

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs. C en E, beide te D.
Zaak : Premiekorting, wijziging verzekeringsvoorwaarden aanvullende verzekering
Zaaknummer : 2008.00672
Zittingsdatum : 1 oktober 2008

BINDEND ADVIES

Zaak: 2008.00672 (Premiekorting, wijziging voorwaarden aanvullende verzekering)

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, artt. 17 en 18 Zvw, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2007 en 2008)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar, en

2) E, te D, hierna te noemen de aanvullende ziektekostenverzekeraar,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van medio november 2007 inzake de verlaging van de collectiviteitskorting voor de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering, alsmede de wijziging van de dekking van laatstgenoemde verzekering, met ingang van 1 januari 2008.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten krachtens de Vrije Keuze Basisverzekering, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering), en bij de aanvullende ziektekostenverzekeraar krachtens een aanvullende ziektekostenverzekering, te weten de Vrije Keuze Topfit (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Het betreft hier schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 BW.
- 3.2. Medio november 2007 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker meegedeeld dat de collectiviteitskorting voor de zorgverzekering en de aanvullende verzekering zou worden verlaagd, en dat de dekking van de aanvullende verzekering zou worden gewijzigd, met ingang van 1 januari 2008.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brieven van 11 en 22 januari 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft hierop bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 4 juli 2008 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is om enerzijds de geldende collectiviteitskorting voor het jaar 2008 te handha-

ven op het niveau van 2007, en anderzijds af te zien van de wijziging in de dekking van de aanvullende verzekering.

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek is een afschrift van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 11 augustus 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 augustus 2008 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 25 augustus 2008 schriftelijk meegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 11 september 2008 schriftelijk meegedeeld eveneens niet gehoord te willen worden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij gedurende vele jaren de meest uitgebreide verzekering heeft gehad die mogelijk was. Per 1 januari 2008 is de verzekeringsportefeuille overgedragen aan de ziektekostenverzekeraar. In brieven medio oktober 2007 heeft de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat er niets zou wijzigen. Niettemin heeft de ziektekostenverzekeraar de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering voor de verzekerde met ingang van 1 januari 2008 in negatieve zin aangepast. Verzoeker verklaart inmiddels op een leeftijd te zijn gekomen dat de uitgebreide aanvullende ziektekostenverzekering zijn nut zou moeten gaan bewijzen. De met ingang van het jaar 2008 door de ziektekostenverzekeraar aangeboden aanvullende ziektekostenverzekering Vrije Keuze Superfit kent een dekking die vergelijkbaar is met zijn oorspronkelijke verzekering. Verzoeker acht deze gang van zaken niet billijk.
- 4.2. Voorts meent verzoeker dat met de overdracht van de verzekeringsportefeuille aan de ziektekostenverzekering ook de daarbij behorende rechten en plichten, en daarmee de eerder overeengekomen kortingspercentages, zijn overgegaan.
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat eventuele veranderingen voortvloeiende uit de ontlabeling tot 1 januari 2008 slechts van administratieve aard waren. Dit is ook beoogd aan te geven met de brief van 17 oktober 2007. Verzoeker was in de jaren 2006 en 2007 verzekerd volgens de aanvullende ziektekostenverzekering Extra Keuze Garant Top. De dekking van deze verzekering was identiek aan de Vrije Keuze topfit. Het verschil zat uitsluitend in de tenaamstelling. De veranderingen met betrekking tot de polis- en premievoorwaarden ná 1 januari 2008 vinden hun oorsprong in de gebruikelijke jaarlijkse premieaanpassing en dekkingsherziening.

- 5.2. Met ingang van het jaar 2008 is voor de collectiviteitskorting niet langer de wijze van incasso bepalend, maar het aantal deelnemers.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek van verzoeker dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

Verzekeringsvoorwaarden en wet- en regelgeving

- 7.1. De Algemene voorwaarden van de zorgverzekering - die ook gelden ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering - regelen, voor zover hier van belang het volgende:

“Artikel 6 Betaling en schorsing

lid 1 De verzekeringnemer is premie voor de (aanvullende) (zorg)verzekering verschuldigd.

(...)

lid 3 De verschuldigde premie voor de (aanvullende) (zorg)verzekering is gelijk aan de premiegrondslag verminderd met een eventuele premiekorting.

(...)”

“Artikel 8 Herziening van premie of voorwaarden

lid 1 De (zorg)verzekeraar heeft het recht de voorwaarden van verzekering en de premies van de bij hem lopende (aanvullende) (zorg)verzekering en-bloc dan wel groepsgewijs te herzien. Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere (aanvullende) (zorg)verzekering op een door de (zorg)verzekeraar vast te stellen datum. De (zorg)verzekeraar doet van de voorgenomen herzieningen schriftelijk mededeling.

lid 2 De verzekeringnemer die niet met een herziening van de voorwaarden of de premie van de verzekering akkoord gaat, kan de (aanvullende) (zorg)verzekering beëindigen tenzij de herziening rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van enige wettelijke bepaling. De beëindiging dient schriftelijk te worden meegedeeld aan de (zorg)verzekeraar binnen een maand na de dag waarop aan de verzekeringnemer mededeling van de herziening van de voorwaarden van verzekering is gedaan. Als dan wordt de (aanvullende) (zorg)verzekering beëindigd op de dag voor de herzieningsdatum, dan wel op verzoek van de verzekeringnemer op een latere dag. Deze latere dag kan uiterlijk een maand liggen na de dag waarop aan de verzekeringnemer mededelingen van de herziening is gedaan.

lid 3 Heeft de (zorg)verzekeraar binnen de in lid 2 genoemde reactietermijnen geen schriftelijke mededeling van de verzekeringnemer ontvangen dan wordt de (aanvullende) (zorg)verzekering voortgezet op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.

lid 4 Een herziening in de grondslag van de premie van de zorgverzekering treedt niet eerder in werking dan zes weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer is medegedeeld.

lid 5 Een toegekende collectiviteitskorting op (aanvullende) (zorg)verzekering komt te vervallen indien niet meer wordt voldaan aan de in de collectieve verzekeringsovereenkomst gestelde voorwaarden voor het verkrijgen van deze korting.

Uitsluitend voor de aanvullende verzekering is tevens het volgende van toepassing:

De aanvullende verzekering wordt dan voortgezet op individuele condities. Bij strijdigheid tussen een bepaling van een aanwezige collectieve verzekeringsovereenkomst en een aanvullende verzekering is de bepaling van de collectieve verzekeringsovereenkomst van doorslaggevende betekenis.”

Ten aanzien van de zorgverzekering is ook het geregeld in de Zvw van belang. Voor zover hier van belang, is in de Zvw het volgende geregeld:

“Artikel 16

1. *Krachtens de zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd.
(...)*

Artikel 17

(...)
5. *De verschuldigde premie is gelijk aan de grondslag van de premie behorende bij de variant van de zorgverzekering die de verzekeringnemer gekozen heeft, verminderd met de premiekortingen, bedoeld in de artikelen 18, vierde lid, of 19, indien deze van toepassing zijn.
(...)*

Artikel 18

1. *De zorgverzekeraar kan met een werkgever overeenkomen dat hij een geldelijk voordeel verstrekt indien diens werknemers, voormalige werknemers of hun gezinsleden verzekerd worden op basis van een in die overeenkomst aan te wijzen modelovereenkomst.*
2. *Het voordeel bedraagt, per persoon die op basis van de desbetreffende modelovereenkomst verzekerd wordt, niet meer dan 10% van de grondslag van de bij die modelovereenkomst behorende premie.*
3. *In de overeenkomst, bedoeld in het eerste lid, wordt ten minste bepaald:*
a. *de hoogte van het voordeel, waarbij die hoogte mag variëren al naar gelang het aantal volgens de desbetreffende modelovereenkomst verzekerde personen;*
b. *de verdeling van het voordeel over de werkgever en de volgens de desbetreffende modelovereenkomst verzekerde personen.*
4. *Indien het voordeel of een deel daarvan aan de verzekeringnemer wordt verstrekt, geschiedt dit in de vorm van een korting op de grondslag van de premie.*
5. *Het eerste tot en met vierde lid zijn tevens van toepassing ten aanzien van een rechtspersoon, niet zijnde een werkgever, met betrekking tot de verzekering van natuurlijke personen wier belangen die rechtspersoon behartigt.
(...)”*

Collectieve premiekorting

- 7.2. In de verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekering of de aanvullende ziektekostenverzekering is de hoogte of de berekening van de collectiviteitskorting niet geregeld. De hoogte of de berekening van de collectiviteitskorting is geregeld in de tussen de betreffende collectiviteit en de ziektekostenverzekeraar gesloten collectieve contract. Ten aanzien van het onderhavige collectieve contract komt de commissie geen bevoegdheid toe. Verder is uit de in de procedure ingebrachte stukken niet gebleken dat de ziektekostenverzekeraar bij de herziening van de premie niet heeft gehandeld overeenkomstig het bepaalde in artikel 8 van de Algemene voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.3. Gezien het voorgaande dient het verzoek voor zover dat ziet op de handhaving in 2008 van de collectieve premiekorting op het niveau van 2007 te worden afgewezen.

Wijziging van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.4. Verzoeker heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar dient af te zien van de wijziging in de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 januari 2008.

Met betrekking hiertoe merkt de commissie op dat voornoemd artikel 8 van de Algemene voorwaarden van de zorgverzekering (de en-blocclausule) de ziektekostenverzekeraar het recht geeft niet alleen de premie, maar ook de voorwaarden van de bij hem lopende aanvullende verzekeringen eenzijdig te herzien, en wel op een door de ziektekostenverzekeraar te bepalen datum. Het gebruik van de en-blocclausule teneinde in de loop van een jaar, dus tussentijds, wijzigingen aan te brengen in de dekking van de verzekering, is onderwerp geweest van een procedure bij de Voorzieningenrechter van de Rechtbank Utrecht (zaak nr. 229633/KG ZA 07-411 van 8 juni 2007). De rechterbank overwoog daarbij onder andere dat *“de ongewijzigde voortzetting bovendien een relatief beperkte periode (betreft), te weten tot het eind van 2007, wanneer (de verzekeraar) op de gebruikelijke wijze haar zorgverzekeringen zal kunnen aanpassen.”* De commissie deelt het oordeel in deze uitspraak, dat een beroep op de en-blocclausule teneinde bij de prolongatie en-bloc of groepsgewijze wijzigingen in de dekking van de aanvullende verzekering te realiseren – zoals in dit geval met ingang van 1 januari 2008 – is toegestaan. Niet gebleken is dat toepassing van de en-blocclausule onder de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is.

Artikel 8 lid 2 van de Algemene bepalingen voorziet daarbij in de mogelijkheid voor de verzekeringnemer de verzekering in dat geval te beëindigen. Van deze mogelijkheid heeft verzoeker geen gebruik gemaakt zodat hij thans is gebonden aan de gewijzigde voorwaarden voor 2008.

- 7.5. Verder blijkt uit de overgelegde correspondentie dat de ziektekostenverzekeraar steeds heeft aangekondigd medio 2007 met een overzicht van de premies en voorwaarden voor 2008 te komen. Voor verzoeker had dit in combinatie met de polisvoorwaarden voldoende duidelijk moeten zijn dat een wijziging van de premie en de voorwaarden tot de mogelijkheid behoorde.

Slotsom

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

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 1 oktober 2008,

Voorzitter