

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door G te H tegen C te D en E te F
Zaak : Premie, premieachterstand, beëindiging aanvullende ziektekostenverzekering
Zaaknummer : 2010.00667
Zittingsdatum : 23 februari 2011

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 2006-2010, artt. 16 en 22 (oud) Zvw, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2006-2009)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door G te H

tegen

1) C te D en

2) E te F

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Verzoeker is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Tevens heeft verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar ten behoeve van zijn echtgenote een zorgverzekering afgesloten. Verder waren tot en met 31 oktober 2007 ten behoeve van verzoeker en zijn echtgenote bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Beter Af Plus Polis 3 sterren en Beter Af Tandarts Polis 2 sterren afgesloten. Daarnaast was ten behoeve van verzoeker over de periode van 1 juli 2008 tot en met 31 januari 2009, en was ten behoeve van zijn echtgenote tot en met 31 december 2010 de aanvullende ziektekostenverzekering Beter Af Tandarts Polis 2 sterren afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). 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 brief van 4 december 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij meerdere brieven van verschillende data 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 5 augustus 2010 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat alle verschuldigde bedragen volledig zijn voldaan (hier: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 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 23 november 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 30 december 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. De ziektekostenverzekeraar heeft op 3 februari 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. Verzoeker heeft op 11 februari 2011 telefonisch medegedeeld eveneens telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 februari 2011 telefonisch gehoord.
- 3.9. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie bij de ziektekostenverzekeraar navraag gedaan over de diverse beëindigingdata van de diverse aanvullende ziektekostenverzekeringen. Bij e-mail van 28 februari 2011 ontving de commissie van de ziektekostenverzekeraar een reactie. Een afschrift van deze reactie is op 1 maart 2011 aan verzoeker gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
 - 4.1. Verzoeker stelt dat hij de verschuldigde premiebedragen voor hem en zijn echtgenote steeds heeft voldaan. Het standpunt van de ziektekostenverzekeraar dat sprake is van een betalingsachterstand is dan ook niet terecht.
 - 4.2. Met betrekking tot het door de ziektekostenverzekeraar verstrekte betalingsoverzicht van 23 november 2010 stelt verzoeker, onder overlegging van bankafschriften dat hij op 15 augustus 2007 een bedrag van € 255,- en op 27 juni 2007 een bedrag van € 50,- heeft betaald. Deze betalingen komen niet voor op eerder genoemd betalingsoverzicht.
 - 4.3. Verder stelt verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar hem in januari 2009 heeft medegedeeld dat de aanvullende ziektekostenverzekering voor hem en zijn echtgenote zal worden beëindigd. In tegenstelling tot deze berichtgeving is de verschuldigde premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering ook opgenomen in het betalingsoverzicht van 8 juni 2010.
 - 4.4. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat het steeds lastig is geweest duidelijkheid te krijgen over de precieze hoogte van de betalingsachterstand. Telkens wordt verzoeker door het incassobureau en de ziektekostenverzekeraar van het kastje naar de muur gestuurd. Verzoeker is van mening dat uiteindelijk alle door hem verschuldigde premies en zorgkosten volledig zijn voldaan en benadrukt dat hij in juni en juli ook betalingen heeft gedaan welke niet voorkomen op het overzicht van mei 2010 dat de ziektekostenverzekeraar in de procedure heeft ingebracht.
 - 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 naar de stand van 23 november 2010 over de periode van 1 januari 2006 tot en met 31 oktober 2010 in totaal nog een bedrag openstaat van € 545,33, exclusief opgekomen rente en incassokosten.
- 5.2. Verzoeker stelt dat hij op 15 augustus 2007 een bedrag van € 255,-- heeft betaald. Dit bedrag is inderdaad door de ziektekostenverzekeraar ontvangen en in mindering gebracht op de eerder, namelijk op 1 april 2007, aan verzoeker uitbetaalde no-claimteruggaaf 2006. Aangezien door verzoeker na de peildatum in maart 2007 een ziekenhuisnota met behandeldatum 24 juni 2006 is ingediend, heeft een herberekening van de no-claimteruggaaf plaatsgevonden en is het eerder aan verzoeker uitgekeerde bedrag van € 255,-- opnieuw bij hem in rekening gebracht.
- 5.3. Verder is door verzoeker op 27 juni 2007 een bedrag ter grootte van € 50,-- betaald. Aangezien verzoeker dit bedrag heeft overgemaakt op een oud rekeningnummer hetwelk niet meer in gebruik is, is dit bedrag rond 1 juli 2007 teruggestort.
- 5.4. Ten aanzien van de beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering stelt de ziektekostenverzekeraar dat met ingang van 1 februari 2009 enkel de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker is beëindigd. De aanvullende ziektekostenverzekering van zijn echtgenote is daarentegen niet beëindigd.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat volgens het overzicht van 23 november 2010 sprake is van een betalingsachterstand van € 545,33. Deze achterstand bestaat niet alleen uit premie maar ook uit niet betaalde zorgkosten. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar daarnaar gevraagd verklaard dat de aanvullende ziektekostenverzekeringen ten behoeve van verzoeker en zijn echtgenote met ingang van 1 november 2007 zijn geëindigd. Deze verzekeringen zijn nadien niet hersteld.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.
- 6.2. De commissie is niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering van vóór 2008.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil zijn het bestaan en de eventuele hoogte van de betalingsachterstand.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. Ingevolge artikel 9 van de zorgverzekering (2006) is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.
- 8.3. Artikel 16 Zvw regelt in welke gevallen voor de zorgverzekering geen premie verschuldigd is. Voor zover hier van belang, luidt laatstgenoemd artikel 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.”

- 8.4. Artikel 7 van de zorgverzekering (2006) regelt de no-claimteruggave en luidt, voor zover hier van belang:

“7.1 Iedere verzekerde die premie verschuldigd is voor de Zorgverzekering, heeft recht op teruggave van het zogenoemde no-claimbedrag.

7.2 De hoogte van de no-claim bedraagt maximaal € 255,-- per verzekerde per kalenderjaar.

7.3 Alle kosten die in de loop van het kalenderjaar vanuit de zorgverzekering gemaakt worden, worden van het maximale no-claimbedrag van € 255,-- afgetrokken. (...)

7.5 Nota's die na 1 april volgend op het kalenderjaar waarop de no-claim van toepassing is door ons zijn ontvangen, maar die betrekking hebben op de gemaakte kosten in het voorgaande kalenderjaar, kunnen leiden tot een terugvordering van de uitbetaalde no-claim dan wel verrekend worden met de no-claim van het daaropvolgende kalenderjaar. (...)

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. De commissie constateert op basis van de aan haar overgelegde stukken dat verzoeker de premie niet altijd tijdig – op de wijze als geregeld in artikel 9 van de zorgverzekering – betaalt. Derhalve dient verzoeker er rekening mee te houden dat de ziektekostenverzekeraar kan overgaan tot het treffen van incassomaatregelen met bijkomende kosten voor verzoeker.
- 9.2. Het laatste betalingsoverzicht dat door de ziektekostenverzekeraar in procedure is ingebracht, en dat door de commissie als uitgangspunt zal worden genomen voor de bepaling van de hoogte van de vordering, dateert van 23 november 2010. Uit dit overzicht blijkt dat over de periode van 1 januari 2006 tot en met 31 oktober 2010 nog een bedrag openstaat van € 545,33 *exclusief* incassokosten. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat laatstgenoemd bedrag enkel bestaat uit zorgkosten. Verzoeker heeft diverse argumenten naar voren gebracht ter onderbouwing van zijn stelling dat laatstgenoemd bedrag onjuist is. Ten aanzien van elk van deze punten merkt de commissie het volgende op.

Betaling van € 50,--

- 9.3. Verzoeker stelt dat hij op 27 juni 2007 een bedrag van € 50,-- heeft overgemaakt aan de ziektekostenverzekeraar, welk bedrag niet voorkomt op het betalingsoverzicht van 23 november 2010. Ten aanzien van deze betaling heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat dit bedrag door verzoeker is overgemaakt op het oude rekeningnummer

van de ziektekostenverzekeraar. Hierop heeft de ziektekostenverzekeraar het betaalde bedrag teruggestort. Aangezien door verzoeker niet bestreden is dat hij het bedrag van € 50,-- heeft ontvangen, en evenmin is gebleken dat verzoeker het teruggestorte bedrag opnieuw heeft betaald, kan het bedrag van € 50,-- niet in mindering worden gebracht op de openstaande vordering.

Betaling € 255,--

- 9.4. Verzoeker stelt tevens dat hij op 15 augustus 2007 een bedrag van € 255,-- heeft betaald hetwelk eveneens niet voorkomt op eerder genoemd betalingsoverzicht. De ziektekostenverzekeraar heeft ten aanzien van deze betaling verklaard dat dit bedrag inderdaad is ontvangen, maar dat het is geboekt op de terugvordering van de eerder, te weten op 1 april 2007, aan verzoeker uitbetaalde no-claimteruggaaf 2006. Deze no-claimteruggaaf is teruggevorderd aangezien verzoeker na uitbetaling een ziekenhuisnota heeft ingediend.
- 9.5. Vast staat dat ziekenhuisnota's niet onder de uitsluitingen voor vermindering op de no-claimteruggaaf vallen, zoals verwoord in de polisvoorwaarden. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat hij de no-claimteruggaaf over het jaar 2006 – zijnde een bedrag van € 255,-- – in overeenstemming met de polisvoorwaarden in maart 2007 heeft uitbetaald. Aangezien door verzoeker niet bestreden is dat hij het bedrag van € 255,-- heeft ontvangen, kan ook dit bedrag niet in mindering worden gebracht op de openstaande vordering, omdat de ziektekostenverzekeraar dit bedrag – na ontvangst van een nagekomen nota van het ziekenhuis – alsnog terecht bij verzoeker in rekening heeft gebracht en teruggevorderd.

Beëindiging aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. Verzoeker stelt dat hij uit een door de ziektekostenverzekeraar in januari 2009 verstuurd brief heeft opgemaakt dat de aanvullende ziektekostenverzekering van hem en zijn echtgenote zou worden beëindigd. Daarnaar gevraagd heeft zowel de ziektekostenverzekeraar als verzoeker bedoelde brief niet overgelegd. Wel constateert de commissie dat de aanvullende ziektekostenverzekering van zowel verzoeker als zijn echtgenote met ingang van 1 november 2007 is beëindigd vanwege een premieachterstand. Deze verzekering is later hersteld. Gezien het voorgaande is de commissie daarom van oordeel dat verzoeker redelijkerwijs er vanuit mocht gaan – toen hij eind 2008 opnieuw een brief kreeg van de ziektekostenverzekeraar met de mededeling dat de aanvullende ziektekostenverzekering beëindigd zou gaan worden indien de verschuldigde achterstallige premie niet alsnog zou worden voldaan – dat de aanvullende ziektekostenverzekering van hem én van zijn echtgenote beëindigd zou worden, en niet alleen die van hemzelf. De conclusie is daarom dat verzoeker en zijn echtgenote met ingang van 1 februari 2009 voor de aanvullende ziektekostenverzekering geen premie meer verschuldigd zijn en dat deze verzekering ook geen dekking meer biedt. Concreet betekent het dat verzoeker aanspraak heeft op restitutie van premie, voor zover voldaan, voor deze verzekering en de ziektekostenverzekeraar op teruggave van in het kader van deze verzekering uitgekeerde declaraties.
- 9.7. Gelet op het voorgaande komt de commissie tot de conclusie dat het overzicht van 23 november 2010 – behoudens de over de kalenderjaren 2009 en 2010 in rekening gebrachte premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering – juist is. Dat meer of andere betalingen door verzoeker zijn gedaan is door hem niet aannemelijk gemaakt.

Conclusie

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek deels dient te worden toegewezen, met dien verstande dat de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering alsnog met terugwerkende kracht tot 1 februari 2009 dient te beëindigen. Daartegenover is verzoeker gehouden de reeds door de ziektekostenverzekeraar ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering over 2009 en 2010 betaalde zorgkosten terug te betalen. Voort het overige dient het verzoek te worden afgewezen.
- 9.9. Aangezien het verzoek deels dient te worden toegewezen, ligt het – mede indachtig artikel 17 van het reglement van de commissie – in de rede dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker vergoedt.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe, met inachtneming van hetgeen onder 9.8 is overwogen.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 16 maart 2011,

Voorzitter