



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V., beide te Houten, in deze vertegenwoordigd door VvAA schadeverzekeringen N.V. te Utrecht

Zaak : Aanvullende ziektekostenverzekering, veronderstelde verzwijging bij aanvang verzekering, beëindiging verzekering met terugwerkende kracht, terugvordering uitgekeerde vergoedingen

Zaaknummer : 201702220

Zittingsdatum : 29 augustus 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017, artt. 7:928 en 7:929 BW)

1. Partijen

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

tegen

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V., en
- 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V., beide te Houten, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door VvAA schadeverzekeringen N.V. te Utrecht.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de VvAA Zorgverzekering Basis (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 VvAA Zorgverzekering Excellent afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft op 26 december 2016 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. Hierbij was een door verzoekster ingevulde vragenlijst gevoegd. Naar aanleiding hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvraag voor de aanvullende ziektekostenverzekering goedgekeurd. Verzoekster was met ingang van 1 januari 2017 verzekerd op grond van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 3.2. Bij e-mailbericht van 15 mei 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat hij een machtigingsaanvraag voor definitieve ontharing in verband met overbeharing in het gelaat heeft ontvangen. Dit vormde voor de ziektekostenverzekeraar aanleiding te gaan onderzoeken of bij het invullen van het aanvraagformulier al sprake was van overbeharing in het gelaat, aangezien dit niet was vermeld op dit formulier. Verzoekster is daarom verzocht een schriftelijke verklaring hieromtrent te geven. Nadat de ziektekostenverzekeraar van verzoekster geen reactie had ontvangen, heeft hij haar op 20 juni 2017 een herinnering gezonden. Verzoekster heeft op 22 juni 2017 telefonisch aan de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat zij de gevraagde informatie alsnog zou toesturen. Op 2 juli 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar een toelichting van de Dermakliniek, gedateerd 1 juli 2017, ontvangen en (nogmaals) de verwijzing van de huisarts. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 juli 2017 een toestemmingsformulier aan verzoekster gezonden. Verzoekster heeft dit formulier op 1 augustus 2017 ondertekend getourneerd. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar informatie opgevraagd bij de tandarts en de huisarts van verzoekster.

- 3.3. Bij brief van 9 november 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2017 wordt beëindigd.
- 3.4. Bij brief van 7 december 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 2.617,23 van verzoekster gevorderd.
- 3.5. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 24 januari 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.6. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld, met als resultaat dat verzoekster nadere informatie van de huisarts heeft mogen overleggen. Dit heeft evenwel niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.7. Bij brief van 28 april 2018 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de betaalde premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering te verrekenen met het deel van de vergoedingen dat thans wordt teruggevorderd en daarmee het dossier te sluiten (hierna: het verzoek).
- 3.8. 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 verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.9. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 19 juli 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 25 juli 2018 aan verzoekster gezonden.
- 3.10. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 3 augustus 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 20 augustus 2018 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.11. Verzoekster is op 29 augustus 2018 telefonisch gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
 - 4.1. Verzoekster heeft op 27 december 2016 de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering voor het jaar 2017 afgesloten bij de ziektekostenverzekeraar. Zij heeft vanaf het moment dat zij is verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar voldaan aan alle eisen, zoals het verstrekken van verwijsbrieven van de huisarts, de rapportage van haar behandelend arts en een machtiging voor het aanleveren van medische informatie.
 - 4.2. Op 17 oktober 2017 kreeg verzoekster een e-mailbericht van de ziektekostenverzekeraar waarin wordt aangekondigd dat als binnen veertien dagen geen reactie van de huisarts is ontvangen, de aanvullende ziektekostenverzekering wordt beëindigd. Verzoekster heeft hierop contact opgenomen met de huisarts. De huisarts heeft echter nooit een verzoek ontvangen van de ziektekostenverzekeraar. Dit heeft verzoekster eind oktober 2017 doorgegeven aan de ziektekostenverzekeraar, waarop deze haar heeft medegedeeld er nogmaals naar te informeren.
 - 4.3. Op 27 november 2017 heeft verzoekster een e-mailbericht van de ziektekostenverzekeraar ontvangen waarin haar - zonder enige waarschuwing vooraf - wordt medegedeeld dat haar verzekering is gewijzigd. De aanvullende ziektekostenverzekering is met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2017 beëindigd. Hierdoor heeft verzoekster alleen nog de zorgverzekering. Het verschil in premie van € 1.350,-- is teruggestort. Vanwege de beëindiging met terugwerkende

kracht vanaf 1 januari 2017 dient verzoekster nu € 2.617,23 aan de ziektekostenverzekeraar terug te betalen. Op grond van de zorgverzekering bestaat geen aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten.

Verzoekster benadrukt dat zij geen opdracht heeft gegeven voor de beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering. Daarom is wat de ziektekostenverzekeraar heeft gedaan niet toegestaan.

- 4.4. Volgens verzoekster spreekt het voor zich dat zij zich, gezien haar Arabische afkomst, heeft laten behandelen tegen overbeharing in het gezicht. Arabische mensen hebben "*van oorsprong overbeharing*". Dit had dan ook bij de ziektekostenverzekeraar bekend kunnen zijn en toen al redenen kunnen vormen om verzoekster niet te accepteren. Zij is echter wél geaccepteerd. Pas na het ter declaratie indienen van de nota voor definitieve ontharing van 14 januari 2017 is de ziektekostenverzekeraar een diepgaand onderzoek gestart, waaruit uiteraard bleek dat verzoekster in het verleden ook al was behandeld.
- Verzoekster stelt dat zij de overbeharing niet heeft vermeld op de vragenlijst, omdat hierop niets stond waaruit zij kon opmaken dat zij dit moest vermelden.
- De vraag ter zake de kronen heeft zij ontkennend beantwoord, omdat de kronen lange tijd geleden zijn geplaatst.
- 4.5. Het onderzoek heeft lang geduurd, van januari tot en met november 2017. Gedurende die periode was verzoekster zich niet ervan bewust dat zij verkeerd had gehandeld. De facturen voor de ontharingsbehandelingen werden iedere maand vergoed. Op grond van de regels had de ziektekostenverzekeraar verzoekster moeten informeren over de mogelijkheid dat de vergoeding zou worden beëindigd respectievelijk zou worden teruggevorderd.
- 4.6. Ten tijde van de zitting was verzoekster telefonisch niet bereikbaar.
- 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Voor de acceptatie in het kader van de aanvullende ziektekostenverzekering dient een lijst met gezondheidsvragen te worden ingevuld door de aanvrager. Wanneer uit de antwoorden blijkt dat kosten worden verwacht, wordt de aanvrager niet geaccepteerd voor de aanvullende ziektekostenverzekering. Verzoekster heeft nagelaten op het formulier te vermelden dat zij een aandoening heeft, te weten overbeharing in het gelaat. Naar aanleiding van de op 17 maart 2017 ontvangen nota voor de behandeling van overbeharing heeft de ziektekostenverzekeraar een aantal vragen gesteld aan verzoekster. Na herhaaldelijk verzoek aan zowel verzoekster als de huisarts heeft de ziektekostenverzekeraar de gevraagde informatie niet ontvangen.
- Ook de vragen ter zake de mondzorg zijn door verzoekster niet correct ingevuld. Uit het opgevraagde patiëntendossier van de tandarts blijkt dat verzoekster twee kronen heeft, die in 2008 zijn geplaatst. Verzoekster heeft dit niet vermeld op de vragenlijst.
- Als de ziektekostenverzekeraar op de hoogte was geweest van de juiste situatie van verzoekster, zou hij haar aanvraag voor de aanvullende ziektekostenverzekering niet hebben geaccepteerd.
- 5.2. Als gevolg van het bovenstaande heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoekster met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2017 beëindigd. De door verzoekster betaalde premie voor de aanvullende verzekering van totaal € 1.350,-- is gerestitueerd. De aan verzoekster ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering uitgekeerde vergoedingen van in totaal € 2.617,23 worden van haar teruggevorderd. De ziektekostenverzekeraar ziet geen aanleiding om het gevorderde bedrag kwijt te schelden.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar is het niet eens met de stelling van verzoekster dat zij altijd haar medewerking heeft verleend en tijdig alle gevraagde stukken heeft aangeleverd. Daarom heeft de ziektekostenverzekeraar het volgende overzicht overgelegd betreffende het verloop van de onderhavige kwestie:

"• Op 26 december 2016 hebben wij het aanvraagformulier digitaal ontvangen voor een VvAA Basisverzekering en een aanvullende VvAA Excellent verzekering. De medische vragen beantwoordt verzekerde met 'nee'. De tandheelkundige vragen beantwoordt verzekerde vraag 5 met 'ja'.

- Op 17 maart 2017 hebben wij de nota van de [naam zorgaanbieder] in behandeling genomen, met factuurdatum 14 januari 2017.
- De verwijzing van de huisarts ontvangen wij op 17 maart 2017. De brief van de huisarts is gedateerd op 17 januari 2017. (Zie uw dossier.)
- Op 15 mei 2017 stuurden wij een e-mail naar verzekerde. In deze e-mail schrijven wij graag te willen weten of ten tijde van het invullen van het aanvraagformulier sprake was van overbeharing in het gelaat. Op het aanvraagformulier was daar geen melding van gemaakt. Wij vragen een schriftelijke toelichting.
- Op 20 juni 2017 stuurden wij een herinnering naar verzekerde, dat wij nog in afwachting zijn van een schriftelijke toelichting.
- Op 22 juni 2017 is er telefonisch contact met verzekerde. Verzekerde zou de gevraagde informatie opsturen.
- Op 2 juli 2017 ontvingen wij een toelichting van de zorgverlener, gedateerd 1 juli 2017 en nogmaals de verwijzing van de huisarts van 17 januari 2017. Dit is niet voldoende.
- Op 14 juli 2017 stuurde de VvAA een toestemmingsformulier naar de verzekerde om informatie op te vragen bij de huisarts en de tandarts.
- Op 1 augustus 2017 stuurde de VvAA een herinnering naar verzekerde in verband met het niet ontvangen van het toestemmingsformulier.
- Op 1 augustus 2017 ontving de VvAA het toestemmingsformulier (in uw dossier). Deze is ondertekend op 28 mei 2017.
- Op 17 augustus 2017 stuurde de VvAA een brief naar de huisarts en de tandarts voor het opvragen van de medische informatie.
- Op 14 september 2017 hebben wij aanvullende informatie en het 'patiëntjournaal' van de tandarts ontvangen.
- Op 15 september 2017 stuurde de VvAA een herinnering naar de huisarts. In het door u toegestuurde dossier zit een brief van de huisarts, gedateerd 8 december 2017. Deze brief heeft de VvAA niet ontvangen.
- Op 17 oktober 2017 stuurde de VvAA een e-mail naar verzekerde met de mededeling dat wij nog niet de gevraagde medische informatie hebben ontvangen van de huisarts. Wij geven verzekerde veertien dagen de gelegenheid alsnog te reageren.
- Omdat de gevraagde informatie uitbleef, stuurden wij op 9 november 2017 een brief in verband met de beëindiging van de aanvullende verzekering met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2017."

- 5.4. Verzoekster heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar op basis van haar etnische achtergrond had moeten weten dat sprake was van overbeharing, en dat hij op basis hiervan had moeten handelen. Deze stelling van verzoekster komt de ziektekostenverzekeraar discriminerend voor. De ziektekostenverzekeraar handelt niet op grond van etnische achtergrond van verzekerden. Daarnaast kan de ziektekostenverzekeraar geen beoordeling doen op basis van aannames. Het is aan de verzekerde om te voldoen aan de mededelingsplicht. De ziektekostenverzekeraar verwijst in dit kader naar artikel 7:928, vierde lid BW, waarin wordt vereist dat openheid van zaken wordt gegeven.
- 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 aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en hierover bindend advies uit te brengen.
7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoekster met terugwerkende kracht mocht beëindigen en de reeds uitgekeerde vergoedingen, ná het restitueren van de betaalde premie, mocht terugvorderen van verzoekster.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarde en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarde en regelgeving relevant.

8.2. In artikel 5 van deel A-2 van de aanvullende ziektekostenverzekering is het volgende bepaald:

"lid 1 Als met kennis van de werkelijke stand van zaken geen verzekering was gesloten, bestaat geen recht op uitkering. Dat is ook het geval als is gehandeld om de zorgverzekeraar te misleiden bij het sluiten van de verzekering. Als bij het sluiten van een verzekering met kennis van de werkelijke stand van zaken een verzekering met minder dekking was aangeboden, wordt een schadeclaim beoordeeld volgens deze dekking.

lid 2 De zorgverzekeraar kan de verzekering beëindigen, als bij kennis van de werkelijke stand van zaken geen verzekering zou zijn gesloten of als de zorgverzekeraar is misleid."

8.3. In artikel 7:928 BW is, voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

"1 De verzekeringnemer is verplicht vóór het sluiten van de overeenkomst aan de verzekeraar alle feiten mede te delen die hij kent of behoort te kennen, en waarvan, naar hij weet of behoort te begrijpen, de beslissing van de verzekeraar of, en zo ja, op welke voorwaarden, hij de verzekering zal willen sluiten, afhangt of kan afhangen.

(...)

4 De mededelingsplicht betreft niet feiten die de verzekeraar reeds kent of behoort te kennen, en evenmin feiten, die niet tot een voor de verzekeringnemer ongunstiger beslissing zouden hebben geleid. De verzekeringnemer of de derde, bedoeld in lid 2 of lid 3, kan zich er echter niet op beroepen dat de verzekeraar bepaalde feiten reeds kent of behoort te kennen indien op een daarop gerichte vraag een onjuist of onvolledig antwoord is gegeven. De mededelingsplicht betreft voorts geen feiten waarnaar ingevolge de artikelen 4 tot en met 6 van de Wet op de medische keuringen in de daar bedoelde gevallen geen medisch onderzoek mag worden verricht en geen vragen mogen worden gesteld.

(...)

6 Indien de verzekering is gesloten op de grondslag van een door de verzekeraar opgestelde vragenlijst, kan deze zich er niet op beroepen dat vragen niet zijn beantwoord, of feiten waarnaar niet was gevraagd, niet zijn medegedeeld, en evenmin dat een in algemene termen vervatte vraag onvolledig is beantwoord, tenzij is gehandeld met het opzet de verzekeraar te misleiden."

8.4. In artikel 7:929 BW is het volgende bepaald:

"1 De verzekeraar die ontdekt dat aan de in artikel 928 omschreven mededelingsplicht niet is voldaan, kan de gevolgen daarvan slechts inroepen indien hij de verzekeringnemer binnen twee maanden na de ontdekking op de niet-nakoming wijst onder vermelding van de mogelijke gevolgen.

2 De verzekeraar die ontdekt dat de verzekeringnemer heeft gehandeld met het opzet hem te misleiden of die bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten, kan de overeenkomst binnen twee maanden na ontdekking met dadelijke ingang opzeggen.

3 De verzekeringnemer kan de overeenkomst met dadelijke ingang opzeggen binnen twee maanden nadat de verzekeraar overeenkomstig lid 1 heeft gehandeld of zich bij de verwezenlijking van het risico op de niet-nakoming van de mededelingsplicht beroept. Bij persoonsverzekering kan de verzekeringnemer de beëindiging beperken tot de persoon, wiens risico het beroep op de niet-nakoming betreft."

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Op grond van artikel 7:928, eerste lid, BW is de verzekeringnemer verplicht vóór het sluiten van de overeenkomst aan de verzekeraar alle feiten mede te delen die hij kent of behoort te kennen, en waarvan, naar hij weet of behoort te begrijpen, de beslissing van de verzekeraar of, en zo ja, op welke voorwaarden hij de verzekering zal willen sluiten, afhangt of kan afhangen. In dit verband geldt dat de door verzoekster afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering dekking kent voor de kosten van behandeling van overbeharing in het gelaat en van mondzorg, waaronder het plaatsen van kronen. Voorts is relevant dat de betreffende verzekering tot stand is gekomen op basis van een op 26 december 2016 door verzoekster ingevulde vragenlijst.
- 9.2. Volgens de ziektekostenverzekeraar had voor verzoekster duidelijk moeten zijn dat zijn beslissing de verzekeringsovereenkomst aan te gaan anders zou zijn uitgevallen indien hij vooraf bekend was geweest met de behandeling van overbeharing en met de aanwezige kronen. Verzoekster heeft ter zake de overbeharing aangevoerd dat haar uit de vragenlijst niet was gebleken dat zij dit moest vermelden. Bij vraag 7 is gevraagd of gebruik wordt gemaakt van elektrische epilatie. Dit is een behandeling tegen overbeharing. De behandeling van verzoekster betreft echter geen elektrische epilatie, maar epilatie met behulp van een laser. Gezien de zeer specifieke redactie van de vraag, en uitgaande van een behoorlijk en zorgvuldig verzekeringnemer, heeft verzoekster de betreffende vraag correct beantwoord. Vervolgens wordt onder 8 gevraagd of sprake is van een aandoening of ziekte. Ook deze vraag is door verzoekster ontkennend beantwoord. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt aanspraak op vergoeding van de kosten van elektrische epilatie en laserbehandeling bij overmatige haargroei in het gelaat. Gelet op het karakter van de verzekering - te weten tegen ziektekosten - en het feit dat verzoekster de betreffende kosten ten laste van deze verzekering heeft geclaimd, had zij, wederom uitgaande van een behoorlijk en zorgvuldig verzekeringnemer, moeten begrijpen dat de overbeharing is te beschouwen als een aandoening en dat de aanwezigheid van deze aandoening voor de ziektekostenverzekeraar van belang was voor het al dan niet afsluiten van de aanvullende ziektekostenverzekering. Verzoekster heeft vraag 8 dus niet correct beantwoord. Verzoekster heeft nog aangevoerd dat zij van Arabische komaf is, en daarom last heeft van overbeharing. De ziektekostenverzekeraar had dit volgens verzoekster moeten weten. Hij zou haar hebben kunnen weigeren voor de aanvullende ziektekostenverzekering, maar heeft dit nagelaten. Dit argument kan verzoekster niet baten. De mededelingsplicht die hier aan de orde is rust op de verzekeringnemer. Schending hiervan kan verzoekster niet worden tegengeworpen indien het feiten betreft die de ziektekostenverzekeraar reeds kent of behoort te kennen. Van dit laatste is echter geen sprake. Bovendien is het verboden op basis van etniciteit te selecteren.
- 9.3. Wat betreft de kronen merkt de commissie op dat onder vraag 1 van de tandheeskundige vragen is geformuleerd of de aanvrager een behandeling bij een tandarts heeft gehad voor het aanbrengen van een facing, kroon, brug, implantaat of (gedeeltelijke) prothese. Deze vraag heeft verzoekster ontkennend beantwoord, terwijl is gebleken dat zij twee kronen heeft. Verzoekster heeft in dit kader aangevoerd dat zij dacht dat zij dit niet (meer) hoefde te melden, omdat de kronen reeds in 2008 waren geplaatst. Dit argument kan volgens de commissie niet overtuigen. Kronen moeten na verloop van tijd immers worden vervangen en daaraan zijn kosten verbonden. De vraagstelling is duidelijk; er is niet gevraagd of recent een kroon is geplaatst. Verzoekster had kunnen en moeten weten dat de betreffende informatie van belang was voor het afsluiten van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 9.4. In geval van schending van de mededelingsplicht, zoals hier aan de orde, is het aan de verzekeraar de verzekeringnemer binnen twee maanden na de ontdekking op de niet-nakoming te wijzen onder vermelding van de mogelijke gevolgen (artikel 7:929, eerste lid, BW). Op grond van het tweede lid van genoemd artikel kan de verzekeraar de overeenkomst met dadelijke ingang opzeggen. Dit is verwoord in artikel 5 van deel A-2 van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Uit de toelichting op artikel 7:929 BW blijkt dat voor de 'ontdekking' in de zin van dit artikel een vermoeden van schending van de mededelingsplicht niet voldoende is. De ziektekostenverzekeraar dient daaromtrent een voldoende mate van zekerheid te hebben.

De ziektekostenverzekeraar heeft op 17 maart 2017 de nota voor het behandelen van de overbeheering ontvangen. Bij e-mailbericht van 15 mei 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat dit voor hem aanleiding is nader te onderzoeken of bij het invullen van het aanvraagformulier al sprake was van overbeheering in het gelaat. Verzoekster is daarom gevraagd schriftelijk een toelichting te geven. Hieruit blijkt dat de ziektekostenverzekeraar nog niet voldoende zekerheid had omtrent de schending van de mededelingsplicht. Uit het dossier blijkt dat verzoekster meermaals is verzocht om informatie en dat ook herinneringen zijn gestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft de informatie van de tandarts ontvangen op 14 september 2017. Nadat - na de herinnering van 17 oktober 2017 - geen informatie werd ontvangen van de huisarts, heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 9 november 2017 aan verzoekster medegedeeld dat de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2017 wordt beëindigd.

De commissie overweegt dat de ziektekostenverzekeraar eerst op 14 september 2017 voldoende zekerheid had dat sprake was van een schending van de mededelingsplicht door verzoekster. Verzoekster is op 9 november 2017, dus binnen twee maanden daarna, hiervan op de hoogte gesteld, waarbij tevens de opgelegde maatregelen zijn vermeld.

9.5. Verzoekster heeft verder aangevoerd dat het onderzoek lang heeft geduurd. Uit de door de ziektekostenverzekeraar aangeleverde tijdlijn en de stukken in het dossier blijkt evenwel dat de duur van het onderzoek mede is veroorzaakt doordat verzoekster niet of pas in een laat stadium heeft gereageerd op de verzoeken om informatie van de ziektekostenverzekeraar.

9.6. De commissie concludeert dat de ziektekostenverzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken de aanvullende ziektekostenverzekering niet zou hebben afgesloten. Om die reden mocht hij de verzekering opzeggen met terugwerkende kracht tot de ingangsdatum. De ziektekostenverzekeraar heeft de verzekering ook tijdig opgezegd, namelijk binnen twee maanden na ontdekking van de schending van de mededelingsplicht. Omdat door de opzegging tevens de rechtsgrond aan de gedane uitkeringen kwam te ontvallen, was de ziektekostenverzekeraar gerechtigd het bedrag van € 2.617,23 terug te vorderen. Het verrekenen van de betaalde premie met (een deel van) de uitgekeerde vergoedingen, zoals door verzoekster is gevorderd, is niet mogelijk, omdat de ziektekostenverzekeraar de premie reeds aan verzoekster heeft gerestitueerd.

Conclusie

9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 26 september 2018,

L. Ritzema