



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen D te E, vertegenwoordigd door F te G  
Zaak : Klassenverzekering, beëindiging met terugwerkende kracht  
Zaaknummer : 201302250  
Zittingsdatum : 16 april 2014

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013, artt. 6:193a e.v. en 6:228 BW)

---

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer C te B,, tegen

D te E, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door F te G, hierna te noemen: gevolmachtigde.

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] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg buiten beschouwing.

Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen 2e klasse verzekering (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering), BAM pakket, [naam gevolmachtigde] Top Pakket BAM en Tandartsverzekering € 350,-- afgesloten. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

De verzekeringen BAM pakket, [naam gevolmachtigde] Top Pakket BAM en Tandartsverzekering € 350,-- zijn niet in geschil en blijven daarom in het vervolg buiten beschouwing.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Bij e-mailbericht van 23 april 2013 heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar verzocht de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht tot 1 januari 2006 te beëindigen en de betaalde premie te restitueren.

3.2. Bij e-mailbericht van 23 mei 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld de aanvullende ziektekostenverzekering coulancehalve met terugwerkende kracht tot 1 mei 2013 te beëindigen en de na deze datum betaalde premie te restitueren.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht tot 1 januari 2013 te beëindigen en de na deze datum betaalde premie te restitueren.

3.4. Bij brief van 6 januari 2014 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanvullende ziektekostenverzekering alsnog met terugwerkende kracht tot 1 januari 2006 te beëindigen en de betaalde premie te restitueren (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 verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 10 februari 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 februari 2014 aan verzoekster gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 3 maart 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.

3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 16 april 2014 in persoon gehoord.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

4.1. Jaren geleden heeft verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering gesloten. Deze verzekering zou dekking bieden voor een ziekenhuisopname in de tweede klasse. Recent is verzoekster echter gebleken dat klasseverpleging al sinds 1 januari 2006 niet meer plaatsvindt. De kwaliteit van de verzorging wordt sindsdien bepaald door medische en organisatorische overwegingen.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld dat de dekking bestaat uit een vergoeding voor de kosten van een telefoon, televisie, tijdschriften en dergelijke. Deze voorzieningen zal een verzekerde in de regel echter van thuis meebrengen.  
In plaats daarvan kan ook worden gekozen voor een daggeldvergoeding van € 23,-- tot een maximum van € 500,-- per kalenderjaar. Deze vergoeding staat niet in verhouding tot de maandelijkse premie van € 27,75. Verzoekster heeft berekend dat zij in totaal ongeveer € 2.100,-- heeft betaald voor een verzekering die niet de dekking biedt die zij mocht verwachten. Zij wenst deze verzekering dan ook met terugwerkende kracht tot 1 januari 2006 beëindigd te zien en vordert restitutie van de sindsdien betaalde premie.

4.3. Ter zitting is door verzoekster verwezen naar een stuk van de Minister van VWS, waarin deze stelt dat verzekeraars de klasseverzekering moeten afschaffen dan wel omzetten naar een comfortdekking. Zij moeten hun verzekerden daar ook op wijzen, en dit is niet gebeurd.

4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

#### 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster ieder jaar een zorgpolis gestuurd waarop alle verzekerde pakketten stonden. Ook was zij op de hoogte van de geldende polisvoorwaarden. Dat er als gevolg van wijzigingen in het aanbod mogelijk een beperktere beschikbaarheid is van zogenoemde klasse afdelingen valt niet onder de verantwoordelijkheid van de ziektekostenverzekeraar. De dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat uit de eventuele meerkosten van klasseverpleging. Wordt hiervan geen gebruik gemaakt, dan wordt een vergoeding verleend voor comfort zoals de huur van een televisie of een krant. Ook kan worden gekozen voor een daggeldvergoeding.  
De ziektekostenverzekeraar is niet bereid de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht tot 1 januari 2006 te beëindigen en de betaalde premie te restitueren.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat vanaf 2006 zorgpolissen zijn verstuurd. Verzoekster had kunnen nagaan waarvoor zij was verzekerd. Pas in 2013 heeft zij gereageerd. De verzekering is toen met terugwerkende kracht tot 1 januari 2013 beëindigd. Als er klasseverpleging wordt geboden bestaat er dekking. Als alternatief wordt een daggeldvergoeding geboden. Er is sprake geweest van een bewuste keuze.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.
- 6.2. De commissie is niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering van vóór 1 januari 2008.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht tot 1 januari 2006 te beëindigen en verzoekster de betaalde premie te restitueren.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarde

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil is de volgende verzekeringsvoorwaarde relevant.
- 8.2. De aanvullende ziektekostenverzekering kent één artikel, dat als volgt luidt:

*"A Wij vergoeden de kosten van ziekenhuisopname in de verzekerde klasse. Wij vergoeden uitsluitend de kosten die een ziekenhuis conform de rechtsgeldige tarieven declareert. In geval de opname in een ziekenhuis plaatsvindt dat wel onderscheid in klassenverpleging kent, wordt er bij opname in een lagere klasse dan de verzekerde klasse vergoeding verleend van € 23,00 per verpleegdag met een maximum van € 500,00 per kalenderjaar. In geval de opname in een ziekenhuis plaatsvindt dat geen onderscheid in klassenverpleging kent, kan verzekerde aanspraak maken op vergoeding van de kosten van voorzieningen die het verblijf in het ziekenhuis veraangename. Wij vergoeden ten hoogste € 23,00 per dag met een maximum van € 500,00 per kalenderjaar. Verleend wordt een tegemoetkoming in de kosten van:*

*• Telefoon bij het bed en/of telefoonkaarten; • Kranten en tijdschriften; • Televisie; De declaratie van deze kosten dienen door verzekeringnemer bij [naam ziektekostenverzekeraar] te worden gedeclareerd. Deze vergoeding wordt niet gegeven bij opname op de revalidatie- of psychiatrische afdeling van een ziekenhuis. B Wij vergoeden de kosten van een herstellingsoord tot maximaal € 100,00 per dag tot maximaal 28 dagen per kalenderjaar.*

*C Wij vergoeden de kosten van individueel taxivervoer bij zowel opname als bij ontslag. Wij vergoeden de rit naar het ziekenhuis en de rit terug voor partner/gezinsleden tot maximaal 4 ritten per ziekenhuisverblijf."*

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. De commissie is niet bevoegd met betrekking tot de aanvullende ziektekostenverzekering van vóór 1 januari 2008. Of verzoekster bij het aangaan van deze verzekering in 2006 heeft gedwaald kan derhalve niet worden beoordeeld.
- Naar door verzoekster ter zitting is betoogd, bestond bij de overgang van 2005 naar 2006 voor de ziektekostenverzekeraar een informatieplicht. Of en in hoeverre aan die verplichting invulling is gegeven kan de commissie niet beoordelen aangezien zij - zoals gezegd - niet bevoegd is ten aanzien van aanvullende ziektekostenverzekeringen van vóór 1 januari 2008.
- 9.2. Vast staat dat de aanvullende ziektekostenverzekering op 1 januari 2008 van kracht was en dat verzoekster beschikte over de op dat moment vigerende verzekeringsvoorwaarden. Zij had derhalve in 2008, en vervolgens van jaar tot jaar, de mogelijkheid van deze voorwaarden kennis te nemen en desgewenst de verzekering te beëindigen. Daarom komt de dwaling op grond van artikel 6:228 lid 2 BW, zo daarvan al sprake is, voor haar rekening.
- 9.3. Door verzoekster is gesteld dat de te betalen premie niet in verhouding staat tot de geboden dekking. Deze stelling treft naar het oordeel van de commissie geen doel. Vast staat dat de verzekering dekking biedt ingeval



van ziekenhuisopname in de verzekerde klasse. De opname hoeft niet noodzakelijkerwijs in Nederland plaats te vinden. Dat hier te lande geen klasseverpleging wordt geboden, is dan ook niet relevant. Voorts dekt de aanvullende ziektekostenverzekering de kosten van bepaalde voorzieningen zoals bijvoorbeeld telefoonkosten. Kan geen gebruik worden gemaakt van klasseverpleging, dan heeft de verzekerde aanspraak op een daggeld van € 23,- met een maximum van € 500,- per kalenderjaar. Voor zover verzoekster - achteraf - de vergelijking maakt tussen de daadwerkelijk betaalde premie en het verzekerde risico dat zich niet heeft gerealiseerd, geldt dat een dergelijke vergelijking zich niet verdraagt met het karakter van een verzekeringsovereenkomst. Dit is namelijk een kansovereenkomst. Zoals onder 9.2 is overwogen, lag het op de weg van verzoekster om bij de jaarlijkse prolongatie na te gaan in hoeverre de premie zich verhoudt tot het te verzekeren risico. Dat zij dit langere tijd heeft nagelaten, komt voor haar rekening.

- 
- 9.4. Voor zover verzoekster een beroep doet op het bepaalde in artikel 6:193a e.v. BW is de commissie van oordeel dat dit beroep niet slaagt, omdat de betreffende algemene voorwaarde niet als misleidend in de zin van genoemd artikel 6:193a BW kan worden beschouwd, aangezien hierin duidelijk onderscheid wordt gemaakt tussen de gevallen waarin een ziekenhuis wel of geen klassenverpleging kent, en in het laatste geval de aanvullende ziektekostenverzekering een tegemoetkoming biedt voor bepaalde kosten die anders in het geheel niet voor vergoeding in aanmerking komen.



### **Conclusie**

- 
- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.



10. Het bindend advies

- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 14 mei 2014,



Voorzitter