

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te D, tegen E
te F, in deze vertegenwoordigd door G te H
Zaak : Opzegging met terugwerkende kracht, premierestitutie,
klassenverzekering
Zaaknummer : 2013.00702
Zittingsdatum : 25 september 2013

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer C te D,

tegen

E te F, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, in deze vertegenwoordigd door G te H, hierna te noemen: de gevolmachtigde

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [naam gevolmachtigde] Top Pakket afgesloten. Deze twee verzekeringen zijn niet in geschil en blijven om die reden verder onbesproken.
In geschil is de eveneens afgesloten 2^e klasse verzekering (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar op 31 december 2012 verzocht de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht tot 1 januari 2006 te beëindigen en de betaalde premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering te restitueren (hierna: de aanspraak). Bij brief van 12 februari 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar bij brief van 29 april 2013 heeft medegedeeld dat hij na heroverweging van voornoemde beslissing heeft besloten zijn standpunt te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 23 juni 2013 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht tot 1 januari 2006 te beëindigen en de betaalde premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering te restitueren (hierna: het verzoek).
- 3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit ver-

zoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 13 augustus 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 augustus 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 24 augustus 2013 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 13 september 2013 schriftelijk medegedeeld evenmin te willen worden gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft vanaf 1 januari 2006 premie betaald voor de aanvullende ziektekostenverzekering. Inmiddels is haar gebleken dat de door haar gewenste klassenverpleging in Nederlandse ziekenhuizen niet meer wordt aangeboden. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dus geen dekking voor hetgeen waarvoor hij eigenlijk is bedoeld. Bovendien bedraagt de premie op jaarbasis € 540,--, terwijl de verzekering dekking biedt tot maximaal € 500,-- per kalenderjaar. De ziektekostenverzekeraar heeft haar hierover nooit geïnformeerd. Dit had – mede gezien de leeftijd van verzoekster – wel op de weg van de ziektekostenverzekeraar gelegen. Daarom dient de ziektekostenverzekeraar de ten onrechte bij verzoekster in rekening gebrachte premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering te restitueren.
- 4.2. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvullende verzekering afgesloten voor vergoeding van de meerkosten van een eventuele luxere verpleging en verzorging of een daggeldvergoeding indien maar één verpleegklasse aanwezig of beschikbaar is tijdens een ziekenhuisopname. Dat veel Nederlandse ziekenhuizen geen klassenverpleging meer aanbieden is hierbij niet van belang.
- 5.2. Een aanvullende verzekering wordt voor de duur van een kalenderjaar aangegaan. Ieder jaar heeft de verzekerde vóór aanvang van het nieuwe kalenderjaar de mogelijkheid de verzekering op te zeggen. Ook krijgt de verzekerde ieder jaar vóór aanvang van het nieuwe kalenderjaar een polisblad toegezonden, waarop alle verzekerde pakketten staan vermeld. Tot aan dit geschil heeft de ziektekostenverzekeraar van verzoekster of haar gemachtigde nooit een vraag gehad over de hoogte of de samenstelling van de pakketten. Daarom ziet de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding de door verzoekster voor de aanvullende ziektekostenverzekering betaalde premie over de jaren 2006 tot en met 2012 te restitueren.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft al zijn verzekerden jaarlijks zo goed en volledig mogelijk geïnformeerd over de polisvoorwaarden. Hierbij speelt leeftijd echter geen rol en ook andere privé- of leefomstandigheden niet. Gezien de massaliteit is een hierop gerichte benadering niet mogelijk.

- 5.4. Desgevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat met ingang van het jaar 2012 de aanvullende dekking onder B en C van de aanvullende ziektekostenverzekering is toegevoegd.
- 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 7 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.
7. Het geschil
- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de vanaf 1 januari 2006 betaalde premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering te restitueren.
8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden
- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden relevant.
- 8.2. Het 'dekkingsartikel' van de aanvullende ziektekostenverzekering (2012) luidt als volgt:

"A Wij vergoeden de kosten van ziekenhuisopname in de verzekerde klasse. Wij vergoeden uitsluitend de kosten die een ziekenhuis conform de rechtsgeldige tarieven declareert. In geval de opname in een ziekenhuis plaatsvindt dat wel onderscheid in klassenverpleging kent, wordt er bij opname in een lagere klasse dan de verzekerde klasse vergoeding verleend van € 23,00 per verpleegdag met een maximum van € 500,00 per kalenderjaar. In geval de opname in een ziekenhuis plaatsvindt dat geen onderscheid in klassenverpleging kent, kan verzekerde aanspraak maken op vergoeding van de kosten van voorzieningen die het verblijf in het ziekenhuis veraangamen. Wij vergoeden ten hoogste € 23,00 per dag met een maximum van € 500,00 per kalenderjaar.

Verleend wordt een tegemoetkoming in de kosten van:

- Telefoon bij het bed en/of telefoonkaarten;*
- Kranten en tijdschriften;*
- Televisie;*

De declaratie van deze kosten dienen door verzekeringnemer bij [naam gevolmachtigde] te worden gedeclareerd.

Deze vergoeding wordt niet gegeven bij opname op de revalidatie- of psychiatrische afdeling van een ziekenhuis.

B Wij vergoeden de kosten van een herstellingsoord tot maximaal € 100,00 per dag tot maximaal 28 dagen per kalenderjaar.

C Wij vergoeden de kosten van individueel taxivervoer bij zowel opname als bij ontslag. Wij vergoeden de rit naar het ziekenhuis en de rit terug voor partner/gezinsleden tot maximaal 4 ritten per ziekenhuisverblijf."

In het 'dekkingsartikel' van de aanvullende ziektekostenverzekering voor de jaren 2006 tot en met 2011 waren de onderdelen B en C niet opgenomen.

- 8.3. Artikel 6.4 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt dat de verzekeringnemer de aanvullende ziektekostenverzekering schriftelijk kan opzeggen per 1 januari van ieder jaar op voorwaarde dat de ziektekostenverzekeraar de opzegging uiterlijk 31 december van het voorgaande jaar heeft ontvangen.
9. Beoordeling van het geschil
- 9.1. Op grond van artikel 6.4 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering wordt de verzekering ieder jaar stilzwijgend verlengd, tenzij de verzekeringnemer deze vóór 1 januari opzegt. Van een tijdige opzegging van de aanvullende ziektekostenverzekering tussen 1 januari 2006 en 31 december 2011 is in de procedure niet gebleken. De commissie gaat daarom ervan uit dat verzoekster tot en met het jaar 2012 de intentie heeft gehad de verzekering voort te zetten. Eerst op 31 december 2012 heeft zij de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 januari 2013 opgezegd.
- 9.2. De stelling van verzoekster dat zij zich niet ervan bewust is geweest dat de door haar gewenste klassenverpleging in Nederlandse ziekenhuizen bijna niet meer wordt aangeboden, kan er niet toe leiden dat zij de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht tot 1 januari 2006 kan doen beëindigen en dat de betaalde premie aan haar wordt gerestitueerd. De stelling van verzoekster dat de aanvullende ziektekostenverzekering slechts aanspraak biedt op maximaal € 500,- per kalenderjaar is niet juist. Deze maximale vergoeding betreft slechts de gemaximeerde daggeldvergoeding in geval opname geschiedt in een lagere klasse dan de verzekerde klasse. Bij ziekenhuisopname in de tweede klasse, zoals deze in het buitenland nog geldt, bestaat aanspraak op vergoeding van de meerkosten die gepaard gaan met de klassenverpleging. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt daarnaast vanaf 1 januari 2012 aanspraak op opname in een herstellingsoord tot maximaal € 100,- per dag tot maximaal 28 dagen per kalenderjaar, en de kosten van individueel taxivervoer bij zowel opname als bij ontslag. Op basis hiervan concludeert de commissie dat door de ziektekostenverzekeraar in de afgelopen jaren wel degelijk risico is gelopen.
- 9.3. Het ligt op de weg van een verzekerde om 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. De leeftijd van de verzekerde speelt in dit verband geen rol.

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 september 2013,

Voorzitter