

RAAD VAN TOEZICHT VERZEKERINGEN

UITSpraak Nr. 2007/052 Med

in de klacht nr. 2006 2386 (051.06)

ingediend door:

hierna te noemen 'klager',

tegen:

hierna te noemen 'verzekeraar'.

De Raad van Toezicht Verzekeringen heeft kennis genomen van de schriftelijke klacht, alsmede van het daartegen door verzekeraar gevoerde schriftelijke verweer. De Raad heeft aanleiding gevonden, alvorens uitspraak te doen, verzekeraar in een zitting van de Raad te horen.

Voor zover voor de beoordeling van de klacht van belang, is het navolgende gebleken.

Inleiding

Klager en zijn echtgenote, die woonachtig zijn in de USA en geboren zijn in respectievelijk 1922 en 1927, waren tot 1 januari 2006 via de ex-werkgever van klager bij verzekeraar door middel van een collectieve ziektekostenverzekering tegen het risico van ziektekosten verzekerd.

In artikel 11 lid 1 van de op deze verzekering van toepassing zijnde verzekeringsvoorwaarden is bepaald:

'Wij hebben het recht de voorwaarden en/of de premie van de bij ons lopende verzekeringen en bloc dan wel groepsgewijs te wijzigen. (...)'

Blijkens een op 9 december 2005 gedateerd polisblad is klager met ingang van 1 januari 2006 op collectieve basis via de ex-werkgever tegen het risico van ziektekosten verzekerd krachtens een pakket bestaande uit een basisverzekering en enkele aanvullende verzekeringen tegen een maandpremie van € 115,18. Bij brieven van 27 maart 2006 heeft verzekeraar aan klager bericht dat dit pakket voor klager en zijn echtgenote met ingang van 1 januari 2006 is beëindigd omdat zij in het buitenland wonen en daarom het recht op de basisverzekering vervalt.

Bij polisbladen van 9 augustus 2006 heeft verzekeraar vervolgens aan klager en zijn echtgenote zgn. Wereldpolissen, met tandartsdekking, afgegeven, waarvan de premie per persoon per kwartaal € 3.188,94 bedraagt.

Klager en zijn echtgenote zijn voor 80% van hun ziektekosten in de USA verzekerd via Medicare, waarvan verzekeraar tot 1 januari 2007 de door klager en zijn echtgenote verschuldigde premie voor zijn rekening heeft genomen.

De klacht

De klacht betreft de behandeling door verzekeraar van de ziektekostenverzekeringen van klager en zijn echtgenote na het in werking treden van de Zorgverzekeringswet op 1 januari 2006.

2007/052 Med

Op 25 januari 2006 ontvingen klager en zijn echtgenote hun nieuwe polissen, geldig tot 1 januari 2007 en ondertekend door de directievoorzitter van verzekeraar.

In maart 2006 bevreedde het klager en zijn echtgenote dat geen premie meer van het pensioen werd afgehouden. Zij konden hieromtrent van de ex-werkgever, het pensioenfonds of verzekeraar geen afdoende verklaring krijgen.

Op 11 april 2006 ontvingen klager en zijn echtgenote een niet-ondertekend bericht van een ondergeschikte van verzekeraar, dat hun polissen per 1 januari 2006 beëindigd waren omdat zij in het buitenland wonen. Een dergelijke mededeling zou echter gedaan moeten worden door de directievoorzitter zelf of door een procuratiehouder namens hem. Bovendien heeft de Raad van Toezicht, aldus klager, in uitspraak Nr. 2005/042 Med van 11 april 2005 beslist, dat klager en zijn echtgenote voor de ziektekostenverzekering niet in het buitenland wonen.

Het is onverantwoord om twee hoogbejaarde mensen 3,5 maand lang zonder dat zij het wisten, zonder ziektekostenverzekering te laten.

Op 12 april 2006 ontvingen klager en zijn echtgenote zgn. Wereldpolissen en een acceptgiro om binnen 7 dagen € 12.935,- per persoon te betalen als jaarpremie. Klager heeft deze polissen teruggezonden. Zij waren door verzekeraar ondergebracht in een verkeerd collectief contract, hetgeen volgens verzekeraar een vergissing was. Ze waren nu ondergebracht in een collectief contract voor niet meer actieven die in het buitenland wonen. De actieve werknemers die in het buitenland wonen, hebben deze polis niet en behoeven dus niet zo'n exorbitante premie te betalen. Klager en zijn echtgenote hebben deze Wereldpolis met dit nieuwe contractnummer niet ontvangen en kunnen zich niet voorstellen dat de ex-werkgever zo discrimineert.

Een premie van bijna € 26.000,- per jaar is buiten proporties. En dat terwijl de ziektekostenverzekering bij verzekeraar de secundaire verzekering van klager en zijn echtgenote is sinds klager in 1987 op 65-jarige leeftijd in de USA kon toetreden tot Medicare. De toenmalige directie van verzekeraar zag het grote voordeel hiervan en stemde toe in het vergoeden van de premie. In 2004 bijvoorbeeld bedroegen de ziektekosten van klager en zijn echtgenote \$ 22454,-. Bij verzekeraar werd gedeclareerd \$ 9047,-. De rest voldeed Medicare. De premie voor Medicare voor 2006 is \$176,- per maand voor klager en zijn echtgenote tezamen. Het heeft voor hen geen voordeel om lid te zijn van Medicare. Het voordeel ligt bij verzekeraar. Nu wil deze dat beëindigen, geheel tegen diens eigen belang in. De enige bedoeling lijkt om het klager en zijn echtgenote zo zuur mogelijk te maken.

Het standpunt van verzekeraar

Klager maakt bezwaar tegen het beëindigen van zijn ziektekostenverzekering per 1 januari 2006, omdat hij met betrekking tot deze verzekering niet in het buitenland zou wonen. Tevens is hij van mening dat de premie van bijna € 26.000,- per jaar voor de Wereldpolis buiten proporties is, mede gezien zijn primaire Medicare verzekering.

Verzekeraar heeft aan klager toegelicht dat vanaf 1 januari 2006 sprake is van een geheel andere verzekeringssituatie dan voorheen, waardoor verzekeraar de lopende collectieve ziektekostenverzekering van klager niet kon handhaven. Tevens was verzekeraar verplicht om de ziektekostenverzekering te annuleren. Om te voorkomen dat klager en zijn echtgenote onverzekerd zouden zijn, heeft

2007/052 Med

verzekeraar met de Wereldpolis via het collectieve contract van de ex-werkgever een aanbod voor een gelijkwaardige zorgverzekering gedaan.

Medio december 2005 heeft verzekeraar met de algemene conversie de ziektekostenverzekering van klager gewijzigd in een basisverzekering via het collectieve contract. Na controle werd echter duidelijk dat klager geen recht heeft op de basisverzekering omdat hij gepensioneerd is en in de USA woont. De basisverzekering is alleen verplicht voor ingezetenen en niet-ingezetenen die ter zake van in Nederland verrichte arbeid aan de loonbelasting zijn onderworpen. Het is zorgverzekeraars wettelijk niet toegestaan voor niet-verzekeringplichtigen, zoals klager, een basisverzekering af te sluiten. Daarom heeft verzekeraar op 27 maart 2006 de verzekering van klager met terugwerkende kracht per 1 januari 2006 moeten beëindigen. Deze beëindigingsbrief is geschreven namens de directievoorzitter en ondertekend door de manager polisservice.

Klager is het hier niet mee eens en stelt dat de Raad van Toezicht in uitspraak Nr. 2005/042 Med heeft beslist dat hij voor de ziektekostenverzekering niet in het buitenland woont. Hij betreft hierbij een tandheelkundige kwestie uit 2005 rond de vergoeding van een driedelige brug. In die situatie heeft verzekeraar aangegeven dat hij voor de uitvoering van de polisvoorwaarden diende te handelen alsof klager woonachtig was in Nederland. Het betrof een artikel van de algemene voorwaarden van de collectieve ziektekostenverzekering, geldend t/m 31 december 2005. In dit artikel was opgenomen dat ten aanzien van verzekerden die op grond van een dienstverband bij de werkgever in het buitenland zijn gevestigd, de verzekering wordt gecontinueerd als waren zij woonachtig in Nederland. Dit betekent dat verzekeraar met betrekking tot de in het land van vestiging gemaakte kosten de polisvoorwaarden heeft uitgevoerd alsof klager in Nederland woonde. In de uitspraak heeft de Raad geoordeeld dat het verdedigbaar is dat verzekeraar op grond van het vermelde artikel de tandheelkundige kosten niet als spoedeisende zorg in het buitenland heeft beschouwd. Verzekeraar heeft hiermee nooit gesteld dat klager niet in het buitenland woont en is van mening dat de Raad dit in de uitspraak ook niet heeft gesteld.

Met ingang van 1 januari 2006 heeft verzekeraar klager en zijn echtgenote ingeschreven in een Wereldpolis en een aanvullende tandartsverzekering via het algemene collectieve contract van de ex-werkgever. Deze ziektekostenverzekering is bedoeld voor de inactieven die in het buitenland wonen en die geen recht hebben op inschrijving in de basisverzekering of de polis voor expatriats. Door de enorme drukte rond de invoering van de basisverzekering heeft de inschrijving van klager in de Wereldpolis helaas langer geduurd dan gebruikelijk. Abusievelijk is klager op 3 april 2006 ingeschreven in een verkeerde collectiviteit; dit is op 19 mei 2006 door verzekeraar gecorrigeerd naar het huidige contract. De polisbladen zijn op 6 juni 2006 met priority mail naar klager verzonden. Gezien de opmerking van klager dat deze polissen niet zijn ontvangen, heeft verzekeraar de polisbladen opnieuw verstuurd naar het postadres van klager in Nederland.

De premie voor deze Wereldpolis bedraagt voor verzekerden ouder dan 70 jaar zonder eigen risico € 1.044,75,- per persoon per maand. De premie voor de tandartsverzekering bedraagt € 18,23 per persoon per maand. Dit betekent dat voor het kalenderjaar 2006 de premie voor klager en zijn echtgenote

2007/052 Med

€25.511,52,- bedraagt. De premie is gerelateerd aan de medische kosten in de USA en Canada. Klager geeft aan dat hij zich niet kan voorstellen dat de ex-werkgever dermate discrimineert tussen inactieven en actieven. In het vaststellen van de premiestructuur voor actieven en inactieven spelen echter vele aspecten een rol en de ex-werkgever heeft hierbij eigen beleidsvrijheid.

Klager geeft aan dat zijn ziektekostenverzekering bij verzekeraar een secundaire verzekering is sinds hij in 1988 is toegetreden tot Medicare en dat zijn lidmaatschap van Medicare voor verzekeraar voordelig is. In 1988 is met klager een coulanceregeling getroffen, waarbij de premie door verzekeraar werd vergoed. Van deze coulanceregeling heeft klager 18 jaar gebruik kunnen maken. De wijziging van een collectieve ziektekostenverzekering naar een Wereldpolis via de ex-werkgever als gevolg van de nieuwe Zorgverzekeringswet is aanleiding geweest om deze coulanceregeling in heroverweging te nemen. Dit heeft ertoe geleid dat besloten is om de coulanceregeling niet voort te zetten na 1 januari 2007. Verzekeraar wil hiermee de situatie van klager gelijktrekken aan die van andere verzekerden in soortgelijke omstandigheden. Als laatste stelt klager dat verzekeraar voordeel zou hebben van de Medicare verzekering. Verzekeraar deelt deze mening niet en verwijst voor dit punt naar de vrijheid van een verzekeraar om eigen coulancebeleid vast te stellen.

Het commentaar van klager

Klager heeft, kennis genomen hebbend van het verweer van verzekeraar, zijn klacht gehandhaafd. De wetgeving staat niet eraan in de weg dat verzekeraar met hem een basisverzekering of verzekering voor expatriats afsluit. Bovendien heeft verzekeraar herhaaldelijk gesteld dat de USA voor klager als Nederland geldt. Van de ex-werkgever heeft klager vernomen dat verzekeraar de Wereldpolis aan klager heeft aangeboden op grond van een niet-bestaand collectief contract.

Het verdere verloop van de klachtprocedure

In een brief van 19 januari 2007 heeft verzekeraar zijn standpunt nader toegelicht. Klager valt op grond van artikel 2 van de Zorgverzekeringswet niet onder de verzekeringsplicht. Op grond van een met de ex-werkgever van klager gesloten overeenkomst kan klager sinds 1 januari 2007 niet meer een verzekering voor expatriats afsluiten. Het is de eigen keuze van klager om al of niet bij verzekeraar een Wereldpolis via het collectieve contract van de ex-werkgever af te sluiten. Klager zou ook in de USA een goede aanvullende verzekering op zijn Medicare kunnen afsluiten, of alleen een Wereldpolis kunnen nemen. Verzekeraar meent verder op goede gronden te zijn overgegaan tot het beëindigen van de coulancebetaling voor Medicare. De collectieve ziektekostenverzekering van klager is per 1 januari 2006 beëindigd op grond van artikel 11 lid 1 van de verzekeringsvoorwaarden die op die verzekering van toepassing waren. Helaas is de nieuwe polis van klager veel duurder.

Het overleg met verzekeraar

Ter zitting heeft de Raad de klacht met verzekeraar besproken.

Het verdere verloop van de klachtprocedure

In een brief van 6 februari 2007 heeft verzekeraar aan de Raad meegedeeld dat hij zich gesteund voelt door het advies van een hoogleraar in zijn besluit de

2007/052 Med

ziektekostenverzekering van klager en zijn echtgenote per 1 januari 2006 te beëindigen op grond van artikel 11 lid 1 van de verzekeringsvoorwaarden. Deze hoogleraar is, aldus verzekeraar, van mening dat van verzekeraar niet kan worden verlangd dat hij tot in lengte van jaren een onrendabele verzekering blijft uitvoeren.

Nadien heeft verzekeraar aan klager enkele voorstellen gedaan om tot een oplossing van de kwestie te komen:

- een ongelimiteerde Wereldpolis tegen het volle tarief van € 1.171,58 per persoon per maand;
- een tot een bedrag van € 100.000,- per jaar beperkte dekking op de Wereldpolis tegen een premie van € 497,25 per persoon per maand, in aanvulling op de door klager zelf te bekostigen Medicare verzekering;
- een doorlopende reisverzekering die tijdens een reis overal ter wereld, exclusief de Verenigde Staten en Canada, dekking biedt voor onvoorzienbare spoedeisende medische hulp.

Klager heeft vervolgens aan de Raad bericht dat hij niet kan ingaan op de voorstellen van verzekeraar daar deze ondoordacht en ontoereikend zijn.

Het oordeel van de Raad

1. Ter gelegenheid van het in werking treden per 1 januari 2006 van de Zorgverzekeringswet heeft verzekeraar, zoals hij in zijn brief van 19 januari 2007 aan de Raad heeft bericht, de tot dan geldende collectieve ziektekostenverzekering van klager en zijn echtgenote per 1 januari 2006 beëindigd op grond van artikel 11 lid 1 van de op die verzekering van toepassing zijnde verzekeringsvoorwaarden en heeft hij hen per die datum verzekerd krachtens een pakket van een op de Zorgverzekeringswet gebaseerde basisverzekering en enkele aanvullende verzekeringen. Verzekeraar heeft daarbij over het hoofd gezien dat de Zorgverzekeringswet op klager en zijn echtgenote, die geen Nederlands ingezetene zijn en in Nederland niet aan de loonbelasting zijn onderworpen, niet van toepassing is. Verzekeraar heeft dit later ingezien en heeft bij brieven van 27 maart 2006 aan klager dienovereenkomstig bericht dat dit pakket voor klager en zijn echtgenote per de ingangsdatum 1 januari 2006 werd beëindigd. Nadien heeft hij klager en zijn echtgenote een veel duurdere Wereldpolis aangeboden.

2. Genoemd artikel 11 lid 1 geeft verzekeraar slechts het recht de voorwaarden en/of de premie van onderhavige verzekering (en bloc dan wel groepsgewijs) te wijzigen, maar geeft hem niet het recht de verzekering te beëindigen. Nu zoals hierboven onder 1. vermeld de Zorgverzekeringswet niet op klager en zijn echtgenote van toepassing is, stond het verzekeraar ook uit dien hoofde niet vrij hun tot 1 januari 2006 bestaande verzekeringen te beëindigen. Verzekeraar heeft zich, ter ondersteuning van zijn standpunt dat hij op grond van genoemd artikel 11 lid 1 gerechtigd was op te zeggen, beroepen op een door hem overgelegd advies van een hoogleraar. In dat advies is die steun echter niet te lezen.

3. Het bovenstaande brengt de Raad dan ook tot de slotsom dat verzekeraar door ter gelegenheid van het in werking treden per 1 januari 2006 van de Zorgverzekeringswet de tot dan geldende collectieve ziektekostenverzekering van klager en zijn echtgenote per 1 januari 2006 op grond van artikel 11 lid 1 van de op die verzekering van toepassing zijnde verzekeringsvoorwaarden te beëindigen, de goede naam van het verzekeringsbedrijf heeft geschaad. De Raad verbindt daaraan de consequentie dat verzekeraar deze tot 1 januari 2006 bestaan hebbende verzekering weer in kracht herstelt, zo dat nog

2007/052 Med

mogelijk is op basis van de door klagers ex-werkgever gesloten collectieve verzekering en anders op individuele basis.

4. Verzekeraar heeft sinds 1988 een regeling getroffen met klager die inhield dat verzekeraar aan klager de door deze verschuldigde Medicare-premie vergoedde. Daar stond naar de aard van de regeling tegenover dat klager bij verzekeraar slechts ziektekosten claimde voorzover die niet op grond van het Medicare programma werden vergoed. Verzekeraar heeft deze regeling een coulance-regeling genoemd omdat zij slechts klager ten goede zou komen. Om die reden reeds stond het hem, aldus verzekeraar, vrij die regeling per 1 januari 2007 te beëindigen. Dit standpunt is niet juist omdat de regeling verzekeraar tenminste evenzeer voordeel bood als klager. De Raad acht het niettemin verdedigbaar dat verzekeraar gerechtigd was de in 1988 voor onbepaalde tijd getroffen regeling in 2006 per 1 januari 2007 te beëindigen. In dit opzicht is de klacht dus niet gegrond.

De Raad merkt hierover echter nog op dat het de vraag is of gezien het voortduren van de voor 1 januari 2006 bestaande verzekering (zie hiervoor onder 3) een regeling zoals die in 1988 werd getroffen niet voor beide partijen wenselijk is.

De beslissing

De Raad verklaart de klacht deels gegrond, deels ongegrond. Aan de gedeeltelijke gegrondverklaring verbindt de Raad de hierboven onder 3. vermelde consequentie.

Aldus is beslist op 12 juni 2007 door mr. B. Sluijters, voorzitter, jhr. mr. J.L.R.A. Huydecoper, dr. D.F. Rijkels, arts, mr. R.J. Verschoof en dr. B.C. de Vries, arts, leden van de Raad, in tegenwoordigheid van mr. S.N.W. Karreman, secretaris.

De voorzitter:

(mr. B. Sluijters)

De secretaris:

(mr. S.N.W. Karreman)