

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B tegen C en E beide te D  
Zaak : Filippijnen, mondzorg, vergoeding kronen, opzegging met terugwerkende kracht, premieachterstand: viermaandswaarschuwing  
Zaaknummer : 2010.01075  
Zittingsdatum : 16 februari 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 2006-2010, art. 16 en paragraaf 3.3 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.4 Rzv, artikel IX Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2006-2009)

---

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C en

2) E beide te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar

2. De verzekeringssituatie

2.1. Verzoeker is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Tevens had verzoeker tot en met 30 juni 2008 bij de ziektekostenverzekeraar ten behoeve van zijn toenmalige echtgenote een zorgverzekering afgesloten. Verder waren ten behoeve van verzoeker tot en met 31 mei 2009 en ten behoeve van verzoekers toenmalige echtgenote tot en met 30 juni 2008 bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 2 en TandVerzorgd 3 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle hiervoor 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 komt op tegen diverse door de ziektekostenverzekeraar op uiteenlopende data genomen beslissingen. Het gaat daarbij in de eerste plaats om de beslissing de kosten van het plaatsen van vier kronen bij verzoeker in de Filippijnen niet (volledig) te vergoeden. Verder gaat het om de beslissing de ziektekostenverzekering van verzoeker niet met terugwerkende kracht tot 1 januari 2009 te beëindigen. Voorts bestrijdt verzoeker de brief van de ziektekostenverzekeraar van 3 juni 2010 waarin deze constateert dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van hemzelf van vier of meer maanden.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissingen gevraagd. Bij brief van 11 maart 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker medegedeeld dat twee kronen coulancehalve worden vergoed. De kosten voor de overige twee kronen blijven voor rekening van verzoeker. Ten aanzien van de overige onder punt 3.1 omschreven beslissingen heeft de ziektekostenverzekeraar in een aantal brieven van verschillende data aan verzoeker medegedeeld – kort samengevat – dat hij aan deze beslissingen vasthoudt.

- 3.3. Bij brief van 21 mei 2010 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen, althans zo begrijpt de commissie het verzoek, dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten voor het plaatsen van vier kronen in de Filippijnen volledig te vergoeden, alsmede te bepalen dat de ziektekostenverzekering alsnog met terugwerkende kracht tot 1 januari 2010 beëindigd dient te worden en dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de brief van 3 juni 2010 in te trekken (hierna: het verzoek).
- 3.4. 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 verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 21 oktober 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 december 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.6. Verzoeker heeft op 6 januari 2011 gereageerd op het in overweging 3.6 bedoelde standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 4 en 11 februari 2011 schriftelijk meegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 24 december 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 19 januari 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2010147683) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoeker geen verzekeringsindicatie heeft voor de ondergane behandeling. Een afschrift van het CVZ-advies is op 4 februari 2011 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoeker heeft bij e-mail van 7 februari 2011 op het CVZ-advies gereageerd in die zin dat het CVZ niet ingaat op verzoekers standpunten. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
  - 4.1. Verzoeker stelt dat hij eind 2008 een ongeluk in de Filippijnen heeft gehad, waarna hij een tandheelkundige behandeling moest ondergaan, te weten het plaatsen van vier kronen. Alvorens verzoeker de behandeling heeft laten uitvoeren, heeft hij eerst zelf en nadien zijn broer contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar met de vraag in hoeverre de kosten voor het plaatsen van kronen voor vergoeding in aanmerking komen. Hierop heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat de kronen worden vergoed, mits verzoeker de originele tandartsnota toestuurt met daarop vermeld de gebruikte verrichtingencodes. Bij terugkomst in Nederland heeft verzoeker de originele tandartsnota aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Toen bleek dat het plaatsen van de kronen niet volledig werd vergoed, heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar verzocht de zorgverzekering alsnog met terugwerkende kracht tot

1 januari 2009 te beëindigen. Toen dit niet mogelijk was is verzoeker tijdelijk gestopt met de premiebetaling.

4.2. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat door verzoeker begin 2009 een nota is ingediend van onder meer tandheelkundige hulp in de Filippijnen. Hierop heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 11 februari 2009 de aanvraag voor vergoeding van de nota's van vier kronen afgewezen. Aangezien twee kronen zijn gemaakt voor twee frontelementen vanwege een fractuur als gevolg van een ongeval, is in het kader van de heroverweging besloten coulanchehalve een bedrag van € 400,- te vergoeden. Alvorens deze betaling is uitgevoerd, heeft een verrekening plaatsgevonden met een openstaande vordering betreffende het eigen risico 2009 ter grootte van € 151,02. Na deze verrekening heeft verzoeker een bedrag ontvangen van € 248,98. De overige twee kronen zijn later vervaardigd ter vervanging van reeds bestaande kronen omdat deze niet matchten met de twee nieuw vervaardigde (front)kronen. Daarom komen de kosten verbonden aan deze twee kronen voor rekening van verzoeker. Aangezien verzoeker van mening is dat de kosten volledig moeten worden vergoed, heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar bij e-mail van 17 september 2009 verzocht de ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht tot 1 januari 2009 te beëindigen. Bij brief van 22 september 2009 is verzoeker medegedeeld dat op grond van de Zvw een beëindiging met terugwerkende kracht niet mogelijk is. Nadien is verzoeker gestopt met het (tijdig) betalen van de verschuldigde premie. Dit laatste heeft ertoe geleid dat aan verzoeker op 3 juni 2010 een brief als bedoeld in artikel 18b Zvw is gestuurd.

5.2. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het onderhavige 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 bindend advies uit te brengen.

6.2. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekeringen van vóór 1 januari 2008.

7. Het geschil

7.1. In geschil zijn de vergoeding van de kosten van de tandheelkundige behandeling in de Filippijnen, het verzoek de zorgverzekering met terugwerkende kracht tot 1 januari 2009 te beëindigen, alsmede de rechtmatigheid van de inhoud van de brief van 3 juni 2010.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van het geschil tussen partijen zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

- 8.2. Het betreft hier 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 B10 tot en met B36 van de zorgverzekering. Artikel B29.1 van de zorgverzekering (2008) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op bijzondere tandheelkundige zorg bestaat. Het artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

*“U heeft recht op bijzondere tandheelkunde die noodzakelijk is als u:*

- *een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft. Bij een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak heeft u recht op het aanbrengen van implantaten en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de supra-structuur. Deze moeten dienen om een uitneembare prothese op de bevestigen, (...)*

*U heeft alleen recht op bijzondere tandheelkunde als deze noodzakelijk is om een tandheelkundige functie te behouden of te verwerven, die gelijkwaardig is aan de tandheelkundige functie die u zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan.”*

- 8.3. Zorg in het buitenland is geregeld in artikel B9 van de zorgverzekering, welk artikel, voor zover hier van belang, als volgt luidt:

*“Bij zorg in het buitenland zijn de regels van deze verzekeringsvoorwaarden, EG-Verordening 1408/71 en bilaterale verdragen van toepassing.*

*Welke zorg*

*Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden.”*

- 8.4. De artikelen B9 en B29.1 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 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 polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.7. Artikel A7 van de zorgverzekering 2009 bepaalt wanneer de verzekerde de verzekering kan opzeggen en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

*“Als u verzekeringnemer bent, kunt u:*

- *altijd opzeggen per 1 januari. [Naam ziektekostenverzekeraar] moet uw opzegging dan op zijn laatst op 31 december ontvangen hebben, (...)*

*Let op*

*Opzeggen kan niet met terugwerkende kracht. U kunt de verzekering niet opzeggen als [naam ziektekostenverzekeraar] wettelijk verplicht is deze te veranderen. U kunt de Basisverzekering niet opzeggen als u de premie niet heeft betaald en daarvoor bent aangemaand, tenzij [naam*

*ziektekostenverzekeraar] de dekking heeft geschorst of de opzegging binnen twee weken heeft bevestigd.”*

- 8.8. Artikel 16 Zvw regelt dat iedereen van 18 jaar en ouder premie is verschuldigd. In artikel 5 van de zorgverzekering (2006) is een bepaling opgenomen omtrent de premie(betaling). Eenzelfde bepaling is in de verzekeringsvoorwaarden van 2007-2010 opgenomen. In alle genoemde jaren was de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.
- 8.9. Op 1 september 2009 is de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering (hierna: de Wsmwz) in werking getreden. Vanaf dat moment is onder meer aan de Zvw een nieuwe afdeling toegevoegd die de gevolgen regelt van het niet (tijdig) betalen van de premie voor de zorgverzekering. De wet voorziet in een aantal beoordelingsmomenten waarop de ziektekostenverzekeraar een aanbod, respectievelijk een mededeling moet doen aan de polishouder en/of de verzekerde. Is sprake van een premieschuld voor de zorgverzekering ter hoogte van zes of meer maandpremies, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, dan vindt in beginsel melding daarvan plaats aan het College voor zorgverzekeringen. De consequentie hiervan is dat voor de nieuw opkomende maanden een – hogere – bestuursrechtelijke premie van toepassing wordt (in plaats van de premiebetaling aan de ziektekostenverzekeraar), alsmede een ander incassoregime, waarbij onder andere bronheffing en incasso door het CJIB mogelijk zijn. Aan het regime bij het CVZ komt doorgaans weer een einde zodra de schuld uit de zorgverzekering is ingelost of een schuldregeling wordt getroffen.
- 8.10. Voor op 1 september 2009 reeds bestaande gevallen van premieachterstand is een overgangsregeling getroffen, die voorziet in een verkort traject. Hierbij is tevens voorzien in een regeling die bepaalt dat bepaalde handelingen die door de ziektekostenverzekeraar vooruitlopend op de inwerkingtreding van de wet zijn verricht – voor zover deze handelingen voldoen aan het geregelde in de wet, al was deze reeds in werking getreden – worden aangemerkt als handelingen in het kader van de wet.
- 8.11. Voor zover hier van belang, bepalen de artikelen 18b Zvw en artikel IX van de Wsmwz het volgende:

**“Artikel 18b**

*1. Zo spoedig mogelijk nadat ten aanzien van een zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van vier maandpremies is geconstateerd, deelt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde mee dat hij voornemens is over te gaan tot de melding, bedoeld in artikel 18c, zodra de premieschuld de daar bedoelde hoogte zal hebben bereikt, tenzij de verzekeringnemer of de verzekerde hem uiterlijk vier weken na ontvangst van de mededeling heeft laten weten, het bestaan van de schuld of de hoogte ervan te betwisten.*

*2. Ingeval van tijdige betwisting als bedoeld in het eerste lid deelt de zorgverzekeraar, indien deze na onderzoek zijn standpunt handhaaft, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde mee dat hij het voornemen tot melding tot uitvoering zal brengen zodra de premieschuld de in artikel 18c, eerste lid, bedoelde hoogte zal hebben bereikt, tenzij de verzekeringnemer of de verzekerde binnen een termijn van vier weken na ontvangst van de in dit lid bedoelde mededeling een geschil hierover heeft voorgelegd aan een onafhankelijke instantie als bedoeld in artikel 114 of aan de burgerlijke rechter.*

*3. Indien een betalingsregeling als bedoeld in artikel 18a ingaat nadat ten aanzien van de zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van vier maandpremies is ontstaan, laat de*

*zorgverzekeraar de in het eerste lid bedoelde melding achterwege zolang de nieuw vervallende termijnen van de premie worden voldaan (...).”*

**”ARTIKEL IX**

*(...)*

*2. Indien de verzekeringnemer een ander heeft verzekerd en ten aanzien van diens verzekering een premie-achterstand als bedoeld in het eerste lid is ontstaan:*

*a. is artikel 18a, derde lid, van de Zorgverzekeringswet niet van toepassing,*

*b. zendt de zorgverzekeraar deze verzekerde, tegelijk met de stukken, bedoeld in artikel 18a, vijfde lid, van de Zorgverzekeringswet een aanbod om zelf een zorgverzekering met hem te sluiten,*

*c. omvat het aanbod aan de verzekeringnemer de mededeling dat de zorgverzekeraar de ten behoeve van de andere verzekerde gesloten zorgverzekering met ingang van de eerste dag van de tweede maand volgende op de maand waarin het aanbod is gedaan, zal beëindigen, tenzij deze verzekerde hem voordien heeft laten weten het aanbod, bedoeld in onderdeel b, te verwerpen.*

*3. In afwijking van artikel 217 van Boek 6 van het Burgerlijk Wetboek en van artikel 4:29 van de Wet op het financieel toezicht, wordt een verzekeringsplichtige die een aanbod als bedoeld in het tweede lid, onderdeel b, heeft ontvangen, met ingang van de eerste dag van de tweede maand volgende op de maand waarin het aanbod is gedaan verzekeringnemer van een nieuwe, ten behoeve van hemzelf gesloten zorgverzekering bij de zorgverzekeraar die het aanbod heeft gedaan, tenzij hij de zorgverzekeraar voordien heeft laten weten het aanbod te verwerpen.*

*(...).”*

- 8.12. Artikel T4 van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt, voor zover hier van belang, het volgende:

*“Let op*

*Alleen de kosten van een tandarts of orthodontist in Nederland of de grensstreek worden vergoed”.*

9. Beoordeling van het geschil

**Vergoeding kronen in de Filippijnen**

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoeker heeft bij terugkomst in Nederland een nota ingediend voor (volledige) vergoeding van een in 2008 uitgevoerde tandheelkundige behandeling in de Filippijnen.
- 9.2. In beginsel kan verzoeker op grond van artikel B9 van de zorgverzekering aanspraak maken op vergoeding van tandheelkundige zorg in het buitenland indien deze valt onder de dekking van de zorgverzekering. De ondergane behandeling, bestaande uit het plaatsen van vier kronen, kan echter niet worden gerekend tot de bijzondere tandheelkunde als bedoeld in artikel B29.1 van de zorgverzekering aangezien niet is gebleken van een indicatie voor bijzondere tandheelkunde als bedoeld in genoemd artikel. Met name is niet aannemelijk geworden dat sprake is van een zogenoemd dentoalveolair defect.
- Dat de ziektekostenverzekeraar twee kronen uit coulance heeft vergoed maakt het voorgaande niet anders.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. Op grond van artikel T4 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van tandheelkundige hulp indien de behandelingen worden uitgevoerd door een tandarts of orthodontist die werkzaam is in Nederland of in de grensstreek. Aangezien de behandeling is uitgevoerd in de Filippijnen komt de commissie tot de conclusie dat het plaatsen van de kronen evenmin ten laste van de aanvullende verzekering kan worden vergoed.

Telefonische toezegging

- 9.4. Door verzoeker is verklaard dat de ziektekostenverzekeraar hem heeft voorgehouden dat indien hij de originele tandartsnota met daarop de uitgevoerde verrichtingencodes zou overleggen, de kosten voor het plaatsen van kronen volledig zouden worden vergoed. Met betrekking hiertoe overweegt de commissie het volgende. In de procedure is aangetoond, noch aannemelijk gemaakt dat van de zijde van de ziektekostenverzekeraar, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, bepaalde (telefonische) toezeggingen zijn gedaan. De commissie hecht in dit verband belang aan het feit dat door verzoeker in het bijzonder niet is verteld wanneer en met wie hij heeft gesproken, nog daargelaten dat het moeilijk is de exacte vraagstelling en de beantwoording daarvan te reconstrueren, terwijl dan nog het probleem blijft hoe dit antwoord luidde, respectievelijk mocht worden opgevat.

**Opzegging met terugwerkende kracht tot 1 januari 2009**

- 9.5. Toen verzoeker medegedeeld kreeg dat de kronen niet – volledig – zouden worden vergoed, heeft hij de ziektekostenverzekeraar bij e-mail van 17 september 2009 verzocht de ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht tot 1 januari 2009 te beëindigen. Aangezien het op grond van artikel A7 van zorgverzekering niet mogelijk is de verzekering met terugwerkende kracht te beëindigen en ook geen andere redenen zijn aangevoerd op grond waarvan tot het oordeel zou moeten worden gekomen dat de verzekering juridisch gezien alsnog beëindigd dient te worden, kan de ziektekostenverzekeraar zich met recht op het standpunt stellen dat de verzekering in stand is gebleven en dat verzoeker derhalve de premie daarvoor verschuldigd is.

**Rechtmatigheid 4-maandsbrief**

- 9.6. Door de ziektekostenverzekeraar is op 3 juni 2010 een brief verstuurd als bedoeld in artikel 18b Zvw wegens een premieachterstand voor de zorgverzekering van vier of meer maandpremies. Gelet op voormeld oordeel dat verzoeker ook voor 2009 en 2010 voor de zorgverzekering bij de ziektekostenverzekeraar is verzekerd, is verzoeker tevens voor deze jaren premie verschuldigd. Door de ziektekostenverzekeraar zijn stukken overgelegd waaruit blijkt dat verzoeker vanaf 1 januari 2009 tot en met juni 2010 geen, althans niet de volledige premie voor de zorgverzekering heeft betaald. Het tegendeel is door verzoeker niet aannemelijk gemaakt. Verzoeker heeft erkend (tijdelijk) gestopt te zijn met de premiebetaling. Per saldo is sprake van een premieachterstand van ten minste vier maandpremies voor de zorgverzekering. Het stond de ziektekostenverzekeraar derhalve vrij een mededeling als bedoeld in artikel 18b Zvw te doen.



## **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, 23 februari 2011,

Voorzitter