeft hij zijn verzekeringnemers in november 2021 per e-mail geïnformeerd. In dit e-mailbericht stond de button 'wat wijzigt er in mijn pakket'. Via deze button kwamen klanten terecht op een persoonlijke pagina. Hierop zagen zij hun pakketten en die van de medeverzekerden, met daarbij per pakket welke wijzigingen er met ingang van 2022 zouden worden gerealiseerd. Ook de wijziging ten aanzien van het aantal behandelingen fysiotherapie was vermeld.
- De ziektekostenverzekeraar stelt dat hij zich realiseert dat mensen met sommige aandoeningen afhankelijk zijn van de vergoedingen uit de aanvullende ziektekostenverzekering. Hoewel de ziektekostenverzekeraar hierover in gesprek is met de betrokken partijen, geldt dat het belangrijk is de zorg betaalbaar te houden.
- Tot slot ziet de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding tot het toepassen van coudance in de situatie van verzoeker. Dit vanwege de precedentwerking die hiervan uitgaat.

##### *Overwegingen commissie*

- 6.4. De commissie stelt bij de beoordeling van het verzoek voorop dat het de ziektekostenverzekeraar vrij staat de premie en de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering eenzijdig te wijzigen, hetzij tussentijds dan wel bij de jaarlijkse prolongatie. Dit blijkt uit artikel A14 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

Artikel 7:940, vierde lid, BW bepaalt dat in een dergelijke situatie de verzekeringnemers van de wijzigingen tijdig op de hoogte moeten worden gesteld. Zij kunnen er in dat geval voor kiezen de verzekering te beëindigen binnen de termijn die daar voor staat. De commissie merkt hierbij op dat de wetgever geen verdergaande bescherming heeft willen bieden dan in de vorm van deze opzegmogelijkheid ingeval van een voorwaardenwijziging.

- 6.5. De commissie stelt vast dat verzoeker tijdig ervan op de hoogte werd gesteld dat de ziektekostenverzekeraar de vergoeding van het aantal behandelingen fysiotherapie met ingang van 2022 zou verlagen. Dit blijkt uit het feit dat door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, en door verzoeker niet bestreden, dat hij in november 2021 al zijn verzekeringnemers per e-mailbericht heeft geïnformeerd over alle wijzigingen met ingang van 1 januari 2022. Voorts staat vast dat verzoeker bij klachtenformulier van 22 november 2021 de ziektekostenverzekeraar heeft verzocht af te zien van de verlaging. Dit alles brengt met zich dat de ziektekostenverzekeraar heeft voldaan aan zijn verplichting de verzekeringnemers tijdig te informeren over de voorgenomen wijziging in de dekking. Met de wetenschap dat de vergoeding van het aantal behandelingen fysiotherapie zou worden verlaagd, had verzoeker ervoor kunnen kiezen de verzekeringsovereenkomst te beëindigen. Hij heeft hier echter niet voor gekozen, en daarom is hij gebonden aan de met ingang van 1 januari 2022 geldende nieuwe voorwaarden. Dit betekent dat verzoeker met ingang van die datum op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak heeft op de vergoeding van 20 behandelingen fysiotherapie per kalenderjaar.
- 6.6. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij is aangewezen op 26 behandelingen fysiotherapie en dat een lager aantal zal leiden tot een toename van zijn klachten. Hoewel de commissie begrip heeft voor de situatie van verzoeker, geldt dat een voorwaardenwijziging steeds en-bloc of groepsgewijs plaatsvindt. Als dat anders zou zijn, dan kon de ziektekostenverzekeraar - bijvoorbeeld afhankelijk van de geclaimde vergoedingen - besluiten in een individueel geval de premie te verhogen of de dekking te verlagen, om op die manier de verzekering onaantrekkelijk te maken voor bepaalde verzekerden. Evenzo kan het dan niet zo zijn dat hiervan op individuele basis in het voordeel van een verzekerde wordt afgeweken door de oorspronkelijke, ruimere dekking in stand te houden. De ziektekostenverzekeraar zal dus voor de hele groep verzekerden een afweging moeten maken, rekening houdend met schadelast en premie. In dit geval is ervoor gekozen de premie betaalbaar te houden door de dekking op onderdelen te verlagen. Dat in een individueel geval een beperking van de dekking op termijn gaat leiden tot hogere kosten - dit staat overigens geenszins vast - kan daarom niet leiden tot een uitzondering.
- 6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
7. Bindend advies
- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 2 juni 2022,

H.A.J. Kroon

# 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.

### **i Let op**

Kiest u voor een ergotherapeut die geen contract met Menzis heeft? Dan moet de ergotherapeut als 'Kwaliteitsgeregistreerd' staan ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici en krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag per behandeling. Menzis vergoedt 75% van de nota van de zorgaanbieder, tot een maximum van 75% van het bedrag dat Menzis gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd.

## **Fysiotherapie en Oefentherapie**

**Bij klachten van het houdings- en bewegingsapparaat kunt u naar de fysiotherapeut of oefentherapeut gaan. Door het toepassen van diverse technieken en oefeningen probeert deze de functie van het houdings- en bewegingsapparaat te verbeteren. Een normale houding en beweging is dan weer mogelijk, of u leert zo goed mogelijk met uw beperkingen om te gaan.**

### **Fysiotherapie en Oefentherapie**

U krijgt een vergoeding voor behandelingen fysiotherapie en oefentherapie tot een maximum aantal behandelingen. Dit maximum aantal behandelingen is per kalenderjaar:

GarantVerzorgd 1	GarantVerzorgd 2	GarantVerzorgd 3
6	12	20

U heeft recht op deze vergoeding als uw therapeut met Menzis een contract heeft. Welke therapeuten dat zijn, kunt u vinden op [menzis.nl/zorgvinder](https://menzis.nl/zorgvinder).

### **i Let op**

- Voor de meeste klachten kunt u terecht bij een algemeen fysiotherapeut. Voor sommige specifieke klachten kunt u het beste naar een therapeut die gespecialiseerd is in de behandeling van deze klachten. Denkt u hierbij bijvoorbeeld aan klachten:
  - waarin de wervelkolom en ledematen centraal staan (manueel therapeut),
  - waarin de motorische ontwikkeling en motorisch leren van het kind centraal staat (kinderfysiotherapeut/kinderoefentherapeut),
  - bij kwetsbare ouderen en cliënten/patiënten met een hoge (biologische) leeftijd die te maken hebben met complexe gezondheidsproblematiek (geriatriefysiotherapeut),
  - waarin de bekkenregio en heupen centraal staan (bekkenfysiotherapeut),
  - die samenhangen met stress en klachten als pijn en vermoeidheid waarvoor geen direct lichamelijke oorzaak kan worden gevonden (psychosomatisch fysiotherapeut en psychosomatisch oefentherapeut),
  - waarin (lymf)oedeem centraal staat (oedeemtherapeut).
- Wij raden u aan om aan uw fysiotherapeut te vragen of hij gespecialiseerd is in de behandeling van uw klachten.
- U kunt alleen naar een algemeen fysiotherapeut, een kinderfysiotherapeut, een manueel therapeut, een oedeemtherapeut, een geriatriefysiotherapeut of een bekkentherapeut die staat ingeschreven in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie NL (KRF NL) of in het register Keurmerk Fysiotherapie. Voor oedeemtherapie en littekentherapie kunt u ook naar een huidtherapeut die in