

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. J.J.M. Linders, mr. B.L.A. van Drunen en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202501954

Partijen

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

en

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten, en
 - 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 4 december 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 23 februari 2026 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 12 mei 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 13 mei 2026 aan verzoekster gestuurd, waarbij haar is verzocht aan te geven of met het voorstel van de ziektekostenverzekeraar het geschil is opgelost. Bij bericht van 1 juni 2026 heeft verzoekster verklaard dat het geschil niet is opgelost, hetgeen zij bij bericht van 2 juni 2026 heeft toegelicht. Een kopie van deze brief is diezelfde dag aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Bij brief van 24 juni 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een kopie van deze reactie is diezelfde dag aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster heeft bij bericht van 29 juni 2026 verklaard niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 6 juli 2026 verklaard dat hij wel wil worden gehoord. Vervolgens is verzoekster gevraagd of dit voor haar aanleiding is om ook deel te nemen aan een hoorzitting. Hierop heeft verzoekster niet gereageerd. De ziektekostenverzekeraar is op 9 september 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering ONVZ Vrije Keuze Topfit (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Verzoekster is met ingang van 1 januari 2025 aanvullend verzekerd geworden op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering. Bij het aangaan van deze verzekering heeft zij gezondheidsvragen moeten beantwoorden. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster – via de Mijnomgeving – bij brief van 13 mei 2025 meegedeeld dat de ontvangen declaraties fysiotherapie

voor hem aanleiding waren om na te gaan of de gezondheidsvragen juist werden ingevuld. In dat verband heeft hij verzoekster verzocht een verklaring aan te leveren waaruit blijkt per wanneer de behandeling voor fysiotherapie noodzakelijk is geworden, en een kopie van de verwijfsbrief met de reden van verwijzing.

- 2.3. In vervolg op een telefonisch contact met de huisarts op 19 mei 2025, heeft verzoekster bij brief van 26 mei 2025 gereageerd. Hierbij heeft zij een kopie van de verwijfsbrief overgelegd en voor de beantwoording verder verwezen naar de huisarts.
De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster bij brief van 27 mei 2025 bericht dat ten tijde van de aanvraag voor de aanvullende ziektekostenverzekering sprake was van bestaande klachten. Om die reden heeft hij de aanvullende ziektekostenverzekering beëindigd en verzoekster in de gelegenheid gesteld vóór 3 juni 2025 te kiezen voor de ONVZ Vrije Keuze Benfit (hierna: de aanvullende verzekering), onder verrekening van de ingediende declaraties. Verzoekster heeft van die mogelijkheid – onder protest – gebruik gemaakt.
- 2.4. Zij heeft vervolgens per e-mail een klacht ingediend bij de ziektekostenverzekeraar, waarna de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht tot 1 januari 2025, onder verrekening van de premie, is hersteld. Dit is haar bij e-mailbericht van 4 september 2025 kenbaar gemaakt.
- 2.5. Verzoekster heeft hierop, bij e-mailbericht van 11 september 2025, verzocht niet tot verrekening over te gaan, de premie voor de herstelde aanvullende ziektekostenverzekering eerst met ingang van 4 september 2025 in rekening te brengen, en een bedrag van € 607,32 te restitueren. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop bij e-mailbericht van 25 september 2025 afwijzend beslist.
- 2.6. Bij e-mailbericht van 7 oktober 2025 heeft verzoekster om heroverweging van deze beslissing gevraagd, waarbij zij een aantal suggesties ter oplossing heeft gedaan. De ziektekostenverzekeraar heeft haar bij e-mailbericht van 30 oktober 2025 bericht zijn beslissing te handhaven.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is aan haar een billijke premiecompensatie te verlenen.
- 3.2. Verzoekster heeft toegelicht dat zij vanwege haar zorgbehoefte koos voor de aanvullende ziektekostenverzekering, met het meest uitgebreide pakket. Bij het aangaan van de verzekeringsovereenkomst werd haar gevraagd naar het aantal behandelingen fysiotherapie in het voorgaande jaar (2024). In dat jaar onderging zij acht behandelingen fysiotherapie; voor 2025 verwachtte zij op hetzelfde aantal uit te komen, vanwege long COVID-klachten. Naar de specifieke diagnose(s) werd echter niet gevraagd.
Omdat verzoekster hierna veel gebruik maakte van de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering, werd haar verzocht een verklaring in te vullen en een kopie van de verwijzing door de huisarts mee te sturen. Op 27 mei 2025 deelde de ziektekostenverzekeraar haar mee dat hij na onderzoek had vastgesteld dat zij bij het aangaan van de verzekering de gezondheidsvragen niet naar waarheid had ingevuld. Verzoekster heeft dit bestreden en gesteld dat de ziektekostenverzekeraar op geen enkel moment concreet heeft gemaakt welke vraag onjuist zou zijn beantwoord, wat dan onjuist zou zijn, en waarom dit tot weigering van de aanvullende ziektekostenverzekering zou leiden. Aan haar werd hierop een minder uitgebreide aanvullende verzekering aangeboden. Onder tijdsdruk, en om te kunnen voorzien in haar zorgbehoefte, heeft zij dit aanbod op dat moment geaccepteerd. Nadat hierover met de ziektekostenverzekeraar was gecorrespondeerd, heeft deze de aanvullende ziektekostenverzekering op 9 september 2025 in kracht hersteld. Intussen waren negen maanden verstreken.

- 3.3. Verzoekster heeft verzocht haar financieel te compenseren. In de eerste plaats vanwege de – achteraf beschouwd – onterechte weigering voor de aanvullende ziektekostenverzekering. Voorts vanwege het feit dat zij een aanvullende verzekering met mindere dekking heeft moeten accepteren. En tot slot met het oog op het verwijt dat zij de gezondheidsverklaring niet naar waarheid zou hebben ingevuld.

Verzoekster verwijst naar de artikelen 6:2 en 6:248 van het Burgerlijk Wetboek en stelt dat de contractuele verhouding tussen partijen wordt beheerst door de redelijkheid en billijkheid. De ziektekostenverzekeraar heeft bij zijn beslissing van 27 mei 2025 de zware kwalificatie gebruikt dat verzoekster de gezondheidsverklaring niet naar waarheid heeft ingevuld. Nu hij zijn eerdere beslissing later zelf heeft herroepen, ligt het op zijn weg de voor verzoekster nadelige gevolgen van die beslissing te corrigeren. Verzoekster wijst erop dat zij gedurende een relevante periode in onzekerheid verkeerde over de dekking, zij genoeg moeten nemen met de – tijdelijk – mindere dekking, haar integriteit in twijfel is getrokken, en zij vanwege de bestaande onzekerheid heeft afgezien van behandeling. Een billijke premiecompensatie, bijvoorbeeld in de vorm van (gedeeltelijke) restitutie van de door haar betaalde premie over (een deel van) het jaar 2025 zou een goede concrete invulling zijn van een correctie van de nadelige gevolgen van de beslissing. Verzoekster heeft financiële schade geleden. Zij betaalde € 607,32 aan premie en heeft daarnaast immateriële schade geleden door de spanning, onzekerheid en aantasting van haar vertrouwen in de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster vordert daarnaast dat de ziektekostenverzekeraar het betaalde klachtgeld van € 37,- moet vergoeden.

Zij verklaart dat de (on)juistheid van de aanvankelijke beslissing geen onderwerp van geschil vormt.

- 3.4. Bij bericht van 2 juni 2026 heeft verzoekster gesteld dat het voorstel van de ziektekostenverzekeraar, zoals verwoord in de brief van 12 mei 2025, voor haar niet acceptabel is. Zij heeft gedurende het gehele traject een gevoel van onrechtvaardigheid ervaren. Daarnaast zijn de financiële gevolgen voor haar aanzienlijk geweest. Door de opstelling van de ziektekostenverzekeraar heeft zij de revalidatie gedurende vijf maanden moeten stilleggen. Dit heeft gevolgen gehad voor het hersteltraject en voor haar fysieke en mentale belastbaarheid. Het heeft verzoekster geruime tijd gekost om weer terug te komen op het niveau van vóór de onderbreking.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. Volgens de ziektekostenverzekeraar is gedurende de eerste maanden van 2025 dekking geboden op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering. Na de omzetting bestond op grond van de aanvullende verzekering aanspraak op zestien behandelingen fysiotherapie. Hiervan zijn er uiteindelijk maar tien gebruikt. Van het incasseren van dubbele premie is geen sprake. De ziektekostenverzekeraar wijst erop dat verzoekster pas twee maanden na de omzetting tegen zijn beslissing is opgekomen. Vervolgens is de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering door hem hersteld.
- 4.2. Bij brief van 12 mei 2025 verklaart de ziektekostenverzekeraar zich bereid, zonder erkenning van aansprakelijkheid of gehoudenheid tot schadevergoeding, het verschil in premie tussen de aanvullende ziektekostenverzekering en de aanvullende verzekering met betrekking tot de periode van 4 mei 2025 tot en met 4 september 2025 aan verzoekster te vergoeden. Het betreft hierbij een bedrag van totaal € 168,30.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 24 juni 2026 verklaard dat geen sprake is geweest van onzorgvuldig handelen richting verzoekster of een onterechte beperking van haar aanspraken. De aanleiding tot het onderzoek was gelegen in een objectieve discrepantie tussen de bij de aanvraag verstrekte informatie en de nadien ingediende declaraties. Zo werd bij de aanvraag

vermeld dat in de eerste drie maanden niet meer dan zes behandelingen werden verwacht, maar zijn er negen gedeclareerd. Tegen deze achtergrond betwist de ziektekostenverzekeraar dat sprake is geweest van verwijtbaar handelen dan wel onrechtmatige weigering van dekking.

Dat, zoals verzoekster stelt, de revalidatie gedurende vijf maanden heeft stilgelegen door zijn besluitvorming is door verzoekster niet onderbouwd. Het eerder gedane aanbod betreft een aanbod uit coulance, ter finale afwikkeling van de ontstane situatie, zonder erkenning van aansprakelijkheid.

- 4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar betwist dat verzoekster in de aanspraak is beperkt. Zij stelt dat haar revalidatietraject heeft stilgelegen, maar dit blijkt niet uit beschikbare stukken of andere gegevens. Er zijn tien fysiobehandelingen gebruikt, en vanuit de aanvullende verzekering kunnen zestien behandelingen worden gedeclareerd. Dit betekent dat toen verzoekster in de veronderstelling was dat zij was verzekerd met de aanvullende verzekering, er nog steeds zes te declareren behandelingen waren. Onduidelijk is waarom deze behandelingen niet zijn gebruikt. Bij het afsluiten van de aanvullende ziektekostenverzekering moet een gezondheidsvragenlijst worden ingevuld. Eén van de vragen is of het afgelopen jaar meer dan twaalf fysiotherapie behandelingen zijn geweest en of in de eerste drie maanden van het komende jaar meer dan zes fysiotherapie behandelingen worden verwacht. Daarop is ontkennend geantwoord, maar in de eerste maanden van het jaar zijn negen behandelingen gedeclareerd. Om die reden is een onderzoek ingesteld. Vervolgens is geconstateerd dat er niet genoeg reden was aan te nemen dat de vragen onjuist waren beantwoord. Daarom is besloten de verzekering met terugwerkende kracht terug te zetten naar de aanvullende ziektekostenverzekering. Het is dan niet eerlijk om de premie ook met terugwerkende kracht te verhogen, en daarom is het verschil tussen de aanvullende verzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering aan verzoekster vergoed. Dit betrof het bedrag van € 168,30. Dit bedrag is betaald zonder erkenning van onjuist handelen maar puur uit coulance. Verzoekster hoefde niet te betalen voor een pakket waarvan zij in de veronderstelling was dat zij dit niet had afgesloten. Zij mocht de resterende behandelingen alsnog declareren, maar dit is als gezegd niet gebeurd.

Er is in eerste instantie een rekening is gestuurd voor de premie van de aanvullende ziektekostenverzekering. De gemachtigde van verzoekster heeft toen aangevoerd dat dit niet eerlijk was, en daarom is het aanbod gedaan dit bedrag aan premie, dat inmiddels door verzoekster was betaald, weer terug te storten. Dit aanbod is destijds door verzoekster geweigerd, maar dit bedrag is inmiddels toch overgemaakt nadat het in de fase bij de commissie ter sprake is gekomen.

Er is geen beoordeling op basis van medische historie. Omdat meer dan zes behandelingen zijn gedeclareerd in de eerste maanden, zijn vragen gesteld. Het kan zijn dat er in het begin van het jaar een operatie is gepland, dan weet men dat er fysiotherapie aan komt. Het gaat er om dat er én niet meer dan twaalf behandelingen zijn geweest in het afgelopen jaar, én niet meer dan zes behandelingen in het eerste kwartaal worden gedeclareerd. Het is aan verzoekster om het juiste antwoord te geven op de vragen.

Het onderzoek is in dit geval ingesteld vanwege het aantal gedeclareerde behandelingen in het begin van het jaar. Dit valt er bij het systeem uit. Bij een overschrijding van zes behandelingen komt er een signaal. Na 26 mei 2026 is informatie opgevraagd bij verzoekster. Ook heeft er op diverse momenten mailcontact plaatsgevonden.

Verzoekster heeft er zelf voor gekozen de behandelingen fysiotherapie niet te laten doorgaan, want als dit wel was gebeurd had zij deze met terugwerkende kracht kunnen declareren. Het is vreemd dat het revalidatietraject zou zijn stopgezet als zelfs niet alle behandelingen vanuit de aanvullende verzekering zijn gebruikt.

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 79 van de Algemene regels en Vergoedingen.

- 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 bepalingen uit het Burgerlijk Wetboek (BW) en het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (Rv) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 6.2. Volgens verzoekster vormt de (on)juistheid van de beslissing van de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering op te zeggen geen onderwerp van geschil. De commissie volgt haar hierin niet, nu de ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat zijn aanbod tot vergoeding van het bedrag van € 168,30 een aanbod uit coulance, en derhalve onverplicht, is.
- 6.3. De commissie overweegt in dat kader dat op grond van artikel 7:928, eerste lid, BW de verzekeringnemer verplicht is vóór het sluiten van de overeenkomst aan de verzekeraar alle feiten mede te delen die hij kent of behoort te kennen, en waarvan hij weet of behoort te begrijpen, de beslissing van de verzekeraar of, en zo ja, op welke voorwaarden, hij de verzekering zal willen sluiten, afhangt of kan afhangen. In het zesde lid is bepaald dat indien de verzekering is gesloten op de grondslag van een door de verzekeraar opgestelde vragenlijst, deze zich er niet op kan beroepen dat vragen niet zijn beantwoord, of feiten waarnaar niet was gevraagd, niet zijn medegedeeld, en evenmin dat een in algemene termen vervatte vraag onvolledig is beantwoord, tenzij is gehandeld met het opzet de verzekeraar te misleiden. Artikel 7:929, tweede lid, BW onderscheidt twee situaties waarin de verzekeraar de overeenkomst binnen twee maanden na ontdekking de overeenkomst met dadelijke ingang kan opzeggen, namelijk die waarin (i) de verzekeringnemer heeft gehandeld met het opzet hem te misleiden en (ii) de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten. In dit geval was volgens de ziektekostenverzekeraar, althans in eerste instantie, situatie (ii) aan de orde.
- 6.4. De commissie stelt vervolgens vast dat in het e-mailbericht van 4 september 2026 door de ziektekostenverzekeraar wordt verklaard: *“Echter kunnen wij ons vinden in uw stelling dat wij niet kunnen vaststellen dat de gezondheidsverklaring, die heel specifiek vraagt over de te verwachten aantal behandelingen in de eerst 3 maanden van het jaar, niet naar waarheid is ingevuld.”* Op basis van deze verklaring moet worden geconcludeerd dat de mededelingsplicht door verzoekster niet werd geschonden, en dat de aanvullende ziektekostenverzekering dus ten onrechte door de ziektekostenverzekeraar werd opgezegd.
- 6.5. Waar het erom gaat welke consequenties hieraan zijn te verbinden, merkt de commissie op dat partijen met elkaar eens zijn dat de aanvullende ziektekostenverzekering tussen 1 januari 2025 en 4 mei 2025 van kracht is geweest. Er is in dat tijdvak dekking verleend en verzoekster is hiervoor de overeengekomen premie verschuldigd. Het e-mailbericht inzake het herstel van de dekking dateert van 4 september 2025, zodat het voorgaande eveneens heeft te gelden voor de periode van 5 september 2025 tot en met 31 december 2025.
- 6.6. Aldus resteert nog het tijdvak van 4 mei 2025 tot en met 4 september 2025, waarin de aanvullende verzekering – met een lagere dekking – van kracht was. De commissie oordeelt dat, gelet op de door verzoekster betrokken stellingen, moet worden uitgegaan van drie onderscheiden verzekeringsperioden en voor de aanvullende verzekering met betrekking tot het hiervoor genoemde tijdvak de overeengekomen premie in rekening mag worden gebracht. Volgens de ziektekostenverzekeraar is het verschil in premie tussen de beide verzekeringen over bedoelde periode € 168,30. Verzoekster heeft de juistheid van dit bedrag niet bestreden. Daarom beslist de commissie dat met de terugbetaling hiervan, zoals door de ziektekostenverzekeraar aangeboden,

premie en dekking voor genoemd tijdvak met elkaar in overeenstemming zijn gebracht. De commissie merkt hierbij op dat de ziektekostenverzekeraar ter zitting heeft verklaard dat het bedrag van € 168,30 inmiddels aan verzoekster is overgemaakt.

- 6.7. Volgens verzoekster is dit echter niet toereikend en is de ziektekostenverzekeraar gehouden een billijke premiecompensatie te bieden, waarbij zij een bedrag van € 607,32 heeft genoemd. Verzoekster heeft gedurende het gehele traject een gevoel van onrechtvaardigheid ervaren en er is sprake van aanzienlijke financiële gevolgen. Door de opstelling van de ziektekostenverzekeraar heeft zij de revalidatie gedurende vijf maanden moeten stilleggen. Dit heeft gevolgen gehad voor het hersteltraject en voor haar fysieke en mentale belastbaarheid. De ziektekostenverzekeraar heeft er in dit verband op gewezen dat van de zestien verzekerde behandelingen van de aanvullende verzekering er maar tien zijn gebruikt. Daarnaast heeft hij opgemerkt dat verzoekster pas na twee maanden is opgekomen tegen zijn beslissing de aanvullende ziektekostenverzekering op te zeggen.

De commissie heeft begrip voor de situatie waarin verzoekster zich gebracht voelde. Echter, wat betreft de gestelde schade overweegt de commissie dat het, gelet op artikel 150 Rv, op de weg van verzoekster lag te stellen en te bewijzen dat zij door de beslissing van de ziektekostenverzekeraar schade heeft geleden. Voor zover het de bij haar in rekening gebrachte premie betreft is zij hierin geslaagd, zoals blijkt uit hetgeen onder 6.6. is overwogen. Anders is dit ten aanzien van het verschil in dekking. In dit verband stelt de commissie voorop dat zij op grond van artikelen 21.2 en 21.3 van haar reglement louter gemaakte kosten van de klachtbehandeling tot een maximum van € 5.000,- kan toewijzen. Er zijn door verzoekster geen kosten van behandelingen fysiotherapie gedeclareerd die voor haar rekening zijn gebleven. Haar verklaring dat de resterende zes behandelingen niet zijn gebruikt, omdat zij deze moest rantsoeneren, overtuigt niet. Andere kosten die onder de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering zouden zijn gevallen heeft verzoekster niet genoemd. Voorts valt niet in te zien waarom het gestelde, maar niet door verzoekster aangetoonde, verschil in dekking gedurende genoemde periode zou moeten leiden tot restitutie van de *volledige* – naar de commissie begrijpt: tot en met 4 september 2025 betaalde – premie. Zoals hiervoor werd overwogen, gaat de commissie uit van drie onderscheiden verzekeringsperioden en zijn dekking en premie met de terugbetaling van € 168,30 met elkaar in overeenstemming gebracht.

De verwijzing naar de artikelen 6:2 en 6:248 BW maakt het voorgaande niet anders, waarbij de commissie aantekent dat verzoekster niet heeft toegelicht in welk opzicht hetgeen tussen partijen is overeengekomen op grond van redelijkheid en billijkheid zou moeten worden aangevuld dan wel opzigezet. Dat die laatste mogelijkheid zou hebben te gelden voor de contractuele verplichting tot betaling van de overeengekomen premie bestaat hoe dan ook geen grond, nu gedurende het gehele kalenderjaar 2025 op grond van de verschillende verzekeringen dekking heeft bestaan en de bij die verzekeringen behorende premie dus terecht in rekening is gebracht.

- 6.8. Gelet op de wijze waarop een en ander is verlopen, ziet de commissie aanleiding te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden aan verzoekster het klachtgeld van € 37,- te vergoeden.

Slotsom

- 6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie beslist dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster moet vergoeden het verschil in premie tussen de aanvullende ziektekostenverzekering en de aanvullende verzekering met betrekking tot de periode van 4 mei 2025 tot en met 4 september 2025, te weten een bedrag van totaal € 168,30, voor zover dit nog niet is gebeurd;
- (ii) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen;

(iii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het klachtgeld van € 37,-- moet vergoeden.

Zeist, 9 oktober 2026,

S.M.L.M. Schneiders-Spoor

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. Wetgeving

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 2

1. Schuldeiser en schuldenaar zijn verplicht zich jegens elkaar te gedragen overeenkomstig de eisen van redelijkheid en billijkheid.
2. Een tussen hen krachtens wet, gewoonte of rechtshandeling geldende regel is niet van toepassing, voor zover dit in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn.

Artikel 248

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

Burgerlijk Wetboek Boek 7

Artikel 928

1. De verzekeringnemer is verplicht vóór het sluiten van de overeenkomst aan de verzekeraar alle feiten mede te delen die hij kent of behoort te kennen, en waarvan, naar hij weet of behoort te begrijpen, de beslissing van de verzekeraar of, en zo ja, op welke voorwaarden, hij de verzekering zal willen sluiten, afhangt of kan afhangen.
2. Indien de belangen van een bij het aangaan van de verzekering bekende derde worden gedekt, omvat de in lid 1 bedoelde verplichting mede de hem betreffende feiten die deze kent of behoort te kennen, en waarvan naar deze weet of behoort te begrijpen, de beslissing van de verzekeraar afhangt of kan afhangen. De vorige zin mist toepassing bij persoonsverzekering.
3. Betreft een persoonsverzekering het risico van een bekende derde die de leeftijd van zestien jaren heeft bereikt, dan omvat de mededelingsplicht mede de hem betreffende feiten die deze kent of behoort te kennen en waarvan, naar hij weet of behoort te begrijpen, de beslissing van de verzekeraar afhangt of kan afhangen.
4. De mededelingsplicht betreft niet feiten die de verzekeraar reeds kent of behoort te kennen, en evenmin feiten, die niet tot een voor de verzekeringnemer ongunstiger beslissing zouden hebben geleid. De verzekeringnemer of de derde, bedoeld in lid 2 of lid 3, kan zich er echter niet op beroepen dat de verzekeraar bepaalde feiten reeds kent of behoort te kennen indien op een daarop gerichte vraag een onjuist of onvolledig antwoord is gegeven. De mededelingsplicht betreft voorts geen feiten waarnaar ingevolge de artikelen 3 tot en met 6 van de Wet op de medische keuringen in de daar bedoelde gevallen geen medisch onderzoek mag worden verricht en geen vragen mogen worden gesteld.
5. De verzekeringnemer is slechts verplicht feiten mede te delen omtrent zijn strafrechtelijk verleden of omtrent dat van derden, voor zover zij zijn voorgevallen binnen de acht jaren die aan het sluiten van de verzekering vooraf zijn gegaan en voor zover de verzekeraar omtrent dat verleden uitdrukkelijk een vraag heeft gesteld in niet voor misverstand vatbare termen.
6. Indien de verzekering is gesloten op de grondslag van een door de verzekeraar opgestelde

vragenlijst, kan deze zich er niet op beroepen dat vragen niet zijn beantwoord, of feiten waarnaar niet was gevraagd, niet zijn medegedeeld, en evenmin dat een in algemene termen vervatte vraag onvolledig is beantwoord, tenzij is gehandeld met het opzet de verzekeraar te misleiden.

Artikel 929

1. De verzekeraar die ontdekt dat aan de in artikel 928 omschreven mededelingsplicht niet is voldaan, kan de gevolgen daarvan slechts invoeren indien hij de verzekeringnemer binnen twee maanden na de ontdekking op de niet-nakoming wijst onder vermelding van de mogelijke gevolgen.
2. De verzekeraar die ontdekt dat de verzekeringnemer heeft gehandeld met het opzet hem te misleiden of die bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten, kan de overeenkomst binnen twee maanden na ontdekking met dadelijke ingang opzeggen.
3. De verzekeringnemer kan de overeenkomst met dadelijke ingang opzeggen binnen twee maanden nadat de verzekeraar overeenkomstig lid 1 heeft gehandeld of zich bij de verwezenlijking van het risico op de niet-nakoming van de mededelingsplicht beroept. Bij persoonsverzekering kan de verzekeringnemer de beëindiging beperken tot de persoon, wiens risico het beroep op de niet-nakoming betreft.

Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering

Artikel 150

De partij die zich beroept op rechtsgevolgen van door haar gestelde feiten of rechten, draagt de bewijslast van die feiten of rechten, tenzij uit enige bijzondere regel of uit de eisen van redelijkheid en billijkheid een andere verdeling van de bewijslast voortvloeit.