



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg en
OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te
Tilburg
Zaak : Beëindiging aanvullende ziektekostenverzekering, kenbaarheid, wilsovereenstemming
Zaaknummer : 201701534
Zittingsdatum : 21 februari 2018

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

(Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015, 2016 en 2017)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, en
 - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was tot 1 januari 2016 ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering ComfortPakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en met ingang van die datum de verzekering Tandarts Collectief. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar eind 2015 verzocht de aanvullende verzekering Uitgebreide Tandarts Collectief met ingang van 1 januari 2016 te activeren. Bij brief van 23 februari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.
- 3.2. Een verzoek tot vergoeding van de kosten van fysiotherapie en osteopathie is door de ziektekostenverzekeraar in augustus 2017 afgewezen, omdat verzoeker hiervoor niet (meer) was verzekerd. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar vervolgens gevraagd de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht tot 1 januari 2016 te herstellen. De ziektekostenverzekeraar heeft hem hierop medegedeeld dat niet aan zijn verzoek kon worden voldaan. De aanvullende ziektekostenverzekering was beëindigd en zou eerst met ingang van 1 januari 2018 kunnen worden geactiveerd. De aanvullende verzekering Tandarts Collectief was met ingang van 1 januari 2016 van kracht geworden en bleef geactiveerd.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissingen gevraagd. Bij e-mailbericht van 21 augustus 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissingen te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten de aanvullende verzekering Tandarts Collectief met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2016 te beëindigen.


- 3.5. Bij brief van 3 november 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanvullende ziektekostenverzekering alsnog met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2016 te herstellen (hierna: het verzoek).
 - 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
 - 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 11 januari 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 januari 2018 aan verzoeker gezonden.
 - 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 28 januari 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 2 februari 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
 - 3.9. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
 - 3.10. Verzoeker is op 21 februari 2018 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen.
 - 3.11. Tijdens de hoorzitting is afgesproken dat de ziektekostenverzekeraar de commissie binnen één week zal mededelen of hij alsnog bereid is de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2016 te herstellen. Bij brief van 22 februari 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie geantwoord. Een afschrift van deze brief is op 28 februari 2018 aan verzoeker gezonden, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop binnen tien dagen te reageren. Verzoeker heeft bij brief van 6 maart 2018 zijn reactie aan de commissie gezonden. Een afschrift van deze brief is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
 - 4.1. Verzoeker heeft eind 2015 bij de ziektekostenverzekeraar telefonisch de aanvullende verzekering Uitgebreide Tandarts Collectief aangevraagd. Deze aanvraag is echter na het indienen van een tandartsverklaring afgewezen. In 2017 is verzoeker gebleken dat de kosten van fysiotherapie en osteopathie niet meer werden vergoed, terwijl deze wel onder de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering zouden vallen. Verzoeker heeft daarom telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Tijdens dit gesprek bleek dat de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering had gewijzigd naar de verzekering Tandarts Collectief. Verzoeker heeft echter nooit verzocht of toestemming gegeven om het de aanvullende ziektekostenverzekering te beëindigen of te wijzigen. Zijn aanvraag betrof de verzekering Uitgebreide Tandarts Collectief en niet de verzekering Tandarts Collectief. Hij heeft daarom de ziektekostenverzekeraar verzocht een en ander met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2016 ongedaan te maken.
 - 4.2. Verzoeker benadrukt dat hij reeds vanaf 2004 de aanvullende ziektekostenverzekering heeft gehad. De ziektekostenverzekeraar mocht daarom niet zomaar ervan uitgaan dat hij deze verzekering wilde beëindigen. Ook uit het declaratieverleden van verzoeker kan worden opgemaakt dat hij de aanvullende ziektekostenverzekering wilde voortzetten. Bovendien kan de ziektekostenverzekeraar kennelijk bepaalde wijzigingen aanbrengen op basis van een telefoongesprek, maar is de handtekening van de verzekerde nodig voor andere wijzigingen.

Daarnaast is verzoeker het niet ermee eens dat uit de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde telefoonnotitie blijkt dat hij de aanvullende ziektekostenverzekering wilde opzeggen.


- 4.3. Verzoeker merkt op dat hij het eerste polisblad voor 2016 per post heeft ontvangen. Het tweede, gewijzigde, polisblad is alleen in de Mijn-omgeving te zien geweest.
- 4.4. Het was verzoeker destijds helder dat de aanvullende verzekering Uitgebreide Tandarts Collectief was afgewezen. Het was hem toen evenwel niet duidelijk dat de ziektekostenverzekeraar voor hem de aanvullende verzekering Tandarts Collectief had geactiveerd. Verzoeker vond het wel vreemd dat in de brief werd vermeld dat hij de verzekering binnen veertien dagen kon opzeggen, omdat de aanvraag immers al was afgewezen. Bij nader inzien is het woord 'Uitgebreide' hem destijds ontgaan.
Het bevreemdt verzoeker dat hij binnen veertien dagen moet reageren als er een fout is gemaakt, ongeacht door wie deze is gemaakt.
- 4.5. Ten aanzien van de in 2016 afgewezen vergoedingen merkt verzoeker op dat hij destijds wel van plan was hierop actie te ondernemen richting de ziektekostenverzekeraar, maar dat dit door omstandigheden niet ervan is gekomen. Om problemen te voorkomen heeft hij toen na de tweede aanmaning de kosten betaald.
- 4.6. Ter zitting is door verzoeker verklaard dat hij na het telefoongesprek van 31 december 2015 zijn polisblad niet heeft bekeken. Hiertoe bestond volgens hem geen aanleiding omdat hij al jaren dezelfde verzekeringen had. Het niet vergoeden van een nota in 2016 was de eerste 'trigger' dat er iets niet klopte. De nota bedroeg € 61,-- en verzoeker vond het niet vreemd dat een dergelijk bedrag eenmalig niet werd vergoed. Pas nadat meerdere nota's niet werden vergoed, bekwam hem het gevoel dat er iets anders speelde. Dit was in 2017. Verzoeker merkt hierbij op dat hij nota's meestal in de zomer- en kerstvakantie ter declaratie indient, omdat hij in deze periodes hiervoor tijd heeft. Daarnaast gevraagd, heeft verzoeker verklaard dat hij het polisblad voor 2017 niet heeft bekeken, omdat daar zijns inziens geen aanleiding toe bestond. Hij heeft namelijk al sinds 2004 dezelfde verzekeringen. Bovendien is tijdens het gesprek van 31 december 2015 alleen gesproken over de tandartsverzekering. In dit gesprek is de aanvullende ziektekostenverzekering in het geheel niet ter sprake gekomen.
- 4.7. Verzoeker heeft bij brief van 6 maart 2018 gereageerd op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 22 februari 2018. Verzoeker benadrukt dat als de ziektekostenverzekeraar zijn werk goed had gedaan, de verzekering ongewijzigd was voortgezet. Op 31 december 2015 heeft hij alleen geïnformeerd naar de mogelijkheid voor een tandartsverzekering. Dat de ziektekostenverzekeraar hem niet goed heeft begrepen, komt voor diens rekening.
Verzoeker merkt op dat de door de ziektekostenverzekeraar genoemde notificatiemail(s) hem niet bekend zijn en dat deze evenmin aanwezig zijn in zijn mailbox. Verzoeker tekent voorts aan dat hij wel degelijk heeft gereageerd op het bericht van de ziektekostenverzekeraar van 4 januari 2017.
- 4.8. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.


5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Verzoeker heeft op 31 december 2015 telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Van dit gesprek is een notitie gemaakt, waarin is vermeld:
"- **WIJZIGEN AANVULLENDE VERZEKERING** -
Datum ingang 01-01-2016
Aanvullende verzekering: Geen aanvullende verzekering
Aanvullende tandartsverzekering: Uitgebreide Tandarts Collectief"
Hieruit blijkt duidelijk dat verzoeker de aanvullende ziektekostenverzekering wilde beëindigen. Naar aanleiding van voornoemd telefoongesprek heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker op 20 januari 2016 een nieuw polisblad gestuurd. Hierop is vermeld dat verzoeker naast de zorgverzekering alleen de aanvullende verzekering Tandarts Collectief heeft. Diezelfde dag




heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een tandartsverklaring gestuurd die hij door zijn tandarts moest laten invullen in verband met de aangevraagde aanvullende verzekering Uitgebreide Tandarts Collectief. Op basis van de ingevulde tandartsverklaring is de aanvraag voor voornoemde verzekering afgewezen. De aanvullende verzekering Tandarts Collectief is wèl actief gebleven. In de brief waarin de afwijzing van de aanvullende verzekering Uitgebreide Tandarts Collectief werd medegedeeld, was duidelijk vermeld dat de Tandarts Collectief was geactiveerd, maar dat verzoeker deze, indien gewenst, binnen veertien dagen kon opzeggen. Van verzoeker is vervolgens geen bericht tot opzegging ontvangen.


- 
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat uit zijn administratie duidelijk blijkt dat de aanvullende ziektekostenverzekering door verzoeker is opgezegd. Dit kan ook telefonisch en uit eerder genoemde telefoonnotitie blijkt dat dit is gebeurd. Het polisblad is de schriftelijke bevestiging hiervan. Verzoeker dient dit te controleren.




Als het niet de bedoeling van verzoeker was de aanvullende ziektekostenverzekering te beëindigen, had hij dit redelijkerwijs kunnen opmerken en herstellen na ontvangst van zijn polisblad voor 2016 (dan wel 2017). De verzekerde blijft altijd de verantwoordelijkheid houden om te controleren of het polisblad overeenstemt met hetgeen hij wilde overeenkomen. Bovendien ligt in het onderhavige geval een controle des te meer in de lijn der verwachting, omdat onbetwist een telefoongesprek en wijzigingsverzoek hadden plaatsgevonden op 31 december 2015.




Op 16 november 2016 is aan verzoeker het polisblad voor 2017 gezonden. Ook hierop staan alleen de zorgverzekering en de verzekering Tandarts Collectief vermeld. Verzoeker heeft evenmin naar aanleiding van het polisblad voor 2017 contact gezocht met de ziektekostenverzekeraar.





Eerst op 14 augustus 2017 heeft verzoeker telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar, omdat hij de kosten van de fysiotherapeut en de osteopaat niet vergoed had gekregen. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat hij de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2016 zou hebben hersteld indien verzoeker kort na ontvangst van het polisblad voor 2016 of 2017 hierom had verzocht. Echter, de ziektekostenverzekeraar ziet in de reactie van verzoeker van augustus 2017 geen aanleiding om alsnog tot herstel over te gaan.

- 
- 5.3. In 2016 waren reeds twee behandelingen fysiotherapie afgewezen voor vergoeding. De kosten hiervan werden door de ziektekostenverzekeraar vergoed aan de zorgaanbieder, en daarom heeft de ziektekostenverzekeraar deze kosten van verzoeker gevorderd. Hij heeft naar aanleiding van het afwijzen van de vergoeding en de ingestelde vordering niet gereageerd. Verzoeker heeft zich derhalve eerder ook niet gedragen alsof hij ervan uitging dat hij de aanvullende ziektekostenverzekering nog had.




Voor zover verzoeker aanvoert dat hij wel had willen reageren, maar dat het er niet van is gekomen, merkt de ziektekostenverzekeraar op dat verzoeker, door zo lang te wachten met reageren, het risico heeft genomen dat ook toekomstige kosten niet voor vergoeding in aanmerking zouden komen.


- 
- 5.4. Naar aanleiding van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar besloten de aanvullende verzekering Tandarts Collectief met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2016 te beëindigen, ondanks dat de verzekering op twee polisbladen en in de brief van 23 februari 2016 stond vermeld, en verzoeker naar aanleiding hiervan de ziektekostenverzekeraar niet heeft verzocht deze verzekering te beëindigen.



Gebleken is dat verzoeker van 1 januari 2016 tot en met 28 september 2017 geen kosten heeft gedeclareerd ten laste van de betreffende verzekering. Daarnaast is in de administratie van de ziektekostenverzekeraar geen notitie gemaakt dat verzoeker zelf om deze verzekering heeft gevraagd. Daarom is de ziektekostenverzekeraar bereid geweest verzoeker op dit punt tegemoet te komen.



Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering handhaaft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt evenwel, omdat ter zake van deze verzekering wèl een notitie in zijn administratie staat. Bovendien ontbreken van de zijde van verzoeker gedragingen die het bestaan van deze verzekering bevestigen.



- 5.5. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat verzoeker op 17 december 2017 een groot aantal nota's ter declaratie heeft ingediend. Het betreft voor een deel recente nota's, maar tevens nota's die betrekking hebben op 2016 of begin 2017. Deze nota's zijn niet vergoed. Het staat verzoeker natuurlijk vrij nota's te verzamelen en deze pas later te declareren, maar het bevreemdt de ziektekostenverzekeraar dat hij hiermee twee jaar heeft gewacht.
De ziektekostenverzekeraar merkt in dit kader op dat een aanvullende verzekering een schadeverzekering is. Een schadeverzekering dekt het risico dat in de toekomst kosten gaan worden gemaakt. Door pas na ruim anderhalf jaar te reageren, is al voldoende duidelijk welke kosten zijn gemaakt. De verzekering wordt dan niet meer voor toekomstige kosten afgesloten, maar voor kosten die reeds zijn gemaakt. Dit is echter niet de bedoeling van een schadeverzekering.
- 5.6. Ten aanzien van de opmerking van verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar op basis van het polisverleden en de declaraties had kunnen opmerken dat het mogelijk vreemd is dat na elf jaar ineens de aanvullende ziektekostenverzekering wordt stopgezet, merkt de ziektekostenverzekeraar het volgende op. Een verzekeringnemer kan om een hem moverende reden ook na jaren een verzekering stopzetten. Het is niet aan de ziektekostenverzekeraar hierover te oordelen. Verder kunnen de medewerkers van de ziektekostenverzekeraar die de poliswijzigingen verwerken niet de declaratiegegevens van de verzekerde inzien. De medische gegevens van een verzekerde mogen namelijk, gelet op de privacy, niet door iedere medewerker van de ziektekostenverzekeraar worden bekeken.
- 5.7. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat uit de telefoonnotitie van 31 december 2015 blijkt dat verzoeker de aanvullende ziektekostenverzekering wel degelijk wilde opzeggen. Op 20 januari 2016 is per post een polisblad aan verzoeker gezonden.
Er is wel erg veel tijd overheen gegaan voordat de beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering aan het licht kwam. Als verzoeker eerder aan de bel had getrokken, was de polis hersteld. Het lijkt er evenwel op alsof verzoeker achteraf dacht dat de aanvullende ziektekostenverzekering toch wel handig was, vanwege de declarabele kosten. In het onderhavige geval is van belang, dat op het moment van de melding de 'risicoperiode' reeds voor een deel was verstreken.
Daarnaar gevraagd, heeft de ziektekostenverzekeraar geantwoord dat op grond van de polisvoorwaarden een verzekering schriftelijk moet worden opgezegd. Echter, aan het einde van het kalenderjaar kan door de drukte een schriftelijke opzegging te laat worden ontvangen. Om dit te voorkomen, worden aan het einde van het jaar ook telefonische opzeggingen geaccepteerd. In reactie op een vraag daartoe van de commissie, heeft de ziektekostenverzekeraar toegezegd te willen overwegen om de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker met terugwerkende kracht tot 1 januari 2016 te herstellen, en de commissie hierover binnen één week te informeren. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat verzoeker voor het jaar 2018 de aanvullende verzekering Plus heeft afgesloten. Deze verzekering heeft een ruimere dekking dan de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.8. In vervolg op de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie bij brief van 22 februari 2018 medegedeeld dat hij geen reden ziet de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2016 te herstellen. Verzoeker heeft op 16 november 2015 een polisblad voor 2016 ontvangen. Op 20 januari 2016 is hem per post nogmaals een polisblad voor 2016 gestuurd. Gezien het feit dat verzoeker destijds bezig was met het afsluiten van een tandartsverzekering mag van hem worden verwacht dat hij dit polisblad zou controleren. Ook omdat hij tweemaal een polisblad over 2016 heeft ontvangen, ligt het in de verwachting dat het tweede polisblad wordt ingezien. De ziektekostenverzekeraar merkt verder op dat aan verzekerden, als zij via de Mijn-omgeving post ontvangen, altijd een notificatiemail wordt gestuurd, zodat bekend is dat er post klaarstaat.
Verzoeker heeft op 4 januari 2017 het bericht ontvangen dat twee zittingen fysiotherapie niet worden vergoed. Ook hierop heeft hij niet gereageerd.
De ziektekostenverzekeraar heeft een overzicht meegezonden waarop is vermeld welke nota's zouden zijn vergoed als verzoeker de aanvullende ziektekostenverzekering wél had gehad.

De ziektekostenverzekeraar benadrukt hierbij dat het merendeel van de behandelingen heeft plaatsgevonden na zijn brief van 4 januari 2017.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A.22 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie 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 de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker terecht heeft beëindigd met ingang van 1 januari 2016.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden

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

8.2. In artikel A.4.4 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat de verzekering één volledig jaar duurt. De verzekering wordt van jaar tot jaar verlengd. Dit wordt ieder jaar aan de verzekerde medegedeeld voordat de verlenging ingaat. De verzekerde heeft dan de gelegenheid zijn verzekering te wijzigen of te beëindigen.

8.3. Artikel A.5 van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt wanneer de verzekerde de verzekering kan opzeggen of wijzigen, en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

A.5.2. Met ingang van een nieuw jaar

*U (verzekeringnemer) kunt uw verzekering elk jaar opzeggen of wijzigen. Wij moeten dan uiterlijk op 31 december schriftelijk uw opzegging of wijziging hebben ontvangen. Ontvangen wij die later, dan blijft uw lopende verzekering nog een jaar gelden en eindigt daarna op 1 januari. Dit artikel geldt niet voor een zorgverzekering die Zorginstituut Nederland voor u heeft gesloten; zie artikel A.5.8. Bij wijziging sluit u - nadat wij hiermee akkoord zijn gegaan - bij ons een andere, vervangende verzekering. Uw lopende verzekering eindigt dan per 1 januari daaropvolgend.
(...)"*

8.4. In artikel A.2.8 van de aanvullende ziektekostenverzekering is ter zake van de controle van het polisblad het volgende bepaald:

"Wij gaan er vanuit dat de gegevens op uw aanvraag van u zijn. U moet de gegevens op het polisblad zorgvuldig controleren. Als de gegevens op het polisblad niet juist of niet volledig zijn, moet u ons dat binnen 30 dagen na ontvangst van het polisblad melden. Neemt u binnen die periode daarover geen contact met ons op, dan gaan we er vanuit dat deze gegevens juist en volledig zijn."

9. Beoordeling van het geschil

9.1. In artikel A.4.4 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat de verzekering wordt aangegaan voor de duur van één jaar en dat deze daarna steeds (stilzwijgend) met één kalenderjaar wordt verlengd. In artikel A.5.2 is bepaald dat de aanvullende ziektekostenverzekering tot en met uiterlijk 31 december van het lopende kalenderjaar kan worden opgezegd. Partijen verschillen van mening of verzoeker de aanvullende ziektekostenverzekering heeft opgezegd met ingang van 1 januari 2016.

- 9.2. In artikel A.5.2 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat een opzegging of wijziging schriftelijk moet plaatsvinden. Aan deze eis is in de onderhavige situatie niet voldaan. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat een opzegging ook telefonisch kan plaatsvinden, zeker aan het einde van het kalenderjaar wanneer de kans bestaat dat een schriftelijke opzegging niet tijdig wordt ontvangen. Een dergelijke afwijking van de verzekeringsvoorwaarden valt naar het oordeel van de commissie te billijken. Ook in het onderhavige geval werd immers pas op 31 december 2015 door verzoeker telefonisch contact gezocht met de bedoeling de verzekering nog te wijzigen.
- 9.3. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker destijds de ziektekostenverzekeraar heeft benaderd om de aanvullende verzekering Uitgebreide Tandarts Collectief aan te vragen. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker tijdens dit gesprek tevens kenbaar gemaakt de aanvullende ziektekostenverzekering te willen beëindigen per 1 januari 2016. Dit laatste wordt door verzoeker evenwel ontkend. In de telefoonnotitie die de ziektekostenverzekeraar van het gesprek heeft gemaakt, staat vermeld: *"Aanvullende verzekering: Geen aanvullende verzekering"*. Kennelijk is destijds door verzoeker een opmerking gemaakt die door de ziektekostenverzekeraar is opgevat als een opzegging van de aanvullende ziektekostenverzekering, zoals ook blijkt uit het verdere verloop. Mede in het licht van de datum - immers de laatste dag waarop regulier kan worden opgezegd - valt te begrijpen dat de ziektekostenverzekeraar de verklaring van verzoeker heeft opgevat zoals hij heeft gedaan. Daarom oordeelt de commissie dat verzoeker geen beroep kan doen op een eventueel van zijn verklaring afwijkende wil, en dat de ziektekostenverzekeraar mocht aannemen dat de aanvullende ziektekostenverzekering door verzoeker werd opgezegd met ingang van 1 januari 2016.
- 9.4. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting verklaard dat vanwege de opzegging op 20 januari 2016 een nieuw polisblad voor 2016 aan verzoeker is gezonden. Dit is door verzoeker niet weersproken, daarom neemt de commissie dit als vaststaand aan. Een polisblad is op grond van artikel 7:932 BW een bewijs van de verzekering die tussen partijen is afgesloten. De aanvullende ziektekostenverzekering staat niet vermeld op het polisblad voor 2016 en 2017. Door verzoeker is niet gereageerd op het in januari 2016 toegestuurde polisblad voor 2016 en/of het nadien gezonden polisblad voor 2017. Ook de afwijzing van diverse nota's voor zorg die onder de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering valt, vormde voor hem geen aanleiding op dit punt actie te ondernemen. Verzoeker stelt weliswaar dat hij heeft gereageerd naar aanleiding van de brief van de ziektekostenverzekeraar van 4 januari 2017, maar uit het dossier blijkt niet wanneer of in welke vorm dit is gebeurd, zodat die stelling niet aannemelijk is geworden en de commissie hieraan voorbij gaat. Uit het dossier blijkt dat verzoeker eerst in augustus 2017 bij de ziektekostenverzekeraar heeft gereclameerd. De commissie onderschrijft de opvatting van de ziektekostenverzekeraar dat toen sinds de opzegging van de aanvullende ziektekostenverzekering teveel tijd was verstreken, waardoor aannemelijk is dat het voor verzoeker niet langer ging om het afdekken van een mogelijk financieel risico, maar het maken van een 'kosten/batenanalyse', waarbij de uitkomst was dat de declarabele kosten meer bedroegen dan de uitgaven voor de premie over dat tijdvak. Van de ziektekostenverzekeraar kan niet worden verwacht dat hij hierin meegaat.

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, 4 april 2018,



H.A.J. Kroon

