



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten

Zaak : Aanvullende ziektekostenverzekering, mondzorg, verzekering minderjarig kind, telefonisch verstrekte informatie

Regelgeving : Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020, artt. 6:217 en 7:932 BW

Zaaknummer : 202001770

Zittingsdatum : 26 mei 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

---

1. Partijen

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

ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

2.1. Op 4 december 2020 heeft verzoekster per e-mail de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.

2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 maart 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 19 maart 2021 aan verzoekster gezonden.

2.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 26 mei 2021 gehoord.

2.4. Verzoekster heeft op 26 mei 2021, na de hoorzitting, aanvullende informatie aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is op 3 juni 2021 ter informatie aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoekster was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de aanvullende ziektekostenverzekeringen ONVZ Vrije Keuze Optifit en ONVZ Tandfit module B (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

3.2. Verzoekster wilde een nota betreffende tandheelkundige zorg voor haar minderjarige zoon ter declaratie indienen bij de ziektekostenverzekeraar. Zij heeft telefonisch bij de ziektekostenverzekeraar nagevraagd hoe zij dit moest doen. De ziektekostenverzekeraar heeft haar toen verteld dat de zoon niet bij hem is verzekerd. Verzoekster heeft daarom op 2 juli 2020 de ziektekostenverzekeraar gevraagd haar zoon alsnog met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2020 op haar polis te verzekeren, aangezien dit ook haar intentie al was toen zij de aanvullende ziektekostenverzekering ten behoeve van zichzelf aanvroeg.

3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 2 juli 2020 per e-mail aan verzoekster meegedeeld dat destijds ten behoeve van haar zoon de aanvullende ziektekostenverzekering niet is aangevraagd. Daarom ziet de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding hem met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2020 te verzekeren.

3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 27 juli 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar haar minderjarige zoon alsnog met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2020 moet accepteren voor de aanvullende ziektekostenverzekering.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

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 78 van de ONVZ Algemene regels 2020.

6. Beoordeling

6.1. De artikelen 6:217 en 7:932 van het Burgerlijk Wetboek (BW) alsmede de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

**Standpunt verzoekster**

6.2. De bewindvoerder van verzoekster heeft in januari 2020 telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar. Hij heeft toen ten behoeve van verzoekster de aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten. De aanvraag hiervoor heeft hij samen met een medewerker van de klantenservice van de ziektekostenverzekeraar ingevuld. Hij heeft hierbij duidelijk verklaard dat de verzekering voor een moeder met een kind was. De medewerker heeft hem vervolgens gezegd welke modules moesten worden afgesloten. Hierbij is hem echter niet verteld dat de zoon dan ook als verzekerde op het polisblad moest worden vermeld. Volgens de bewindvoerder is hem te kennen gegeven dat de zoon gewoon met de moeder was meeverzekerd.

De bewindvoerder van verzoekster heeft telefonisch bij de ziektekostenverzekeraar nagevraagd hoe hij een nota van de tandheelkundige behandeling van haar zoon moest indienen. De ziektekostenverzekeraar heeft hem hierop meegedeeld deze niet te vergoeden, omdat de zoon niet bij hem was verzekerd. Vervolgens heeft de bewindvoerder de ziektekostenverzekeraar gevraagd de zoon alsnog toe te voegen aan de polis van verzoekster. Hierbij heeft hij aangevoerd dat hij eerder onjuiste informatie had ontvangen van de ziektekostenverzekeraar over de verzekering van de zoon. Als gevolg hiervan moet verzoekster nu zelf voor de kosten van de tandheelkundige behandeling opdraaien.

De bewindvoerder stelt dat hij een en ander niet heeft gecontroleerd, omdat het polisblad naar verzoekster is gestuurd en niet naar hem.

Ter zitting heeft de bewindvoerder van verzoekster ter aanvulling toegelicht dat voornoemde nota een orthodontische behandeling betrof. De bewindvoerder heeft benadrukt dat hij het aanvraagformulier heeft ingevuld met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar en dat hij duidelijk heeft vermeld dat het om zowel verzoekster als haar zoon ging. Het formulier is daarna ondertekend door verzoekster. Na de hoorzitting heeft de bewindvoerder van verzoekster aan de commissie een telefoonspecificatie gezonden om aan te tonen dat hij telefonisch contact heeft gehad met de ziektekostenverzekeraar over het voorgaande.

### Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de zoon van verzoekster niet verzekerd, omdat zijn naam niet is vermeld op het aanvraagformulier. Uit het polisblad dat aan verzoekster is gezonden, blijkt ook dat haar zoon niet bij de ziektekostenverzekeraar is verzekerd.

Het staat geenszins vast dat de ziektekostenverzekeraar de bewindvoerder verkeerd heeft ingelicht. De ziektekostenverzekeraar is daarom niet bereid de zoon van verzoekster met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2020 te accepteren voor de aanvullende ziektekostenverzekering. Hierbij merkt de ziektekostenverzekeraar nog op dat een tandartsverzekering afsluiten voor iemand jonger dan 18 jaar niet mogelijk is, omdat jongeren onder de 18 de gebruikelijke tandheelkundige zorg (met uitzondering van orthodontie) volledig vergoed krijgen ten laste van de zorgverzekering.

Tijdens de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling verklaard dat hem niet eerder bekend was dat de nota, die verzoekster ten behoeve van haar zoon had willen declareren, betrekking had op orthodontie. De aanvullende verzekering Optifit biedt wel dekking voor orthodontie. Maar voor deze verzekering is evenmin een aanvraag ingediend. Dat niet zou zijn gevraagd naar de naam van de zoon als duidelijk was dat hij moest worden verzekerd, vindt de ziektekostenverzekeraar niet aannemelijk. De ziektekostenverzekeraar moet immers weten wie hij moet verzekeren.

### Overwegingen


- 6.4. Een (verzekerings)overeenkomst komt, op grond van artikel 6:217 BW, tot stand door een aanbod van de ene partij en de aanvaarding daarvan door de andere partij. In dit verband bestaat het aanbod uit de aanvraag voor de aanvullende ziektekostenverzekering. Verzoekster heeft op 13 januari 2020 het betreffende formulier ondertekend. Hierop zijn alleen haar gegevens vermeld. In vervolg hierop heeft de ziektekostenverzekeraar het aanbod aanvaard, en verzoekster ter bevestiging de polis gestuurd. Artikel 7:932, eerste lid, BW bepaalt dat de verzekeringsovereenkomst is vastgelegd in de polis.

Op het aan verzoekster gestuurde polisblad staan alleen de gegevens van verzoekster. Het had op haar weg gelegen te controleren of de juiste verzekeringen en in dit geval ook de juiste personen op het polisblad zijn vermeld. Dat zij dit niet heeft gedaan, komt voor haar risico. Aangezien geen aanvraag is ingediend voor de aanvullende ziektekostenverzekering ten behoeve van de zoon van verzoekster, kan voor hem geen verzekeringsovereenkomst tot stand zijn gekomen. Het afgegeven polisblad, waarop zijn naam eveneens ontbreekt, strookt hiermee.


Het argument van de bewindvoerder van verzoekster dat het polisblad hem niet heeft bereikt, en dat hij dit dus niet kon controleren, maakt het voorgaande niet anders. Gesteld noch gebleken is dat hierover tussen de bewindvoerder en de ziektekostenverzekeraar afspraken zijn gemaakt, zodat laatstgenoemde de polis aan verzoekster – als zijn wederpartij bij de verzekeringsovereenkomst – mocht sturen.

- 6.5. De bewindvoerder van verzoekster heeft verder aangevoerd dat hij indertijd samen met een medewerker van de klantenservice van de ziektekostenverzekeraar het aanvraagformulier heeft ingevuld, en dat hij hierbij duidelijk heeft vermeld dat ook de zoon van verzoekster moest worden verzekerd. De ziektekostenverzekeraar heeft geen notitie gemaakt van het in januari 2020 gevoerde gesprek. De bewindvoerder van verzoekster heeft ter onderbouwing van zijn stelling op 26 mei 2021 een telefoonspecificatie overgelegd waaruit blijkt dat hij op 14 januari 2021 gedurende 9 minuten en 19 seconden heeft gebeld met de ziektekostenverzekeraar.


De commissie overweegt dat uit de overgelegde telefoonspecificatie blijkt dat telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar heeft plaatsgevonden. Maar uit de telefoonspecificatie blijkt niet




wat de inhoud van het gesprek is. Er is door verzoekster dus niet aannemelijk gemaakt dat de ziektekostenverzekeraar tijdens het gesprek met haar bewindvoerder heeft toegezegd dat ook voor haar zoon de aanvullende ziektekostenverzekering zou worden afgesloten.




6.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.




7. Bindend advies



7.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 9 juni 2021,



H.A.J. Kroon

# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving  
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

---

## Burgerlijk Wetboek Boek 7

---

### Artikel 932

1. De verzekeraar geeft zo spoedig mogelijk een akte, polis genaamd, af, waarin de overeenkomst is vastgelegd. Een polis die is opgemaakt op een wijze als bedoeld in artikel 156a lid 1 van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering moet zijn voorzien van een elektronische handtekening als bedoeld in artikel 3, onderdeel 12, van verordening (EU) nr. 910/2014 van het Europees Parlement en de Raad van 23 juli 2014 betreffende elektronische identificatie en vertrouwensdiensten voor elektronische transacties in de interne markt en tot intrekking van richtlijn 1999/93/EG (PbEU 2014, L 257). De verzekeraar is niet verplicht een polis af te geven indien de aard van de overeenkomst afwijkend gebruik rechtvaardigt en de verzekeringnemer bij afgifte van de polis geen belang heeft.
2. Op wijzigingen in de overeenkomst is lid 1 van overeenkomstige toepassing.
3. Indien een door een verzekeraar afgegeven bewijsstuk verloren is gegaan, geeft hij desverlangd tegen vergoeding van de kosten een nieuw bewijsstuk af. Indien het bewijsstuk aan toonder of order is gesteld en bij een verzekering van zaken die door middel van documenten plegen te worden verhandeld, kan de verzekeraar als voorwaarde voor het doen van een uitkering aan de houder van een nieuw bewijsstuk verlangen, dat hem door de houder gedurende de tijd dat de verzekeraar tot betaling kan worden gedwongen, zekerheid wordt gesteld. Een instemming als bedoeld in artikel 156a lid 2 van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering ziet, zolang zij niet is herroepen, eveneens op een nieuw bewijsstuk als bedoeld in de eerste zin.

---

## Burgerlijk Wetboek Boek 6

---

### Artikel 217

1. Een overeenkomst komt tot stand door een aanbod en de aanvaarding daarvan.
2. De artikelen 219-225 zijn van toepassing, tenzij iets anders voortvloeit uit het aanbod, uit een andere rechtshandeling of uit een gewoonte.



## 2. Ik word klant van ONVZ

Wilt u klant worden van ONVZ? U bent van harte welkom! Wisselen van zorgverzekeraar kan in ieder geval per 1 januari en gaat gemakkelijk met onze overstapservice.

### Een verzekering afsluiten of aanvragen is zó gebeurd

12. U sluit de Vrije Keuze Basisverzekering of een Vrije Keuze aanvullende (tand)verzekering van ONVZ zelf af via onze website. U kunt ons ook het aanvraagformulier via post of e-mail sturen. U kunt de verzekeringen ook afsluiten via uw verzekeringsadviseur.
13. **Voor sommige van onze aanvullende verzekeringen stellen wij vragen over de gezondheid van de verzekerde(n).** Met de antwoorden beoordelen wij of u de aanvullende verzekering kunt afsluiten.
14. **Uw kind aanvullend verzekeren? Dat kan.** Dit kan geen hogere verzekering zijn dan die van u, uw partner of een andere verzekerde van 18 jaar of ouder die op de zorgpolis staat. Bij Wereldfit, OntzorgPlus of Zorgplan geldt dan: uzelf of uw partner moet deze verzekering hebben. En verder kan dit geen Tandfit verzekering zijn (de basisverzekering vergoedt tandheelkundige zorg tot 18 jaar). Ook voor kinderen stellen wij de vragen van algemene regel 13. Als u uw kind binnen 4 maanden na de geboorte aanmeldt, stellen wij die vragen niet.

### Wanneer uw verzekering ingaat

15. **Op de zorgpolis staat wanneer uw verzekering ingaat.**
16. **Een Vrije Keuze Basisverzekering bij ONVZ gaat meestal in op 1 januari van het volgende jaar. De volgende regels gelden.**
  - a. Stapt u voor 31 december over naar ONVZ? Dan zorgen wij ervoor dat uw Vrije Keuze Basisverzekering bij ONVZ aansluit op uw huidige basisverzekering. Als er geen bijzondere omstandigheden zijn, loopt uw huidige basisverzekering tot en met 31 december door. Uw Vrije Keuze Basisverzekering bij ONVZ gaat dan in op 1 januari.

Stapt u over naar ONVZ? Onze overstapservice regelt het voor u: als u bij ons een Vrije Keuze Basisverzekering aanvraagt, zeggen wij uw huidige basisverzekering voor u op. Vraagt u ook een aanvullende verzekering bij ons aan? Dan kunnen wij uw huidige aanvullende verzekering ook voor u opzeggen. Dat doen wij pas als uw verzekering bij ons afgesloten is.

- b. Sluit u voor 1 februari een Vrije Keuze Basisverzekering van ONVZ af? En heeft u uw basisverzekering bij een andere zorgverzekeraar vóór 1 januari opgezegd? Ook dan gaat uw Vrije Keuze Basisverzekering in op 1 januari.
- c. Wordt u 18 jaar en sluit u een of meer eigen verzekeringen af? Dan gaan deze in op de 1e dag van de maand na de maand dat u 18 jaar wordt. Behalve de Tandfit. Die gaat in op de dag dat u 18 jaar wordt. Dit is zo omdat de meeste zorg bij de tandarts vanaf die dag niet meer onder de basisverzekering valt. U moet de verzekeringen wel aanvragen voordat u 18 jaar wordt.
- d. Heeft u nog geen basisverzekering en moet u er (volgens de Zorgverzekeringswet) wel een hebben? En sluit u een Vrije Keuze Basisverzekering van ONVZ af binnen 4 maanden na de datum waarop u een basisverzekering moest hebben? Dan is de ingangsdatum de 1e dag waarop u verzekerd moest zijn. Sluit u een Vrije Keuze Basisverzekering af meer dan 4 maanden na de datum waarop u een basisverzekering moest hebben? Dan is de ingangsdatum de dag dat wij uw aanvraag ontvangen hebben.

Dit is bijvoorbeeld zo als u in het buitenland woonde en werkte, en in Nederland komt werken.

- e. Wisselt u van werkgever en gaat u daardoor naar een andere collectieve verzekering? Dan kunt u als die andere collectieve verzekering bij ONVZ loopt:
  - tussentijds naar ons overstappen, of
  - aan die andere collectieve verzekering bij ons deelnemen, als u al bij ONVZ verzekerd was

U moet uw oude collectieve verzekering dan wel op tijd opzeggen. Opzeggen van de basisverzekering kan tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is ingegaan. Dan gaat uw nieuwe collectieve verzekering bij ons in op de 1e dag van de maand na de maand waarin is opgezegd. De ingangsdatum van het nieuwe dienstverband moet direct aansluiten op de einddatum van het vorige. Als u te laat opzegt, kunt u per 1 januari van het volgende jaar naar ons overstappen.

- f. Zijn de bovenstaande 5 gevallen niet van toepassing? Dan gaat de Vrije Keuze Basisverzekering in op de dag waarop wij uw aanvraag hebben ontvangen. De ingangsdatum kan na deze dag liggen als de verzekerde nog verzekerd is volgens een andere basisverzekering.

**In alle gevallen geldt: als uw aanvraag niet volledig is, gaat de Vrije Keuze Basisverzekering pas in op de dag dat ONVZ alle gegevens binnen heeft.**

17. **Vraagt u tegelijk met een Vrije Keuze Basisverzekering een aanvullende verzekering aan? Als er geen acceptatieprocedure volgens algemene regel 13 is, dan gelden voor de ingangsdatum van de aanvullende verzekering dezelfde regels als voor de Vrije Keuze Basisverzekering. Als er een acceptatieprocedure is, dan ontvangt u bericht of de verzekering is geaccepteerd en wat (dan) de ingangsdatum is.** Sluit u niet meteen een Vrije Keuze Basisverzekering af? Dan gaat uw aanvullende verzekering altijd per 1 januari in.

#### **Wat verder van belang is**

18. **Bij een nieuwe verzekering heeft u 14 dagen bedenktijd.**  
De bedenktijd van 14 dagen gaat in op de dag dat u de zorgpolis ontvangt. U kunt dan zonder reden opzeggen. Dit betekent dat de verzekering nooit heeft bestaan. U krijgt betaalde premies terug en er bestaat geen recht op vergoeding(en).
19. **U kunt lid worden van Vereniging ONVZ.**  
Sluit u een Vrije Keuze Basisverzekering van ONVZ af? Dan kunt u lid worden van de Vereniging ONVZ. Deze vereniging heeft een belangrijke stem binnen ONVZ. Iedere hoofdverzekerde kan maar 1 keer lid zijn, ook al sluit hij voor meer personen de Vrije Keuze Basisverzekering af. Het lidmaatschap eindigt als de Vrije Keuze Basisverzekering eindigt.
20. Neemt u per e-mail of via social media contact met ons op? Dan mogen wij ook via die weg reageren. Dat doen wij niet als dat door privacyregels niet kan, of als u aangeeft dat u via andere weg reactie wilt ontvangen. Neemt u via de website contact met ons op? Dan reageren wij telefonisch of via e-mail.