RAAD VAN TOEZICHT VERZEKERINGEN

U I T S P R A A K Nr. 2008/017 Med

i n d e k l a c h t nr. 2006.3309 (089.06)

ingediend door:

hierna te noemen ‘klager’ en ‘klaagster’, en beiden tezamen ‘klagers’,

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

Met ingang van 20 juni 2003 is voor klager en de op 7 december 1987 geboren zoon van klagers bij verzekeraar een ziektekostenverzekering afgesloten.

Van het op 20 juni 2003 gedateerde aanvraagformulier voor de verzekering is bij vraag 11B: ‘Heeft een van u gezondheidsproblemen, aangeboren aandoeningen of afwijkingen? Zo ja, wie, welke aandoening, wanneer werd deze ontdekt, welke behandelingsvorm?’ aangekruist: ‘nee’.

Bij vraag 11F1: ‘Is er nu of binnenkort sprake van geneeskundige behandeling of onderzoek?’ is eveneens aangekruist: ‘nee’. De daaronder genoemde voorbeelden, waaronder: ‘opname in een ziekenhuis’ en: ‘behandeling specialist’ zijn alle niet aangekruist.

Bij vraag 11F2: ‘Is bij een van u de afgelopen 5 jaar sprake geweest van geneeskundige behandeling of onderzoek?’ is eveneens aangekruist: ‘nee’. De daaronder genoemde voorbeelden, waaronder: ‘opname in een ziekenhuis’ en: ‘behandeling specialist’ zijn eveneens alle niet aangekruist.

Bij brief van 15 februari 2005 heeft verzekeraar met een beroep op artikel 251 van het Wetboek van Koophandel (hierna: WvK) de nietigheid van de afgesloten ziektekostenverzekering ingeroepen en de krachtens de verzekering gedane uitkeringen ten bedrage van € 58.991,87 van klager teruggevorderd.

De klacht

De handelwijze van verzekeraar is onzorgvuldig en schaadt op vele punten de goede naam van het verzekeringsbedrijf: zijn standpunten zijn juridisch onjuist en zijn houding en wijze van communiceren zijn traag, achteloos en arrogant.

1. Verzekeraar beroept zich ten onrechte op artikel 251 WvK.

2008/017 Med

Dit beroep komt erop neer dat klaagster het aanvraagformulier voor de verzekering, waarbij de medewerkster van verzekeraar achter de vragen 11B, 11Fl en 11F2 'nee' had ingevuld, op 20 juni 2003 niet had mogen ondertekenen. Haar zoon was in de nacht van 12 op 13 juni 2003 namelijk wegens pijn in de borst op de eerste hulp van een kinderziekenhuis geweest. De dienstdoende arts-assistent had opgemerkt dat de vlekjes op het lichaam van de zoon mogelijk neurofibromen waren. Dat deze mogelijkheid bestond is door een kinderarts op 17 juni 2003 bevestigd.

Neurofibromen zijn een cosmetische huidaandoening, die qua aard vergeleken kunnen worden met moedervlekken. Maligne degeneratie van neurofibromen op de leeftijd van de zoon is zeer zeldzaam. De kinderarts heeft daarom niet tegen de zoon of zijn ouders gezegd dat neurofibromen in zeldzame gevallen kunnen leiden tot een ziekte.

Klaagster wist niet dat bovengenoemde vraag niet met 'nee' beantwoord had mogen worden. Zij spreekt nauwelijks Nederlands en onvoldoende Engels en kon de inhoud van het aanvraagformulier niet bevatten. Daarom heeft de medewerkster van verzekeraar haar geholpen met het invullen, waarbij de medewerkster alle vragen - zonder overleg met haar - met 'nee' heeft beantwoord. Maar ook al had klaagster de vraag gelezen en begrepen, dan nog had zij de betreffende vragen met nee mogen beantwoorden. Een verzekeringnemer mag een hem door de verzekeraar voorgelegde vraag opvatten naar de zin die de verzekeringnemer daaraan onder de gegeven omstandigheden redelijkerwijs mag toekennen. Hem moet bovendien kenbaar zijn dat de beslissing van de verzekeraar van de betreffende informatie kan afhangen.

Bovengenoemde vragen zijn in algemene bewoordingen gesteld. De neuro-fibromen bij de zoon behoefden, evenmin als moedervlekken of wijnvlekken, als ‘gezondheidsproblemen, aangeboren aandoeningen of afwijkingen’ beschouwd te worden. Ook behoefde klaagster geen melding te maken van het bezoek aan de eerste hulp van het ziekenhuis eerder die week. De dienstdoende arts in opleiding kon niets vinden en schreef paracetamol voor. Tussen de pijn op de borst en de neurofibromatose is geen verband gelegd. Ook hier geldt dat voor klaagster niet kenbaar was dat verzekeraar wellicht zijn beslissing zou laten afhangen van informatie over dat bezoek. Bezoekjes aan een huisarts of de eerste hulp post van het ziekenhuis lijken immers voor een verzekeraar niet relevant, als er volgens de artsen niets aan de hand is. Klaagster wist bovendien niet dat op dit ziekenhuisbezoek vele medische behandelingen zouden volgen.

Het had overigens geen verschil gemaakt als op het aanvraagformulier was vermeld dat wellicht onderzocht zou worden of de zoon leed aan neuro-fibromatose. Een redelijk handelend verzekeraar zou bij bekendheid met deze mogelijke diagnose immers niet geweigerd hebben hem (op dezelfde voorwaarden) te verzekeren.

Een van de neurofibromen van de zoon bleek echter een zeldzaam geval te zijn. Enkele weken na het bezoek aan de eerste hulp viel de artsen een pijnlijke zwelling op zijn borst op. Ook toen vermoedden zij niets ernstigs. Pas na de uitslag van de biopsie werd duidelijk dat het neurofibroom op de borst de pijn veroorzaakte. Enkele weken later werd de diagnose gesteld: maligne degeneratie van dat neurofibroom. De zoon had kanker en is op 5 juli 2005 eraan overleden.

Hoewel de ziekte zich snel heeft ontwikkeld en de diagnose binnen twee maanden na het eerste bezoek aan het ziekenhuis aan klagers en hun zoon is

meegedeeld, was hen bij het afsluiten van de verzekering niets bekend en kon hen niets bekend zijn. Er is geen sprake van verzwijging.

Vernietiging op basis van artikel 251 WvK gaat zeer ver, zeker bij een persoonsverzekering. Naar het huidige verzekeringsrecht had verzekeraar de verzekering niet mogen vernietigen en waarschijnlijk ook niet mogen opzeggen. Als hij al had kunnen onderbouwen dat hij bij kennis van de aandoening slechts tegen een hogere premie de verzekering had afgesloten, dan had hij onder de huidige regeling enkel de uitkering naar evenredigheid mogen verminderen. Het nieuwe verzekeringsrecht is niet van toepassing. De gevolgen van de toepasselijkheid van het oude recht zijn bijzonder hard en mogen slechts ingeroepen worden na voortvarend en zorgvuldig onderzoek en communicatie met de verzekerden. Daarvan is geen sprake geweest.

Verzekeraar verlangt van klagers terugbetaling van het uitgekeerde bedrag ad € 58.991,87, met rente. Bij het ziekenhuis en de huisarts staan rekeningen open van circa € 60,000,- exclusief rente. Klagers, die een verblijfsvergunning proberen te krijgen, verkeren in grote financiële problemen.

Door zonder goede gronden de verzekeringsovereenkomst met een beroep op artikel 251 WvK te vernietigen, verdere vergoeding van ziektekosten te weigeren en terugbetaling te verlangen van gedane uitkeringen, schaadt verzekeraar de goede naam van het verzekeringsbedrijf.

2. Beroep op verzwijging te laat en onvoldoende onderbouwd gedaan.

Verzekeraar heeft lange tijd de medische kosten van de zoon vergoed. Pas eind 2004, bijna anderhalf jaar na de diagnose neurofibromatose, is verzekeraar vragen gaan stellen, niet aan klagers maar aan de behandelend artsen. Pas drie maanden na beantwoording van deze vragen heeft hij klagers de brief van 15 februari 2005 gestuurd waarin hij zich op artikel 251 WvK beroept. Door anderhalf jaar te wachten alvorens informatie op te vragen en vervolgens weer drie maanden voorbij te laten gaan alvorens mee te delen dat de verzekering werd vernietigd wegens verzwijging, heeft hij onvoldoende voortvarend gehandeld. Op geen enkel moment in de circa twintig maanden daarvoor heeft hij aangekondigd onderzoek te zullen doen of zich het recht voorbehouden zich op verzwijging te beroepen. Deze handelwijze is uiterst onzorgvuldig.

3. Ten onrechte schrapping van de overige gezinsleden

De brief van 15 februari 2005 vermeldt ook: *"In de toekomst zullen wij geen verzekering meer van u of een van uw gezinsleden accepteren."* Zonder nadere uitleg zijn de overige gezinsleden uit de verzekering gezet. Gevraagd naar de reden hiervan stelde hij dat sprake was van premieachterstand, maar hierover rept de brief niet. Het is in strijd met de goede naam van het verzekeringsbedrijf om op deze wijze een verzekering te beëindigen.

4. Ook de verdere afwikkeling was onzorgvuldig en allesbehalve voortvarend

Ook verder heeft verzekeraar de kwestie - zeker gezien het grote persoonlijke belang van klagers - te weinig voortvarend en zorgvuldig behandeld.

Dat bleek wederom bij bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen. Deze heeft verzekeraar op 26 januari 2006 om een reactie gevraagd en moest later verzekeraar rappelleren. Na telefonisch overleg heeft de Ombudsman met verzekeraar afgesproken dat deze uiterlijk 28 april 2006 een schriftelijke reactie moest sturen. Enkele dagen voor het verstrijken van deze termijn werd de advocaat van klagers gebeld door verzekeraar. Deze wilde een gesprek. De advocaat vond het echter onverantwoord om klagers nog langer op een

schriftelijke reactie van verzekeraar te laten wachten en heeft een gesprek afgewezen. Wel hield zij zich beschikbaar voor een gesprek na ontvangst van de schriftelijke reactie van verzekeraar. Deze reageerde woedend. In een brief van 1 mei 2006 jl. gaf hij aan dat hij de trieste menselijke kant "eventueel" had willen meewegen, maar dat de weigering tot een gesprek betekent dat hij de vordering wegens verzwijging handhaaft.

De reactie van verzekeraar is kenmerkend voor zijn handelen. Het gaat niet aan om de menselijke kant van een zaak pas na grote druk en ruim een jaar na zijn beroep op verzwijging 'eventueel' te willen meewegen. Geen moment in de periode na de diagnose in 2003 tot de vage telefonische uitnodiging van 19 april 2006 heeft hij laten zien open te staan voor een andere oplossing van het probleem. Steeds hield hij vast aan de vernietiging van de verzekerings-overeenkomst en terugbetaling van gedane uitkeringen. Het siert hem evenmin dat de afwijzing van zijn uitnodiging tot een gesprek om drie minuten voor twaalf (bij wijze van spreken) voor hem reden is om de deur geheel dicht te doen. Zijn handelwijze is ook hier onzorgvuldig, onvoldoende voortvarend en schadelijk voor de goede naam van het verzekeringsbedrijf.

Het standpunt van verzekeraar

1. Feiten.

De verzekering

In de servicekantoren van verzekeraar wordt ten aanzien van aspirant-verzekerden die het Nederlands onvoldoende beheersen een strak protocol aangehouden, waarbij de medewerkers zich ervan vergewissen dat de aspirant-verzekerden de taal afdoende beheersen om de vragen van het vragenformulier in het Engels met de medewerker door te nemen. Wordt het Engels voldoende beheerst, dan worden de vragen zeer zorgvuldig uitgelegd en doorgenomen met de aspirant-verzekerde. De vragen worden vervolgens met de aspirant-verzekerde ingevuld, waarbij na invulling van het vragenformulier nogmaals de bevestiging wordt gevraagd dat de vragen naar waarheid zijn beantwoord. Na bevestiging door de aspirant-verzekerde wordt deze uitgenodigd door het plaatsen van zijn handtekening te bevestigen dat het vragenformulier naar waarheid is ingevuld. Dit protocol is alle medewerkers op het servicekantoor bekend. De leidinggevende daar ziet erop toe dat de procedure wordt nageleefd.

Op 20 juni 2003 vond op een servicekantoor een gesprek plaats met klagers, waarbij klaagster een aanvraag indiende voor een ziektekostenverzekering voor klager en hun zoon. Het aanvraagformulier is met klagers gedetailleerd doorgenomen in het Engels, waarna het is ondertekend. Klaagster spreekt goed Engels en correspondeerde later in het Engels met verzekeraar.

Op 17 juli 2003 was er telefonisch contact met klaagster over het medisch gedeelte van het aanvraagformulier, waarbij zij lichaamslengte en gewicht van de zoon opgaf. Daarvan is een telefoonnotitie bewaard. Klaagster meldde toen geen bijzonderheden. Na medische beoordeling is de aanvraag geaccepteerd en is per 20 juni 2003 de verzekeringsovereenkomst aangegaan. Uit het aanvraagformulier blijkt niet dat er medische problemen waren (vergelijk de antwoorden op de vragen 11B, 11F1 en 11F2).

Premieachterstand

In januari 2004 was de premieschuld opgelopen tot € 1.334,75, waarna bij brief van 23 februari 2004 de verzekering wegens wanbetaling per 1 maart 2004 is

opgezegd. Opzegging wegens wanbetaling geschiedt met inachtneming van de procedure beschreven in het Handboek Z&I Particulier, waarbij circa twee weken na de derde aanmaning het royement plaatsvindt per eerste van de volgende maand.

Fraudeonderzoek

Na het aangaan van de verzekering bleken hoge kosten op de polis te worden gemaakt. Een verzwijgingsonderzoek werd gestart.

Uit medische informatie bleek het volgende: Op 13 juni 2003 bezochten klagers met hun zoon de EHBO-afdeling van een kinderziekenhuis wegens 'pijn op de borst'. Op 17 juni 2003 meldde de zoon zich met zijn ouders bij een ziekenhuis in verband met pijn op de borst en multiple zogenaamde café-au-lait vlekken (geelbruine huidvlekken) en neurofibromen (goedaardige bindweefselgezwellen) over zijn gehele lichaam, waarbij de diagnose van de erfelijke aandoening neurofibromatose is gesteld en met klagers besproken. Dit betreft een autosomaal dominant overervende ziekte met een zeer grote variatie van symptomen, waarbij niet te voorspellen is, welke klachten een patiënt zal krijgen en wanneer. Klagers verklaarden dat hun zoon inmiddels 15 jaar klachtenvrij was (na in Bulgarije te zijn behandeld voor de aandoening). Klagers noch hun zoon waren verontrust door de diagnose. Op 30 juni 2003 vond een tweede bezoek aan de kinderarts plaats, waarbij een pijnlijke zwelling op de borst opviel. Op 11 juli 2003 werd een biopsie uitgevoerd uit een 'plexiform neurofibroom'. Begin augustus 2003 werd de diagnose maligne perifere nerve sheath tumor gesteld en werd de familie daarvan op de hoogte gesteld.

Op 8 december 2004 vond in het kader van het verzwijgingsonderzoek een gesprek plaats met klagers, waarbij klaagster vloeiend Engels sprak en aangaf Nederlands wel te kunnen verstaan maar gebrekkig te spreken, en klager gebrekkig Engels sprak. Klaagster trad voor hem op als tolk. In het gesprek gaven zij aan bij het invullen van het aanvraagformulier voor de verzekering niet te hebben begrepen van de behandelaar van hun zoon dat sprake was van een ernstige aandoening.

Naar aanleiding van dit gesprek heeft verzekeraar met machtiging van klagers nadere inlichtingen ingewonnen bij de behandelend artsen.

Door het onderzoek kwam vast te staan dat klagers op 20 juni 2003 de volgende antwoorden op de vragen van het aanvraagformulier hadden moeten geven: Vraag 11B: 'ja, recent EHBO bezoek met pijn op de borst, mogelijk aangeboren afwijking neurofibromatose'. De vragen 11F1 en 11F2 hadden bevestigend moeten worden beantwoord. Bij het telefonisch contact op 17 juli 2003 had aangegeven moeten worden dat op 11 juli 2003 een biopsie was uitgevoerd waarvan de uitslag nog niet bekend was.

Op 20 juni 2003 was dus sprake van een jongeman, geboren in 1987, met pijn op de borst en mogelijk een aangeboren aandoening met variabele verschijnings-vormen en verschijningsmomenten. Er was sprake van een presentatie van klachten, met een onzekere prognose en mogelijk een grote schadelast.

Bij aangetekende brief van 15 februari 2005 heeft verzekeraar een beroep op artikel 251 WvK gedaan (verzwijging van feiten die voor hem van belang zijn voor de inschatting van het risico en die, als zij vermeld waren op de aanvraag, ervoor hadden gezorgd dat hij de aanvraag niet dan wel op andere voorwaarden zou hebben geaccepteerd), de verzekering vernietigd met terugwerkende kracht tot 20 juni 2003 en het uitgekeerde bedrag van€ 58.991,87 teruggevorderd.

2008/017 Med

Klacht Ombudsman Zorgverzekeringen

Op 26 januari 2006 vroegen klagers de Ombudsman Zorgverzekeringen om bemiddeling, waarna verzekeraar op 3 mei 2006 een reactie heeft ingediend. Bij brief van 19 april 2006 heeft verzekeraar klagers uitgenodigd voor een gesprek, welke uitnodiging door klagers bij brief van hun advocaat van 26 april 2006 niet is aanvaard en waarop verzekeraar heeft gereageerd bij brief van 27 april 2006. Vervolgens vonden contacten plaats tussen partijen om de mogelijkheid tot een oplossing in der minne te onderzoeken. De Ombudsman deelde op 11 mei 2006 mee zijn dossier te hebben gesloten.

Openstaande nota 's zorgkosten

Onduidelijk is welke nota's van zorgkosten klagers hebben voldaan en welke niet. Het debat met klagers zou worden vergemakkelijkt als zij een overzicht gaven van declaraties, die in hun visie nog moeten worden voldaan (met afschriften van de declaraties). Volgens klagers zou nog ongeveer € 60.000,- moeten worden voldaan.

2. Reactie op klachtgronden.

Klacht I: het beroep op artikel 251 WvK kan niet slagen

- taalvaardigheid van klagers, met name klaagster

De taalvaardigheid van klagers was en is voldoende om een adequaat gesprek te voeren. Het aanvraagformulier is zorgvuldig doorgenomen, ingevuld en door klaagster ondertekend. In gesprekken met klagers op 20 juni 2003 en 8 december 2004 kon goed met hen worden gecommuniceerd. Zij hebben verzekeraar brieven geschreven, waarin zij er blijk van geven het Engels goed te beheersen. Verzekeraar betwist met klem de beschrijving die zij geven van de wijze waarop het formulier is ingevuld en die erop neerkomt, dat een medewerkster van het servicekantoor zonder de vragen te vertalen de antwoorden heeft ingevuld en daarna zonder vertaling klagers heeft gevraagd het formulier te tekenen.

- wetenschap van klagers bij aanvraag van de verzekering

Klagers waren bij aanvraag van de verzekering op 13 en 17 juni 2003 met hun zoon naar het ziekenhuis geweest, waar hij is onderzocht en doorverwezen naar een kinderarts. Op 17 juni 2003 is hun zoon onderzocht door deze arts, die de diagnose neurofibromatose heeft gesteld en met klagers heeft besproken, waarbij aan de orde is geweest dat sprake is van een erfelijke aandoening 'met een zeer grote variabiliteit van symptomen, waarbij het onmogelijk is te voorspellen met welke klachten de patiënt precies te maken zal krijgen, of wanneer deze zullen optreden'.

De kinderarts geeft verder in een brief van 21 december 2004 aan, dat het gezin niet hevig verontrust was door de diagnose, omdat de zoon al 15 jaar klachtenvrij was. Hieruit lijkt te volgen dat de familie al eerder bekend was met de familiale aandoening. Neurofibromen en café-au-lait vlekken vormen anders dan klagers stellen niet een cosmetische aandoening, die qua aard vergeleken kunnen worden met moedervlekken. Neurofibromen zijn de lichamelijke uiting van de aangeboren erfelijke ziekte neurofibromatose type 1 (ziekte van Von Recklinghausen), die kan leiden tot gezwellen.

In redelijkheid moet worden aangenomen, dat klagers bekend waren met het bestaan van deze erfelijke aandoening (terwijl daaraan gerelateerde klachten zich reeds zodanig hadden geopenbaard dat binnen enkele dagen de zoon tweemaal door artsen was gezien). Zij hadden daarvan op het aanvraagformulier melding moeten maken. Het was voor hen kenbaar dat deze informatie voor verzekeraar

relevant was bij de beslissing de aanvraag al dan niet te aanvaarden. De vragen op het formulier waren voldoende duidelijk om voor klagers kenbaar te doen zijn dat het antwoord daarop voor verzekeraar bij het nemen van die beslissing relevant was (vergelijk ook HR 1 december 1995, NJ 1996, 707 en HR 19 mei 1978, NJ 1978, 607); de aanvraag betrof een ziektekostenverzekering en de verzwijging zag op een ernstige erfelijke aandoening bij een aspirant-verzekerde. Verzekeraar betwist dat bij wetenschap van de aanwezigheid van de betreffende aandoening een redelijk handelend verzekeraar de verzekering ook (dan wel op andere voorwaarden) zou zijn aangegaan.
- wetenschap van klagers bij het telefonisch contact op 17 juli 2003
Op 30 juni 2003 heeft een tweede consult bij de kinderarts plaatsgehad, waarbij een pijnlijke zwelling op de borst van de zoon is geconstateerd en een kinder-oncoloog in consult is gevraagd, die op 11 juli 2003 een biopsie heeft verricht in een neurofibromatoom. Bij het telefoongesprek met de afdeling Medische Acceptatie hebben klagers hiervan geen melding gemaakt. De mededelingsplicht van de aspirant-verzekerde houdt niet op bij indiening van de vragenlijst, maar geldt totdat de verzekeraar de verzekering heeft geaccepteerd (Rb Zutphen 16 juli 2003, LJN AI0204; vergelijk ook RvT 2003/15).
Op dit geschil is het oude verzekeringsrecht van toepassing, nu de verzekering is aangegaan voor de inwerkingtreding van titel 7:17 BW per 1 januari 2006. Ook het beroep op artikel 251 WvK is gedaan voor 1 januari 2006. Artikel 251 WvK kent geen vervaltermijn.
Verzekeraar is dan ook van mening op goede gronden een beroep op dat artikel te hebben gedaan. De Raad beoordeelt overigens uitsluitend of verzekeraar terzake een verdedigbaar standpunt heeft ingenomen.
Klacht II: beroep op verzwijging te laat en onvoldoende onderbouwd gedaan
Ten tijde van het beroep op verzwijging gold geen termijn. Het onderzoek naar verzwijging is zorgvuldig uitgevoerd met toepassing van het principe van wederhoor, waarbij ook na het gesprek op 8 december 2004 nog inlichtingen zijn ingewonnen bij behandelaars omtrent hun contacten met klagers in de periode van het aangaan van de verzekering. Het beroep op verzwijging is op goede gronden gedaan.
Klacht III: ten onrechte schrappen van overige gezinsleden
Klagers hebben ervoor gekozen zich als gezin te verzekeren op één polis, welke wegens niet-betwiste wanbetaling is beëindigd. Zij hebben voorts gezamenlijk relevante omstandigheden verzwegen. Daarom mocht verzekeraar besluiten met hen niet meer te contracteren; hij is niet verplicht met hen te contracteren en zij kunnen zich elders verzekeren.
Klacht IV: verdere afwikkeling onzorgvuldig en allesbehalve voortvarend
Klagers hebben in april 2006 een gesprek afgewezen. In december 2006 heeft toch een gesprek plaatsgehad, waarbij zij zich met hun advocaat allesbehalve oplossingsgericht hebben gedragen. Verzekeraar was en is bereid tot een minnelijke regeling, waarbij een betalingsregeling wordt afgesproken met inachtneming van de financiële mogelijkheden van klagers en finale kwijting wordt verleend nadat aan die regeling is voldaan. Klagers hebben echter ondanks herhaald verzoek onvoldoende inzage gegeven in hun financiële mogelijkheden.
Het handelen van verzekeraar was dus in het geheel niet onzorgvuldig of schadelijk voor de goede naam van het verzekeringsbedrijf. Evenmin waren zijn

2008/017 Med

standpunten juridisch onjuist en zijn houding en wijze van communicatie traag, achteloos en arrogant.

Het commentaar van klagers

Klagers hebben, kennis genomen hebbend van het verweer van verzekeraar, hun klacht gehandhaafd.

Klagers zijn het Engels niet voldoende machtig. Bij het invullen en ondertekenen van het aanvraagformulier was klager niet aanwezig.

De verzekering is per brief van 15 februari 2005 vernietigd, niet wegens premieachterstand maar wegens verzwijging. Indien al juist is dat de verzekering per 1 maart 2004 of een andere datum is opgezegd, dan is per diezelfde datum de verzekering omgezet in een ziekenfondsverzekering en zijn de medische kosten sinds de omzetting op de ziekenfondsverzekering geclaimd. De zoon is niet eerder in Bulgarije behandeld voor neurofibromatose. Hij heeft zich niet op 17 juni 2003 bij de kinderarts gemeld wegens neurofibromen maar wegens vlekjes, en deze arts heeft deze toen gediagnosticeerd als neurofibromen. De kinderarts heeft niet gezegd dat de neurofibromen tot een ziekte kunnen leiden of anderszins medisch relevant kunnen zijn. Bij het telefonisch contact op 17 juli 2003 behoefde niet aangegeven te worden dat de zoon onderzocht werd, want daarnaar werd niet gevraagd. Het ging slechts om aanvullende gegevens ten behoeve van de verzekering van de andere zoon.

Verzekeraar heeft tot eind april 2006, pal voordat hij zou reageren richting de Ombudsman, geen poging tot overleg gedaan. Na indiening van de klacht bij de Raad heeft verzekeraar een advocaat ingeschakeld. De bespreking heeft uiteindelijk op 7 december 2006 plaatsgehad. Doel ervan was een schikking, hetgeen verzekeraar kennelijk was geadviseerd. Het voorstel van klagers om, rekening houdend met het feit dat het een persoonsverzekering betreft en met de later ingevoerde acceptatieplicht ter zake van zorgverzekeringen, de kwestie te behandelen als ware artikel 7:930 BW van toepassing, is door verzekeraar afgewezen. Tijdens de bespreking hebben klagers aangegeven zeer beperkte financiële middelen te hebben. Een schikking zou daarom ook een regeling in termijnen moeten inhouden. Verzekeraar wilde eerst bewijs dat klagers het niet breed hadden. Daarna zou er een schikkingsvoorstel komen. Het bleef echter stil. Later bleek dat hij een andere advocaat had ingeschakeld, maar ook deze advocaat is weer uit beeld. Dit alles kost klagers nodeloos bijna een jaar en is eveneens in strijd met de goede naam van het verzekeringsbedrijf.

Momenteel staan voor klagers de volgende vorderingen open: verzekeraar € 58.991,87, ziekenhuis € 28.310,54, huisarts€ 1.392,- en medicijnen € 566,-.

Het verdere verloop van de klachtprocedure

In een brief van 19 december 2007 heeft verzekeraar aan de Raad bericht dat hij heeft besloten de terugvordering van betaalde declaraties coulancehalve te laten vallen. De voor klagers nog openstaande ziektekostennota's dateren van na 1 maart 2004, de datum waarop verzekeraar - onbestreden door klagers - de verzekeringsovereenkomst wegens wanbetaling heeft beëindigd.

In reactie daarop bij brief van 27 december 2007 van hun advocaat hebben klagers hun klacht gehandhaafd.

2008/017 Med

Het overleg met verzekeraar

Ter zitting is de klacht met verzekeraar besproken. Deze heeft daarbij meegedeeld dat hem onlangs gebleken is dat het aanvraagformulier niet op zijn servicekantoor met klagers is ingevuld, maar dat klagers na op dit kantoor verkregen uitleg van de inhoud en strekking van het aanvraagformulier, dit formulier hebben meegekregen om het thuis te overdenken en in te vullen. Zij hebben het aanvraagformulier vervolgens thuis bijna geheel ingevuld.

Het oordeel van de Raad

1. Of het aanvraagformulier op het servicekantoor van verzekeraar dan wel bij klagers thuis door klagers is ingevuld, verdedigbaar is het standpunt van verzekeraar dat hem een beroep op artikel 251 WvK toekomt. Verdedigbaar is zijn standpunt dat klagers de hierboven onder Inleiding geciteerde vragen 11B, 11F1 en 11F2 onjuist hebben beantwoord door geen melding te maken van het feit dat zij met hun zoon na hun bezoek aan de Afdeling EHBO van een ziekenhuis in de nacht van 12 op 13 juni 2003, op 17 juni 2003 een kinderarts hadden geraadpleegd die de diagnose neurofibromatose heeft gesteld en met klagers en hun zoon heeft besproken. Verdedigbaar is ook zijn standpunt dat klagers in het telefoongesprek op 17 juli 2003 met zijn afdeling acceptatie - toen hij nog niet het besluit had genomen om de aangevraagde verzekering te accepteren - melding hadden moeten maken van het tweede bezoek aan de kinderarts op 30 juni 2003, waarbij een pijnlijke zwelling op de borst opviel, en voorts van de op 11 juli 2003 uitgevoerde biopsie. Niet is komen vast te staan het door klagers gestelde dat zij het Engels onvoldoende beheersten om de door een medewerker van verzekeraar in die taal gestelde vragen en gegeven uitleg van de strekking van de vragen van het aanvraagformulier voldoende te begrijpen. Dit onderdeel van de klacht zal dan ook ongegrond worden verklaard.
2. Verzekeraar heeft het beroep op verzwijging niet te laat gedaan. Nadat hem was gebleken dat hoge kosten op de polis werden gemaakt, heeft hij een verzwijgings-onderzoek gestart en in dat kader op 8 december 2004 met klagers een gesprek gehad. Naar aanleiding van dit gesprek heeft hij met machtiging van klagers nadere inlichtingen ingewonnen bij de behandelend artsen, waarna hij bij brief van 15 februari 2005 met een beroep op artikel 251 WvK de nietigheid van de gesloten ziektekostenverzekering heeft ingeroepen. Dit een en ander getuigt niet ervan dat verzekeraar zich zo laat op verzwijging heeft beroepen dat hij de goede naam van het verzekeringsbedrijf heeft geschaad. De brief van 15 februari 2005 was voorts voldoende onderbouwd.
3. Verzekeraar kon er verder toe besluiten dat het beroep op artikel 251 WvK nietigheid meebracht van de gehele gesloten ziektekostenverzekering, dus niet slechts ten aanzien van de zoon, maar ook ten aanzien van klager zelf. Verdedigbaar is het standpunt dat de door klagers bij het tot stand komen van de onderhavige ziektekostenverzekering omtrent hun zoon verstrekte onjuiste informatie van dien aard was dat het de vernietiging van de verzekering ook ten aanzien van klager zelf rechtvaardigde. De Raad merkt in dit verband nog op dat volgens door verzekeraar verstrekte informatie, de verzekering ten opzichte van klager al was geëindigd (en vervangen door een andere verzekering) vóórdat verzekeraar zich op artikel 251 WvK beriep.
4. Ook de wijze waarop verzekeraar verder de kwestie heeft behandeld geeft de Raad geen aanleiding tot ernstige kritiek. Weliswaar heeft de behandeling van de kwestie door de Ombudsman Zorgverzekeringen geruime tijd geduurd, maar deze heeft zelf goed-gevonden dat de behandeling lang duurde. Verzekeraar heeft voorts blijk gegeven oog te hebben voor de menselijke kant van de zaak doordat hij zich tot een minnelijke regeling

bereid heeft verklaard, namelijk tot een betalingsregeling met inachtneming van de financiële mogelijkheden van klagers, waaromtrent dezen helderheid zouden moeten geven. Bovendien heeft verzekeraar tijdens de behandeling door de Raad besloten de terugvordering van betaalde declaraties coulancehalve te laten vallen. Ten overvloede merkt de Raad nog op (de klacht richt zich niet hierop) dat verzekeraar desgevraagd ter zitting van de Raad te kennen heeft gegeven inmiddels zijn brieven waarin wordt gewezen op het uitblijven van premiebetaling, in die zin te hebben aangepast dat daarin verzekeringnemer tot betaling wordt aangemaand en uitdrukkelijk wordt vermeld dat bij uitblijven van premiebetaling voor een bepaalde datum, de dekking per die datum zal vervallen.

De beslissing
De Raad verklaart de klacht in al haar onderdelen ongegrond.

Aldus is beslist op 4 februari 2008 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)