



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep
Zorgverzekeraar U.A. en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering
Zorgverzekeraar U.A. beide te Tilburg

Zaak : Aanvullende verzekering, acceptatie, verzwijging, terugvordering

Zaaknummer : 201701828

Zittingsdatum : 6 juni 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017, artt. 3:35, 7:928, 7:929 en 7:930 BW)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg,
 - 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 verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de CZ Zorgkeuzepolis (restitutie), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Uitgebreide Tandarts Collectief afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De zorgverzekering en de eveneens afgesloten aanvullende verzekering Basis Collectief zijn niet in geschil en blijven daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 30 januari 2017 aan verzoekster kenbaar gemaakt dat de kosten van orthodontische behandelingen voor een bedrag van € 2.986,36 ten onrechte zijn vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering en dat deze daarom van verzoekster worden teruggevorderd.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 24 mei 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster 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 28 december 2017 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de vordering van € 2.986,36 te laten vervallen (hierna: het verzoek).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 20 april 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 april 2018 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 4 mei 2018 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 7 mei 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens af te zien van horen.
- 3.8. Op grond van artikel 114, derde lid, Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11 Zvw, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Voor het afsluiten van de aanvullende ziektekostenverzekering geldt een medische selectie. Hiertoe heeft verzoekster een ingevulde tandartsverklaring ondertekend en bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. De betreffende tandartsverklaring is naar waarheid en eerlijk ingevuld. De tandarts voorzag geen hoge zorgkosten en verzoekster wist op het moment van het afsluiten van de verzekering nog niet dat zij op een later tijdstip een kostbare behandeling zou moeten ondergaan. Zij had destijds de optie van orthodontie nog niet onderzocht. Verder had zij de nadien uitgevoerde behandeling niet op medische gronden 'nodig'. Uit de polisvoorwaarden en de tandartsverklaring volgt dat enkel in die situatie moet worden vermeld dat hoge kosten worden verwacht.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar concludeert ten onrechte dat verzoekster reeds op 6 januari 2016 een behandeling heeft ondergaan, die deel uitmaakt van het latere traject van orthodontiebehandelingen. De behandeling op 6 januari 2016 zag op het vervangen van een bestaand nachtbeugeltje. Verder concludeert de ziektekostenverzekeraar ten onrechte dat uit de verklaring van de behandelend tandarts volgt dat de orthodontiebehandelingen voorzienbaar waren. Het enige dat hij heeft verklaard, is dat verzoekster op eigen initiatief een orthodontist heeft bezocht.
- 4.3. Er zijn verschillende zorgverleners betrokken geweest bij de behandeling van verzoekster, te weten een tandarts en een orthodontist. De tandarts die de tandartsverklaring heeft ondertekend, is geen orthodontist en kon de behandeling niet uitvoeren. De orthodontist was ten tijde van de aanvraag voor de aanvullende ziektekostenverzekering en de afgifte van de tandartsverklaring, niet de behandelend tandarts van verzoekster.
- 4.4. Bij verzoekster is het gerechtvaardigd vertrouwen gewekt dat de orthodontische behandelingen voor vergoeding in aanmerking komen, doordat op grond van de verstrekte informatie de aanvullende ziektekostenverzekering is afgesloten en de kosten van de behandelingen in eerste instantie ten laste van deze verzekering zijn vergoed.

- 4.5. Indien verzoekster niet zou zijn geaccepteerd voor de verzekering Uitgebreide Tandarts Collectief, zou zij hebben gekozen voor de aanvullende verzekering Tandarts. De premie voor deze verzekering is lager en biedt dekking voor 80% van de kosten tot een maximum van € 2.045,- per verzekerde vanaf 22 jaar. Voor zover de conclusie is dat zij geen aanspraak kan maken op de orthodontiebehandelingen ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, zou daarom een vergoeding moeten plaatsvinden conform de aanvullende verzekering Tandarts, onder verrekening van het verschil in premie.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Bij het afsluiten van de aanvullende ziektekostenverzekering, is verzoekster door middel van een tandartsverklaring de vraag gesteld of zij binnen twee jaar na de ingangsdatum van de aanvullende ziektekostenverzekering een kostbare of specialistische behandeling, waaronder orthodontie, nodig zou hebben, met uitzondering van onvoorziene omstandigheden. Deze vraag is door verzoekster en haar tandarts met 'nee' beantwoord. Met het ondertekenen van het stuk heeft verzoekster derhalve verklaard dat een specialistische behandeling niet nodig was. Op 22 februari 2016 is zij toch begonnen met een specialistische behandeling, waarvan zij een maand eerder nog verklaarde dat deze niet nodig was. Daarnaast was de afwijking waarvoor de behandeling is gestart ten tijde van de aanvraag al bekend.
- 5.2. Om te beoordelen of de behandelingen wel of niet te voorzien waren, heeft de ziektekostenverzekeraar de behandelend tandarts en de behandelend orthodontist om een nadere toelichting gevraagd. Uit deze toelichtingen komt naar voren dat de behandelingen niet medisch noodzakelijk waren. Verder volgt hieruit dat de behandelingen te voorzien, dan wel gepland waren.
- 5.3. Gelet op de voornoemde verklaringen heeft de ziektekostenverzekeraar besloten de reeds vergoede kosten van € 2.986.36 op grond van artikel C.10.1 van de zorgverzekering bij verzoekster terug te vorderen.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar betwist dat hij een gerechtvaardigd vertrouwen bij verzoekster heeft gewekt door de zorg in eerste instantie te vergoeden. Verzoekster was ervan op de hoogte dat de ziektekostenverzekeraar de declaraties kon controleren, daarvoor heeft zij immers getekend. Hierbij staat niet vermeld wanneer deze controle plaatsvindt. Daarmee heeft de vergoeding onder voorbehoud plaatsgevonden.
- 5.5. Ten aanzien van de stelling van verzoekster dat de kosten van de behandelingen zo niet op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering, dan toch conform de aanvullende verzekering Tandarts (deels) voor vergoeding in aanmerking dienen te komen, merkt de ziektekostenverzekeraar op dat dit weliswaar juist is, maar verzoekster niet voor deze verzekering heeft gekozen. Zij heeft gekozen voor de aanvullende ziektekostenverzekering en dus voor de voorwaarden die aan deze verzekering zijn verbonden.
- 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 A.22 van de algemene voorwaarden van 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 verstrekte vergoeding van € 2.986,36 ter zake van orthodontische behandelingen, mag terugvorderen van verzoekster.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. In de artikelen C.5. en C.10 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald wat de eventuele gevolgen zijn van verzwijging, dan wel het achterhouden van informatie. Deze artikelen luiden, voor zover hier van belang:

"C.5. Verzwijging

(...)

C.5.1. Vragen

Voordat wij u accepteren, kan het zijn dat wij een aantal vragen aan u of aan derden (zoals uw zorgverlener) stellen. U moet deze vragen volledig en naar waarheid beantwoorden.

C.5.2. Beëindiging door ons

Als blijkt dat de antwoorden onjuist of onvolledig zijn, wijzen wij u hierop. U hebt dan 14 dagen de tijd om te reageren. Wij kunnen binnen 2 maanden na ontdekking de aanvullende verzekering of de ziektekostenverzekering meteen beëindigen.

(...)

C.10.1. Bestaande ziekte bij aanvraag

Hebt u zorg nodig als gevolg van een ziekte of afwijking, waar wij u voor een medische of tandheelkundige beoordeling naar gevraagd hebben bij uw aanmelding? Dan vergoeden wij deze zorg niet als deze ziekte of afwijking al bij u bekend was of al klachten veroorzaakte toen u uw aanvullende verzekering hebt aangevraagd. U of de verklarende zorgverlener heeft dit niet (op onze uitdrukkelijke vragen) aan ons gemeld. Zorg die niet te maken heeft met de verzwegen ziekte of afwijking, vergoeden wij wel. (...)"

8.3. In de artikelen 7:928, 7:929 en 7:930 BW is de zogenoemde mededelingsplicht geregeld. Deze artikelen luiden, voor zover hier van belang:

"Artikel 7:928 BW

De verzekeringnemer is verplicht vóór het sluiten van de overeenkomst aan de verzekeraar alle feiten mede 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.

(...)

4. De mededelingsplicht betreft niet feiten die de verzekeraar reeds kent of behoort te kennen, en evenmin feiten, die niet tot een voor de verzekeringnemer ongunstiger beslissing zouden hebben geleid. De verzekeringnemer of de derde, bedoeld in lid 2 of lid 3, kan zich er echter niet op beroepen dat de verzekeraar bepaalde feiten reeds kent of behoort te kennen indien op een daarop gerichte vraag een onjuist of onvolledig antwoord is gegeven. De mededelingsplicht betreft voorts geen feiten waarnaar ingevolge de artikelen 4 tot en met 6 van de Wet op de medische keuringen in de daar bedoelde gevallen geen medisch onderzoek mag worden verricht en geen vragen mogen worden gesteld.

(...)

Artikel 7:929 BW

1. De verzekeraar die ontdekt dat aan de in artikel 928 omschreven mededelingsplicht niet is voldaan, kan de gevolgen daarvan slechts invoeren indien hij de verzekeringnemer binnen twee maanden na de ontdekking op de niet-nakoming wijst onder vermelding van de mogelijke gevolgen.
2. 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, kan de overeenkomst binnen twee maanden na ontdekking met dadelijke ingang opzeggen.
3. De verzekeringnemer kan de overeenkomst met dadelijke ingang opzeggen binnen twee maanden nadat de verzekeraar overeenkomstig lid 1 heeft gehandeld of zich bij de verwezenlijking van het risico op de niet-nakoming van de mededelingsplicht beroept. Bij persoonsverzekering kan de verzekeringnemer de beëindiging beperken tot de persoon, wiens risico het beroep op de niet-nakoming betreft.

(...)

Artikel 7:930 BW

1. Indien aan de in artikel 928 omschreven mededelingsplicht niet is voldaan, bestaat alleen recht op uitkering overeenkomstig de leden 2 en 3.
2. De bedongen uitkering geschiedt onverkort, indien de niet of onjuist meegedeelde feiten van geen belang zijn voor de beoordeling van het risico, zoals dit zich heeft verwezenlijkt.
3. Indien aan lid 2 niet is voldaan, maar de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken een hogere premie zou hebben bedongen, of de verzekering tot een lager bedrag zou hebben gesloten, wordt de uitkering verminderd naar evenredigheid van hetgeen de premie meer of de verzekerde som minder zou hebben bedragen. Zou de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken andere voorwaarden hebben gesteld, dan is slechts een uitkering verschuldigd als waren deze voorwaarden in de overeenkomst opgenomen.
4. In afwijking van de leden 2 en 3 is geen uitkering verschuldigd indien de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten.
5. In afwijking van de leden 2 en 3 is geen uitkering verschuldigd aan de verzekeringnemer of de derde, bedoeld in artikel 928 lid 2 of lid 3, die heeft gehandeld met het opzet de verzekeraar te misleiden. Evenmin is een uitkering verschuldigd aan de derde indien de verzekeringnemer, met het opzet de verzekeraar te misleiden, niet heeft voldaan aan de mededelingsplicht betreffende de derde. (...)"

- 8.4. In artikel 3:35 BW is geregeld wanneer een beroep op gerechtvaardigd vertrouwen kan worden gedaan. Dit artikel luidt:

"Tegen hem die eens anders verklaring of gedraging, overeenkomstig de zin die hij daaraan onder de gegeven omstandigheden redelijkerwijze mocht toekennen, heeft opgevat als een door die ander tot hem gerichte verklaring van een bepaalde strekking, kan geen beroep worden gedaan op het ontbreken van een met deze verklaring overeenstemmende wil."

9. Beoordeling van het geschil


- 9.1. Op grond van artikel 7:928, eerste lid, BW is de verzekeringnemer verplicht vóór het sluiten van de overeenkomst aan de verzekeraar alle feiten mede 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. In dit verband geldt dat de door verzoekster afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering dekking kent voor de kosten van orthodontie waarmee het belang van de ziektekostenverzekeraar is gegeven. Dit belang was voor verzoekster ook kenbaar. Voorts is relevant dat de betreffende verzekering tot stand is gekomen op basis van een op 11 januari 2016 ondertekende tandartsverklaring, waarin wordt verklaard dat verzoekster noch haar tandarts hoge kosten of een specialistische behandeling voorzien binnen twee jaar na de ingangsdatum van de aanvullende ziektekostenverzekering.

De ziektekostenverzekeraar heeft zich erop beroepen dat voordien, namelijk op 6 januari 2016, al is gestart met de orthodontische behandeling. Verzoekster heeft dit gemotiveerd bestreden, stellende dat het hierbij ging om het vervangen van een bestaande nachtbeugel. De commissie kan verzoekster hierin volgen.


- 9.2. Het voorgaande neemt echter niet weg dat reeds kort na het ingaan van de aanvullende ziektekostenverzekering kosten van een orthodontisch behandeltraject zijn gemaakt, waarbij kosten zijn gedeclareerd voor röntgenfoto's en gebitsmodellen alsmede de plaatsing van een beugel op 14 maart 2016.
- 9.3. Voor verzoekster had duidelijk moeten zijn dat de beslissing van de ziektekostenverzekeraar de verzekeringsovereenkomst aan te gaan anders zou zijn uitgevallen indien hij vooraf bekend was geweest met de orthodontische behandeling. Verzoekster heeft aangevoerd dat ten tijde van het invullen van de tandartsverklaring deze behandeling nog niet als optie in beeld was. Gelet op het tijdsverloop kan dit argument niet overtuigen. Ook het gegeven dat de behandeling niet op medische gronden 'nodig' was, is hierbij niet van belang. Als vaststaand kan worden aangenomen dat verzoekster op 11 januari 2016 wist dat een behandeling zou volgen, nu deze reeds op 20 januari daaropvolgend is aangevangen. Verzoekster heeft voorts betoogd dat de tandarts die de tandartsverklaring heeft ondertekend geen orthodontist is en dat hij de behandeling niet kon uitvoeren. De behandelend orthodontist had anderzijds geen bemoeienis met de afgegeven verklaring. Dit argument kan evenmin overtuigen. Verzoekster heeft in de procedure immers duidelijk gemaakt dat het haar beslissing was te kiezen voor een orthodontische behandeling; hiervoor bestond geen medische reden. De verwijtbaarheid van het niet-vermelden treft dan ook niet de tandarts, maar verzoekster.
- 9.4. Het beroep op gerechtvaardigd vertrouwen kan onder de gegeven omstandigheden niet slagen. Verzoekster was namelijk bekend met de ware stand der zaken en mocht daarom aan het feit dat uitkeringen plaatsvonden niet die strekking toekennen die zij er kennelijk aan wenst toe te kennen, namelijk dat de schending van de mededelingsplicht met betrekking tot de geplande orthodontiebehandelingen was 'geheeld'. Zij kan om die reden geen beroep doen op de bescherming van artikel 3:35 BW.
- 9.5. In geval van schending van de mededelingsplicht, zoals hier aan de orde, is het aan de verzekeraar de verzekeringnemer binnen twee maanden na de ontdekking op de niet-nakoming te wijzen onder vermelding van de mogelijke gevolgen (artikel 7:929, eerste lid, BW). Op grond van het tweede lid van genoemd artikel kan de verzekeraar de overeenkomst met dadelijke ingang opzeggen. Dit is verwoord in artikel C.5.2. van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 9.6. Artikel 7:930 biedt de verzekeraar de mogelijkheid om bij schending van de mededelingsplicht het recht op uitkering te verminderen. De commissie begrijpt dat de ziektekostenverzekeraar ervoor heeft gekozen de aanvullende ziektekostenverzekering in stand te laten en de gedane uitkeringen ten bedrag van € 2.986,36 terug te vorderen. Dit is conform artikel 7:930, vierde lid, BW.
- 9.7. Volgens verzoekster zou zij zonder meer zijn geaccepteerd voor de aanvullende verzekering Tandarts en heeft zij daarom recht op uitkeringen conform de voorwaarden van deze verzekering, onder verrekening van de premie. De commissie merkt hierover op dat zij verzoekster in deze redenering niet kan volgen. Feit is dat de aanvullende verzekering Tandarts niet werd afgesloten, zodat geen aanspraak kan worden gemaakt op enige vergoeding ten laste van die verzekering.




Conclusie




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




10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 6 juni 2018,



J.A.M. Strens-Meulemeester