



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Aanvullende ziektekostenverzekering, fysiotherapie, aan- en uitzetten module, wachttijd

Zaaknummer : 201402162

Zittingsdatum : 19 augustus 2015



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artikel 6 Zvw, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014)

1. Partijen

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

tegen

- 1) FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden, en
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- 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 grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Module Therapieën afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft in december 2013 via "Independer" de Module Therapieën aangezet. Verzoeker was hiermee in de veronderstelling dat hij (vanaf 1 januari 2014) de nota's van zijn fysiotherapeut bij de ziektekostenverzekeraar kon indienen. Daaropvolgend heeft verzoeker de fysiotherapeut bezocht. De kosten hiervan heeft hij bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding van de kosten afgewezen omdat sprake zou zijn van een wachttijd voor de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 3.2. Verzoeker is het niet eens met de beslissing van de ziektekostenverzekeraar en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 31 juli 2014 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 februari 2015 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering alsnog per 1 januari 2014 te laten ingaan (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 13 mei 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 mei 2015 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 30 juni 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 31 juli 2015 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat, gebruik makend van de haar op grond van artikel 22 van dit reglement toekomstige bevoegdheid, de onderhavige zaak in afwijking van het bepaalde in artikel 13, lid 5 onder a van bedoeld reglement enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 augustus 2015 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker is sinds enkele jaren bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd. Hij heeft in december 2013 via "Independer" te kennen gegeven dat hij met ingang van 1 januari 2014 verzekerd wil zijn op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering. Verzoeker stelt dat hij met deze handeling zijn op dat moment bij de ziektekostenverzekeraar lopende zorgverzekering heeft beëindigd en met deze een nieuw contract ten aanzien van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering heeft afgesloten. Verzoeker is van mening dat in zijn situatie géén wachttijd geldt omdat hij vanaf 1 januari 2014 een zorgverzekering mét aanvullende verzekering heeft afgesloten.
- 4.2. Verzoeker heeft zich gewend tot de fysiotherapeut. De kosten die hieruit zijn voortgevloeid heeft hij gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar weigert echter deze kosten te vergoeden aangezien - in verband met de wachttijd - de vergoeding op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering niet reeds per 1 januari 2014 maar eerst per 1 juli 2014 is ingegaan.
- 4.3. Verzoeker stelt dat volgens de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden geen wachttijd zou moeten gelden. Hij is ervan op de hoogte dat indien hij midden in het jaar een module aanzet wél een wachttijd geldt. Juist om dat te voorkomen heeft hij - via "Independer" - met ingang van 1 januari 2014 de zorgverzekering in combinatie met de aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker opgemerkt dat hij vindt dat de ziektekostenverzekeraar een heel summiere reactie heeft gegeven op zijn klacht. Zijn primaire stelling is dat uit de voorwaarden van de zorgverzekering voortvloeit dat als een zorgverzekering en aanvullende module met ingang van het nieuwe jaar worden afgesloten, geen wachttijd geldt, tenzij iemand al in het voorgaande jaar een aanvullende module had. Deze situatie is op hem van toepassing. Subsidiair geldt dat de ziektekostenverzekeraar de zorgplicht heeft geschonden door zich te beroepen op de voorwaarden voor zover het het opzeggen van de verzekering via "Independer" betreft, maar niet voor zover het de nieuw af te sluiten module betreft die via deze website is afgesloten. Beide situaties zijn niet in de voorwaarden geregeld. Het afsluiten van de module met wachttijd is echter in het voordeel van de ziektekostenverzekeraar, en in dat geval gaat hij voorbij aan de voorwaarden.
- 4.5. 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 sinds 1 januari 2012 meerdere wijzigingen ten aanzien van zijn aanvullende verzekering heeft doorgevoerd. Zo heeft hij tweemaal gedurende één maand de module Extra Zorg 2 geactiveerd. In deze maanden heeft verzoeker kosten gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar stelt dat hieruit blijkt dat verzoeker op de hoogte is van de procedure en de voorwaarden omtrent de wachttijd. Daarnaast voert de ziektekostenverzekeraar aan dat met de verzekerden duidelijk is gecommuniceerd dat bij sommige modules sprake is van een wachttijd.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar stelt voorts dat geen sprake is van een opzegging van de zorgverzekering zoals bedoeld in artikel 5 van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden. Volledigheidshalve vult hij aan dat het niet mogelijk is via "Independer" de zorgverzekering te beëindigen. Verzoeker heeft daarbij nimmer een ander polisnummer ontvangen of een bericht dat de zorgverzekering is beëindigd dan wel een bericht dat een nieuwe zorgverzekering is afgesloten. Aangezien van een opzegging geen sprake is, zijn voor de aanvullende ziektekostenverzekering de zes maanden wachttijd - zoals beschreven in de toepasselijke polisvoorwaarden - bij verzoeker van toepassing.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de verzekerde bij het afsluiten van een verzekering altijd een ontvangstbevestiging krijgt. Hij kan dan via 'MijnFBTO' wijzigingen inzien. Vooraf kan altijd worden gezien wat de voorwaarden zijn, inclusief de geldende wachttijd.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 17 van de zorgverzekering en artikel 20 van de 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 gehouden is de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering per 1 januari 2014 - zonder wachttijd - te laten ingaan.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

- 8.2. In artikel 5 van de zorgverzekering (2013) is, met betrekking tot de beëindiging van de verzekering, voor zover in dit verband van belang, bepaald:

"De verzekeringnemer kan de ziektekostenverzekering met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar opzeggen. De opzegging moet dan uiterlijk 31 december binnen zijn. Indien de verzekeringnemer de ziektekostenverzekering niet opzegt, vindt stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar. De verzekeringnemer kan de ziektekostenverzekering op de volgende manieren opzeggen:

- Door de ziektekostenverzekering uiterlijk 31 december schriftelijk of per e-mail op te zeggen.
- Door gebruik te maken van de overstapservice die verzekeraars in het leven hebben geroepen. De overstapservice houdt in dat als u uiterlijk 31 december een verzekering sluit voor het daaropvolgende kalenderjaar, de nieuwe zorgverzekeraar namens u bij ons de

ziektekostenverzekering opzegt. U (verzekeringnemer) kunt een nieuw gesloten basisverzekering herroepen. U kunt de basisverzekering binnen 14 dagen na ontvangst van uw polisblad schriftelijk of per e-mail zonder opgaaf van redenen beëindigen. De basisverzekering wordt dan geacht niet te zijn ingegaan. Dit houdt in dat wij de eventueel al betaalde premie aan u (verzekeringnemer) terugstorten en u de eventueel ontvangen schadekosten terugbetaalt aan ons. (...)

8.3. Artikel 5 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.4. In het informatieve gedeelte dat voorafgaat aan de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is vanaf bladzijde 10, voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

"Modules wijzigen en wachttijden

De basisverzekering kunt u aanvullen met een keuze uit 8 modules. U kunt deze modules maandelijks aanzetten. De module gaat dan in op de eerste dag van de volgende kalendermaand. Een module uitzetten kan natuurlijk ook. De module vervalt na opzegging op de eerste dag van de volgende kalendermaand. Via MijnFBTO op fbto.nl kunt u uw modules aanpassen.

Als u een module (weer) aanzet, krijgt u in een aantal gevallen wel te maken met wachttijden. Hieronder vindt u eerst informatie over de wachttijden als u al bij ons verzekerd bent, en vervolgens over de wachttijden als u een nieuwe basisverzekering met aanvullende modules bij ons afsluit.

Bent u al verzekerd bij FBTO met een basisverzekering en 1 of meer aanvullende module(s)?

Voor een aantal behandelingen is er sprake van een wachttijd. Dit betekent dat u gedurende de wachttijd premie betaalt, maar nog geen vergoeding krijgt.

Zet u een aanvullende module met een wachttijd aan het eind van het lopende verzekeringsjaar voort in het daaropvolgende verzekeringsjaar? Dan neemt u de resterende wachttijd mee naar het nieuwe verzekeringsjaar.

De wachttijd is opnieuw volledig van toepassing als u:

- de aanvullende module met een wachttijd gedurende het lopende verzekeringsjaar beëindigt en deze gedurende het lopende verzekeringsjaar weer aan zet;*
- aan het eind van het lopende verzekeringsjaar de aanvullende module met wachttijd beëindigt en deze vervolgens op 1 januari van het daaropvolgende verzekeringsjaar weer aan zet;*
- de Basisverzekering in combinatie met een aanvullende module met een wachttijd aan het einde van het lopende verzekeringsjaar beëindigt en vervolgens op 1 januari van het daaropvolgende verzekeringsjaar weer aanzet.*

NB De op dat moment actuele voorwaarden en tarieven zijn vervolgens van toepassing.

Voor een aantal modules en specifieke behandelingen gelden wachttijden, als u de module uit- en weer aanzet. Hieronder leest u voor deze modules en specifieke behandelingen de wachttijd.

(...)

Module Therapieën

Zet u de module therapieën uit en vervolgens weer aan?

Dan geldt er opnieuw een wachttijd van 6 maanden voor paramedische behandelingen.

De wachttijd geldt ook, als u op 1 januari of gedurende het kalenderjaar een hogere maximale vergoeding kiest. Verhoogt u de maximale vergoeding bijvoorbeeld van 500,- naar € 1000,-? Dan geldt voor het bedrag boven de € 500,- een wachttijd van 6 maanden voor paramedische

behandelingen. De wachttijd gaat in op de eerste dag van de volgende kalendermaand waarop u de extra vergoeding bijverzekert.

Verhoogt u de maximale vergoeding van de module Therapieën, of zet u deze module opnieuw aan? En heeft u in hetzelfde kalenderjaar al kosten voor paramedische behandelingen vergoed gekregen? Houdt u er dan rekening mee dat de al vergoede kosten meetellen voor de hoogte van de vergoeding waarop u nog recht heeft. "

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. In artikel 5 van de zorgverzekering is bepaald in welke gevallen de verzekering eindigt. Hoewel door verzoeker het tegendeel is gesteld, is van een beëindiging van de zorgverzekering met ingang van 1 januari 2014 niet gebleken. Met name is niet gebleken dat de verzekering is opgezegd door of namens verzoeker. Daarbij is door verzoeker geen aanvraagformulier voor een zorgverzekering met ingangsdatum 1 januari 2014 overgelegd. De commissie concludeert dan ook dat sprake is van een na genoemde datum van 1 januari 2014 doorlopende zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.2. Vast staat dat verzoeker eind 2013 via "Independer" de aanvullende ziektekostenverzekering heeft geactiveerd. Hij heeft daarbij verklaard de verzekering te willen laten ingaan op 1 januari 2014. Volgens de ziektekostenverzekeraar geldt in de situatie van verzoeker een wachttijd van zes maanden. Verzoeker heeft dit bestreden. Met betrekking hiertoe merkt de commissie op dat uit het informatieve gedeelte dat vooraf gaat aan de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering valt op te maken dat de wachttijden die door de ziektekostenverzekeraar voor bepaalde modules worden gehanteerd steeds zijn gekoppeld aan het uit- en vervolgens weer aanzetten van die betreffende module(s) gedurende de looptijd van de verzekering. In het geval van verzoeker is uit navraag bij de ziektekostenverzekeraar gebleken dat de Module Therapieën met ingang van 1 januari 2014 voor het eerst is aangezet. Volgens het informatieve gedeelte geldt in die situatie geen wachttijd voor de betreffende module. Dat verzoeker gedurende de looptijd van de verzekering andere modules uit- en vervolgens weer heeft aangezet, is voor de aanvullende ziektekostenverzekering van geen belang.
- 9.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat ten tijde van het ontstaan van het geschil het beleid was dat nieuwe verzekerden zonder wachttijd werden geaccepteerd voor de betreffende module. Dit strookt met de onder 9.2 gedane constatering dat in het informatieve gedeelte niet benoemd is de situatie dat een verzekerde gedurende de looptijd van de verzekering voor het eerst ervoor kiest een module aan te zetten, zoals verzoeker heeft gedaan met de aanvullende ziektekostenverzekering. Hij moet dan ook, althans waar het de module Therapieën betreft, worden beschouwd als een nieuwe verzekerde. Gelet op het voorgaande concludeert de commissie dat verzoeker de wachttijd van zes maanden voor de aanvullende ziektekostenverzekering - die onder andere omstandigheden wél van toepassing is - niet kan worden tegengeworpen.

Conclusie

- 9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.5. 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 entregeld van € 37,-.



Zeist, 9 september 2015,



P.J.J. Vonk

