

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C en E beide te D
Zaak : Aanvullende ziektekostenverzekering, wijziging voorwaarden en
collectiviteitskorting
Zaaknummer : 2011.00864
Zittingsdatum : 8 februari 2012

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C en

2) E beide te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Supertop (2008) en Supertop Garant (2009-2011) afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster polisbladen en vergoedingen-overzichten voor de jaren 2008-2011 gezonden, waaruit onder meer bleek dat de collectiviteitskorting voor het jaar 2010 was verlaagd, en dat de voorwaarden voor het jaar 2011 waren gewijzigd, in die zin dat de dekking op onderdelen werd beperkt.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar verzocht de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering zoals die golden in 2008 in latere jaren te handhaven (hierna: de aanspraak). Bij brief van 20 december 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld de aanspraak niet te honoreren.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 18 oktober 2011 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering zoals die golden in 2008 te handhaven (hierna: het verzoek).
- 3.5. 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 ver-

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

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 14 december 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 december 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 29 december 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 24 januari 2012 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 februari 2012 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt dat zij sinds 1 januari 2008 is verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar met een collectiviteitskorting van 7,5 percent op de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. Bij het aangaan van de aanvullende ziektekostenverzekering gold de verplichting dat men deze verzekering voor minimaal drie jaar moest afnemen, met daarna een stilzwijgende verlenging van telkens één jaar. Per 1 januari 2009 werd de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering voor nieuwe verzekerden slechter; voor bestaande verzekerden bleef deze echter gelijk. Verzoekster voert aan dat met ingang van 1 januari 2010 de collectiviteitskorting is verlaagd naar 5 percent. Voorts is per 1 januari 2011 de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering aanzienlijk beperkt. Dit betreft juist de voorzieningen die zij belangrijk vindt. Verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar de voorwaarden uit 2008 en de collectiviteitskorting dient te handhaven.
- 4.2. Ter zitting is door verzoekster gesteld dat zij haar aanvullende ziektekostenverzekering heeft gewijzigd bij een bezoek aan een winkel van de ziektekostenverzekeraar. Destijds had zij een schriftelijk contract moeten krijgen. De verzekeringsvoorwaarden zijn haar echter nooit gestuurd en zij beschikt niet over een computer zodat zij de voorwaarden niet via internet kan raadplegen. De ziektekostenverzekeraar beroept zich thans op zijn wijzigingsbevoegdheid, maar die is nooit met haar gecommuniceerd. Voorts is door verzoekster aangevoerd dat, na afloop van de driejaarstermijn die gold voor de aanvullende ziektekostenverzekering, de ziektekostenverzekeraar heeft nagelaten haar te waarschuwen. Zij voelt zich voor het blok gezet.
- 4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De aanvullende ziektekostenverzekering heeft een looptijd van één jaar. Elk jaar kan een verzekerde besluiten deze verzekering niet te verlengen voor het volgende jaar. Wijzigingen met betrekking tot de premie en de dekking worden in beginsel per 1 januari van het jaar gerealiseerd. Mocht het nodig zijn tussentijds een wijziging te realiseren, dan kan de verzekerde ook tussentijds de verzekering beëindigen.
- 5.2. Afspraken over de collectiviteitskorting worden gemaakt met de werkgevers.

- 5.3. Zorg moet betaalbaar blijven. Het evenwicht tussen de vergoedingen en de premies wordt zo nodig hersteld door de premies te verhogen en sommige vergoedingen te verlagen.
- 5.4. Het verschil in de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering van 2009 ten opzichte van 2010 is gelegen in de vergoeding voor fysiotherapie. Deze wijzigde van 'onbeperkt' naar 'maximaal € 2.000,--'. Voor lopende verzekeringen ging deze gewijzigde dekking niet direct in. Het is juist dat ten tijde van het afsluiten van de aanvullende ziektekostenverzekering door verzoekster – te weten in 2008 – deze voor minimaal drie jaar moest worden afgesloten. Omdat de premie in de praktijk elk jaar wijzigt, heeft men in feite elk jaar de gelegenheid om de verzekering eerder op te zeggen. Vanaf 2010 staat de eis van minimaal drie jaren niet meer in de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.5. Wat betreft de collectiviteitskorting geldt dat de contractant de overeenkomst kan opzeggen op het moment dat de contractant het niet eens is met een wijziging in het kortingspercentage (een verlaging). Aangezien verzoekster de overeenkomst niet heeft opgezegd is kortingspercentage gewijzigd van 7,5 percent naar 5 percent.
- 5.6. Verzoekster kan niet afdwingen dat voor haar de voorwaarden (premie en aanspraken) waarmee zij in 2008 akkoord ging, de volle drie jaar lang, ongewijzigd voor haar van toepassing blijven. Ook niet wanneer zij bij het aangaan van de aanvullende ziektekostenverzekering in 2008 moest instemmen met een looptijd van minimaal drie jaar. Deze voorwaarde heeft nooit in de weg gestaan aan de mogelijkheid voor de ziektekostenverzekeraar om eenzijdig voorwaarden te wijzigen. Wel had een dergelijke wijziging tot gevolg dat verzoekster niet meer was gehouden aan een minimale looptijd van drie jaren, waarmee zij oorspronkelijk akkoord diende te gaan.
- 5.7. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat verzekerden jaarlijks door middel van een mailing worden geïnformeerd over de wijzigingen. De driejaarstermijn voor de aanvullende ziektekostenverzekering is in de praktijk nooit toegepast. De minimum looptijd van drie jaar werd alleen in 2008 bedongen. Het volgende jaar werd echter al van de wijzigingsbevoegdheid gebruik gemaakt, zodat verzekerden konden opzeggen. De ziektekostenverzekeraar stelt verder dat de verzekeringsvoorwaarden via internet zijn te raadplegen en op verzoek worden verzonden.
- 5.8. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.
7. Het geschil
- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de voorwaarden en de collectiviteitskorting van de zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering uit

2008 te handhaven.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. Artikel 2.4 van de 'Algemene voorwaarden' van de aanvullende ziektekostenverzekering (2008) regelt de mogelijkheid van wijziging van de voorwaarden en/of premie en luidt, voor zover hier van belang,:

"Regelmatig – meestal is dat per 1 januari – ontvangt u een nieuwe polis. Ook passen wij regelmatig de Algemene Voorwaarden Aanvullende Verzekeringen en het Vergoedingen Overzicht aan. Bijvoorbeeld aan het begin van een nieuw jaar, want dan kunnen wij de premie of dekking van uw polis aangepast hebben. U krijgt daarvan een bericht van ons. U kunt dan uw voorwaarden bij ons of via internet opvragen. Het spreekt voor zich, dat uw oude Algemene Voorwaarden Aanvullende Verzekeringen, Vergoedingen Overzicht en polis niet meer van kracht zijn. (...)."

Artikel 2.5 van de 'Algemene voorwaarden' van de aanvullende ziektekostenverzekering (2008) bepaalt onder meer:

"Als u bij ons een verzekering afsluit, doet u dat voor de periode van tenminste één heel kalenderjaar (van januari tot januari). Wij hebben (aanvullende) verzekeringen, die voor een langere periode van kracht zijn. Zo geldt bijvoorbeeld voor een Aanvullende verzekering Uitgebreide Tandarts, dat u deze voor een periode van tenminste drie hele kalenderjaren afsluit. Maar na deze periode verlengen wij ook deze aanvullende verzekeringen steeds stilzwijgend van jaar tot jaar, zoals bij onze andere aanvullende verzekeringen. Wilt u niet dat uw aanvullende verzekering verlengd wordt? Laat ons dit voor 1 november weten. Uw aanvullende verzekering eindigt in dat geval op 1 januari daarna. (...)"

Eenzelfde regeling is opgenomen voor de jaren 2009-2011.

In artikel 4.1 van de 'Algemene voorwaarden' van de aanvullende ziektekostenverzekering (2009) is het volgende bepaald:

"U sluit de aanvullende zorgverzekering voor minimaal één heel jaar af.

Dit geldt niet:

a. *als wij in een Vergoedingen Overzicht, in een aanvullende overeenkomst of in een collectieve zorgverzekering een andere geldigheidsduur hebben afgesproken;*

(...)

Na de minimale duur verlengen wij de aanvullende zorgverzekering telkens automatisch van jaar tot jaar tenzij u of wij de aanvullende zorgverzekering beëindigen. (...)"

In artikel 4 (2009-2010) en artikel A5 (2011) van de 'Algemene voorwaarden' van de aanvullende ziektekostenverzekering is onder meer bepaald dat de aanvullende ziektekostenverzekering schriftelijk kan worden opgezegd tegen het eind van elk jaar, en dat de aanvullende ziektekostenverzekering kan worden opgezegd bij een nadelige wijziging van de voorwaarden of van de premie.

8.3 Artikel 18 Zvw regelt de mogelijkheid van een collectiviteitskorting. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

*“1. De zorgverzekeraar kan met een werkgever overeenkomen dat hij een geldelijk voordeel verstrekt indien diens werknemers, voormalige werknemers of hun gezinsleden verzekerd worden op basis van een in die overeenkomst aan te wijzen modelovereenkomst.
 2. Het voordeel bedraagt, per persoon die op basis van de desbetreffende modelovereenkomst verzekerd wordt, niet meer dan 10% van de grondslag van de bij die modelovereenkomst behorende premie.
 3. In de overeenkomst, bedoeld in het eerste lid, wordt ten minste bepaald:
 a. de hoogte van het voordeel, waarbij die hoogte mag variëren al naar gelang het aantal volgens de desbetreffende modelovereenkomst verzekerde personen;
 b. de verdeling van het voordeel over de werkgever en de volgens de desbetreffende modelovereenkomst verzekerde personen.
 4. Indien het voordeel of een deel daarvan aan de verzekeringnemer wordt verstrekt, geschiedt dit in de vorm van een korting op de grondslag van de premie.
 (...)”*

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. De ziektekostenverzekeraar heeft het recht de polisvoorwaarden en de premie van de aanvullende ziektekostenverzekering ieder jaar te wijzigen. Een zodanige wijziging dient en-bloc of groepsgewijs te geschieden teneinde te voorkomen dat individuele ‘slechte risico’s’ van de verzekering worden uitgesloten door hun aanspraak op dekking te beperken of de premie alleen voor hen te verhogen. De verzekeringnemer heeft bij een wijziging de mogelijkheid de verzekering op te zeggen.
- 9.2. Verzoekster heeft gesteld dat bij het afsluiten van de aanvullende ziektekostenverzekering door de ziektekostenverzekeraar is bedongen dat deze overeenkomst een looptijd had van minimaal drie jaar. Om die reden heeft zij de aanvullende ziektekostenverzekering voor de jaren 2009 en 2010 niet beëindigd. De commissie gaat er vanuit dat verzoekster hierbij doelt op artikel 3 van de ‘Algemene voorwaarden’ van de aanvullende ziektekostenverzekering van het jaar 2008. Verzoekster heeft haar stelling dat dit ook geldt voor de door haar gekozen pakketten echter niet met stukken onderbouwd. Derhalve gaat de commissie uit van hetgeen is geregeld in de verzekeringsvoorwaarden, en daarin is bepaald dat de aanvullende ziektekostenverzekering tegen het eind van elk jaar kan worden opgezegd. Niet is gebleken dat tussentijdse – dat wil zeggen niet ingaande per 1 januari – nadelige wijzigingen van de voorwaarden of van de premie zijn gerealiseerd, zodat verzoekster niet op die grond het recht had de aanvullende ziektekostenverzekering anders dan per 1 januari te beëindigen. Derhalve had verzoekster de mogelijkheid de aanvullende ziektekostenverzekering te beëindigen, telkens per 1 januari, van de jaren 2009, 2010 en 2011. De commissie is niet gebleken van een opzegging, zodat de aanvullende ziektekostenverzekering thans met inachtneming van de per genoemde data gerealiseerde wijzigingen in de dekking en premie doorloopt.
- 9.3. Per 1 januari 2011 is de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering (aanzienlijk) beperkt, waarbij geen uitzondering is gemaakt voor bestaande verzekeringsrelaties. Verzoekster heeft gesteld dat dit onaanvaardbaar is, aangezien de wijzigingen in de dekking juist de voorzieningen betreffen die voor haar van belang zijn. Met betrekking hiertoe overweegt de commissie als volgt.
- 9.4. De ziektekostenverzekeraar heeft de wijziging van de voorwaarden op 30 oktober 2010 door middel van toezending van het polisblad en het vergoedingenoverzicht aan verzoekster medegedeeld. Verzoekster is hierdoor voldoende in de gelegenheid ge-

steld de verzekering op te zeggen en – al dan niet elders – een andere verzekering te sluiten. Dat zij van deze mogelijkheid geen gebruik heeft gemaakt, kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen.

- 9.5. Verzoekster heeft zich ter zitting erop beroepen dat de ziektekostenverzekeraar haar het bepaalde in de verzekeringsvoorwaarden niet kan tegenwerpen aangezien deze voorwaarden haar niet zijn gezonden en zij niet over een computer beschikt. De commissie merkt hierover op dat verzoekster heeft verklaard dat zij haar aanvullende ziektekostenverzekering bij een bezoek aan de winkel van de ziektekostenverzekeraar heeft gewijzigd. Zij heeft dit blijkbaar na zorgvuldige afweging gedaan, op basis van een dekkingsoverzicht. Aan een dergelijk overzicht kunnen geen rechten worden ontleend, verwezen wordt naar de verzekeringsvoorwaarden. Het lag daarom op verzoeksters weg om, nu zij niet beschikt over een computer, gebruik te maken van het aanbod van de ziektekostenverzekeraar tot toezending van de verzekeringsvoorwaarden op aanvraag. Nu verzoekster dit heeft nagelaten, kan zij zich niet met succes beroepen op het feit dat de verzekeringsvoorwaarden haar niet – automatisch – zijn gestuurd.
- 9.6. Op basis van artikel 18 Zvw bestaat de mogelijkheid van een collectiviteitskorting op de zorgverzekering. Het eerste lid van genoemd artikel bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar met een werkgever kan overeenkomen dat hij een geldelijk voordeel verstrekt indien diens werknemers verzekerd worden op basis van een in die overeenkomst aan te wijzen modelovereenkomst. Volgens het vierde lid wordt, indien het voordeel of een deel daarvan aan de verzekeringnemer wordt verstrekt, een korting op de grondslag van de premie verleend. De hoogte of de berekening van de collectiviteitskorting is geregeld in het tussen de initiator tot de betreffende collectiviteit en de ziektekostenverzekeraar gesloten collectieve contract. Ten aanzien hiervan komt de commissie geen bevoegdheid toe.

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, 22 februari 2012,

Voorzitter