



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Centrale Ziektekostenverzekering NZV N.V. te Tilburg
Zaak : Aanvullende ziektekostenverzekering, acceptatie, informatieverstrekking
Zaaknummer : 201800166
Zittingsdatum : 10 oktober 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017, artt. 6:217, eerste lid, en artikel 7:932, eerste lid, BW)

1. Partijen

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

Centrale Ziektekostenverzekering NZV N.V. te Tilburg, hierna te noemen: de
ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Delta Lloyd Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Delta Lloyd Tandengaaf 100% tot EUR 500 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 Delta Lloyd Compleet zijn niet in geschil en blijven om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht haar met ingang van 1 januari 2017 te verzekeren op basis van de aanvullende verzekering Tandengaaf 100% tot EUR 1500 (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft door afgifte van het polisblad voor 2017, verzonden op 2 januari 2017, aan verzoekster medegedeeld dat zij is verzekerd op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailberichten van 2 juni 2017 en 15 juni 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft aangeboden de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 juni 2017 te beëindigen, zodat verzoekster zich voor een verzekering met de door haar gewenste dekking tot een andere verzekeraar kan wenden. Dit aanbod is door verzoekster niet aanvaard.

3.4. Bij brief van 22 juni 2018 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) primair verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen. Subsidiair heeft zij gevorderd dat de ziektekostenverzekeraar haar schadeloos dient te stellen, in die zin dat hij haar per jaar een vergoeding moet toekennen voor kosten die samenhangen met tandheelkundige zorg tot een maximum van € 1.500,--. Meer subsidiair heeft zij

gevorderd dat de ziektekostenverzekeraar haar per 1 januari 2017 een aanvullende verzekering moet aanbieden tegen een concurrerend tarief met een dekking tot € 750,- per kalenderjaar (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 24 juli 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 25 juli 2018 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 7 augustus 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 22 augustus 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. 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.
- 3.9. 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.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 10 oktober 2018 gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft op 28 december 2016, via de website van de Consumentenbond, de zorgverzekering en de aanvullende verzekering Tandengaaft 100% tot EUR 1500 aangevraagd. Op 28 december 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar de ontvangst van de aanvraag bevestigd. In de ontvangstbevestiging staat:

"Ben ik nu verzekerde bij Delta Lloyd?"

We hebben wat tijd nodig om uw aanvraag te beoordelen. Wij controleren op dit moment twee dingen:

- U hebt recht op een zorgverzekering*
- U hebt geen betalingsachterstand bij uw huidige zorgverzekering*

Zijn beide situatie voor u van toepassing? Dan accepteren wij uw Delta Lloyd Zorgverzekering. U ontvangt uw polisblad binnen 14 werkdagen. Na ontvangst van uw polisblad krijgt u binnen een maand uw zorgpas.

(...)

Uw Delta Lloyd Zorgverzekering

Premie Volwassene

- Delta Lloyd Zorgverzekering € 1.253,15

- Eigen Risico € 385,00

- Delta Lloyd Compleet € 369,73

- Tandengaaft 100% tot EUR 1500 € 641,16

Premie per jaar € 2.264,04

(...)"

Beide situaties zijn op verzoekster van toepassing en de ziektekostenverzekeraar heeft bevestigd dat in dat geval 'Uw Delta Lloyd Zorgverzekering' wordt geaccepteerd. De definitie van 'Uw Delta Lloyd Zorgverzekering' laat geen ruimte voor onduidelijkheden. Op geen enkele wijze wordt in de ontvangstbevestiging kenbaar gemaakt dat de aanvullende verzekering Tandengaaf 100% tot EUR 1500 pas van kracht wordt na een medische selectie.

- 4.2. Op 2 januari 2017 stuurde de ziektekostenverzekeraar de welkomstbrief met polisblad. Gezien de korte termijn tussen de aanvraag, de ontvangstbevestiging en de ontvangst van het polisblad, ging verzoekster ervan uit dat zij voor de gewenste verzekering was geaccepteerd. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster in de welkomstbrief niet geïnformeerd dat nog een medische selectie zou volgen voor de verzekering Tandengaaf 100% tot EUR 1500. De ziektekostenverzekeraar stelt thans dat - per separate post - op 2 januari 2017 tevens een brief aan verzoekster is gestuurd met als onderwerp 'medische selectie tandartsverzekering', met als bijlage een tandartsverklaring die moest worden ingevuld en teruggestuurd. Deze brief is door verzoekster echter nooit ontvangen. De ziektekostenverzekeraar heeft niet aangetoond dat de brief daadwerkelijk is verzonden, laat staan dat deze door verzoekster is ontvangen. De enkele stelling dat de brief in zijn systeem staat, is niet voldoende. Aangezien verzoekster de tandartsverklaring niet heeft ontvangen, heeft zij deze niet ingevuld en teruggestuurd. Overigens heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster geen herinnering gezonden, bij het uitblijven van de gevraagde tandartsverklaring. Verzoekster twijfelt er niet aan dat haar tandarts de gevraagde verklaring had ingevuld. Mogelijk was zij dan door de medische selectie gekomen. Voor zover dat niet het geval zou zijn geweest, had verzoekster zich nog tijdig kunnen wenden tot een andere verzekeraar om daar een aanvullende verzekering af te sluiten met een betere dekking. Door het handelen van de ziektekostenverzekeraar, of eigenlijk het uitblijven hiervan, heeft verzoekster deze mogelijkheid niet gehad. Hierdoor ziet zij zich geconfronteerd met hoge tandartskosten die voor haar rekening blijven. Daarnaast is het inmiddels niet meer mogelijk een aanvullende verzekering af te sluiten met een hoge dekking, omdat verzoekster nu niet meer door een eventuele medische selectie kan komen. Intussen zit zij namelijk midden in een behandeltraject.
- 4.3. Verzoekster kan zich niet vinden in de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat zij op de hoogte had kunnen of moeten zijn van het acceptatiebeleid en op grond daarvan zelf contact had kunnen opnemen met de ziektekostenverzekeraar. Doordat de informatie hieromtrent niet duidelijk en niet transparant is, was verzoekster namelijk niet op de hoogte van het acceptatiebeleid. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar een uitdraai overgelegd van de website van de Consumentenbond waarop is vermeld dat een medische selectie zou kunnen plaatsvinden voor een aanvullende verzekering. Deze uitdraai is echter van 27 februari 2018 en dateert dus van ruim nadat de betreffende aanvullende verzekering is aangevraagd. Om deze uitdraai als bewijs tegen verzoekster te gebruiken is opgepast en ethisch niet verantwoord. Ook de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat verzoekster de gevoerde correspondentie had kunnen raadplegen op zijn website, kan zij niet volgen. Zij had immers geen reden in te loggen, aangezien zij in de veronderstelling was dat de aanvraag door de ziektekostenverzekeraar was gehonoreerd.
- 4.4. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunten herhaald en benadrukt dat zij nooit een bericht heeft ontvangen van de ziektekostenverzekeraar dat de aanvullende verzekering 'Tandengaaf 100% tot EUR 1500' niet zou zijn geaccepteerd, dan wel dat aan de acceptatie van deze verzekering nadere voorwaarden waren verbonden. Daarnaast heeft zij aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar niet van haar mocht verwachten dat zij de post ook digitaal zou inzien. Immers, pas op 30 maart 2017 heeft zij kenbaar gemaakt dat zij de post digitaal wenst te ontvangen, zodat de post tot die tijd dus per reguliere post moest worden verzonden, waarbij het de verantwoordelijkheid is van de ziektekostenverzekeraar dat deze post verzoekster ook daadwerkelijk bereikt. Verder heeft verzoekster ter zitting verklaard dat zij niet betwist dat een overeenkomst tot stand is gekomen voor de aanvullende ziektekostenverzekering.

- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat alleen voor de zorgverzekering een acceptatieplicht geldt. Dit is niet het geval voor de aanvullende verzekeringen. Deze verzekeringen vallen niet onder de Zvw. Als ziektekostenverzekeraar mag hij zelf de inhoud en de voorwaarden hiervan bepalen. Dit geldt ook voor het al dan niet voeren van een acceptatiebeleid. Voor alle aspirant-verzekerden geldt een medische selectie bij de tandartsverzekering Tandengaaf 100% tot EUR 1500.
- 5.2. Op 28 december 2016 heeft verzoekster een aanvraag gedaan voor de zorgverzekering en de aanvullende verzekeringen Delta Lloyd Compleet en Tandengaaf 100% tot EUR 1500. Vervolgens is per e-mail een ontvangstbevestiging van de aanvraag aan verzoekster gestuurd. In deze bevestiging is opgenomen dat er nog controles worden uitgevoerd op basis waarvan de verzekering kan worden geweigerd of onder voorwaarden kan worden geaccepteerd. De verzekering gaat pas in na acceptatie. Door verzoekster is ten onrechte slechts een deel van de betreffende ontvangstbevestiging aangehaald. Deze moet echter als geheel worden gelezen. Uit de tekst van de ontvangstbevestiging blijkt voldoende duidelijk dat er nog een controle plaatsvindt en dat de aangevraagde verzekeringen op basis hiervan kunnen worden geweigerd.
- 5.3. De aanvraag van verzoekster is op 2 januari 2017 verwerkt. Op deze datum is het polisblad aan verzoekster gezonden. Op het polisblad staat de aanvullende verzekering Tandengaaf 100% tot EUR 500 vermeld.
Per separate post is op 2 januari 2017 een brief aan verzoekster gestuurd, waarin zij wordt geïnformeerd over de medische selectie en aan haar wordt gevraagd een ingevulde en ondertekende tandartsverklaring terug te sturen. Verzoekster stelt dat zij de betreffende brief nooit heeft ontvangen. De brief is verzonden naar het adres dat in de administratie van de ziektekostenverzekeraar is opgenomen en dat correspondeert met het adres in de Basis Registratie Personen (BRP). De ziektekostenverzekeraar mag er dan ook op vertrouwen dat de brief verzoekster heeft bereikt. Dat het polisblad wel is ontvangen, maar de brief over de tandartsverzekering niet acht de ziektekostenverzekeraar niet aannemelijk. De betreffende brief is daarnaast opgenomen in de digitale 'mijnomgeving' van verzoekster.
- 5.4. Het polisblad is het bewijs van verzekering en geeft de overeenkomst weer. Dit volgt uit artikel A.2.1 van de verzekeringsvoorwaarden en artikel 7:932, eerste lid, BW. Verder staat in artikel C.5.1 van de verzekeringsvoorwaarden dat de ziektekostenverzekeraar aanvullende vragen kan stellen voordat hij iemand accepteert voor een aanvullende verzekering. Op het polisblad had verzoekster kunnen zien dat zij (nog) niet was geaccepteerd voor de aanvullende verzekering Tandengaaf 100% EUR 1500. Op grond van artikel A.2.8 van de verzekeringsvoorwaarden is het aan verzoekster het polisblad zorgvuldig te controleren en hierover binnen 30 dagen contact op te nemen met de ziektekostenverzekeraar als iets niet klopt. Verzoekster heeft echter pas op 11 mei 2017 voor het eerst contact opgenomen.
- 5.5. Zowel op de website van de Consumentenbond als op de website van de ziektekostenverzekeraar is duidelijk te lezen dat voor een uitgebreide aanvullende verzekering extra voorwaarden gelden. Specifiek is op de website van de ziektekostenverzekeraar vermeld dat een medische selectie geldt voor de aanvullende verzekeringen Tandengaaf 100% tot EUR 1000 en Tandengaaf 100% tot EUR 1500, waarbij ook wordt gewezen op de tandartsverklaring die na aanmelding wordt toegestuurd. Voor zover de website van de Consumentenbond onduidelijk is of onjuist informatie bevat, is dit de ziektekostenverzekeraar niet tegen te werpen. Hij is immers niet verantwoordelijk voor de inhoud van die website.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar merkt nog op dat verzoekster al in 2016 pijnklachten had aan de bovenkaak en daardoor mogelijk een behandeling was te verwachten in 2017. Hieruit volgt dat

een eventuele ingevulde tandartsverklaring niet zonder meer ertoe had geleid dat verzoekster was geaccepteerd voor de gevraagde aanvullende tandartsverzekering.

5.7. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunten herhaald.

5.8. 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.22.2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en aanvullende verzekeringen 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 primair of de ziektekostenverzekeraar de aanspraak alsnog dient in te willigen, subsidiair of hij gehouden is verzoekster schadeloos te stellen in die zin dat hij haar per jaar een vergoeding moet toekennen voor kosten die samenhangen met tandheelkundige zorg tot een maximum van € 1.500,--, meer subsidiair of de ziektekostenverzekeraar haar per 1 januari 2017 een aanvullende verzekering moet aanbieden tegen een concurrerend tarief met een dekking tot € 750,-- per kalenderjaar.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. Artikel A.2. van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende verzekeringen bepaalt de grondslag van de verzekering en luidt, voor zover hier van belang:

"A.2.1. Algemeen

U hebt bij ons een verzekering afgesloten. Wij leggen de overeenkomst vast op het polisblad. Wij sturen u deze jaarlijks toe.

(...)

A.2.3. Basis van uw verzekering

Uw verzekering is gebaseerd op:

- deze verzekeringsvoorwaarden;

(...)

- het polisblad, reglementen, protocollen en polisbijlagen;

(...)

A.2.8. Controle van het polisblad

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 wij er vanuit dat deze gegevens juist en volledig zijn.

(...)"

8.3. Artikel C.5.1. van de algemene voorwaarden van de aanvullende verzekeringen bevat nadere voorwaarden over de acceptatie voor de aanvullende verzekering en luidt, voor zover hier van belang:

"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. (...)"

8.4. In artikel 6:217, eerste lid, BW is bepaald dat een overeenkomst tot stand komt door een aanbod en de aanvaarding daarvan.

8.5. In artikel 7:932, eerste lid, BW is bepaald dat de ziektekostenverzekeraar zo spoedig mogelijk een polis afgeeft, waarin de overeenkomst is vastgelegd.

9. Beoordeling van het geschil

9.1. Voor de totstandkoming van een overeenkomst dient tussen de contractspartijen wilsovereenstemming te bestaan. Voor de ziektekostenverzekering is dit niet anders. Vast staat dat verzoekster op 28 december 2016 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag heeft gedaan voor de zorgverzekering en voor twee aanvullende verzekeringen, waaronder de tandartsverzekering TandensGaaf 100% tot EUR 1500. Tussen partijen is in geschil of de ziektekostenverzekeraar de aanvraag voor de betreffende tandartsverzekering heeft geaccepteerd, dan wel of verzoekster hiervan op basis van uitspraken van de ziektekostenverzekeraar redelijkerwijs mocht uitgaan. Dienaangaande overweegt de commissie het volgende.

9.2. Op grond van artikel A.2.1. van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende verzekeringen - in samenhang gelezen met artikel 7:932, eerste lid, BW - wordt de overeenkomst door de ziektekostenverzekeraar vastgelegd op het polisblad. Vast staat dat de ziektekostenverzekeraar op 2 januari 2017 aan verzoekster een polisblad heeft gestuurd. Op dit polisblad is echter niet de gevraagde tandartsverzekering opgenomen, maar een andere tandartsverzekering met een lagere dekking. Uit artikel A.2.8. van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en aanvullende verzekeringen volgt dat het de verantwoordelijkheid is van verzoekster het polisblad zorgvuldig te controleren en binnen 30 dagen contact op te nemen met de ziektekostenverzekeraar als de informatie op het polisblad niet juist is. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, en door verzoekster niet bestreden, dat verzoekster niet binnen de in artikel A.2.8. van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en aanvullende verzekeringen genoemde termijn heeft gereclameerd. Zij heeft voor het eerst op 11 mei 2017 contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar.

9.3. Hoewel het polisblad onder deze omstandigheden moet worden geacht de overeenkomst weer te geven, volgt uit de jurisprudentie van de Hoge Raad (HR 30 mei 1980, NJ 1981, 380) dat de verzekeringsnemer met alle middelen rechtens bewijs van het bestaan en de inhoud van de verzekering kan leveren.

Verzoekster heeft in dit verband aangevoerd dat zij er van mocht uitgaan dat de ziektekostenverzekeraar haar aanvraag zou accepteren als werd voldaan aan de voorwaarden die in de ontvangstbevestiging van de aanvraag, gedateerd 28 december 2016, zijn vermeld, te weten dat zij recht moet hebben op een zorgverzekering en geen betalingsachterstand mag hebben bij haar verzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft dit betwist en aangevoerd dat in de ontvangstbevestiging tevens is opgenomen dat hij nog een aantal (andere) controles uitvoert op basis waarvan hij de gevraagde verzekeringen alsnog kan weigeren of alleen onder bepaalde voorwaarden kan accepteren.

De commissie overweegt dat de ontvangstbevestiging van de aanvraag niet kan worden gelezen als een bevestiging van de totstandkoming van de verzekeringsovereenkomst. Zoals hiervoor is overwogen, komt een overeenkomst pas tot stand als wilsovereenstemming is bereikt. Dit laatste is door de ziektekostenverzekeraar nadrukkelijk bestreden.

Verder volgt uit de ontvangstbevestiging niet, in tegenstelling tot hetgeen verzoekster heeft aangevoerd, dat alle aangevraagde verzekeringen zonder meer worden geaccepteerd als aan de door haar genoemde voorwaarden wordt voldaan. Overigens is één en ander tevens opgenomen op de website van de ziektekostenverzekeraar en in artikel C.5.1. van de algemene voorwaarden van de aanvullende verzekering, zodat verzoekster hiervan op de hoogte had kunnen zijn.

Hetgeen overigens door verzoekster is aangevoerd, met name dat zij in de welkomstbrief niet is gewezen op het acceptatiebeleid en dat zij zich inmiddels niet meer elders kan verzekeren tegen tandartskosten, maakt het voorgaande niet anders.

- 9.4. Hetgeen door partijen is aangevoerd ten aanzien van de informatie die op de website van de Consumentenbond is vermeld, heeft in dit kader geen bespreking. De ziektekostenverzekeraar is niet verantwoordelijk voor de informatie die op deze website is geplaatst. Voor zover de betreffende informatie al onduidelijk of onvolledig is, hetgeen overigens geenszins vaststaat, kan dit de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen.
- 9.5. Gezien hetgeen hiervoor is overwogen, bestaat geen grond voor toewijzing van de primaire vordering. Wat betreft de subsidiaire vordering ontbreekt een onderbouwing van de zijde van verzoekster. Nu geen overeenkomst tot stand is gekomen, kan een eventuele verplichting tot schadevergoeding niet hierop zijn gebaseerd. Voor zover verzoekster deze verplichting wenst te baseren op de juridische grondslag van de onrechtmatige daad, is niet aan de hiervoor geldende eisen voldaan. Met name is onvoldoende onderbouwd waaruit het onrechtmatig handelen of nalaten van de ziektekostenverzekeraar heeft bestaan en welk causaal verband bestaat met de door verzoekster gestelde schade, door haar becijferd op € 1.500,- per kalenderjaar. Met betrekking tot de meer subsidiaire vordering heeft verzoekster geen enkele toelichting gegeven. Niet valt in te zien waarom de ziektekostenverzekeraar haar een dekking tot € 750,- per kalenderjaar moet bieden voor tandheelkundige zorg, nu hierover noch wilsovereenstemming bestaat, noch een acceptatieplicht geldt voor de aanvullende verzekering. Daarbij is het de commissie niet duidelijk wat verzoekster heeft bedoeld met een concurrerend tarief en waarom in haar specifieke situatie een ander - lager - tarief zou moeten gelden van voor andere verzekerden.

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, 31 oktober 2018,

L. Ritzema