

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C en D te E
Zaak : Aanvullende ziektekostenverzekering, mondzorg, dwaling, premierestitutie
Zaaknummer : 201301173
Zittingsdatum : 29 januari 2014

1. Partijen

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

- 1) C te E, en
- 2) D te E, 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 [naam ziektekostenverzekeraar] Basispolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken. Voorts was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende verzekering Tand Compact afgesloten (hierna: de aanvullende tandartsverzekering). Genoemde verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens door verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekeringen Comfortpolis en PreventCarePlus zijn niet in geschil en blijven om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 8 januari 2013 verzocht om premierestitutie ter zake van de aanvullende tandartsverzekering voor de periode van 1 januari 2007 tot en met 31 december 2012. Bij e-mailbericht van 18 januari 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld hiertoe niet over te gaan.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 18 maart 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 3 oktober 2013 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is over te gaan tot premierestitutie ter zake van de aanvullende tandartsverzekering voor de periode van 1 januari 2007 tot en met 31 december 2012 (hierna: het verzoek).
- 3.5. 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.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 2 december 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 december 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 22 december 2013 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 januari 2014 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoeker heeft de commissie bij brief van 22 december 2013 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 januari 2014 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker is al jaren verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar, en beschikt over een machtiging voor een gebitsprothese voor de duur van de verzekering. Eind 2006 heeft verzoeker een brochure van de ziektekostenverzekeraar ontvangen waarin stond vermeld dat met ingang van 1 januari 2007 automatisch de aanvullende tandartsverzekering zou gelden. Verzoeker zette hier direct vraagtekens bij, aangezien hij een gebitsprothese draagt en het derhalve onlogisch is een verzekering af te sluiten voor de kosten van tandheelkundige zorg. Om die reden heeft hij telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Een medewerker gaf hem te kennen dat hij een gezinspolis heeft en dat verzoeker daarom een tandverzekering nodig zou hebben. Zou hij die niet afsluiten, dan zou de echtgenote van verzoeker geen tandverzekering kunnen afsluiten. In de veronderstelling dat de informatie van de medewerker van de ziektekostenverzekeraar correct was, heeft verzoeker met ingang van 1 januari 2007 de aanvullende tandartsverzekering afgesloten.
- 4.2. In december 2012 kwam verzoeker er per toeval achter dat de aanvullende tandartsverzekering overbodig is, en hij zodoende zes jaar lang ten onrechte de premie voor deze verzekering heeft voldaan aan de ziektekostenverzekeraar. De verzekering is met ingang van 1 januari 2013 beëindigd. Vervolgens heeft verzoeker verzocht om restitutie van de teveel betaalde premie. De ziektekostenverzekeraar weigert dit evenwel en legt de fout geheel bij verzoeker. Volgens verzoeker ligt de fout echter bij de ziektekostenverzekeraar, aangezien een medewerker hem in 2006 verkeerd heeft geïnformeerd. Gezien deze onjuiste mededelingen is sprake van dwaling. Verzoeker zou de aanvullende tandartsverzekering immers nooit hebben afgesloten, althans in 2006 hebben beëindigd, indien hij destijds correct zou zijn geïnformeerd. Het voorgaande leidt ertoe dat de overeenkomst ter zake van de aanvullende tandartsverzekering op grond van artikel 6:228 lid 1 sub a BW vernietigbaar is. Verzoeker vordert dat tot vernietiging wordt overgegaan. Dit brengt met zich dat over en weer ongedaanmakingsverbintenissen ontstaan, hetgeen erop neer komt dat de ziektekostenverzekeraar de premie over de jaren 2007 tot en met 2012 dient terug te betalen.
- 4.3. Naast het dwalingsaspect zijn er nog enkele aanknopingspunten waaruit blijkt dat de ziektekostenverzekeraar is tekortgeschoten in zijn zorgplicht. Ten eerste heeft verzoeker reeds tweemaal een prothese laten aanmeten, die beide door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed. De ziektekostenverzekeraar had dus kunnen en behoren te weten dat verzoeker de aanvullende tandartsverzekering niet nodig had. Ten tweede had de ziektekostenverzekeraar kunnen opmerken dat verzoeker gedurende zes jaren niets heeft gedeclareerd ten laste van de aanvullende tandartsverzekering. Ten derde wordt door de ziektekostenverzekeraar in het e-mailbericht van 21 januari 2013 letterlijk toegegeven dat de aanvullende tandartsverzekering over de betreffende periode niet nodig is geweest. Dat de ziektekostenverzekeraar desondanks beweert dat premierestitutie niet mogelijk is, is onjuist en onbegrijpelijk.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoeker in de brochure had kunnen nagaan dat de aanvullende tandartsverzekering voor hem niet nodig was. Dit heeft verzoeker inderdaad gelezen,

en het was juist de reden voor het telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar. Voorts voert de ziektekostenverzekeraar aan dat verzoeker jaarlijks een polisblad is toegezonden en dat hij zelf verantwoordelijk is voor zijn polis. Verzoeker stelt dat hij inderdaad jaarlijks de aanvullende tandartsverzekering zag voorbij komen op het polisblad, en dat hij zich "ergerde" aan de premie voor deze verzekering. Hem was echter verteld dat hij de verzekering moest houden. Daarom heeft hij niet jaarlijks opnieuw geïnformeerd. De situatie was immers niet veranderd en verzoeker vertrouwde op de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker verklaart zich gedupeerd te voelen. Hij is altijd te goeder trouw geweest en staat volledig in zijn recht. De ziektekostenverzekeraar wijst iedere verantwoordelijkheid van de hand en handelt klantvriendelijk.

4.5. Tot slot stelt verzoeker dat het onbegrijpelijk is dat hij in 2006 onjuist is geïnformeerd door een medewerker van de ziektekostenverzekeraar, en dat hij in 2013 wel de juiste informatie heeft ontvangen. Hij heeft begrip voor de toenmalige drukte bij de ziektekostenverzekeraar, maar de ziektekostenverzekeraar heeft geen begrip voor verzoeker. Feit blijft dat hij om persoonlijk advies heeft gevraagd en dat in dat kader duidelijke informatie is verschaft. De ziektekostenverzekeraar geeft de voorkeur aan telefonisch contact. Een verzekerde is hierdoor altijd afhankelijk van diens zorgvuldigheid. De ziektekostenverzekeraar kan in deze geen fouten maken, want een verzekerde heeft nooit een schriftelijk bewijs. Verzoeker stelt dat dient te worden erkend dat fouten kunnen worden gemaakt.

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. Verzoeker had vóór 1 januari 2007 een aanvullende verzekering afgesloten waarin een vergoeding was opgenomen voor tandheelkundige zorg voor volwassenen (uitgezonderd orthodontie, bijzondere tandheelkunde en een volledige gebitsprothese) van 75% tot maximaal € 225,- per kalenderjaar. Per 1 januari 2007 is een wijziging gerealiseerd ter zake van deze aanvullende verzekering, aangaande tandheelkundige zorg. Vanaf die datum is geen vergoeding meer opgenomen voor tandheelkundige zorg. In november 2006 is aan alle verzekerden met de betreffende aanvullende verzekering - waaronder verzoeker - een brief gezonden dat de dekking voor tandheelkundige zorg verviel. Het verzekeringspakket is voor deze groep verzekerden met ingang van 1 januari 2007 uitgebreid met de aanvullende tandartsverzekering. De vergoeding voor tandheelkundige zorg vanuit deze verzekering kwam namelijk bijna overeen met de vergoeding zoals die voorheen gold bij de andere aanvullende verzekering. Met de brief van november 2006 is ook een bewaarbrochure met een vergoedingenoverzicht gezonden. Verzoeker had hierin kunnen nagaan dat de aanvullende tandartsverzekering in zijn situatie niet noodzakelijk was. Verder staat op de website van de ziektekostenverzekeraar informatie over de vergoedingen van tandheelkundige zorg vermeld. Verzoeker is ook jaarlijks een polisblad gestuurd. Hij is zelf verantwoordelijk voor zijn polis en het jaarlijks controleren van de noodzaak van de afgesloten verzekeringen. De ziektekostenverzekeraar stelt dat eind 2006 voor verzoeker het moment was de aanvullende tandartsverzekering te beëindigen. Dit heeft hij echter niet gedaan.

5.2. Een bestandscheck tussen genoten zorg en het verzekerde product is niet mogelijk en tevens niet toegestaan. Het zorgverbruik van verzekerden mag nooit worden gebruikt voor commerciële activiteiten. Daarom kunnen verzekerden alleen in kennis worden gesteld van relevante informatie, zodat zij zelf een afweging kunnen maken. Alleen in die gevallen waarin verzekerden zelf om informatie vragen, kunnen gerichten adviezen worden gegeven over een passend pakket. Het zal duidelijk zijn dat de nauwkeurigheid van de adviezen afhankelijk is van de informatie die verzekerden verschaffen aan de ziektekostenverzekeraar. De keuze voor een verzekering is de verantwoordelijkheid van verzekerden.

5.3. Op 19 december 2012 heeft verzoeker telefonisch contact gehad met een medewerkster. Pas op dat moment is duidelijk geworden dat de aanvullende tandartsverzekering voor hem niet nodig is. De medewerkster heeft deze toen met ingang van 1 januari 2013 beëindigd. Het is niet mogelijk dit met terugwerkende kracht te doen. De ziektekostenverzekeraar gaat niet over tot premierestitutie.

5.4. Verzoeker geeft aan dat hem bij de invoering van de Zorgverzekeringswet is medegedeeld dat hij verplicht was een tandartsverzekering af te sluiten, omdat zijn echtgenote anders geen tandartsverzekering kon afsluiten. De ziektekostenverzekeraar verklaart dat de Zorgverzekeringswet op 1 januari 2006 in werking is getreden. Verzoeker had op dat moment geen tandartsverzekering, en zijn echtgenote wél. Hieruit blijkt dat wel degelijk de mogelijkheid bestond om alleen voor de echtgenote van verzoeker een tandartsverzekering af te sluiten. Om de wijziging in een andere aanvullende verzekering per 1 januari 2007 te compenseren is verzoeker met ingang van 1 januari 2007 de aanvullende ziektekostenverzekering aangeboden. Uit de contactregistraties blijkt niet dat verzoeker hierover destijds verkeerd is geïnformeerd.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. In artikel 19 van de "Algemene Voorwaarden" van de aanvullende ziektekostenverzekering (2008) en artikel 18 van de "Algemene Voorwaarden" van de aanvullende ziektekostenverzekering (2009-2012) wordt voor geschillenbeslechting verwezen naar de commissie. Er is echter geen verwijzing naar de bevoegde rechter opgenomen, hoewel dit zou moeten. Dit maakt de bepaling waarin naar de commissie wordt verwezen op grond van de wet vernietigbaar. Om te voorkomen dat de commissie niet over de kwestie kan adviseren, omdat in de loop van de procedure tot vernietiging wordt besloten, en verzoeker zich (alsnog) tot de bevoegde rechter moet wenden, heeft de commissie verzoeker hierop bij brief van 18 november 2013 gewezen. Verzoeker heeft de commissie bij brief van 20 november 2013 bevestigd dat hij gebruik wil maken van de in de verzekeringsvoorwaarden geboden mogelijkheid een bindend advies te vragen aan de commissie. Hierdoor is in geval van vernietiging van bedoelde bepaling toch een formele basis aanwezig voor de bindende advisering.

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 is gehouden over te gaan tot restitutie van de door verzoeker betaalde premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering over de periode van 1 januari 2007 tot en met 31 december 2012.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. Ingevolge artikel 6 van de "Algemene Voorwaarden" van de aanvullende ziektekostenverzekering (2012) kan deze verzekering uiterlijk 31 december van het lopende kalenderjaar worden opgezegd. Eenzelfde regeling is voor de voorafgaande jaren opgenomen in de betreffende verzekeringsvoorwaarden.

8.3. In artikel 2 lid 2 van de "Algemene Voorwaarden" van de aanvullende ziektekostenverzekering (2008-2012) is bepaald dat deze verzekering een gezinsverzekering is. In lid 3 en 4 is bepaald dat de aanvullende ziektekostenverzekering geldt gedurende een kalenderjaar en dat de afgesloten verzekering wordt vermeld op het polisblad. Voorts is in lid 7 bepaald dat door aanvaarding van het polisblad de verzekeringnemer de volledige verantwoordelijkheid op zich neemt en in staat voor de juistheid en volledigheid van de aan de ziektekostenverzekeraar verstrekte mededelingen. Tot slot is in lid 8 bepaald dat de verzekeringnemer per 1 januari de gelegenheid heeft om het pakket te veranderen.

8.4. Artikel 6:228 BW luidt:

"1. Een overeenkomst die is tot stand gekomen onder invloed van dwaling en bij een juiste voorstelling van zaken niet zou zijn gesloten, is vernietigbaar:

a. indien de dwaling te wijten is aan een inlichting van de wederpartij, tenzij deze mocht aannemen dat de overeenkomst ook zonder deze inlichting zou worden gesloten;

b. indien de wederpartij in verband met hetgeen zij omtrent de dwaling wist of behoorde te weten, de dwalende had behoren in te lichten;

c. indien de wederpartij bij het sluiten van de overeenkomst van dezelfde onjuiste veronderstelling als de dwalende is uitgegaan, tenzij zij ook bij een juiste voorstelling van zaken niet had behoeven te begrijpen dat de dwalende daardoor van het sluiten van de overeenkomst zou worden afgehouden.

2. De vernietiging kan niet worden gegrond op een dwaling die een uitsluitend toekomstige omstandigheid betreft of die in verband met de aard van de overeenkomst, de in het verkeer geldende opvattingen of de omstandigheden van het geval voor rekening van de dwalende behoort te blijven."

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de aanvullende tandartsverzekering

9.1. De commissie merkt allereerst op dat zij niet bevoegd is ten aanzien van de aanvullende tandartsverzekering van vóór 1 januari 2008. Zodoende zal over dit gedeelte van het verzoek niet worden beslist.

9.2. Op grond van artikel 2 lid 2 van de "Algemene Voorwaarden" van de ziektekostenverzekering (2008-2012) wordt ieder jaar een polisblad verstrekt aan de verzekeringnemer waarop de afgesloten verzekeringen zijn vermeld. Door aanvaarding van het polisblad bevestigt de verzekeringnemer dat hetgeen is overeengekomen hierop juist is weergegeven. Beëindiging van de overeenkomst is mogelijk door deze op te zeggen. Opzegging van de aanvullende tandartsverzekering kan telkens per ultimo van het kalenderjaar geschieden. Van een opzegging van de aanvullende tandartsverzekering tussen 1 januari 2008 en 31 december 2011 is in de procedure niet gebleken. Derhalve mag worden aangenomen dat verzoeker tot en met het jaar 2012 de intentie heeft gehad deze verzekering voort te zetten. Eerst in december 2012 heeft hij de aanvullende tandartsverzekering met ingang van 1 januari 2013 opgezegd.

Werking privaatrecht

9.3. Verzoeker heeft zich erop beroepen dat sprake is van dwaling aangezien hem van de zijde van de ziektekostenverzekeraar een mededeling is gedaan, inhoudende dat het hier een gezinspolis betreft en dat zijn echtgenote geen tandartsverzekering zou kunnen afsluiten indien hij het aanbod niet zou accepteren. Deze mededeling bleek echter niet juist.

In de procedure is aangetoond, noch aannemelijk gemaakt dat van de zijde van de ziektekostenverzekeraar een dergelijke mededeling is gedaan. Daarbij hecht de commissie belang aan het feit dat door verzoeker in het bijzonder niet is aangegeven wanneer en met wie hij heeft gesproken, nog daargelaten dat het moeilijk is het exacte verloop van het gesprek te reconstrueren, terwijl dan nog het probleem blijft wat van de zijde van de ziektekostenverzekeraar in dit verband is opgemerkt en hoe dit mocht worden opgevat.

- 9.4. De commissie tekent hierbij voorts aan dat door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, en door verzoeker niet is bestreden, dat de echtgenote van verzoeker in 2006 al een tandartsverzekering had. Tegen deze achtergrond is de gestelde dwaling niet aannemelijk. Er bestond bij de echtgenote van verzoeker niet de behoefte een nieuwe verzekering - waarvoor het gezinsprincipe wordt gehanteerd - af te sluiten, en er was geen aanleiding te veronderstellen dat indien verzoeker het aanbod voor de aanvullende tandartsverzekering zou verwerpen, dit de ziektekostenverzekeraar de bevoegdheid zou geven de lopende verzekering van zijn echtgenote te beëindigen.
- 9.5. Door verzoeker is verder betoogd dat de ziektekostenverzekeraar is tekortgeschoten in zijn zorgplicht. De commissie merkt hierover op dat het op de weg van de verzekerde ligt om bij verlenging van de verzekering na te gaan of die nog steeds voldoet aan de verzekeringsbehoefte. Van een ziektekostenverzekeraar kan niet worden gevergd dat deze zijn verzekerden individueel benadert om te controleren of zij nog steeds de meest passende (aanvullende) verzekering hebben afgesloten. Het feit dat verzoeker al geruime tijd een volledige gebitsprothese heeft maakt het voorgaande niet anders.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 29 januari 2014,

Voorzitter