



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OOM Global Care N.V. te 's-Gravenhage  
Zaak : Buitenlandpolis, uitsluiting bestaande aandoening, weigering vergoeding nota's  
Zaaknummer : 201701746  
Zittingsdatum : 23 mei 2018

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

(Voorwaarden ziektekostenverzekering 2016 en 2017)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

OOM Global Care N.V. te 's-Gravenhage, hierna 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 OOM Wonen in het Buitenland-verzekering (hierna: de ziektekostenverzekering). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verschillende aanvullende ziektekostenverzekeringen afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle hiervoor genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten 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. De ziektekostenverzekeraar heeft eind 2016 aan verzoeker een nieuw polisblad gezonden waarop een uitsluitingsclausule is opgenomen.
- 3.2. Verzoeker heeft vervolgens bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg ten bedrage van totaal € 2.090,01 (€ 646,37 + € 1.443,64) (hierna: de aanspraak). Bij uitkeringsspecificaties van verschillende data heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissingen gevraagd. Bij e-mailberichten van verschillende data heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissingen te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoeker op 11 oktober 2017 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.5. Bij brief van 5 januari 2018 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is (i) af te zien van de toevoeging van de uitsluitingsclausule aan zijn polis, en (ii) de aanspraak alsnog in te willigen (hierna: het verzoek).
- 3.6. 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.

- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 19 maart 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 26 maart 2018 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 7 en 20 april 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. Op 23 mei 2018 heeft verzoeker telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. De ziektekostenverzekeraar is op 23 mei 2018 in persoon gehoord. Verzoeker heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft eind 2016 van de ziektekostenverzekeraar een nieuw polisblad ontvangen waarop de volgende uitsluitingsclausule is vermeld: "In tegenstelling tot uw aanvraag voor een langlopende verzekering bieden wij een contract aan voor de periode van twee jaar en met de volgende clausule: In afwijking van de polisvoorwaarden bestaat er voor [naam en geboortedatum verzoeker], geen aanspraak op vergoeding van kosten die het gevolg zijn van kwalen, klachten en/of lichamelijke afwijkingen, alsmede wat daarmee verband houdt of daaruit voortvloeit, die reeds bestonden op of voor de ingangsdatum van de verzekering." Hoewel verzoeker van mening was dat de ziektekostenverzekeraar niet gerechtigd is een dergelijke uitsluitingsclausule op te nemen, heeft hij het voorstel van de ziektekostenverzekeraar toch geaccepteerd. Thans verschilt verzoeker met de ziektekostenverzekeraar van mening over de toevoeging van de uitsluitingsclausule en over de interpretatie hiervan.
- 4.2. Op 1 september 2016 is verzoeker door zijn huisarts verwezen naar een dermatoloog in het AMC voor een moedervlekcontrole. Op 12 september 2016 heeft in het AMC de betreffende controle plaatsgevonden. Tijdens deze controle heeft de arts-assistent een paar vlekjes geïdentificeerd en uit voorzorg bij een plekje op de linkerwang een biopt genomen. Uiteindelijk heeft verzoeker op 3 november 2016 in het AMC een basaalcelcarcinoom laten verwijderen, waarna hij alle nota's bij de ziektekostenverzekeraar ter declaratie heeft ingediend. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding van de betreffende kosten afgewezen omdat, gelet op de groeisnelheid van een basaalcelcarcinoom, het niet aannemelijk is dat deze aandoening is ontstaan na de ingangsdatum van de verzekering en de uitsluitingsclausule daarom onverkort van toepassing is.
- 4.3. Verzoeker kan de afwijzing van alle ingediende nota's door de ziektekostenverzekeraar niet volgen. Zo wordt namelijk ook het consult door de huisarts afgewezen. Aangezien toen nog niet vaststond dat sprake was van een basaalcelcarcinoom en het derhalve een 'gewoon' consult met doorverwijzing betrof, meent verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is deze nota alsnog te vergoeden. Hetzelfde geldt voor de afspraak in het AMC op 12 september 2016. De kosten met betrekking tot het onderzoek dat is gedaan uit voorzorg hebben niets te maken met kwalen die reeds bestonden op of vóór de ingangsdatum van de ziektekostenverzekering. Het betrof uitsluitend kosten die zijn gemaakt om een diagnose te stellen. Dat uit het onderzoek naar voren kwam dat sprake was van een basaalcelcarcinoom is niet van belang. Ook het consult dat verzoeker nog heeft gehad op 12 augustus 2017 betrof een controle van een moedervlek.
- 4.4. Het feit dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van het verwijderen van het basaalcelcarcinoom op 3 november 2016 niet vergoedt, verbaast verzoeker eveneens. Volgens de ziektekostenverzekeraar groeit een basaalcelcarcinoom dusdanig traag dat het niet aannemelijk is dat dit is ontstaan na het aangaan van de verzekering. Met name het gebruik van de woorden "niet aannemelijk" verwondert verzoeker. Dit omdat de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar aan de plastisch chirurg van verzoeker heeft gevraagd sinds wanneer de klachten aan de moedervlek bestonden en de betreffende plastisch chirurg heeft nagelaten die vraag te beantwoorden. Zonder antwoord op de vraag te hebben gekregen, is de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar dus tot de conclusie gekomen dat de klachten zijn ontstaan ná de

ingangdatum van de verzekering. Deze conclusie is des te opmerkelijker aangezien verzoeker eind 2016 ook is behandeld voor nierstenen en een oorontsteking, en de hiermee gemoede kosten zonder meer door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed.

4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hem tot op heden niet duidelijk is met welke reden de ziektekostenverzekeraar vergoeding van de kosten nu precies afwijst. Aanvankelijk heeft de ziektekostenverzekeraar namelijk de stelling betrokken dat vergoeding van de kosten is afgewezen omdat verzoeker op de gezondheidsverklaring had vermeld dat hij een huidtumor heeft gehad. Later heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat vergoeding is afgewezen omdat het basaalcelcarcinoom al bestond toen de verzekering werd afgesloten. Beide stellingen van de ziektekostenverzekeraar zijn onjuist. Hiertoe voert verzoeker aan dat hij op de gezondheidsverklaring heeft ingevuld dat hij een melanoom heeft gehad. De thans in het geding zijnde kosten hadden betrekking op de verwijdering van een carcinoom, hetgeen een totaal andere aandoening is. Gelet op de ingevulde verklaring verkeerde verzoeker in de veronderstelling dat alleen de kosten die verband houden met melanomen onder de uitsluiting zouden vallen.

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 stelt dat verzoeker bij hem in het verleden meerdere verzekeringen heeft afgesloten. Op 28 mei 2014 heeft verzoeker voor het eerst een langlopende verzekering aangevraagd. Gelet op de antwoorden die verzoeker gaf op de gezondheidsverklaring is aan hem een voorstel gedaan voor een verzekering voor de periode van twee jaren met daarbij een uitsluitingsclausule. Verzoeker heeft de verzekering geaccepteerd waarna deze is ingegaan op 16 juni 2014. Na het verstrijken van de twee jaren heeft verzoeker een aanvraag gedaan voor een nieuwe langlopende verzekering bij de ziektekostenverzekeraar. Op de betreffende aanvraag heeft verzoeker meerdere klachten vermeld. Gelet op deze vermelding en het schadeverloop van eerder afgegeven polissen heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker een clausulevoorstel gedaan. De voorgestelde clausule luidde als volgt: "In tegenstelling tot uw aanvraag voor een langlopende verzekering bieden wij een contract aan voor de periode van twee jaar en met de volgende clausule: In afwijking van de polisvoorwaarden bestaat er voor [naam en geboortedatum verzoeker], geen aanspraak op vergoeding van kosten die het gevolg zijn van kwalen, klachten en/of lichamelijke afwijkingen, alsmede wat daarmee verband houdt of daaruit voortvloeit, die reeds bestonden op of voor de ingangsdatum van de verzekering." Verzoeker heeft met het gedane voorstel ingestemd, inclusief de in het geding zijnde clausule.

5.2. In reactie op de stelling van verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar niet gerechtigd is een uitsluitingsclausule op te nemen, voert de ziektekostenverzekeraar aan dat hij een particuliere verzekeringsmaatschappij is. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar niet is gebonden aan de Zorgverzekeringswet en geen acceptatieplicht heeft waardoor hij een polis kan aanbieden met een beperkende clausule. De reden dat in sommige situaties een beperkende clausule wordt opgenomen, is gelegen in het feit dat de ziektekostenverzekeraar geen tegemoetkoming ontvangt om tegenslagen door een hogere schadelast te compenseren. Om die reden ziet de ziektekostenverzekeraar zich genoodzaakt een gedegen risicobeoordeling te maken met betrekking tot de verwachten schadelast.

5.3. Eind 2016 en begin 2017 heeft verzoeker verschillende declaraties ingediend met betrekking tot de diagnose, verwijdering en de controle van een basaalcelcarcinoom. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding van deze kosten afgewezen, omdat uit een eerder door verzoeker ingevulde gezondheidsverklaring blijkt dat hij al eens een huidtumor heeft gehad en een moedervlek heeft laten verwijderen. Daar komt bij dat verzoeker drie maanden na de ingangsdatum van de verzekering het basaalcelcarcinoom heeft laten verwijderen. De groeisnelheid van een dergelijk carcinoom is echter dusdanig traag dat niet aannemelijk is dat dit pas is ontstaan na de ingangsdatum. Mogelijk dat het carcinoom verzoeker niet is opgevallen, maar dit betekent niet dat het pas is ontstaan na de ingangsdatum van de verzekering. Gelet op het voorgaande en de in

de polis opgenomen uitsluitingsclausule komen de door verzoeker gedeclareerde kosten niet voor vergoeding in aanmerking.

- 5.4. Voor zover verzoeker stelt dat door het wél vergoeden van de kosten van de behandeling van een niersteen het vertrouwen is gewekt dat ook de kosten van het verwijderen van het basaalcelcarcinoom zouden worden vergoed, deelt de ziektekostenverzekeraar deze mening niet. Op de gezondheidsverklaring heeft verzoeker namelijk niet ingevuld dat hij lijdt aan of eerder te maken heeft gehad met een niersteen. Daarnaast is het niet aannemelijk dat de nierstenen al bestonden op of vóór de ingangsdatum van de verzekering. Hetzelfde geldt voor de behandeling van de oorontsteking. Om die reden zijn zowel de kosten van de behandeling van de niersteen als die van de oorontsteking vergoed.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat verzoeker op de gezondheidsverklaring heeft vermeld dat hij in het verleden is behandeld voor moedervlekken. Aangezien er veel verschillende soorten moedervlekken bestaan, is ervoor gekozen een brede uitsluitingsclausule op te nemen. Gelet op het feit dat een moedervlekcontrole betrekking heeft op een huidaandoening en de onderhavige zorg ook een huidaandoening betreft, zijn de kosten door de ziektekostenverzekeraar niet vergoed. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar, daarnaar gevraagd, verklaard dat het volgens zijn medisch adviseur aannemelijk is dat het basaalcelcarcinoom al vóór aanvang van de ziektekostenverzekering bij verzoeker aanwezig was.
- 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 13 van de 'Algemene voorwaarden' van de 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 gehouden is af te zien van toevoeging van de uitsluitingsclausule aan de polis van verzoeker dan wel deze clausule anders te interpreteren en de aanspraak alsnog in te willigen.

## 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarde

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil is de volgende verzekeringsvoorwaarde relevant.
- 8.2. Artikel 1 van de 'Algemene voorwaarden' van de ziektekostenverzekering regelt in welke gevallen de verzekeraar de schade vergoedt:

### **"1. Wanneer vergoeden wij uw schade?**

*Wij vergoeden alleen schade die is ontstaan tijdens de looptijd van uw verzekering. Verder vergoeden wij schade alleen als het op het moment dat u de verzekering afsloot voor u en voor ons onbekend was dat die schade zou ontstaan tijdens de looptijd van de verzekering. En als dit onder normale omstandigheden ook niet te verwachten was. Deze eis van onzekerheid staat in de wet: artikel 7:925 BW.*

*Ook leggen we deze eis van onzekerheid met een paar voorbeelden uit: Het moet onzeker zijn dat er ooit brand ontstaat (inboedelverzekering). Het kan ook zijn dat de gebeurtenis al wel heeft plaatsgevonden, maar dat u niet wist dat er schade zou ontstaan. Bijvoorbeeld als u schade heeft veroorzaakt, maar u wist dit nog niet omdat de tegenpartij u nog niet aansprakelijk heeft gesteld (aansprakelijkheidsverzekering). (...)"*

9. Beoordeling van het geschil

**Opname uitsluitingsclausule**

- 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 de ziektekostenverzekeraar verzoeker in 2016 een aanbod heeft gedaan voor een nieuwe ziektekostenverzekering. Bij dit aanbod heeft de ziektekostenverzekeraar de volgende tekst opgenomen: "In tegenstelling tot uw aanvraag voor een langlopende verzekering bieden wij een contract aan voor de periode van twee jaar en met de volgende clausule: "In afwijking van de polisvoorwaarden bestaat er voor [naam en geboortedatum verzoeker], geen aanspraak op vergoeding van kosten die het gevolg zijn van kwalen, klachten en/of lichamelijke afwijkingen, alsmede wat daarmee verband houdt of daaruit voortvloeit, die reeds bestonden op of voor de ingangsdatum van de verzekering". Niet in geschil is dat verzoeker dit aanbod heeft geaccepteerd, zodat de ziektekostenverzekering met ingang van 16 juni 2016 tot stand is gekomen, inclusief de hierin opgenomen uitsluitingsclausule, die verder gaat dan hetgeen is bepaald in artikel 1 van de 'Algemene voorwaarden' van de ziektekostenverzekering. Of verzoeker toen al bedenkingen had ten aanzien van deze clausule is niet relevant. Zijn alternatief bestond er in het aanbod af te wijzen en hiervoor heeft hij niet gekozen.

**Vergoeding declaraties**

- 9.2. Medisch specialistische zorg valt in beginsel onder de dekking van de ziektekostenverzekering. Dit wordt door de ziektekostenverzekeraar niet bestreden. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar de nota's ter zake van de behandeling van de aandoening van verzoeker, te weten het basaalcelcarcinoom, al dan niet terecht heeft afgewezen. Met betrekking hiertoe overweegt de commissie als volgt.
- 9.3. In het algemeen geldt dat op grond van artikel 7:928 BW de aspirant-verzekerde bij het aangaan van de verzekering alle feiten aan de verzekeraar dient 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. Dit wordt aangeduid als het kennisvereiste en het kenbaarheidsvereiste. In het onderhavige geval kan de inhoudelijke beoordeling aan de hand van beide vereisten achterwege blijven, aangezien de ziektekostenverzekeraar naar aanleiding van de ingevulde gezondheidsverklaring aan verzoeker een voorstel onder toepassing van een uitsluitingsclausule heeft gedaan. Op basis van deze clausule bestaat geen aanspraak op vergoeding van kosten die het gevolg zijn van kwalen, klachten en/of lichamelijke afwijkingen die reeds bestonden op of vóór de ingangsdatum van de verzekering. Zoals hiervoor onder 9.1 is vastgesteld, heeft verzoeker het aanbod van de ziektekostenverzekeraar, inclusief de uitsluitingsclausule, geaccepteerd. Anders dan verzoeker is de commissie van oordeel dat uit de redactie van deze clausule niet kan worden afgeleid dat deze enkel ziet op een melanoom. Ook een basaalcelcarcinoom of het voorstadium hiervan valt onder de uitsluiting.
- 9.4. Gelet op het vorenstaande resteert de beantwoording van de feitelijke vraag of het basaalcelcarcinoom of het voorstadium hiervan al bestond ten tijde van het tot stand komen van de verzekering. Met betrekking hiertoe heeft de ziektekostenverzekeraar geen stelling betrokken in die zin dat is geconstateerd dat het basaalcelcarcinoom of het voorstadium hiervan al bestond ten tijde van de totstandkoming van de verzekering. Daarnaast ter zitting uitdrukkelijk door de commissie gevraagd, heeft de ziektekostenverzekeraar wel verklaard dat het volgens zijn medisch adviseur, gelet op de groeisnelheid van een basaalcelcarcinoom, niet aannemelijk is dat de aandoening pas is ontstaan na 16 juni 2016, daarmee implicerend dat het carcinoom of het voorstadium hiervan reeds aanwezig was. Desgevraagd kon de ziektekostenverzekeraar niet aangeven op grond

waarvan de medisch adviseur de groeisnelheid heeft vastgesteld of bepaald. Mede gelet op de breed geformuleerde uitsluitingsclausule die door de ziektekostenverzekeraar wordt gehanteerd, is de enkele stelling dat het "niet aannemelijk" is dat de aandoening eerst na de ingangsdatum van de verzekering is ontstaan naar het oordeel van de commissie onvoldoende. Het ligt in een dergelijk geval op de weg van de ziektekostenverzekeraar zijn stelling (medisch) te onderbouwen, hetzij met informatie van de behandelend arts over de specifieke situatie van betrokkene hetzij - bij ontbreken daarvan - aan de hand van wetenschappelijke publicaties van voldoende niveau waaruit de juistheid van de stelling kan worden afgeleid. Nu de ziektekostenverzekeraar zowel het een als het ander heeft nagelaten, is de commissie van oordeel dat hij gehouden is de onderhavige nota's, met inachtneming van de geldende verzekeringsvoorwaarden, te vergoeden.

### **Conclusie**

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.6. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 6 juni 2018,

H.A.J. Kroon