



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, in deze vertegenwoordigd door Aevitae B.V. te Heerlen
Zaak : Beëindigen aanvullende verzekering, klassenverzekering
Zaaknummer : 201701646
Zittingsdatum : 10 januari 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, in deze vertegenwoordigd door Aevitae B.V. te Heerlen.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen 2e klasse verzekering, Aevitae Vip Pakket en Tandartsverzekering 100% max. € 1.750,- afgesloten. Thans is alleen de 2e klasse verzekering (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) in geschil. De overige verzekeringen blijven daarom verder onbesproken. De 2e klasse verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding


- 3.1. Bij brief van 6 juli 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 januari 2018 niet meer door hem zal worden aangeboden, en dat deze verzekering daarom eindigt op 31 december 2017
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 4 september 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 6 september 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanvullende ziektekostenverzekering ook na 1 januari 2018 voort te zetten (hierna: het verzoek).
- 3.4. 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.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 24 november 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 november 2017 aan verzoeker gezonden.


- 3.6. Verzoeker heeft bij brief van 7 december 2017 gereageerd op de onder 3.5 genoemde reactie van de ziektekostenverzekeraar. Hij heeft in zijn brief een voorstel gedaan voor het oplossen van het onderhavige geschil. Een afschrift van deze brief is op 13 december 2017 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 14 december 2017 het voorstel van verzoeker afgewezen.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 15 en 29 december 2017 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.


4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker


- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 6 juli 2017 medegedeeld dat hij de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker met ingang van 1 januari 2018 beëindigt, omdat deze verzekering vanaf die datum niet meer door hem wordt aangeboden. Verzoeker heeft niet ingestemd met deze beëindiging en wenst voortzetting van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 4.2. Verzoeker merkt in dit verband op dat de ziektekostenverzekeraar eerder, te weten eind 2016, aan hem heeft medegedeeld dat de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 januari 2017 zou worden beëindigd. Na bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar begin 2017 besloten de aanvullende ziektekostenverzekering toch voort te zetten.
- 4.3. Verzoeker voert aan dat het voor hem, gezien zijn leeftijd en medisch verleden, onmogelijk is om een soortgelijke verzekering af te sluiten in de huidige markt. De ziektekostenverzekeraar maakt dus misbruik van zijn machtspositie. Ook is de serviceverlening van de ziektekostenverzekeraar onvoldoende, omdat verzoeker lopende het verzekeringsjaar niet op de hoogte is gehouden van eventuele veranderingen voor het nieuwe verzekeringsjaar. Verzoeker verklaart dat hij zijn schadeverzekeringen heeft ondergebracht bij de gevolmachtigde van de ziektekostenverzekeraar, en dat deze verzekeringen onlosmakelijk zijn verbonden met zijn verzekering teven ziektekosten. Het door de ziektekostenverzekeraar aangedragen voorstel van een klasseverzekering van een andere verzekeraar is voor verzoeker geen goed alternatief. Verzoeker zou dan zijn gehele 'zorgpolis' moeten oversluiten naar die verzekeraar, waardoor het totaal van aanspraken zou verminderen ten opzichte van zijn huidige dekking.
- 4.4. Verzoeker merkt op dat hij eerder over het hoofd heeft gezien dat de ziektekostenverzekeraar op zijn polis van 2017 een voor hem onbekend adviesbureau heeft vermeld als 'bemiddelaar'. Verzoeker vindt dit niet gepast.
- 4.5. Verzoeker heeft bij brief van 7 december 2017 gereageerd op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 24 november 2017. Hij stelt hierin dat de ziektekostenverzekeraar zijn zorgplicht niet is nagekomen en tekortschiet in zijn serviceverlening. Verzoeker benadrukt dat degenen die de betreffende aanvullende ziektekostenverzekering hebben afgesloten, gezien hun leeftijd, het medisch verleden en de zeer uitgebreide polisvoorwaarden (ook van de schadeverzekeringen) die onlosmakelijk zijn verbonden met de 'zorgpolis', geen kant op kunnen. Verzoeker stelt als oplossing van het onderhavige geschil voor de door hem betaalde premies vanaf 1 januari 2006 te restitueren als zijnde "*reservering aanvullende klasse dekking*" voor eventuele toekomstige ziekenhuisopnames. Dit betreft ongeveer € 350,26 per jaar. Het totale bedrag zou dan uitkomen op € 3.853,08. Verzoeker merkt op dat dit alternatief niet ideaal is, maar dat "*het uit nood is geboren*".
- 4.6. Verzoeker 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 in november 2016 aan verzoeker medegedeeld dat hij de aanvullende ziektekostenverzekering zou beëindigen met ingang van 1 januari 2017, omdat vanaf deze datum de aanvullende ziektekostenverzekering niet meer wordt aangeboden. Na bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar evenwel besloten de aanvullende ziektekostenverzekering in 2017 voort te zetten, omdat in artikel 6.3 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat de ziektekostenverzekeraar zijn verzekerden uiterlijk drie maanden vóór de beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering dient te informeren, en deze termijn niet was in acht genomen. De aanvullende ziektekostenverzekering is daarom in 2017 voortgezet tegen de premie die in 2016 van toepassing was.

 5.2. Bij brief van 6 juli 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker, onder verwijzing naar de eerdere correspondentie, medegedeeld dat de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 januari 2018 niet meer zal worden aangeboden. Dit betekent dat de aanvullende ziektekostenverzekering per die datum eindigt.


 5.3. De gevolmachtigde van de ziektekostenverzekeraar heeft weliswaar onderzocht of binnen zijn volmachten van schadeverzekeraars een verzekeringsvorm met daggelduitkeringen kon worden aangeboden als alternatief voor de huidige aanvullende ziektekostenverzekering, maar dit is niet gelukt.

 5.4. Ten aanzien van de opmerking van verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar een onbekend adviesbureau op het polisblad heeft vermeld als 'bemiddelaar', merkt de ziektekostenverzekeraar het volgende op. Verzoeker is deelnemer van de collectiviteit waarvoor het betreffende adviesbureau de bemiddelaar is. Dit was al langer zo, maar vanaf 2017 wordt dit bureau ook als zodanig vermeld op het polisblad.


 5.5. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 14 december 2017 het voorstel van verzoeker van 7 december 2017 afgewezen.

 5.6. 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 algemene voorwaarden 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 met ingang van 1 januari 2018 mag beëindigen.

 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

- 8.2. Artikel 6.3 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering betreft de beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering van rechtswege en luidt, voor zover hier van belang:

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

(...)

- de zorgverzekeraar stopt met het aanbieden en uitvoeren van de aanvullende verzekering.*

(...)

Als de aanvullende verzekering eindigt omdat wij stoppen met het aanbieden van deze aanvullende verzekering, stellen wij u als verzekeringnemer uiterlijk drie maanden voordat de aanvullende verzekering eindigt, hiervan op de hoogte."

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Vast staat dat tot en met 31 december 2017 ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar onder meer de aanvullende ziektekostenverzekering was afgesloten. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker medegedeeld dat deze verzekering met ingang van 1 januari 2018 wordt beëindigd. De vraag die dient te worden beantwoord, is of dit terecht is geschied.
- 9.2. Uit artikel 6.3 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering volgt dat de aanvullende ziektekostenverzekering van rechtswege eindigt met ingang van de dag, volgend op de dag waarop de ziektekostenverzekeraar stopt met het aanbieden en uitvoeren van deze verzekering. Uit het dossier is gebleken dat de ziektekostenverzekeraar de betreffende verzekering niet meer aanbiedt, en dat hij tevens stopt met het uitvoeren ervan. Dit is door verzoeker niet dan wel onvoldoende weersproken, daarom neemt de commissie dit als vaststaand aan. In vornoemd artikel is tevens bepaald dat als de aanvullende ziektekostenverzekering eindigt om vornoemde reden, de ziektekostenverzekeraar de verzekeringnemer uiterlijk drie maanden vóórdát de betreffende verzekering eindigt hierover informeert. Gebleken is dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker bij brief van 6 juli 2017 heeft medegedeeld dat de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 januari 2018 niet meer zal worden aangeboden en daarom vanaf die datum wordt beëindigd. Verzoeker is dus conform de polisvoorwaarden tijdig geïnformeerd over de beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 9.3. Verzoeker heeft als oplossing voor het onderhavige geschil voorgesteld de vanaf 1 januari 2006 door hem betaalde premies voor de aanvullende ziektekostenverzekering volledig aan hem te restitueren. De ziektekostenverzekeraar heeft dit voorstel afgewezen. De commissie stelt vast dat verzoeker van 1 januari 2006 tot en met 31 december 2017 verzekerd is geweest op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering. Indien het verzekerde voorval zich had voorgedaan, zou hij aanspraak hebben gehad op de vergoeding zoals is bepaald in de toepasselijke polisvoorwaarden. Daarom bestaat geen aanleiding de vanaf 1 januari 2006 betaalde premie te restitueren.
- 9.4. Verzoeker heeft verder nog aangevoerd dat hij gezien zijn leeftijd, zijn medisch verleden en de zeer uitgebreide dekking van andere schadeverzekeringen die zijn verbonden met de verzekering tegen ziektekosten niet kan overstappen naar een andere verzekeraar. Dit maakt het bovenstaande evenwel niet anders.

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, 10 januari 2018,



A.I.M. van Mierlo

