



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Aanvullende ziektekostenverzekering, acceptatie, verzwijging
Regelgeving : Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019, art. 7:928 e.v. BW
Zaaknummer : 201900798
Zittingsdatum : 18 december 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij klachtenformulier van 11 juli 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 30 augustus 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 2 september 2019 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 18 december 2019 gehoord.
- 2.4. Na de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar desgevraagd bij brief van 19 december 2019 verklaard dat verzoeker niet is geregistreerd als fraudeur.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker is met ingang van 1 januari 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ Tand Best (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en VGZ Aanvullend Goed.
- 3.2. Verzoeker heeft op 14 december 2018 bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering aangevraagd. Bij de vraag of hij binnen een jaar kosten voor orthodontie verwachtte, heeft verzoeker op het aanvraagformulier "nee" ingevuld. Op 24 december 2018 heeft verzoeker telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Op dat moment is gesproken over de kosten van orthodontie.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 20 februari 2019 aan verzoeker meegedeeld dat de door hem gedeclareerde kosten van orthodontische zorg, namelijk € 652,36, niet worden vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij ongedateerde brief heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft. In deze brief heeft de ziektekostenverzekeraar ook aan verzoeker medegedeeld de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 7 maart 2019 te beëindigen.

4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar gehouden is hem met terugwerkende kracht tot 1 januari 2019 te verzekeren volgens de aanvullende ziektekostenverzekering, inclusief de dekking voor orthodontische zorg, of - indien dit onderdeel van het verzoek wordt afgewezen -,
- (ii) de ziektekostenverzekeraar gehouden is hem met terugwerkende kracht tot 1 januari 2019 te verzekeren volgens de aanvullende verzekering Tand Beter.

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 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De toepasselijke wetsartikelen en verzekeringsvoorwaarden zijn vermeld in de bijlage bij dit advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

6.2. Vast staat dat verzoeker op 14 december 2018 via de website van de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering heeft aangevraagd. Bij deze aanvraag heeft de ziektekostenverzekeraar twee selectievragen gesteld. De eerste vraag was of de te verzekeren personen de afgelopen twee jaar een jaarlijkse controle bij de tandarts hebben gemist. De tweede vraag was of de te verzekeren personen binnen nu en een jaar één of meer specifiek genoemde behandelingen verwachten te ondergaan. Één van die behandelingen betrof orthodontie. Vast staat dat verzoeker beide vragen met "nee" heeft beantwoord, en dat de ziektekostenverzekeraar aan de hand hiervan heeft besloten de aanvullende ziektekostenverzekering ten behoeve van verzoeker af te sluiten. Verder vormt een gegeven dat verzoeker ten tijde van het afsluiten van de verzekering ermee bekend was dat hij behandelingen orthodontie zou ondergaan in het kalenderjaar 2019. Hij had op 7 december 2018 namelijk een eerste consult gehad bij de orthodontist.

6.3. Verzoeker heeft gesteld dat hij op 24 december 2018 tijdens een telefoongesprek met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar heeft meegedeeld orthodontische hulp nodig te hebben in het nieuwe jaar. Ook heeft hij verklaard dat hij toen heeft verteld dat hij de vragen op het aanvraagformulier niet juist had ingevuld. De medewerker heeft hem hierop gezegd dat hij geluk had dat de aanvullende ziektekostenverzekering toch was afgesloten. Verzoeker heeft vervolgens niet van de ziektekostenverzekeraar vernomen dat de aanvullende ziektekostenverzekering niet tot stand was gekomen of zou worden beëindigd. Verzoeker is van mening dat dit wel op de weg lag van de ziektekostenverzekeraar, als professionele partij. Nu heeft verzoeker kosten gemaakt die niet worden vergoed. Daarbij wordt hij bestempeld als fraudeur.

6.4. Gelet op artikel 6.5 van de aanvullende ziektekostenverzekering mag de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering opzeggen als de verzekerde opzettelijk geen, onvolledige of onjuiste inlichtingen of stukken heeft verstrekt die tot nadeel van de ziektekostenverzekeraar (kunnen) leiden en als de ziektekostenverzekeraar geen aanvullende ziektekostenverzekering zou hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. De ziektekostenverzekeraar stelt zich op het standpunt dat hij daarom mocht besluiten de aanvullende ziektekostenverzekering te beëindigen.

- 6.5. De commissie overweegt dat sprake is van een mededelingsplicht bij het aangaan van een verzekeringsovereenkomst. Dit is geregeld in artikel 7:928 van het Burgerlijk Wetboek (BW). Volgens het eerste lid van genoemd artikel is de verzekeringnemer verplicht vóór het sluiten van de overeenkomst aan de verzekeraar alle feiten mee 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. Tot deze feiten behoort in ieder geval het starten van de orthodontische behandeling. Zeker nu hier expliciet naar is gevraagd en de desbetreffende vraag naar het oordeel van de commissie niet voor meer dan één uitleg vatbaar was. Verzoeker heeft dus ten tijde van het aanvragen van de verzekering gehandeld met het opzet de ziektekostenverzekeraar te misleiden.
- 6.6. De sanctie op het niet voldoen aan de mededelingsplicht is geregeld in de artikelen 7:929 en 7:930 BW. Op grond van het tweede lid van artikel 7:929 BW kan 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, de overeenkomst binnen twee maanden na ontdekking met dadelijke ingang opzeggen.
- 6.7. In dit geval is door verzoeker evenwel gesteld, en door de ziektekostenverzekeraar niet bestreden, dat hij op 24 december 2018 tijdens een telefonisch onderhoud met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar heeft verteld in het nieuwe jaar orthodontische hulp nodig te hebben. Dit in afwijking van hetgeen bij de aanvraag was vermeld. Aangezien de aanvullende ziektekostenverzekering inging op 1 januari 2019, is deze informatie vóór het sluiten van de overeenkomst door verzoeker aan de ziektekostenverzekeraar meegedeeld. Dat het polisblad al was verzonden brengt hierin geen verandering. Dit betreft slechts een administratieve handeling. Omdat verzoeker zijn eerdere actie de ziektekostenverzekeraar te misleiden vóór de ingangsdatum van de aanvullende ziektekostenverzekering heeft hersteld, is de commissie van oordeel dat verzoeker de mededelingsplicht uiteindelijk niet heeft geschonden. De ziektekostenverzekeraar, inmiddels op de hoogte van de ware stand van zaken, heeft op dat moment niet meegedeeld dat de reeds verzonden polis dan als niet verzonden moest worden beschouwd. De ziektekostenverzekeraar mocht de verzekering niet alsnog met ingang van 7 maart 2019 eenzijdig opzeggen, en moet de gedeclareerde nota's aan verzoeker vergoeden.
- 6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie beslist dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is verzoeker met terugwerkende kracht tot 1 januari 2019 te verzekeren volgens de aanvullende ziektekostenverzekering, inclusief de dekking voor orthodontische zorg.
- 7.2. De commissie beslist dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het entreegeld van € 37,- aan verzoeker te vergoeden.

Zeist, 8 januari 2020,

J.A.M. Strens-Meulemeester

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

1.5. Rechtstreekse betaling

Wij mogen de zorgkosten rechtstreeks betalen aan de zorgverlener. U heeft dan zelf geen recht meer op de vergoeding.

1.6. Verrekening van kosten

Als wij rechtstreeks aan de zorgverlener betalen, moet u soms toch iets bijbetalen. Soms hebben wij meer vergoed dan waartoe we volgens uw aanvullende verzekering(en) verplicht zijn. Of de kosten van zorg komen om een andere reden voor uw rekening. Dan bent u als verzekeringnemer **i** de kosten verschuldigd aan ons. Deze bedragen brengen wij later bij u in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.7. Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg heeft u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke **i** toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. In het zorgartikel vindt u informatie hierover.

Verwijzing of voorschrift

Staat in het zorgartikel dat u een verwijzing of voorschrift nodig heeft? Dan kunt u die vragen aan de zorgverlener die wij in het artikel noemen. Vaak is dat de huisarts.

Toestemming

U heeft soms onze toestemming **i** nodig voordat u de zorg krijgt. Deze toestemming noemen wij ook wel een machtiging. Als u vooraf geen toestemming heeft gekregen, dan heeft u geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij een contract hebben gesloten? Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Uw zorgverlener beoordeelt dan of u voldoet aan de voorwaarden en/of vraagt voor u toestemming bij ons aan. U kunt uw aanvraag ook rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vindt u voorin de verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij voor de voor u betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen.

1.8. Wanneer heeft u recht op (vergoeding van kosten van) verzekerde zorg?

U heeft recht op (vergoeding van de kosten van) zorg als de zorg is geleverd tijdens de looptijd van uw aanvullende verzekering. In deze verzekeringsvoorwaarden spreken wij daarbij over (kalender)jaren. Om te bepalen aan welk (kalender) jaar de gedeclareerde kosten moeten worden verbonden, kijken wij naar de door uw zorgverlener opgegeven datum waarop de zorg is geleverd. Deze datum is daarvoor bepalend. Stel uw behandeling valt in twee kalenderjaren, en de zorgverlener mag de kosten hiervan in één bedrag in rekening brengen (bijvoorbeeld een diagnose-behandel-combinatie) **i**. Dan vergoeden wij deze kosten als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de aanvullende verzekering en horen de kosten bij het kalenderjaar waarin uw behandeling is gestart.

1.9. Uitsluitingen

U heeft geen recht op:

- vormen van zorg of diensten die worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift, zoals de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet, of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015;
- (vergoeding van de kosten van) zorg die samenhangt met ziekten of afwijkingen, die al bestonden vóór of bij het tot stand komen van de aanvullende verzekering en waarmee u bekend was of kon zijn of waarvan u toen klachten ondervond, terwijl hiervan niet schriftelijk melding is gemaakt aan ons. Deze uitsluiting is niet van toepassing als de aanvullende verzekering zonder medische of tandheelkundige selectie tot stand is gekomen;
- vergoeding van kosten omdat u niet op een afspraak met een zorgverlener bent verschenen (de zogenoemde 'no show fee');
- vergoeding van kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die derden zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring in rekening brengen, administratiekosten of kosten voor het niet op tijd betalen van nota's van zorgverleners;
- vergoeding van eigen bijdragen die, of eigen risico dat, u moet betalen op grond van een andere verzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop u aanspraak kunt maken op grond van de Zorgverzekeringswet als u verzekeringsplichtige volgens die wet bent;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop u aanspraak kunt maken of zou kunnen maken volgens de Wet langdurige zorg (Wlz), de Zorgverzekeringswet of een andere wet, voorziening of verzekering al dan niet van oudere datum als de aanvullende verzekering bij ons niet zou bestaan. In dat geval is deze aanvullende verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan komt volgens deze verzekeringsvoorwaarden alleen die schade voor uitkering in aanmerking die boven het bedrag ligt waarop u ergens anders aanspraak zou kunnen maken. Wij hanteren het convenant samenloop reisverzekeringen en aanvullende ziektekostenverzekeringen. U kunt het convenant vinden op onze website;
- vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van ons handelen of nalaten;

6.2.3. Wijziging aanvullende verzekering

U kunt uw aanvullende verzekering(en) wijzigen. Het bepaalde in 6.2.1. en 6.2.2. is van toepassing. U als verzekeringnemer moet de wijziging uiterlijk 31 januari 2019 aan ons doorgeven. De wijziging gaat in (met terugwerkende kracht) per 1 januari 2019. Onder een wijziging verstaan we het overstappen naar een andere aanvullende verzekering die wij aanbieden. Als u wilt overstappen naar een aanvullende verzekering van een andere verzekeraar, dan moet u uw huidige aanvullende verzekering opzeggen. Uw opzegging moet u uiterlijk 31 december aan ons doorgeven (zie artikel 6.4).

Voor zorg waarbij vergoedingstermijnen van meer dan een kalenderjaar gelden, lopen deze termijnen door bij wijziging van een aanvullende verzekering binnen VGZ. Dit betekent dat eerder door ons uitgekeerde vergoedingen op grond van een vorige aanvullende verzekering meegenomen worden naar de nieuwe aanvullende verzekering. Op voorwaarde dat in uw nieuwe aanvullende verzekering een vergoeding is opgenomen voor deze zorg.

6.3. Einde van rechtswege

De aanvullende verzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop:

- de zorgverzekeraar door wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen verzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren. Wij informeren u hierover uiterlijk 2 maanden van tevoren;
- de verzekerde overlijdt;
- de zorgverzekeraar stopt met het aanbieden en uitvoeren van de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde aanvullende verzekering(en). Wij informeren u hierover uiterlijk 3 maanden van tevoren.

U als verzekeringnemer bent verplicht ons zo snel mogelijk te informeren over het overlijden van een verzekerde of andere feiten en omstandigheden over de verzekerde die tot het einde van de aanvullende verzekering leiden.

Als wij vaststellen dat de aanvullende verzekering is geëindigd of zal eindigen, dan sturen wij u zo spoedig mogelijk een bewijs van einde.

6.4. Wanneer kunt u uw aanvullende verzekering(en) opzeggen?

6.4.1. Jaarlijks

U als verzekeringnemer kunt de aanvullende verzekering(en) schriftelijk opzeggen per 1 januari van ieder jaar op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar hebben ontvangen.



Let op

U kunt jaarlijks per 1 januari uw aanvullende verzekering(en) opzeggen. Voorwaarde is wel dat wij uw opzegging uiterlijk op 31 december hebben ontvangen.

6.4.2. Tussentijds

U als verzekeringnemer kunt de aanvullende verzekering(en) tussentijds schriftelijk opzeggen:

- bij premie en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 5.2;
- tegelijk met het beëindigen van onze zorgverzekering;
- van een meeverzekerd kind als dit kind 18 jaar wordt. De opzegging gaat in op de eerste dag van de maand volgend op de maand waarin uw kind 18 jaar wordt. Voorwaarde is dat wij de opzegging hebben ontvangen vóór het einde van de maand waarin uw kind 18 jaar wordt.

6.4.3. Opzegservice

U kunt voor opzegging van de aanvullende verzekering(en) zoals bedoeld in artikel 6.4.1. en 6.4.2. ook gebruikmaken van de opzegservice van de Nederlandse zorgverzekeraars. Dit houdt in dat u de verzekeraar van de nieuwe aanvullende verzekering(en) toestemming geeft om de oude aanvullende verzekering(en) op te zeggen.

6.5. Wanneer kunnen wij de aanvullende verzekering(en) opzeggen, ontbinden of schorsen?

Wij kunnen de aanvullende verzekering(en) schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

- als u de verschuldigde bedragen niet op tijd betaald heeft, zoals vermeld in artikel 3.5;
- als er sprake is van fraude (zie artikel 2.4);
- als u ons opzettelijk geen, niet-volledige of onjuiste inlichtingen of stukken heeft verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;
- als u heeft gehandeld met het opzet ons te misleiden of als wij geen aanvullende verzekering(en) zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken.

In die gevallen kunnen wij binnen 2 maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang de aanvullende verzekering(en) opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen. Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.