

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Zaaknummer: 202500003

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

OOM Global Care N.V. te Den Haag, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij brief van 9 april 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 7 mei 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Bij brief van 4 juni 2025 heeft verzoeker zijn verzoek aan de commissie aangevuld en nader toegelicht. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 14 juli 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 16 juli 2025 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 27 augustus 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.4. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld te reageren op de door verzoeker ter zitting overgelegde stukken. Bij brief van 18 september 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar hierop gereageerd. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar laten weten verzoeker althans ten dele tegemoet te komen. Een kopie van de betreffende brief is op 19 september 2025 aan verzoeker gezonden die daarbij in de gelegenheid is gesteld te reageren. Bij e-mailbericht van 8 oktober 2025 heeft verzoeker van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een afschrift van zijn reactie is op 9 oktober 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, die hierop bij brief van 28 oktober 2025 heeft gereageerd. Een kopie van de brief is ter kennisname aan verzoeker gezonden.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de OOM International verzekering (hierna: de ziektekostenverzekering).
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker op 9 december 2024 het polisblad voor 2025 gestuurd, waaruit blijkt dat de premie voor de ziektekostenverzekering met ingang van 1 januari 2025 wordt verhoogd van € 414,78 naar € 580,69 per persoon per maand.
- 2.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Hierbij heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar verzocht de premie voor het jaar 2025 naar

beneden bij te stellen. Bij e-mailbericht van 10 december 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld hiertoe niet over te gaan en zijn beslissing om voor 2025 een premie van € 580,69 per persoon per maand in rekening te brengen te handhaven.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de premiestijging per 1 januari 2025 naar beneden bij te stellen tot 15 %. Daarnaast dient de ziektekostenverzekeraar de premiestijging ook in de komende jaren te beperken tot maximaal 15% per jaar.
- 3.2. Verzoeker voert aan dat hij tot en met 2022 bij een andere verzekeraar was verzekerd tegen ziektekosten. Toen deze verzekeraar de internationale ziektekostenverzekering niet meer aanbood ging de portefeuille over naar de ziektekostenverzekeraar. Bij deze overgang werd verzoeker weliswaar meegedeeld dat de premie kon worden verhoogd, maar in de overgang naar 2024 en met name die naar 2025, is de premiestijging zeer fors. Noch ten tijde van de portefeuilleoverdracht noch in de daaropvolgende jaren is verzoeker hierover goed geïnformeerd. Informatie over bijvoorbeeld het feit dat de ziektekostenverzekeraar een particuliere verzekeraar is, en dus niet valt onder de Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap en geen financiële steun van de overheid krijgt, ontbrak. Op grond van artikel 4 van de Regeling Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten van de Nederlandse Zorgautoriteit had deze essentiële informatie wel moeten worden gegeven. Als de informatievoorziening in het verleden wél goed was geweest, had verzoeker nog de mogelijkheid gehad zich elders te verzekeren tegen ziektekosten. Op dit moment is overstappen naar een andere verzekeraar niet meer aan de orde omdat veel verzekeraars een uitsluiting hebben voor bestaande kwalen. Concreet betekent de gerealiseerde premieverhoging voor 2025 dat verzoeker overweegt om weer terug te keren naar Nederland.
- 3.3. De premie voor 2025 bedraagt € 580,69 per persoon per maand. Ten opzichte van 2022 (€ 360,68 per maand) is dit een stijging is van 61%. Opvallend is daarbij nog dat de premie voor 2023 ten opzichte van 2022 nauwelijks was gestegen. Gelet op de door de ziektekostenverzekeraar gegeven verklaringen meent verzoeker dat een veel gelijkmatiger premieverhoging vanaf 2022 mogelijk was geweest. Dit neemt niet weg dat de thans gerealiseerde premieverhoging niet in verhouding staat tot de stijging van de zorgkosten. Ook in Thailand zijn de zorgkosten gestegen, maar niet zodanig dat dit een premiestijging van ruim € 200,- per maand in 3 jaar tijd rechtvaardigt. De voor 2025 gerealiseerde premieverhoging is dan ook naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar. Verzoeker ziet als oplossing dat de premieverhoging voor 2025 en de daaropvolgende jaren wordt beperkt tot 15%.
- 3.4. Ter zitting heeft verzoeker toegelicht dat zijn klacht zich toespitst op twee onderdelen, te weten (i) het door de ziektekostenverzekeraar onthouden van essentiële informatie toen de zorgportefeuille eind 2022 werd overgenomen, en (ii) de excessieve prijsverhoging die de ziektekostenverzekeraar met ingang van 1 januari 2025 heeft gerealiseerd. Ten aanzien van (i) geldt dat nimmer is gecommuniceerd dat het premiebeleid structureel zou wijzigen, terwijl dit zowel bij de vorige verzekeraar als bij de ziektekostenverzekeraar kenbaar moet zijn geweest. Waar het gaat om (ii) de premieverhogingen geldt dat de ziektekostenverzekeraar in één jaar tijd drie keer de premie heeft verhoogd: 40% per 1 januari, 19% per 1 juli en 11% per 1 augustus 2025. De premie is daarmee in 2025 met totaal 85% gestegen ten opzichte van die in 2024. Deze drie premieverhogingen dienen ongedaan te worden gemaakt, aangezien tussentijdse premiewijzigingen alleen in uitzonderlijke gevallen mogelijk zijn. Mocht de commissie dit anders zien, dan dienen in ieder geval de verhogingen met ingang van 1 juli en 1 augustus 2025 ongedaan te worden gemaakt. Alle gerealiseerde premieverhogingen zijn overigens in strijd met de wettelijke zorgplicht (artikel 4:24a Wft) en naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar.

- 3.5. Bij e-mailbericht van 8 oktober 2025 heeft verzoeker verklaard dat de ziektekostenverzekeraar zonder nadere informatie de voorwaarden van de ziektekostenverzekering tussentijds heeft aangepast. De ziektekostenverzekeraar verwijst inmiddels via de hyperlink op het polisblad naar 'OI2025-2', terwijl aan verzoeker op 18 november 2024 de voor hem geldende voorwaarden 'OI2025' zijn toegestuurd, die gelijklopend zijn aan 'OI2022', 'OI2024'. De belangrijkste wijziging is dat in de nieuwe versie (OI2025-2) van de voorwaarden wél is opgenomen dat per contractvervaldatum de premie en de voorwaarden kunnen worden aangepast. In eerdere versies was dit niet het geval. De tekst in de voor verzoeker geldende voorwaarden luidt als volgt:
- “8. Kunnen wij uw premie en polisvoorwaarden wijzigen? Wij mogen de premie en/of de polisvoorwaarden op elk moment wijzigen. We laten u dat altijd vooraf schriftelijk (per brief of per e-mail) weten.”*

Verder stelt verzoeker dat hij, ondanks het feit dat de ziektekostenverzekeraar de premieverhogingen per 1 juli en per 1 augustus 2025 heeft teruggedraaid, hierover toch een uitspraak van de commissie wenst. De ziektekostenverzekeraar heeft deze verhogingen namelijk enkel en alleen ongedaan gemaakt om zo uitsluitend een oordeel van de commissie over de wijziging per 1 januari 2025 mogelijk te maken. Als de commissie zich niet uitsprekt over de tussentijdse wijzigingen, en hier dus geen inhoudelijk oordeel over is verkregen, is er voor de ziektekostenverzekeraar geen beletsel om in de toekomst nogmaals tussentijds de premie te verhogen.

Voorts stelt verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar zich ten onrechte op het standpunt stelt dat sprake is van een premievervaldatum en dat de premieverhoging van 1 januari 2025 daarom niet kan worden gekwalificeerd als een tussentijdse verhoging. Verzoeker betwist deze stelling, aangezien in artikel 3 van de voorwaarden is opgenomen dat de verzekering geen einddatum kent. Volgens de ziektekostenverzekeraar is voor deze terminologie gekozen om niet de indruk te wekken dat de verzekering van rechtswege eindigt. Verzoeker kan deze uitleg niet volgen, omdat als dit de werkelijke reden was, de ziektekostenverzekeraar in de voorwaarden ook had kunnen opnemen dat de verzekering ieder jaar stilzwijgend wordt verlengd. Het standpunt van verzoeker is dan ook primair dat geen duur is overeengekomen en dat alle wijzigingen daarom per definitie tussentijds zijn. Maar zelfs indien ervan wordt uitgegaan dat een contractduur van een jaar is overeengekomen, dan nog moet de mogelijkheid om de premie en de voorwaarden te wijzigen per prolongatiedatum in polisvoorwaarden zijn opgenomen. Dit laatste is in de voor verzoeker geldende voorwaarden niet het geval, aangezien in de voorwaarden geen duur is overeengekomen, er geen bevoegdheid in de polis is gecreëerd om überhaupt per prolongatiedatum de voorwaarden te wijzigen en er geen opzegmogelijkheid voor de verzekeraar is die verband houdt met een tegenvallende kosten/schadelast.

Tot slot geldt dat de ziektekostenverzekeraar zich beroept op een continuïteitsdreiging die rechtvaardigt dat gebruik wordt gemaakt van de en-blocclausule, zoals geformuleerd in artikel 8 van de polisvoorwaarden. Het enkele feit dat recent een portefeuilleoverdracht heeft plaatsgevonden waarmee de Nederlandse Bank heeft ingestemd, doet anders vermoeden. Indien er in de afgelopen jaren sprake zou zijn geweest van onvoorzienbare calamiteiten, had het op de weg van de ziektekostenverzekeraar gelegen daar meer inzicht in te verschaffen. Door de ziektekostenverzekeraar is echter geen begin gemaakt met het aannemelijk maken van de stelling dat sprake is van een continuïteitsdreiging.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de verzekeraar waarbij verzoeker tot en met 2022 was verzekerd tegen ziektekosten zijn portefeuille met verzekerden die in het buitenland wonen aan hem heeft overgedragen. Deze verzekerden zijn sindsdien bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten, en wel op grond van een particuliere schadeverzekering en niet op basis van een zorgverzekering. Dit betekent dat de voorwaarden van de Zorgverzekeringswet hierop niet van toepassing zijn en het de ziektekostenverzekeraar onder andere vrij staat de hoogte

van de premie te bepalen. De premie is niet gepersonaliseerd en voor deze verzekering wordt één premie gehanteerd, ongeacht het niveau van de zorgkosten in het woonland van de verzekerde.

- 4.2. Ten tijde van de overname was niet voorzien dat deze portefeuille bij de toentertijd gehanteerde premie verliesgevend was. Bijkomend was dat de zorgkosten de afgelopen jaren sneller stegen dan verwacht. Om de portefeuille weer winstgevend te maken heeft de ziektekostenverzekeraar voor 2024 de maandpremie verhoogd. De ziektekostenverzekeraar heeft hierbij een afweging moeten maken tussen de gevolgen van een forse premieverhoging voor de verzekeringnemers enerzijds en het eigen belang om geen verliesgevend product aan te bieden anderzijds. Dit laatste zou overigens ook in strijd zijn met de regels en richtlijnen van zowel De Nederlandse Bank als de Autoriteit Financiële Markten. Indien gewenst, is de ziektekostenverzekeraar bereid nadere informatie over te leggen of daadwerkelijk sprake is van een verlieslatend product. De stelling van verzoeker dat bij hem de indruk is gewekt dat de premie na de overname niet zou stijgen, wordt door de ziektekostenverzekeraar niet gedeeld. Dit omdat de verzekeringnemers door de ziektekostenverzekeraar bij brief van 13 oktober 2021 expliciet erop zijn gewezen dat in de toekomst de premie kan worden gewijzigd.
- 4.3. Helaas heeft de ziektekostenverzekeraar moeten constateren dat de voor 2024 gerealiseerde premieverhoging niet voldoende was om het doel (te weten: de portefeuille weer winstgevend te maken) te bereiken. Om die reden zag de ziektekostenverzekeraar zich genoodzaakt de premie voor de door verzoeker afgesloten verzekering voor 2025 opnieuw fors te verhogen. Over de beide premieverhogingen heeft de ziektekostenverzekeraar zijn verzekeringnemers tijdig geïnformeerd. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar bij de informatie over de aanstaande premieverhoging zijn verzekeringnemers de reden van de premieverhoging meegedeeld. Aangezien sprake is van concurrentiegevoelige informatie, mag de ziektekostenverzekeraar dit in algemene bewoordingen meedelen (zie ook: uitspraak Geschillencommissie KiFID d.d. 2 mei 2025). Tot slot is verzoeker gewezen op de mogelijkheid de verzekering op te zeggen, zodat is voldaan aan de eisen van artikel 7:940 van het Burgerlijk Wetboek. De stelling van verzoeker dat hij niet zou zijn geïnformeerd kan de ziektekostenverzekeraar dan ook niet onderschrijven.
- 4.4. Voor zover verzoeker stelt dat de premieverhoging voor 2025 naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is, deelt de ziektekostenverzekeraar dit standpunt niet. Dit omdat verzoeker geen gebruik heeft gemaakt van de mogelijkheid zijn verzekering op te zeggen. Anderzijds is de gerealiseerde premieverhoging ook indirect in het belang van verzoeker. Eerdere uitspraken van de commissie, als ook van de Geschillencommissie van het KiFID, laten zien dat moet worden nagegaan of de verzekeringnemer correct is geïnformeerd, en verder dat met terughoudendheid moet worden getoetst of een premieverhoging al dan niet aanvaardbaar is.
- 4.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de oorspronkelijke klacht van verzoeker was gericht op de met ingang van 1 januari 2025 gerealiseerde premieverhoging. Verzoeker heeft de commissie nu eveneens verzocht te bepalen dat de met ingang van 1 juli en 1 augustus 2025 gerealiseerde premieverhogingen ongedaan dienen te worden gemaakt. Deze uitbreiding van het verzoek is volgens de ziektekostenverzekeraar tardief.
Waar het gaat om de premieverhoging met ingang van 1 januari 2025 geldt dat de ziektekostenverzekeraar al meermaals is ingegaan op de lastige situatie waarmee hij is geconfronteerd. In de afgelopen jaren is gebleken dat de schadelast ten opzichte van 2021 vele malen groter is geworden. De verschillende premieverhogingen waren noodzakelijk om het verlies binnen de perken te houden. Indien gewenst is de ziektekostenverzekeraar bereid de commissie inzage te geven in de financiële situatie zodat duidelijk is dat de premieverhogingen echt noodzakelijk waren. De ziektekostenverzekeraar is echter terughoudend met het delen van deze vertrouwelijke informatie. Bedrijfsgevoelige informatie kan hij de commissie niet zomaar verstrekken omdat deze dan ook met verzoeker moet worden gedeeld.

- 4.6. Bij brief van 18 september 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de premieverhoging die met ingang van 1 juli 2025 is gerealiseerd een tussentijdse premieverhoging betrof. De premieverhoging met ingang van 1 augustus 2025 was daarentegen een verhoging omdat verzoeker een leeftijd had bereikt waardoor hij in een hogere leeftijdscategorie terecht kwam. Opgemerkt dient te worden dat de verzekering, ondanks alle premieverhogingen, nog steeds verlieslatend is. Als de premieverhogingen niet waren gerealiseerd kon het betreffende product waarschijnlijk niet meer worden aangeboden, en was zelfs het voortbestaan van de ziektekostenverzekeraar zelf onzeker geworden. Gelet op deze continuïteitsdreiging mocht de ziektekostenverzekeraar overgaan tot verhoging van de premie, ongeacht of die verhoging tussentijds is geschied.

Voor zover verzoeker suggereert dat de verzekering geen vervaldatum kent, verwijst de ziektekostenverzekeraar naar artikel 3 van de algemene voorwaarden. Weliswaar wordt in dit artikel gesproken over de 'einddatum', maar op het afgegeven polisblad staat wel degelijk de term 'vervaldatum' genoemd. Verzoeker heeft ieder jaar een polisblad ontvangen waarop stond vermeld dat de vervaldatum 1 januari was en kon derhalve niet in de veronderstelling verkeren dat de overeenkomst geen vervaldatum zou kennen. Aangezien de vervaldatum van de verzekering is gesteld op 1 januari, heeft de ziektekostenverzekeraar een zwaarwegend belang dat de commissie zich uitsluitend uitsprekt over de vraag of de premieverhoging met ingang van 1 januari 2025 rechtmatig was. Het belang van de ziektekostenverzekeraar hierbij is zodanig groot dat iedere beïnvloeding vanwege andere premieverhogingen gedurende het jaar dient te worden vermeden. Gelet op deze omstandigheid heeft de ziektekostenverzekeraar besloten de met ingang van 1 juli 2025 gerealiseerde premieverhoging voor al zijn verzekerden ongedaan te maken. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar besloten de voor verzoeker met ingang van 1 augustus 2025 gerealiseerde premieverhoging vanwege het bereiken van een bepaalde leeftijd achterwege te laten.

Indien de commissie tot het oordeel zou komen dat (i) geen sprake is van een directe continuïteitsdreiging en (ii) ook niet van een premieverhoging per vervaldatum omdat geen vervaldatum is bepaald, dan nog dient verzoeker de met ingang van 1 januari 2025 gerealiseerde premieverhoging te dulden. Dit omdat op grond van de derogerende werking van de redelijkheid en billijkheid niet van de ziektekostenverzekeraar kan worden verlangd dat de overeenkomst ongewijzigd wordt gecontinueerd. Dit zwaarwegende belang wordt ingegeven door vier omstandigheden, te weten dat:

- (i) het ongewijzigd voortzetten van de verzekering leidt tot een steeds grotere bedreiging van de continuïteit van de onderneming;
- (ii) het een structureel verlieslatend product betreft en de schaderatio ver boven de 100% is, terwijl de verzekering 15% tot 20% van de totale portefeuille beslaat;
- (iii) bij het ongewijzigd voortzetten van de verzekering tegen de premie voorafgaand aan de verhoging, dit leidt tot een situatie waarin verzekeringnemers met een ander product van de ziektekostenverzekeraar de facto bijdragen aan de instandhouding van deze verzekering, hetgeen in strijd is met de regelgeving op het gebied van productontwikkeling, welke situatie vervolgens alleen kan worden opgelost indien de verzekering wordt beëindigd, hetgeen niet in het belang is van verzoeker en de andere verzekeringnemers; en,
- (iv) de ziektekostenverzekering ook na premieverhoging - in vergelijking met soortgelijke verzekeringen - een meer dan marktconforme premie kent.

Dat een zwaarwegend belang voldoende grondslag is om tot eenzijdige wijziging van de premie en/of voorwaarden over te (mogen) gaan, is vaste rechtspraak.

- 4.7. Bij brief van 28 oktober 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat, nu de aanvankelijk gerealiseerde premieverhogingen per 1 juli en 1 augustus 2025 door hem ongedaan zijn gemaakt, verzoeker geen belang meer heeft bij een uitspraak hierover. Voor zover verzoeker de commissie vraagt een verklaring voor recht af te geven, geldt dat het reglement van de commissie hierin niet voorziet. Daar komt bij dat alleen de civiele rechter bevoegd is tot het afgeven van een verklaring voor recht. Verzoeker stelt belang te hebben bij een uitspraak omdat de ziektekostenverzekeraar

anders de premie ook in de toekomst kan en mag verhogen. Hiertoe geldt dat het gevraagde verbod op het realiseren van toekomstige premieverhogingen dient te worden afgewezen, aangezien (i) een toekomstige premieverhoging nu niet aan de orde is, en (ii) op het moment dat de premie wel wordt verhoogd, alsdan zal moeten worden beoordeeld of die premieverhoging rechtsgeldig tot stand is gekomen.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 13 van de voorwaarden van de ziektekostenverzekering.
- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepaling uit het Burgerlijk Wetboek (BW), de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-027) van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Premieverhoging

- 6.2. Verzoeker is aanvankelijk opgekomen tegen de premieverhoging met ingang van 1 januari 2025. Ter zitting heeft hij verklaard dat hij ook wenst op te komen tegen de verhogingen met ingang van 1 juli 2025 en 1 augustus 2025. Waar het die laatste premie-aanpassing betreft, stelt de commissie vast dat de ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat deze verband hield met het bereiken van een bepaalde leeftijdsgrens en dat hij in dit geval van de aanpassing met ingang van 1 augustus 2025 afziet. Ten aanzien van de premieverhoging met ingang van 1 juli 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 17 september 2025 meegedeeld deze voor al zijn verzekerden op basis van de ziektekostenverzekering ongedaan te maken. Het belang dat verzoeker had bij een uitspraak hierover is daarmee komen te ontvallen. Verzoekers stelling dat hij wél een belang heeft met het oog op toekomstige premieverhogingen treft geen doel. Zoals de ziektekostenverzekeraar terecht heeft opgemerkt, zal bij een toekomstige premieverhoging een beoordeling moeten plaatsvinden aan de hand van de alsdan geldende wet- en regelgeving, verzekeringsvoorwaarden, en feiten en omstandigheden van dat moment. Waar het de premieverhoging met ingang van 1 januari 2025 betreft overweegt de commissie als volgt.
- 6.3. De door verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten ziektekostenverzekering is een particuliere verzekering tegen ziektekosten die met name wordt aangegaan door Nederlanders die in het buitenland woonachtig zijn en die niet vallen onder verzekeringsplicht op basis van de Zorgverzekeringswet en evenmin onder Europese regelgeving die het hun mogelijk maakt deel te nemen aan de sociale ziektekostenverzekering van het woonland. De commissie overweegt dat verzoeker kon weten dat hij geen zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet afsloot, aangezien hij geen Nederlands ingezetene is en hij kennelijk geen arbeid in Nederland verricht die aan de loonbelasting is onderworpen. Hij betaalt in dit geval ook geen inkomensafhankelijke bijdrage op grond van de Zorgverzekeringswet. Elke verwijzing, door verzoeker, naar zaken die betrekking hebben op genoemde wet, treft daarom geen doel.
- 6.4. De ziektekostenverzekering biedt onder meer aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg in het woonland. Door de ziektekostenverzekeraar is toegelicht dat voor de ziektekostenverzekering één premie wordt gehanteerd, ongeacht het niveau van de zorgkosten in het woonland. Dit is een

beleidskeuze van de ziektekostenverzekeraar. Voor sommige landen zal de verzekering dus relatief duur zijn, voor andere juist goedkoop. Het is aan de ziektekostenverzekeraar om te bepalen of hij – gegeven de ‘mix’ van verzekerden en de bestaande concurrentie – de ziektekostenverzekering kan en wil aanbieden tegen één premie dan wel tegen een gedifferentieerde premie per land of cluster van landen. Indien de door de ziektekostenverzekeraar op deze wijze bepaalde premie volgens verzoeker in zijn situatie te hoog is, kan hij de ziektekostenverzekering beëindigen en heeft hij de vrijheid om op zoek te gaan naar een alternatieve verzekering met een premie die wél is afgestemd op de plaatselijke zorgkosten. Hetgeen verzoeker heeft aangevoerd met betrekking tot de kostenontwikkeling in zijn woonland in relatie tot de premiehoogte neemt de commissie om deze reden voor kennisgeving aan.

- 6.5. Gegeven het hiervoor geschetste karakter van de ziektekostenverzekering – een particuliere schadeverzekering - en de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde wijze van premievaststelling, gaat de volgende vraag over de rechtmatigheid van de gerealiseerde premieverhoging met ingang van 1 januari 2025. De commissie overweegt dat de verzekering tegen ziektekosten een persoonsverzekering in de schadesector is. In artikel 3 van de voorwaarden is opgenomen dat de overeenkomst geen einddatum heeft. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat hiermee wordt duidelijk gemaakt dat de verzekering niet van rechtswege op een vaste datum eindigt. Dit is, gezien het een persoonsverzekering betreft, te begrijpen. Zou het anders zijn, dan zouden de verzekerden telkens na afloop van de looptijd van de verzekering een nieuwe aanvraag moeten doen, met de mogelijkheid van afwijzing vanwege een verslechterde gezondheid of een ongunstig schadeverleden. Het jaarlijks afgegeven polisblad vermeldt een contractvervaldatum van 1 januari. Een redelijke uitleg van het begrip contractvervaldatum op het polisblad brengt met zich dat de overeenkomst initieel wordt aangegaan voor de duur van een kalenderjaar en dat deze hierna onder de per die datum nieuw te gelden voorwaarden, meer in het bijzonder de premie, telkens stilzwijgend met een jaar wordt verlengd. Een wijziging van de premie en/of voorwaarden met ingang van 1 januari is in dat verband niet te beschouwen als een tussentijdse wijziging, zodat het door de ziektekostenverzekeraar in dat kader gestelde over de bijzondere omstandigheden en een mogelijke continuïteitsdreiging verder onbesproken kan blijven. In geding is een (reguliere) premieverhoging bij de prolongatie, in dit geval met ingang van 1 januari 2025.
- 6.6. In artikel 8 van de voorwaarden van de ziektekostenverzekering O12025, die naar door verzoeker gesteld en door de ziektekostenverzekeraar niet betwist op 19 november 2024 aan verzoeker zijn gestuurd, is bepaald dat de ziektekostenverzekeraar het recht heeft de premie eenzijdig te wijzigen. Als de ziektekostenverzekeraar van dit recht gebruik wil maken, moet hij hiervan mededeling doen aan de verzekeringnemer. Vervolgens heeft de verzekeringnemer het recht de overeenkomst binnen 30 dagen na het ingaan van de wijziging met terugwerkende kracht op te zeggen. Het voorgaande is gebaseerd op artikel 7:940, vierde lid, BW. Op grond van dit artikel is een verzekeraar gerechtigd de premie en/of de voorwaarden van de overeenkomst en bloc of groepsgewijs te herzien. Indien het gaat om een wijziging ten nadele van de verzekeringnemer geldt daarbij de voorwaarde dat deze de mogelijkheid moet hebben de verzekering op te zeggen.
- 6.7. De commissie heeft in eerdere bindende adviezen (o.a. GcZ, 8 juli 2020, SKGZ202000025) geoordeeld dat de verzekeraar zijn verzekerden bij een premieverhoging uitdrukkelijk en ondubbelzinnig dient te informeren, onder verwijzing naar de grondslag en met vermelding van de opzegmogelijkheid. Verzoeker heeft gesteld dat hij door de ziektekostenverzekeraar onvoldoende is geïnformeerd, hetgeen door laatstgenoemde is bestreden. De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker op 19 november 2024 een polisblad heeft gestuurd met vermelding van de nieuwe premie. De oude premie was verzoeker vanzelfsprekend bekend. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, en door verzoeker niet weersproken, dat hij toen aan alle verzekeringnemers heeft uitgelegd dat de premie voor het jaar 2025 fors is gestegen. Daarnaast heeft hij de reden van de stijging vermeld en heeft hij gewezen op

de mogelijkheid de ziektekostenverzekering op te zeggen. Deze informatie heeft verzoeker bereikt, aangezien hij de ziektekostenverzekeraar bij e-mailbericht van 9 december 2024 heeft verzocht niet over te gaan tot de aangekondigde premieverhoging, waarop de ziektekostenverzekeraar bij e-mailbericht van 10 december 2024 heeft gereageerd.

Gelet op het voorgaande oordeelt de commissie dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker tijdig en volledig heeft geïnformeerd. Verzoeker heeft van de bestaande opzegmogelijkheid geen gebruik gemaakt, zodat de verzekeringsovereenkomst stilzwijgend is verlengd en de hogere premie met ingang van 1 januari 2025 van toepassing is.

- 6.8. Verzoeker heeft, onder verwijzing naar artikel 4 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-027) van de NZa, aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar hem essentiële informatie over het verzekeringsproduct heeft onthouden. Had hij hier wel de beschikking over gehad, dan had hij op een eerder moment een andere verzekering tegen ziektekosten kunnen afsluiten. Nu is dat niet meer mogelijk omdat andere verzekeraars bestaande kwalen en gebreken uitsluiten van de dekking. Hiervoor werd al opgemerkt dat het karakter van de ziektekostenverzekering niet een zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet is, maar een particuliere schadeverzekering tegen ziektekosten. Bij het aangaan van een dergelijke verzekering geldt als uitgangspunt het beginsel van contractsvrijheid, ook wat betreft voorwaarden. Nog daargelaten dat artikel 4 blijkens de toelichting met name op zorgverzekeringen ziet, is niet gebleken dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker verkeerd of onvolledig heeft geïnformeerd. Daarbij kan van de ziektekostenverzekeraar niet worden verwacht dat hij verzoeker informeert over mogelijke alternatieve verzekeringsproducten, aangeboden door andere verzekeraars. Het lag op de weg van verzoeker zich hierover te oriënteren.
- 6.9. Voor zover verzoeker de commissie vraagt te bepalen dat de premieverhoging voor 2025 en de daaropvolgende jaren niet meer mag bedragen dan 15% per jaar, geldt dat niet is gebleken dat een dergelijke maximale indexering van de premie voor 2025 tussen partijen is overeengekomen, zodat - wat 2025 betreft - de ziektekostenverzekeraar in dit opzicht niet aan een limiet van 15% was gehouden. Over daaropvolgende jaren kan de commissie zich niet uitlaten, omdat daarvoor, zoals hiervoor al overwogen, een beoordeling moeten plaatsvinden aan de hand van de alsdan geldende wet- en regelgeving, verzekeringsvoorwaarden, en feiten en omstandigheden.
- 6.10. Verder heeft verzoeker gesteld – althans naar de commissie begrijpt – dat toepassing van artikel 8 van de voorwaarden van de ziektekostenverzekering onder de gegeven omstandigheden leidt tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. De commissie volgt verzoeker hierin niet. Zoals hij zelf heeft toegelicht, was de premieverhoging in eerdere jaren gering, en is er in de recente jaren sprake van een sterke stijging. Dit betekent dat verzoeker voorheen goedkoper was verzekerd tegen ziektekosten en daar voordeel van heeft gehad. Of er voor verzoeker alternatieve verzekeringsmogelijkheden zijn en of deze al dan niet duurder zijn, is in dit verband niet relevant. Zoals eerder is opgemerkt, hanteert de ziektekostenverzekeraar één premie, waarvan de hoogte niet afhangt van het woonland en kennelijk ook niet van de gezondheid van de individuele verzekerde. Dat een eventuele andere verzekeraar een premie-aanbod doet waarbij het woonland en/of de gezondheid van de verzekerde wél een rol speelt, maakt niet dat toepassing van de bepaling in de voorwaarden van de ziektekostenverzekering leidt tot een uitkomst die onaanvaardbaar is, ook niet als dat premie-aanbod voor verzoeker ongunstig zou zijn. Dit geldt temeer nu uit de eigen stellingen van verzoeker valt op te maken dat hij diverse andere verzekeraars heeft geraadpleegd, die ofwel een hogere premie rekenden dan wel een lagere dekking aanboden. Hieruit kan worden geconcludeerd dat de premie voor de ziektekostenverzekering, ook na de verhoging met ingang van 1 januari 2025, niet excessief hoog is.

Slotsom

6.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 25 november 2025,

A. de Ruijter

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Voorwaarden zorgverzekering
2. Wetgeving

8. Kunnen wij uw premie en polisvoorwaarden wijzigen?

Wij mogen de premie en/of de polisvoorwaarden op elk moment wijzigen. We laten u dat altijd vooraf schriftelijk (per brief of per e-mail) weten.

Is de verandering nadelig voor u? Dan kunt u tot 30 dagen na het ingaan van de wijziging uw verzekering met terugwerkende kracht opzeggen. Uw verzekering eindigt dan op de datum dat de wijziging zou ingaan. Horen we niets van u, dan loopt uw verzekering gewoon door en gelden de nieuwe premie en/of voorwaarden.

9. Wat is de mededelingsplicht en wat als u die niet nakomt?

De mededelingsplicht betekent dat u ons alle informatie moet geven die van belang kan zijn voor het beoordelen van uw aanvraag voor een verzekering. Dat geldt ook als u uw verzekering wilt wijzigen. Het kan zijn dat we u extra vragen stellen.

Stellen wij vast dat u verkeerde of onvolledige informatie aan ons heeft verstrekt? Dan laten wij dat binnen twee maanden aan u weten. Ook informeren we u over de gevolgen. Het kan zijn dat wij:

- uw schade niet (volledig) vergoeden;
- uw verzekering onder andere voorwaarden voortzetten, bijvoorbeeld dat een bepaalde schade niet onder de dekking valt of dat de premie wordt verhoogd;
- uw verzekering opzeggen. Wij bepalen dan de einddatum van uw verzekering. Dat kan nooit met terugwerkende kracht. Wij mogen uw verzekering opzeggen als:
 - u opzettelijk verkeerde of onvolledige informatie heeft verstrekt met het doel om ons te misleiden. In dit geval betalen wij geen premie terug;
 - u verkeerde of onvolledige informatie heeft gegeven en wij u niet hadden verzekerd als u ons wel de juiste informatie had vertrekt. Wij betalen de premie voor de periode na de einddatum van uw verzekering aan u terug.
- uw gegevens registreren op de waarschuwingslijsten van de verzekeraars in Nederland. U leest hierover meer in artikel 12 van deze algemene voorwaarden.

Wilt u meer weten over de mededelingsplicht? Bekijk dan onze brochure over uw rechten en plichten op onze website www.oomverzekeringen.nl.

Artikel 3 Reikwijdte

Kenmerk

Deze regeling is van toepassing op ziektekostenverzekeraars in de zin van artikel 1, onderdeel f, onder 1 en 3, van de Wmg.

Pagina
3 van 8**Artikel 4 Bruikbaarheid van informatie**

4.1 Informatie voor consumenten moet bruikbaar zijn, zodat zij hun keuze daarop kunnen baseren.

4.2.1 De in 4, eerste lid, bedoelde informatie is bruikbaar als die voldoet aan de volgende eisen:

- a. de informatie is relevant voor de zorgkeuze op dat moment;
- b. de informatie en de wijze waarop die wordt verstrekt sluit aan bij de informatiebehoefte en vaardigheden van de consument;
- c. de informatie is juist, niet-misleidend, vindbaar en voor zo ver van toepassing gemakkelijk vergelijkbaar.

4.3 Leden 1 en 2 zijn van toepassing op alle hierna volgende verplichtingen in deze regeling.

Informatie over polissen

Artikel 5 Typering polissen

5.1 De zorgverzekeraar maakt alle modelovereenkomsten, voorwaarden en reglementen openbaar via zijn relevante openbare communicatiekanalen.

5.2. De zorgverzekeraar stuurt de in 5, eerste lid, bedoelde informatie desgevraagd per post of digitaal aan de consument.

5.3 De zorgverzekeraar typeert elke modelovereenkomst als natura, combinatie of restitutie.

5.4 De zorgverzekeraar gebruikt de termen 'naturapolis' en 'natura' enkel om modelovereenkomsten te beschrijven waarbij de zorgplicht zodanig is 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, als bedoeld in artikel 11, eerste lid, onder a, van de Zvw.

5.5 De zorgverzekeraar gebruikt de termen 'restitutiepolis' en 'restitutie' enkel om modelovereenkomsten te beschrijven die recht geven op vergoeding van de kosten van zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten als bedoeld in artikel 11, eerste lid, onder b, van de Zvw en daarnaast geen beperking kennen van de vergoeding van zorg bij niet-gecontracteerde aanbieders, behalve de beperking die voortvloeit uit artikel 2.2 van het Besluit zorgverzekering.

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.