

ANONIEM NIET-BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen CZ Zorgverzekeringen N.V. en OWM CZ
groep U.A., beide te Tilburg
Zaak : Beëindiging aanvullende klassenverzekering
Regelgeving : Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021, artt. 6:248 en 7:940 BW
Zaaknummer : 202101538
Zittingsdatum : 23 februari 2022

1. Partijen

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

tegen

- 1) CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, en
 - 2) OWM CZ groep U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij klachtenformulier van 21 juli 2021 heeft verzoekster de SKGZ op de hoogte gebracht dat zij een klacht heeft over haar ziektekostenverzekeraar. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoekster op 29 juli 2021 meegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Hierna heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) bij brief van 20 september 2021 gevraagd een advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster vervolgens verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen, hetgeen zij op 9 oktober 2021 heeft voldaan. Op 11 oktober 2021 heeft verzoekster de commissie verzocht om een niet-bindend advies.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 20 december 2021 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 21 december 2021 aan verzoekster 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. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 februari 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die op 28 februari 2022 ter kennisname aan partijen zijn gestuurd. Verzoekster heeft bij e-mail 28 februari 2022 op de aantekeningen gereageerd. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorgkeuzepolis (Restitutie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Klasse Buitenland (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en Supertop. De zorgverzekering en de aanvullende verzekering Supertop zijn niet in geschil en blijven om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Bij brief van 28 juni 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 januari 2022 zal beëindigen.
- 3.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 21 juli 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij de aanvullende ziektekostenverzekering niet met ingang van 1 januari 2022, maar met ingang van 1 februari 2022 zal beëindigen.

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanvullende ziektekostenverzekering na 1 februari 2022 voort te zetten.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is, gezien artikel A.17 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering, bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, gelet op het reglement en het feit dat het geschil niet de basisverzekering betreft, een niet-bindend advies uit te brengen.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante verzekeringsvoorwaarden en artikelen uit het Burgerlijk Wetboek zijn vermeld in de bijlage bij dit niet-bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het niet-bindend advies.

Standpunt verzoekster_

- 6.2. Verzoekster verklaart dat zij op 2 juli 2021 van de ziektekostenverzekeraar een brief heeft ontvangen waarin staat dat de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 januari 2022 komt te vervallen. Weliswaar heeft de ziektekostenverzekeraar de einddatum daarna verplaatst naar 1 februari 2022, maar dit lost het probleem niet op. Verzoekster vindt het onacceptabel dat een verzekeraar eenzijdig kan beslissen dat een verzekering niet meer wordt aangeboden. Daar komt bij dat verzoekster als MS-patiënt veelvuldig gebruik maakt van deze verzekering en niet zo maar elders een vergelijkbare verzekering kan afsluiten. Haar leeftijd (65+) speelt hierbij ook mee. Verder geldt dat ooit door de directie van de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster is meegedeeld dat de aanvullende verzekering weliswaar niet meer aan aspirant-verzekerden zou worden aangeboden, maar dat deze voor bestaande verzekerden zou worden gehandhaafd. Verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden deze toezegging na te komen.
Tot slot doet verzoekster een beroep op redelijkheid en billijkheid (artikel 6:248 BW). Dit zou ertoe moeten leiden dat de commissie verzoekster in het gelijk stelt en dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de verzekeringsdekking te handhaven tegen de huidige premie met jaarlijkse indexatie conform de CPI.
Ter zitting is door verzoekster toegelicht dat haar stelling dat door de directie een toezegging is gedaan alleen is genoemd in het licht van een moreel appel.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar verklaart dat hij heeft besloten de aanvullende ziektekostenverzekering, een klassenverzekering, met ingang van 1 januari 2022 te beëindigen. De klassenverzekering is een schadeverzekering, waarbij de verzekeraar bij een afgesproken schade de gedeclareerde kosten vergoedt. Zoals bij alle schadeverzekeringen worden de jaarlijks gedeclareerde kosten gedekt door de jaarlijks ontvangen premie. Een groot deel van de verzekerden heeft echter de klassenverzekering de afgelopen jaren beëindigd. Hierdoor dekken de premie-inkomsten niet langer de kosten die op de verzekering worden gedeclareerd. Daarom is de ziektekostenverzekeraar genoodzaakt deze met ingang van 1 januari 2022 te beëindigen. Er wordt vanaf die datum geen klassenverzekering meer aangeboden door de ziektekostenverzekeraar. In de polisvoorwaarden is bepaald dat verzekerden ten minste zes maanden daarvoor over de beëindiging worden geïnformeerd. Deze termijn is ruimer dan het bepaalde in artikel 7:940, eerste lid, BW waarin een termijn van twee maanden is opgenomen. Omdat verzoekster de brief

pas op 2 juli 2021 heeft ontvangen, heeft de ziektekostenverzekeraar besloten de aanvullende ziektekostenverzekering niet met ingang van 1 januari 2022, maar met ingang van 1 februari 2022 te beëindigen. Omdat het beëindigen van de aanvullende ziektekostenverzekering niet ten koste gaat van de aanspraken van verzoekster als zodanig, deelt de ziektekostenverzekeraar het standpunt van verzoekster dat de beëindiging naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is niet.

Overwegingen commissie

- 6.4. De commissie overweegt dat de ziektekostenverzekeraar vrij is bij de invulling van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering, en dat hij deze eenzijdig mag wijzigen. Artikel 7:940, vierde lid, BW bepaalt dat bij een wijziging ten nadele van de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde de mogelijkheid moet worden geboden de verzekering op te zeggen. Op enig moment heeft de ziektekostenverzekeraar in artikel A.6.5.1 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaald dat deze door de ziektekostenverzekeraar kan worden beëindigd in het geval hij stopt met het aanbieden en uitvoeren van de verzekering. Een voorwaarde hierbij is wel dat de ziektekostenverzekeraar de betrokkenen hierover ten minste zes maanden voor het moment van beëindiging moet informeren. Verzoekster is destijds, al dan niet stilzwijgend, met deze wijziging akkoord gegaan, althans zij heeft er toen niet voor gekozen de verzekering te beëindigen. Dit betekent dat artikel A.6.5.1 in beginsel van toepassing is.
- 6.5. Op grond van genoemde bepaling kan de ziektekostenverzekeraar besluiten de aanvullende ziektekostenverzekering te beëindigen. Ook aan de in artikel A.6.5.1 genoemde voorwaarde dat hij verzoekster minstens zes maanden voor het moment van beëindiging moet informeren is in dit geval voldaan. Verzoekster heeft immers erkend dat zij de brief hierover in juli 2021 heeft ontvangen, in verband waarmee de ziektekostenverzekeraar de beëindigingsdatum van de aanvullende ziektekostenverzekering heeft gewijzigd naar 1 februari 2022. De commissie is dan ook van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar, op basis van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden, de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoekster met ingang van 1 februari 2022 mocht beëindigen.
- 6.6. Verder heeft verzoekster gesteld dat toepassing van artikel A.6.5.1 in haar geval leidt tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. De commissie begrijpt uit de door haar gegeven toelichting dat zij erg afhankelijk is van de aanvullende ziektekostenverzekering. Ook is het voor haar, gezien haar leeftijd, niet mogelijk om een vergelijkbare verzekering af te sluiten onder dezelfde voorwaarden. Wat hiervan ook zij, de afgesloten verzekering heeft niet het karakter van een sommenverzekering. Er wordt, met andere woorden, geen persoonlijk 'potje' gevormd voor toekomstige schade, zoals bijvoorbeeld bij een levensverzekering, maar de schadelast in enig jaar wordt, verhoogd met de uitvoeringskosten, omgeslagen over de deelnemers in de vorm van de premie. Kennelijk daalt het aantal deelnemers al jaren gestaag. Voor zover de stelling van verzoekster ten aanzien van de beëindiging al zou worden gevolgd, betekent dit niet dat daarmee ook een uitspraak wordt gedaan over de premiehoogte. Verzoekster stelt weliswaar voor de premie jaarlijks te indexeren conform de CPI, maar niet valt in te zien hoe de ziektekostenverzekeraar hieraan zou kunnen worden gehouden. Schadelast en uitvoeringskosten zullen, bij een afnemend aantal verzekerden, immers een verloop kennen dat niet gelijk oploopt met de indexatie, waardoor de ziektekostenverzekeraar zou zijn gehouden verliezen te accepteren. Dit kan van hem niet worden gevergd, en zou een te ver gaande inperking inhouden van zijn bedongen bevoegdheid de hoogte van de premie eenzijdig te wijzigen. Het voorgaande leidt ertoe dat indien beëindiging van de ziektekostenverzekering niet wordt toegestaan, zoals door verzoekster is betoogd, bij elke volgende ronde alleen verzekerden overblijven die kosten maken voor een bedrag hoger dan de premie voor dat jaar. In het daaropvolgende jaar zal die totale schadelast, verhoogd met de uitvoeringskosten, dan moeten worden omgeslagen over een nog verder afnemend aantal verzekerden, en wel totdat alleen nog verzekerden overblijven die een premie betalen die zo hoog is dat deze alleen nog acceptabel is voor verzekerden die al zeker weten dat hun schade in dat jaar hoger zal zijn dan de premielast.

Daarmee wordt het verzekeringskarakter teniet gedaan, en tegen die achtergrond bezien kan niet worden gesteld dat toepassing van artikel A.6.5.1 onder de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is.

6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Niet-bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 7 maart 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.

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 248

1. Een overeenkomst heeft niet alleen de door partijen overeengekomen rechtsgevolgen, maar ook die welke, naar de aard van de overeenkomst, uit de wet, de gewoonte of de eisen van redelijkheid en billijkheid voortvloeien.
2. Een tussen partijen als gevolg van de overeenkomst geldende regel is niet van toepassing, voor zover dit in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn.

A.6.5.1. Einde van een verzekering

Als wij stoppen met het aanbieden en uitvoeren van een bepaalde soort verzekering die u hebt gesloten, kunnen wij de betreffende verzekering beëindigen. Wij informeren u hierover ten minste 6 maanden voor het moment van beëindiging.

A.6.6. Royementsverklaring

Als wij de verzekering(en) beëindigen, hebt u (verzekeringnemer) recht op een royementsverklaring. Wij sturen u die automatisch toe in de vorm van een zogenaamde "beëindigingspolis". Daarop staan onder andere welke verzekerden, welke verzekeringen en welke premie van toepassing waren en wat de beëindigingsdatum is.

A.7. Hoogte van de premie en kosten

A.7.1. Kosten

Voor de verzekering moet u (verzekeringnemer) aan ons de volgende kosten betalen:

- de premie voor alle verzekerden op uw polis;
- de bedragen die op grond van wettelijke regelingen voor uw (verzekerde en verzekeringnemer) rekening komen/blijven (zoals eigen risico, eigen bijdragen, overschrijding van vastgestelde maximale vergoedingen);
- bedragen voor verzekerde zorg die wij voor u (verzekerde en verzekeringnemer) door rechtstreekse betaling aan uw zorgverlener hebben voorgeschoten.
- eventuele toeslagen, onverschuldigde betalingen en andere kosten. Hieronder valt een bedrag dat wij extra bij u (verzekeringnemer) in rekening brengen als u de kosten die u aan ons moet betalen, niet betaalt via automatische afschrijving van uw rekening.

Onder kosten verstaan wij niet wettelijke rente, vertragingsrente en incassokosten die wij moeten maken als u te laat of niet betaalt.

De premiegrondslag en de kortingen als gevolg van een vrijwillig gekozen eigen risico staan op de premiebijlage.

A.7.2. Vaststelling van de kosten

Wij stellen in Nederlands wettig betaalmiddel (euro's) vast wat de hoogte van de kosten is en in welke gevallen en op welk moment u (verzekeringnemer) deze moet betalen. Hiervoor zijn uw actuele leeftijd en de soort verzekering die u (verzekeringnemer) hebt afgesloten, ook van belang.

A.7.3. Hoogte van de premie

De premie die is genoemd in artikel A.7.1. onder

het 1^e bolletje en die u (verzekeringnemer) aan ons moet betalen, is gelijk aan de premiegrondslag (de bruto premie) minus de volgende kortingen als die van toepassing zijn:

- korting als u hebt gekozen voor een vrijwillig eigen risico;
- collectiviteitskorting;
- korting als u uw premie voor een langere periode vooruit betaalt dan één maand (betaaltermijnkorting).

A.7.4. Tot 18 jaar

Voor een verzekerde met een zorgverzekering bedraagt de premie € 0,- tot de 1e dag van de maand nadat hij 18 jaar is geworden.

A.7.5. Tijdens hechtenis of gevangenschap

Als u in hechtenis bent of in de gevangenis zit, bent u geen kosten aan ons verschuldigd voor uw verzekering.

A.7.6. Als uw verzekering wijzigt

Als uw verzekering in de loop van de maand wijzigt, berekenen wij de hoogte van de kosten opnieuw. Deze nieuwe bedragen gaan dan in op de dag waarop de wijziging ingaat. Als er een verzekerde overlijdt, betalen wij de bedragen naar rato vanaf de dag na het overlijden terug of wij verrekenen de bedragen naar rato.

A.7.7. Aanmelding van nieuwe verzekerde

Als u (verzekeringnemer) in de loop van een betalingsperiode een nieuwe verzekerde aanmeldt, betaalt u voor die verzekerde alleen over het overgebleven gedeelte van deze betalingsperiode.

A.7.8. Als u ten onrechte niet verzekerd bent

U bent (nog) niet verzekerd maar moet zich op grond van de Zorgverzekeringswet wel verzekeren. Wij moeten in dat geval alle stukken hebben ontvangen binnen 4 maanden nadat uw verzekeringsplicht is ingegaan of binnen een maand nadat uw eerdere zorgverzekering is beëindigd. Als de stukken te laat binnen zijn, gaat de zorgverzekering in op het moment dat wij de benodigde gegevens en/of documenten hebben ontvangen.

A.8. Betaling van premie en kosten

A.8.1. Wie betaalt de premie en kosten?

U (verzekeringnemer) bent verantwoordelijk voor de volledige en tijdige betaling van de verschul-