

ANONIEME TUSSENUITSPRAAK

Partijen : De heer A te B, tegen C te D
Zaak : Premie, premieachterstand, aanbod Invoerings- en aanpassings-
wet Zorgverzekeringswet, bereiken leeftijd achttien jaar
Zaaknummer : 2011.00271
Zittingsdatum : 15 augustus 2012

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.P.Ch. van Dijk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2006-2011, artt. 2, 16 en paragraaf 3.3 Zvw, artikel 2.5.1 I&A-wet, art. 5 AWBZ, art. 3:37 BW)

1. Partijen

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

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Verzoeker is tot op heden bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam zorgverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Tevens had verzoeker – in ieder geval tot en met 31 augustus 2008 – bij de zorgverzekeraar ten behoeve van zijn zoon een zorgverzekering afgesloten. Alle hiervoor genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Bij meerdere brieven heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat sprake is van een betalingsachterstand.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormeld standpunt gevraagd. Onder meer bij brief van 4 januari 2010 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 30 maart 2012 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar zowel de premie over het kalenderjaar 2006 voor hem en zijn gezinsleden als de premie voor zijn intussen meerderjarige zoon over de maanden september en oktober 2008 ten onrechte bij hem in rekening brengt, alsmede te bepalen dat de zorgverzekeraar de hoogte van de betalingsachterstand onjuist heeft vastgesteld (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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 25 juni 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 26 juni 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Verzoeker heeft op 2 juli 2012 gereageerd op het in overweging 3.6 bedoelde standpunt van de zorgverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de zorgverzekeraar hebben op respectievelijk 9 en 18 juli 2012 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De zorgverzekeraar stelt zich ten onrechte op het standpunt dat verzoeker hem over het kalenderjaar 2006 premie is verschuldigd. Daartoe voert verzoeker aan dat hij eind 2005 zijn zorgverzekering met ingang van 1 januari 2006 heeft opgezegd. De opzegging is ook door de zorgverzekeraar ontvangen aangezien verzoeker bij brief van 1 maart 2006 is medegedeeld dat de zorgverzekering met terugwerkende kracht tot 1 januari 2006 zal worden beëindigd. De zorgverzekeraar heeft ondanks deze brief de zorgverzekering niet beëindigd en is doorgegaan met het automatisch incasseren van de premie.
- 4.2. Voorts voert verzoeker aan dat de zorgverzekeraar ten onrechte over de maanden september en oktober 2008 premie voor de verzekering van zijn inmiddels meerderjarige zoon berekent. Verzoeker heeft op 28 juli 2008 de zorgverzekeraar geïnformeerd dat zijn zoon achttien jaar zou worden. In bedoelde brief heeft verzoeker de zorgverzekeraar tevens verzocht de verzekering van zijn zoon te beëindigen. Ondanks dit verzoek heeft verzoekers zoon pas met ingang van 1 november 2008 een eigen polis gekregen. Gelet op het voorgaande is verzoeker van mening dat de zorgverzekeraar de verschuldigde premie niet bij hem, maar bij zijn zoon in rekening dient te brengen. In totaal meent verzoeker een bedrag van € 441,25 van de zorgverzekeraar tegoed te hebben.
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. Verzoeker was vóór 1 januari 2006 bij de (rechtsvoorganger van de) zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten. Eind 2005 is hem, als bestaande verzekeringsrelatie, door de zorgverzekeraar of diens rechtsvoorganger een aanbod voor een zorgverzekering gedaan. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar eind 2005 verzocht zijn zorgverzekering met ingang van 1 januari 2006 te beëindigen. De zorgverzekeraar heeft in reactie op dit verzoek verzoeker bij brief van 1 maart 2006 medegedeeld dat zijn zorgverzekering, conform zijn verzoek, met ingang van 1 januari 2006 zou worden beëindigd. Om onduidelijke reden is de zorgverzekering echter niet beëindigd. Wel is vast te stellen dat de premie over 2006 in dat jaar is betaald en dat diverse zorgverleners in 2006 kosten hebben gedeclareerd die door de zorgverzekeraar zijn vergoed.

- 5.2. Voor het in rekening brengen van de premie over de maanden september en oktober 2008 voor de zoon van verzoeker geldt dat de betreffende zoon op 14 augustus 2008 achttien jaar is geworden en daarmee vanaf 1 september 2008, op grond van artikel 16 Zvw, premieplichtig. Nu de zorgverzekeraar eerst op 7 oktober 2008 een verzoek tot beëindiging van de verzekering heeft ontvangen, is de verzekering overeenkomstig de voorwaarden met ingang van 1 november 2008 beëindigd en is verzoeker, als oorspronkelijke verzekeringnemer voor zijn zoon, over de maanden september en oktober 2008 nog premie verschuldigd.
- 5.3. Naar de stand van 22 juni 2012 bedraagt de betalingsachterstand € 435,89. Deze vordering is ontstaan nadat de zorgverzekeraar in 2009 zorgkosten aan het ziekenhuis heeft betaald. Deze kosten zijn vervolgens verrekend met het verplicht en vrijwillig eigen risico.
- 5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het onderhavige verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering 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 ten behoeve van verzoeker en zijn gezinsleden op 1 januari 2006 bij de zorgverzekeraar een zorgverzekering tot stand is gekomen, alsmede de voortzetting van de verzekering van verzoekers zoon na het bereiken van de achttienjarige leeftijd, en – in het verlengde van het voorgaande – of al dan niet een betalingsachterstand bestaat.
8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving
- 8.1. Voor de beoordeling van het geschil tussen partijen zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. Ingevolge artikel 3 van de zorgverzekering (tekst 2006) is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd. Eenzelfde regeling is opgenomen in de verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekering voor de kalenderjaren 2007 tot en met 2011.
- 8.3. Op grond van artikel 2 lid 1 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) is degene die ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de daarop gebaseerde regelgeving van rechtswege verzekerd is, verplicht zich krachtens een zorgverzekering te verzekeren of te laten verzekeren.
In artikel 5 van de AWBZ is bepaald wie verzekerd is conform de bepalingen van deze wet. In lid 2 is bepaald dat iedere Nederlands ingezetene in beginsel verzekerd is. Het Besluit uitbreiding en beperking kring der verzekerden volksverzekeringen 1999 (Bub) bevat op dit punt een nadere regeling.

- 8.4. Artikel 16 Zvw regelt in welke gevallen voor de zorgverzekering geen premie verschuldigd is en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“Artikel 16

1. Krachtens de zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd.
2. In afwijking van artikel 925 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek en van het eerste lid:
 - a. is geen premie verschuldigd tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin een verzekerde de leeftijd van achttien jaren heeft bereikt;
 - b. is geen premie verschuldigd over de periode, bedoeld in artikel 18d, eerste lid.”

- 8.5. Artikel 2.5.1 Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet regelt de verplichting voor de ziektekostenverzekeraar tot het doen van een aanbod tot het sluiten van een zorgverzekering, en luidt, voor zover hier van belang:

“1. In afwijking van artikel 217 van Boek 6 van het Burgerlijk Wetboek en van artikel 41, eerste lid, van de Wet financiële dienstverlening, is een verzekeringsplichtige die voor 16 december 2005 van zijn ziekenfonds of zijn ziektekostenverzekeraar een aanbod heeft ontvangen tot het sluiten van een zorgverzekering met een in dat aanbod aangewezen zorgverzekeraar, met ingang van 1 januari 2006 volgens de in dat aanbod aangeduide variant van de zorgverzekering bij die zorgverzekeraar verzekerd, tenzij hij degene die het aanbod deed voor die datum heeft laten weten het aanbod te verwerpen.

(...)

3. Een verzekeringnemer kan een zorgverzekering volgens het aanbod, bedoeld in het eerste of tweede lid, zonder opgave van redenen en zonder dat een boete verschuldigd is tot 1 maart 2006 schriftelijk ontbinden, indien deze tot stand gekomen is:
 - a. tengevolge van toepassing van het eerste of tweede lid; (...)

- 8.6. Artikel 3:37 lid 3 BW ziet op de werking van verklaringen en luidt als volgt:

“Artikel 37

(...)

3. Een tot een bepaalde persoon gerichte verklaring moet, om haar werking te hebben, die persoon hebben bereikt. Nochtans heeft ook een verklaring die hem tot wie zij was gericht, niet of niet tijdig heeft bereikt, haar werking, indien dit niet of niet tijdig bereiken het gevolg is van zijn eigen handeling, van de handeling van personen voor wie hij aansprakelijk is, of van andere omstandigheden die zijn persoon betreffen en rechtvaardigen dat hij het nadeel draagt. (...)

9. Beoordeling van het geschil

Totstandkoming zorgverzekering

- 9.1. Op 1 januari 2006 is een nieuw ziektekostenstelsel ingevoerd waardoor AWBZ-verzekerde personen, met uitzondering van gemoedsbezwaarden en militairen in actieve dienst, verplicht zijn tot het sluiten van een zorgverzekering. Ingevolge artikel 2.5.1 Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet (hierna: I&A-wet) hebben alle op dat moment verzekerde personen een aanbod tot het sluiten van een zorgverzekering gekregen van hun verzekeraar. Op grond van lid 3 bestond de mogelijkheid het gedane aanbod vóór 1 maart 2006 te verwerpen.
- 9.2. Verzoeker heeft bij (twee) brieven van 1 december 2005 de zorgverzekeraar medegedeeld dat hij de naar aanleiding van het hiervoor bedoelde aanbod tot stand gekomen zorgverzekering van hemzelf en zijn gezinsleden – voor wie hij optreedt als ver-

zekeringnemer – met ingang van 1 januari 2006 wenst te beëindigen. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 1 maart 2006 gereageerd op verzoekers brieven en hem medegedeeld dat de zorgverzekering van verzoeker en zijn gezinsleden met ingang van 1 januari 2006 zal worden beëindigd.

- 9.3. Na daartoe uitdrukkelijk door de commissie in de gelegenheid te zijn gesteld, heeft de zorgverzekeraar geen duidelijkheid kunnen verschaffen waarom de zorgverzekering van verzoeker en zijn zoon, ondanks eerdergenoemde bevestiging, niet met ingang van 1 januari 2006 is beëindigd.
- 9.4. Het argument van de zorgverzekeraar dat verzoeker in 2006 premie heeft betaald snijdt geen hout aangezien de zorgverzekeraar in zijn brief van 24 januari 2012 heeft verklaard dat de premies op een enkele uitzondering na door hem automatisch zijn geïncasseerd, zelfs ondanks het feit dat verzoeker in zijn brief van 1 december 2005 eveneens heeft medegedeeld de machtiging tot automatische incasso met ingang van 1 januari 2006 in te trekken. Overigens wordt in de brieven van 1 december 2005 opgemerkt dat verzoeker en zijn gezinsleden voor langere tijd naar Suriname vertrekken zodat waarschijnlijk is dat ook de bestaande verzekeringsplicht op dat moment is geëindigd.
- 9.5. Een en ander heeft tot gevolg dat verzoeker en zijn zoon over het tijdvak van 1 januari 2006 tot en met 31 december 2006 niet bij de zorgverzekeraar zijn verzekerd tegen ziektekosten. Partijen dienen derhalve hetgeen over en weer in 2006 is gepresteerd in het kader van de oorspronkelijke zorgverzekering ongedaan te maken. Voor zover verzoeker over voornoemde periode(s) premie heeft voldaan, heeft hij aanspraak op restitutie daarvan. Indien door de zorgverzekeraar ten behoeve van verzoeker, dan wel zijn zoon kosten zijn vergoed ten laste van de zorgverzekering dan wel een no-claimterugave is gedaan, heeft de zorgverzekeraar recht op teruggave hiervan. De zorgverzekeraar mag overgaan tot verrekening van een en ander.

Jaar 2007 en volgende

- 9.6. Bij brief van 3 november 2006 is door verzoeker een aanvraag gedaan voor een ziektekostenverzekering ten behoeve van hemzelf en zijn zoon met als ingangsdatum 1 januari 2007. De commissie constateert dat tussen de zorgverzekeraar en verzoeker overeenstemming bestaat over het feit dat verzoeker en zijn zoon vanaf 1 januari 2007 bij de zorgverzekeraar zijn verzekerd tegen ziektekosten.

Beëindiging verzekering zoon

- 9.7. Door verzoeker is gesteld dat hij bij brief van 28 juli 2008 de zorgverzekeraar heeft verzocht de zorgverzekering van zijn zoon met ingang van 1 september van dat jaar te beëindigen. De zorgverzekeraar heeft verklaard deze opzegging niet te hebben ontvangen. Pas op 7 oktober 2008 bereikte hem het schriftelijke verzoek. Hierop is de zorgverzekering per eerstvolgende datum, dat wil zeggen met ingang van 1 november 2008 beëindigd. Aangezien het risico van verzending in een situatie als de onderhavige, gelet op artikel 3:37 lid 3 BW, bij verzoeker ligt, en deze niet aannemelijk heeft gemaakt dat de brief van 28 juli 2008 de zorgverzekeraar wel (tijdig) heeft bereikt, heeft de zorgverzekeraar de beëindigingsdatum correct vastgesteld.

Hoogte betalingsachterstand

- 9.8. Gelet op de door de zorgverzekeraar uit te voeren verrekeningen acht de commissie een nader onderzoek naar de hoogte van de actuele betalingsachterstand van verzoeker wenselijk. De commissie draagt daarom de zorgverzekeraar op binnen veertien dagen na het uitbrengen van dit bindend advies hierover duidelijkheid te verschaffen. Na ontvangst van de betreffende informatie zal verzoeker in de gelegenheid worden gesteld hierop binnen een termijn van veertien dagen inhoudelijk te reageren. Voor zover één of beide partijen nalaat te reageren, zal de commissie de beslissing nemen die zij geraden acht.
- 9.9. In afwachting van de uitkomst van dit onderzoek houdt de commissie iedere verdere beslissing aan.
10. Tussenuitspraak
- 10.1. De commissie wijst het verzoek met betrekking tot het jaar 2006 toe, een en ander met inachtneming van hetgeen in 9.5 is overwogen.
- 10.2. Wat betreft de hoogte van de actuele betalingsachterstand houdt de commissie, in afwachting van de uitkomst van het nader onderzoek bedoeld in 9.8, iedere verdere beslissing aan.

Zeist, 29 augustus 2012,

Voorzitter