

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door G tegen C te D vertegenwoordigd door E te F
Zaak : EU/EER, mondzorg, beëindiging aanvullende ziektekostenverzekering
Zaaknummer : 2010.02150
Zittingsdatum : 28 september 2011

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 zorgverzekering 2007, 2008, 2009 en 2010, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.4 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008, 2009 en 2010, artikel 7:925 lid 1 BW)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door G
tegen

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

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam gevolmachtigde] Zorgverzekering variant 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 ziektekostenverzekeringen [naam gevolmachtigde] Compleet en [naam gevolmachtigde] Tandartskostenverzekering afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van tandartskosten en andere kosten van zorg, gemaakt in Estland (hierna: de aanspraak). Bij brief van 7 april 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 9 augustus 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 17 maart 2011 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit ver-

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

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 26 mei 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 30 mei 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 8 juni 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 30 mei 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 1 juli 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011058982) de commissie medegedeeld af te zien van het geven van advies. Een afschrift van deze brief van het CVZ is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 28 september 2011 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt dat door hem in Estland tandartskosten en andere kosten van zorg zijn gemaakt die niet door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed. Het betreft kosten die zijn gemaakt vanaf 2007. De reden dat deze kosten aldaar zijn gemaakt, is dat verzoeker vaak in Estland verblijft en zonder wachttijd kan worden behandeld. Gelet op de regelgeving dienen kosten, gemaakt in een ander EU-land, te worden vergoed. Verzoeker verwijst in dit verband naar jurisprudentie van het Europese Hof "uit 2002 of 2003" en een uitspraak van de Centrale Raad van Beroep.
- 4.2. Verzoeker merkt verder op dat de ziektekostenverzekeraar vanaf 2007 de polisvoorwaarden niet heeft meegestuurd met het polisblad. De voorwaarden zijn op het internet niet te vinden. De ziektekostenverzekeraar kan zich dan ook niet op deze voorwaarden beroepen.
- 4.3. Indien de ziektekostenverzekeraar niet overgaat tot vergoeding van de tandartskosten heeft verzoeker in het geheel niets aan de door hem afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering gehad, en wenst hij deze met terugwerkende kracht tot 1 januari 2007 te beëindigen.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij ook in 2006 geen polisvoorwaarden heeft ontvangen. Er is slechts een brief aan de werkgever gestuurd. Daarna is hij steeds voor informatie verwezen naar de website. Van het aanbod de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht tot 1 mei 2010 te beëindigen, heeft verzoeker, omdat hij in het buitenland verbleef, niet tijdig gebruik kunnen maken.
- 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. De ziektekostenverzekeraar stelt dat in de polisvoorwaarden expliciet is vermeld dat tandartskosten die zijn gemaakt in het buitenland (met uitzondering van België en Duitsland) niet voor vergoeding in aanmerking komen. Verzoeker heeft daarom geen aanspraak op vergoeding van de door hem in Estland gemaakte tandartskosten ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.2. Een verzekering wordt afgesloten voor onvoorziene schade in de toekomst. Dat verzoeker achteraf geen schade heeft kunnen claimen op de aanvullende ziektekostenverzekering, vormt geen reden deze met terugwerkende kracht te beëindigen. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 9 augustus 2010 het aanbod gedaan de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht tot 1 mei 2010 te beëindigen, mits de nog verschuldigde premie zou worden voldaan. Aangezien dit niet is gebeurd, zal een incassoprocedure worden gestart. Dat verzoeker niet in de gelegenheid was het aanbod te accepteren, wordt door de ziektekostenverzekeraar bestreden. Uit de correspondentie blijkt namelijk dat verzoeker het aanbod wilde verwerpen.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat in 2006 aan alle verzekerden een polisblad en polisvoorwaarden zijn gestuurd. In de voorwaarden is de beperking tot Nederland, Duitsland en België opgenomen.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.
- 6.2. De commissie is niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering van vóór 2008.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering. Indien dit niet het geval is, is in geschil of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht tot 1 januari 2007 te beëindigen.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 13 tot en met 35 (2007) van de zorgverzekering. Artikel 26 (2007) van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaar-

den aanspraak op tandheelkundige zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving:

zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden, die noodzakelijk is:

- 1. als de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die die hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;*
- 2. als de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die die hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan, of;*
- 3. als een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die die hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan. (...)”*

Artikel 9 (2007) van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“De verzekerde die in Nederland woont, heeft naar keuze aanspraak op:

- zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door de zorgverzekeraar is gecontracteerd;*
- vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, volgens het bepaalde in artikel 12.4 van deze verzekeringsvoorwaarden. (...)”*

Artikel 12.4 (2007) van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

“Als de verzekerde gebruik maakt van zorgaanbieders met wie de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten, dan bestaat recht op vergoeding van de kosten van zorg tot ten hoogste 80% van de gemiddelde tarieven voor 2006, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen de zorgverzekeraar en de betreffende zorgaanbieders. (...)”

- 8.3. De artikelen 9, 12.4 en 26 (2007) van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 (2007) van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. De voorwaarden van de zorgverzekering van de jaren 2008, 2009 en 2010 hebben een vergelijkbare strekking.
- 8.5. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Mondzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.7 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.4 Rzv.
- 8.6. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 8.7. In de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering van de jaren 2006 tot en met 2010 is bepaald dat aanspraak bestaat op de kosten van tandheelkundige zorg door een tandarts in Nederland, alsmede België of Duitsland tot ten hoogste het rechtsgeldige tarief voor tandartsen in Nederland.

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Verzoeker heeft – buiten de kosten van de tandheelkundige behandelingen – aanvankelijk aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van andere, in Estland genoten zorg. Hij heeft echter niet gespecificeerd – anders dan met nota's in de Estse taal zonder bijgaande vertaling – waarop deze kosten betrekking hebben. De commissie beperkt zich bij de beoordeling dan ook tot de kosten van de door verzoeker in Estland genoten tandheelkundige zorg.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.2. Verzoeker heeft, voorafgaand aan de tandheelkundige behandelingen, geen aanvraag gedaan bij de ziektekostenverzekeraar, zodat zijn recht op vergoeding niet behoeft te worden getoetst aan het Werkingsverdrag of de toepasselijke verordeningen, maar uitsluitend aan de voorwaarden van de zorgverzekering. Gesteld noch gebleken is dat bij verzoeker sprake is van één van de in artikel 26 (2007) van de zorgverzekering bedoelde situaties, zodat moet worden geconcludeerd dat sprake is van reguliere tandheelkundige zorg, op grond waarvan hij geen aanspraak heeft op vergoeding van de betreffende kosten ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. Vast staat dat in de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering vanaf 2006 is vermeld dat aanspraak bestaat op vergoeding van kosten van tandheelkundige zorg, mits uitgevoerd in Nederland, België of Duitsland. Aangezien de kosten in Estland zijn gemaakt, komen deze volgens de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden niet voor vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering in aanmerking.

Niet ontvangen polisvoorwaarden

- 9.4. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij niet kan worden gehouden aan hetgeen is gesteld in de onder 9.3 bedoelde polisvoorwaarden, omdat deze hem niet door de ziektekostenverzekeraar ter hand zijn gesteld. Ter zitting heeft verzoeker verklaard dat hij vanaf 2006 geen polisvoorwaarden heeft ontvangen. In een e-mailbericht van 18 maart 2010, gericht aan de ziektekostenverzekeraar, stelt verzoeker echter dat de polisvoorwaarden hem vanaf 2007 niet zijn toegestuurd. De stellingname ter zitting dat verzoeker ook in 2006 geen polisvoorwaarden heeft ontvangen, komt de commissie, gelet op de inhoud van het e-mailbericht, en de in dat jaar gerealiseerde stelselwijziging die de verzekeraars noopte hun verzekerden te informeren over de zorgverzekering en de gewijzigde voorwaarden van de aanvullende producten, niet geloofwaardig voor. De commissie gaat er dan ook vanuit dat de polisvoorwaarden van 2006 verzoeker zijn gezonden en hem ook hebben bereikt. Dit strookt ook met hetgeen de ziektekostenverzekeraar heeft verklaard, te weten dat deze voorwaarden bij het polisblad waren gevoegd. Verzoeker heeft ter zitting bevestigd dat hij het polisblad heeft ontvangen.

- 9.5. Zoals eerder overwogen is ook in de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering van 2006 opgenomen dat dekking bestaat voor kosten van tandheelkundige zorg die is genoten in Nederland, België en Duitsland. Indien de latere polisvoorwaarden – dat wil zeggen die vanaf 2007 – verzoeker inderdaad niet hebben bereikt, hebben de voorwaarden van 2006 hun werking behouden. Zulks leidt ertoe dat verzoeker ook in latere jaren geen aanspraak heeft op vergoeding van de tandheelkundige kosten ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Beëindiging aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. Voor zover verzoeker beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering wenst met terugwerkende kracht tot 1 januari 2007, overweegt de commissie het volgende. Beëindiging van een overeenkomst met terugwerkende kracht is met name aan de orde in geval sprake is van vernietiging vanwege een zogenoemd wilsgebrek. Tot de wilsgebreken kan niet worden gerekend de situatie dat men zich, ter dekking van mogelijke schade, tegen betaling van een premie verzekert, en deze schade zich – achteraf bezien – niet heeft voorgedaan (artikel 7:925 lid 1 BW). Bij de totstandkoming van de verzekeringsovereenkomst waren beide partijen immers ermee bekend dat die situatie zich zou kunnen voordoen.
- 9.7. De ziektekostenverzekeraar heeft een aanbod gedaan tot beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 mei 2010, mits door verzoeker zou worden voldaan aan de verplichting tot premiebetaling. Aan deze verplichting heeft verzoeker niet voldaan, en wilde hij kennelijk ook niet voldoen. Daarom moet het aanbod van de ziektekostenverzekeraar als vervallen worden beschouwd.
- 9.8. De commissie is voorts van oordeel dat de brief van verzoeker van 4 april 2010 is op te vatten als een (reguliere) opzegging van de aanvullende ziektekostenverzekering. Gelet op de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering kan deze eerst met ingang van het kalenderjaar volgende op dat waarin de opzegging is gedaan worden beëindigd. Een en ander leidt ertoe dat de aanvullende ziektekostenverzekering is beëindigd met ingang van 1 januari 2011.

Conclusie

- 9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.8.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.8.

Zeist, 12 oktober 2011,

Voorzitter