



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door de heer C te D , tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Premie, betalingsachterstand, schadevergoeding
Zaaknummer : 201403017
Zittingsdatum : 1 juli 2015

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2013-2014, paragraaf 3.3 Zvw, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013-2014, art. 6:106 BW)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door de heer C te D,
tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Verzoeker was van 7 juni 2013 tot en met 31 december 2014 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de BewuZt basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker tot bij de ziektekostenverzekeraar tot en met 31 december 2013 de aanvullende ziektekostenverzekering BewuZt Buitenland Goed (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering 1) afgesloten, en vanaf 1 januari 2014 de aanvullende ziektekostenverzekering BewuZt Tand Goed (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering 2). Alle hiervoor genoemde 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. Op 10 oktober 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar een polisblad aan verzoeker afgegeven waarop is vermeld dat hij vanaf 25 april 2013 is verzekerd op grond van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering 1.

3.2. Bij brief van 19 oktober 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een factuur gezonden ten bedrage van € 693,- ter zake van premie voor de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering 1.

3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker op 5 februari 2014 een betalingsherinnering gezonden voor een bedrag van € 693,-, op 5 maart 2014 voor een bedrag van € 708,-, en op 2 april en 7 mei 2014 voor een bedrag van € 733,-.

3.4. De incassogemachtigde van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker op 3 juni 2014 gesommeerd een bedrag van € 820,14, inclusief rente en kosten, te voldoen.

3.5. Bij brief van 18 juni 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van zes of meer maanden, en dat hij is aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut).

3.6. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar bij herhaling om heroverweging van voormelde standpunten gevraagd, en daarnaast de ziektekostenverzekeraar aansprakelijk gesteld voor de geleden schade.

-  3.7. Verzoeker heeft zich op 24 november 2014 tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen gewend.
-  3.8. Bij telefonisch contact en brief van 25 november 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunten te handhaven.
-  3.9. Bij brief van 2 december 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van twee of meer maanden.
-  3.10. Op 4 december 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar een polisblad aan verzoeker afgegeven waarop is vermeld dat hij vanaf 7 juni 2013 is verzekerd op grond van de zorgverzekering. Voorts is op 7 december 2014 een polisblad afgegeven waarop tevens is vermeld dat vanaf 1 januari 2014 de aanvullende ziektekostenverzekering 2 is afgesloten.
-  3.11. Bij e-mailbericht van 11 december 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij zijn standpunten handhaaft, en dat de betalingsachterstand € 1.719,42 bedraagt.
-  3.12. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker door middel van het vergoedingenoverzicht van 11 december 2014 (2014 5) medegedeeld dat een bedrag van € 250,-- wordt vergoed ter zake van tandheelkundige hulp.
-  3.13. Bij brief van 20 december 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een factuur gezonden ten bedrage van € 648,12 ter zake van premie voor de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering 1 en 2.
-  3.14. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit kader verklaard dat de achterstand € 1.764,37 bedraagt, en verzoeker hiervoor een betalingsregeling aangeboden.
-  3.15. Bij brief van 13 maart 2015 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is aan hem een schadevergoeding te betalen van € 3.659,88 onder verrekening van de betalingsachterstand van € 1.764,37 (hierna: het verzoek).
-  3.16. 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.
-  3.17. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 28 april 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 mei 2015 aan verzoeker gezonden.
-  3.18. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 12 mei 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 29 juni 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.19. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 1 juli 2015 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.
-  3.20. De commissie heeft partijen op 6 juli 2015 de aantekeningen van de hoorzitting gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld op deze aantekeningen te reageren.

Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 13 juli 2015 op de aantekeningen van de hoorzitting gereageerd. Een afschrift van deze reactie is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden gelegenheid geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft geruime tijd een verkeerde ingangsdatum van de zorgverzekering gehanteerd. Op het polisblad van 10 oktober 2013 staat als ingangsdatum 25 april 2013, maar op 1 oktober 2013 was al per e-mail doorgegeven dat dit 7 juni 2013 moest zijn. De brief van het toenmalige College voor Zorgverzekeringen omtrent de verzekering in Duitsland is bij die gelegenheid overgelegd.

4.2. Verzoeker heeft geen premie betaald voor de periode waarin de ziektekostenverzekeraar hem weigerde te verzekeren. Hij kon toen immers ook geen gebruik maken van de gezondheidszorg. Dit betreft een periode van circa 4,5 maand. Vanaf 1 november 2013 is de premie maandelijks per automatische incasso betaald. Bij brief van 2 april 2014 deelde de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker mede dat hij vier of meer maanden geen premie had betaald. Op 29 mei 2014 is de automatische incasso door de ziektekostenverzekeraar stopgezet zonder dit aan verzoeker mede te delen. Hierdoor is een premieachterstand van meer dan zes maanden ontstaan en is verzoeker aangemeld bij het Zorginstituut. De brief omtrent de premieachterstand van zes of meer maanden dateert van 18 juni 2014. Verzoeker stelt dat een zodanige achterstand niet mogelijk is, aangezien hij op 27 maart, 28 april en 29 mei 2014 per automatische incasso de premie heeft betaald. Opvallend is bovendien dat de ziektekostenverzekeraar bij brief van 21 juni 2014 aan verzoeker mededeelde dat te veel in rekening was gebracht. De ziektekostenverzekeraar heeft de premie voor juni 2014 teruggestort, hetgeen betekent dat wel degelijk is betaald. Na een klacht van verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar uiteindelijk erkend dat de aanmelding bij het Zorginstituut ten onrechte is geschied. De bronheffing is evenwel het directe gevolg geweest van het handelen van de ziektekostenverzekeraar. Door de aantekening als wanbetaler zijn financiële problemen ontstaan. Door een beperkt inkomen kon verzoeker niet aan zijn betalingsverplichtingen voldoen, met alle gevolgen van dien.

4.3. Verzoeker had, naast de zorgverzekering, voor tandartskosten de aanvullende ziektekostenverzekering 2 afgesloten. Tegen de achtergrond van die verzekering is bij de tandarts een offerte aangevraagd en heeft verzoeker een aantal tandheelkundige behandelingen ondergaan. Op het moment van declareren van de rekeningen van deze behandelingen werd duidelijk dat de ziektekostenverzekeraar de polis zonder medeweten van verzoeker had gewijzigd, in die zin dat de aanvullende ziektekostenverzekering 2 in verband met een betalingsachterstand was beëindigd. Verzoeker bleek niet meer verzekerd voor tandartskosten. Hierdoor zag hij zich genooddaakt de behandeling te staken en de openstaande rekeningen met geleende gelden te betalen. Het gevolg hiervan is, naast de nodige pijn, dat het gebit van verzoeker dermate is verslechterd dat meer tandheelkundige behandelingen zullen moeten plaatsvinden. Inmiddels is door een andere tandarts een offerte opgesteld voor verdere behandeling. De kosten hiervan worden op de ziektekostenverzekeraar verhaald, aangezien dit eveneens een direct gevolg is van het handelen van de ziektekostenverzekeraar, te weten het eenzijdig wijzigen van de polis.

4.4. Hetgeen is omschreven onder 4.2 en 4.3 heeft voor verzoeker tot grote financiële, psychische en fysieke problemen geleid. Het enige juiste antwoord hierop is een schadeloosstelling door de ziektekostenverzekeraar. De schade die verzoeker heeft geleden is het directe gevolg van het handelen en/of nalaten van de ziektekostenverzekeraar. Diens verwijzing naar artikel 1.11 van de zorgverzekering gaat dan ook niet op. De schadeclaim is als volgt opgebouwd:

1. onverzekerde periode van 7 juni 2013 tot en met 30 september 2013;
2. aanmelding bij het Zorginstituut;
3. beëindiging aanvullende ziektekostenverzekering;

4. fysieke en psychische schade;
5. administratieve kosten.

Voornoemde schadeposten komen in geldbedragen op het volgende neer:

1. vier maal maandelijks premie à € 96,25 = € 385,--;
2. geleende gelden om rekeningen ter zake van de bestuursrechtelijke premie te kunnen betalen: € 500,--;
3. tandartsnota à € 400,--, leed gedurende de periode van uitblijven behandeling à € 500,-- en schade aan het gebit door uitblijven behandeling à € 874,88: totaal € 1.774,88;
4. verzoeker is autistisch en de onderhavige kwestie heeft een negatieve impact gehad op zijn functioneren: € 500,--;
5. administratieve kosten gedurende ruim een jaar: € 500,--.

De schadeclaim bedraagt totaal € 3.659,88. De door de ziektekostenverzekeraar gestelde betalingsachterstand (€ 1.764,37) dient hierop in mindering te worden gebracht, zodat een te betalen bedrag van € 1.895,51 resteert dat verzoeker van de ziektekostenverzekeraar vordert.

4.5. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald.

4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Verzoeker is per 25 april 2013 begeleid gaan wonen bij Verslavingszorg Noord Nederland. Tezamen met zijn begeleidster heeft verzoeker zich georiënteerd op een zorgverzekering en de keuze is gevallen op Bewuzt. Bewuzt biedt een basisverzekering en aanvullende verzekeringen voor een lage premie. De verzekerde ontvangt de polis en alle post digitaal in "Mijn Bewuzt". De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden zijn overgelegd.

5.2. Op 10 oktober 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar de zorgverzekeringspolis aan verzoeker gestuurd. Hierop is de initiële ingangsdatum van 25 april 2013 vermeld, zijnde de datum dat verzoeker vanuit Duitsland in Nederland is komen wonen. Na ontvangst van de polis berichtte verzoeker de ziektekostenverzekeraar dat hij nog tot 7 juni 2013 bij zijn ouders in Duitsland verzekerd was. Uit de brieven van het College voor Zorgverzekeringen uit 2013 blijkt dat verzoeker per 7 juni 2013 niet langer als gezinslid meeverzekerd is, en dat hij verplicht is een Nederlandse zorgverzekering af te sluiten. De ziektekostenverzekeraar heeft de ingangsdatum niet direct aangepast, maar dit is uiteindelijk wel met terugwerkende kracht gebeurd. De ingangsdatum van de zorgverzekering van verzoeker is zodoende gesteld op 7 juni 2013. Op 4 december 2014 is digitaal een nieuwe polis aan verzoeker gestuurd waarin dit is vermeld.

5.3. De aanvullende ziektekostenverzekering 1 is per 31 december 2013 beëindigd. Uit coulance heeft de ziektekostenverzekeraar ervoor gezorgd dat verzoeker met ingang van 1 januari 2014 de aanvullende ziektekostenverzekering 2 heeft. Volgens artikel 11 van deze verzekering krijgt een verzekerde 75% van de tandheelkundige zorg vergoed tot maximaal € 250,-- per kalenderjaar. Op 16 april 2014 ontving de ziektekostenverzekeraar tandartsnota's. Deze nota's zijn vergoed conform de voorwaarden die gelden voor de aanvullende ziektekostenverzekering 2. Uit het vergoedingenoverzicht met volgnummer 2014 5 blijkt dat de maximale vergoeding van € 250,-- aan verzoeker is overgemaakt. De ziektekostenverzekeraar is niet verantwoordelijk voor de overige tandartskosten die verzoeker heeft gemaakt. Zoals uiteengezet is het maximale verzekerde bedrag conform de aanvullende ziektekostenverzekering 2 vergoed. Verzoeker is zelf verantwoordelijk voor het al dan niet ondergaan van een tandheelkundige behandeling.

- 5.4. Verzoeker is als verzekeringnemer verplicht de premie en overige kosten te betalen (artikel 3.4 van de zorgverzekering). Hij heeft een automatische incassomachtiging afgegeven voor premie en zorgkosten.
- De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat het vervelend is dat de zorgverzekering van verzoeker pas op 10 oktober 2013 met terugwerkende kracht tot 25 april 2013 (later gewijzigd naar 7 juni 2013) tot stand is gekomen. Dit ontslaat hem echter niet van de verplichting om vanaf de ingangsdatum premie te betalen.
- De ziektekostenverzekeraar heeft een financieel overzicht overgelegd. De verzekerde periode loopt van 7 juni 2013 tot en met 31 december 2014. De betalingsachterstand van verzoeker bedraagt volgens dit overzicht € 1.764,37. Verzoeker dient dit bedrag te betalen.
- Verzoeker stelt dat vanaf 1 november 2013 de premie keurig per maand is betaald. Echter, zoals uit het overgelegde financiële overzicht blijkt, betaalde verzoeker vanaf 28 november 2013 tot en met 27 mei 2014. Uit dit overzicht is bovendien op te maken dat in 2013 en 2014 totaal € 601,73 is ontvangen van verzoeker.
- Ondanks de op dat moment bestaande betalingsachterstand, is de zorgverzekering van verzoeker uit coulance per 1 januari 2015 beëindigd.
- De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker een betalingsregeling aangeboden van maximaal 24 termijnen voor de achterstand. Op dit aanbod is door verzoeker niet ingegaan.
- 5.5. Verzoeker merkt op dat de automatische incasso op 29 mei 2014 is stopgezet zonder dit aan hem te melden. De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoeker wel degelijk (digitaal) is geïnformeerd. Op 31 januari, 28 maart en 3 juni 2014 zijn de zogenoemde twee-, vier- en zesmaandsbrief verstuurd. Hierin is verzoeker geattendeerd op de ontstane premieachterstand en is hij verzocht alsnog te betalen. Voorts is verzoeker bericht dat hij bij een premieachterstand van zes of meer maanden wordt aangemeld bij het Zorginstituut. Omdat sprake was van een premieachterstand van meer dan zes maanden is verzoeker per 1 juni 2014 aangemeld bij het Zorginstituut. Vanaf die datum moest hij een verhoogde premie betalen aan het Zorginstituut. De automatische incasso bij de ziektekostenverzekeraar is komen te vervallen. In de brief van 6 juni 2014 legt het Zorginstituut dit ook uit. De stopzetting van de automatische incasso is derhalve een gevolg van de aanmelding bij het Zorginstituut.
- De aanmelding bij het Zorginstituut met ingang van 1 juni 2014 is teruggedraaid, omdat door de wijziging van de ingangsdatum niet langer sprake was van een premieachterstand van zes of meer maanden. De ziektekostenverzekeraar heeft in verband met de afmelding bij het Zorginstituut de premie over de periode van juni tot en met december 2014 bij verzoeker in rekening gebracht. De ziektekostenverzekeraar betreurt het dat de aanmelding bij het Zorginstituut voor ongemak heeft gezorgd. Er is echter geen sprake van financiële benadeling. Verzoeker heeft de eventueel betaalde bestuursrechtelijke premie retour ontvangen van het Zorginstituut. Verzoeker is, net als iedere andere verzekerde, verplicht de premie en zorgkosten te betalen.
- 5.6. Verzoeker heeft een schadeclaim ingediend omdat hij van mening is dat de ziektekostenverzekeraar voor financiële, psychische en fysieke problemen heeft gezorgd. De ziektekostenverzekeraar wijst deze claim af en motiveert dit als volgt.
1. Verzoeker is verplicht verzekerd met ingang van 7 juni 2013 en hij is premie verschuldigd.
 2. De bestuursrechtelijke premie die is betaald, is door het Zorginstituut terugbetaald aan verzoeker.
 3. De tandartsnota's zijn conform de aanvullende ziektekostenverzekering 2 tot het maximale verzekerde bedrag van € 250,-- vergoed. Het is een eigen keuze van verzoeker om een tandheelkundige behandeling te ondergaan die duurder is dan het verzekerde bedrag.
 4. Het is vervelend dat verzoeker vanwege zijn autisme extra kwetsbaar is. Echter, het is niet aantoonbaar dat (eventuele) fysieke en psychische schade het gevolg is van het handelen van de ziektekostenverzekeraar. Daarbij heeft de vader van verzoeker als bewindvoerder opgetreden.

5. Administratiekosten zijn conform artikel 1.11 van de zorgverzekering uitgesloten van vergoeding.

5.7. De ziektekostenverzekeraar realiseert zich dat verzoeker en zijn vader negatieve ervaringen hebben gehad met zijn organisatie. Hiervoor zijn excuses aangeboden. De ziektekostenverzekeraar heeft zijn best gedaan de gemaakte fouten te herstellen en verzoeker tegemoet te komen door de verzekeringen te corrigeren en de tandheelkundige behandeling conform de voorwaarden te vergoeden. Het spijt de ziektekostenverzekeraar oprecht te moeten constateren dat hij er niet in geslaagd is het gevoel van onvrede bij verzoeker weg te nemen. Ook na herbeoordeling ziet de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding het verzoek tot schadevergoeding te honoreren. Wat betreft de openstaande vordering van € 1.764,37 is in de brief van 12 februari 2015 een betalingsregeling van 24 maanden aangeboden. De ziektekostenverzekeraar herhaalt het verzoek aan verzoeker ervoor te zorgen dat het verschuldigde bedrag alsnog wordt voldaan.

5.8. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald.

5.9. De ziektekostenverzekeraar 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 (2013-2014) en artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering 1 en 2 (2013-2014) 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 is gehouden aan verzoeker een schadevergoeding van € 3.659,88 te verlenen, onder verrekening van de betalingsachterstand van € 1.764,37.

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 (2013-2014) en artikel 3 van de aanvullende ziektekostenverzekering 1 en 2 (2013-2014) is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd. In deze artikelen is verder bepaald dat bij niet-tijdige betaling incassokosten en rente in rekening kunnen worden gebracht.

8.3. Artikel 1.11 van de zorgverzekering (2013-2014) luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“1.11 Uitsluitingen

U hebt geen recht op:

(...)

- vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van ons handelen of nalaten;

(...)”

Eenzelfde bepaling is opgenomen in artikel 1.10 van de aanvullende ziektekostenverzekering 1 en 2 (2013-2014).

8.4. Op 1 september 2009 is de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering (hierna: de Wsmwz) in werking getreden. Vanaf dat moment is onder meer aan de Zvw een nieuwe afdeling toegevoegd die de gevolgen regelt van het niet (tijdig) betalen van de premie voor de zorgverzekering. De wet voorziet in een aantal beoordelingsmomenten waarop de

ziektekostenverzekeraar een aanbod, respectievelijk een mededeling moet doen aan de polishouder en/of de verzekerde. Is sprake van een premieschuld voor de zorgverzekering ter hoogte van zes of meer maandpremies, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, dan vindt in beginsel melding daarvan plaats aan het Zorginstituut Nederland. De consequentie hiervan is dat voor de nieuw opkomende maanden een – hogere – bestuursrechtelijke premie van toepassing wordt (in plaats van de premiebetaling aan de ziektekostenverzekeraar), alsmede een ander incassoregime, waarbij onder andere bronheffing en incasso door het CJIB mogelijk zijn. Aan het regime bij het Zorginstituut Nederland komt doorgaans weer een einde zodra de schuld uit de zorgverzekering is ingelost of een schuldregeling wordt getroffen.

8.5. Artikel 6:106 lid 1 BW luidt:

*"1. Voor nadeel dat niet in vermogensschade bestaat, heeft de benadeelde recht op een naar billijkheid vast te stellen schadevergoeding:
a. indien de aansprakelijke persoon het oogmerk had zodanig nadeel toe te brengen;
b. indien de benadeelde lichamelijk letsel heeft opgelopen, in zijn eer of goede naam is geschaad of op andere wijze in zijn persoon is aangetast;
c. indien het nadeel gelegen is in aantasting van de nagedachtenis van een overledene en toegebracht is aan de niet van tafel en bed gescheiden echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant tot in de tweede graad van de overledene, mits de aantasting plaatsvond op een wijze die de overledene, ware hij nog in leven geweest, recht zou hebben gegeven op schadevergoeding wegens het schaden van zijn eer of goede naam."*

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Verzoeker heeft zich in april 2013 (weer) in Nederland gevestigd. Door hem is een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. In dat kader is door hem gesteld dat de ingangsdatum van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering 7 juni 2013 dient te zijn. De ziektekostenverzekeraar heeft in eerste instantie de ingangsdatum van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering 1 op 25 april 2013 gesteld. Nadien is dit gecorrigeerd naar 7 juni 2013. Derhalve zijn partijen niet langer verdeeld over de ingangsdatum van de polis.
- 9.2. Door verzoeker is niet steeds (tijdig) aan zijn verplichting tot premiebetaling voldaan. In dit kader heeft de ziektekostenverzekeraar aan hem betalingsherinneringen gestuurd en een vordering overgedragen aan de incassogemachtigde, hetgeen hem op grond van artikel 3 van de zorgverzekering (2013-2014) en artikel 3 van de aanvullende ziektekostenverzekering 1 en 2 (2013-2014) vrij stond. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker met ingang van 1 juni 2014 aangemeld bij het Zorginstituut, hetgeen echter later is teruggedraaid. Uit het door de ziektekostenverzekeraar overgelegde financiële overzicht van 11 februari 2015 blijkt dat verzoeker een betalingsachterstand heeft van € 1.764,37. De hoogte van dit bedrag is door verzoeker niet bestreden en het maakt ook deel uit van de door hem opgestelde berekening van de uit te keren schadevergoeding, waarover hierna meer. Ondanks de bestaande betalingsachterstand, is de zorgverzekering van verzoeker met ingang van 1 januari 2015 beëindigd.
- 9.3. Verzoeker vordert thans vergoeding van de schade die hij heeft geleden door de onduidelijkheid over de ingangsdatum van de polis, de aanmelding bij het Zorginstituut, alsmede de beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering, en van de door hem ondervonden psychische en fysieke schade. Zijn schadevergoedingsvordering bedraagt totaal € 3.659,88. De betalingsachterstand ten bedrage van € 1.764,37 is door verzoeker hierop in mindering gebracht, zodat een door de ziektekostenverzekeraar te betalen bedrag van € 1.895,51 resteert. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

- 9.4. Vooropgesteld zij dat volgens vaste jurisprudentie van de commissie slechts die kostenposten voor vergoeding in aanmerking komen waarvan het redelijk is dat deze zijn gemaakt en waarvan bovendien de omvang van de kosten redelijk is.
De ziektekostenverzekeraar heeft erkend dat fouten zijn gemaakt in het dossier van verzoeker. Een schadevergoeding is echter afgewezen met een beroep op artikel 1.11 van de zorgverzekering (2013-2014).
- 9.5. Verzoeker heeft diverse schadeposten opgevoerd. De commissie zal deze hierna afzonderlijk behandelen.
De eerste schadepost betreft de premie over de periode van juni tot en met september 2013 (€ 385,-). Volgens verzoeker was hij in die periode onverzekerd en kon hij dientengevolge geen gebruik maken van de gezondheidszorg. De commissie merkt hierover op dat tussen partijen overeenstemming is bereikt over de ingangsdatum van de polis (7 juni 2013), zodat de stelling dat sprake is geweest van een onverzekerde periode geen doel treft, nog daargelaten dat de betreffende premies door verzoeker niet zijn voldaan en deze zodoende niet als schadepost kunnen worden opgevoerd.
De tweede schadepost betreft geleende gelden voor het voldoen van de bestuursrechtelijke premie aan het Zorginstituut vanwege de aanmelding aldaar (€ 500,-). Door verzoeker is niet aannemelijk gemaakt dat de bestuursrechtelijke premie aan het Zorginstituut is voldaan, noch - al ware deze voldaan - dat dit is geschied met geleende gelden. Betaalbewijzen en/of verklaringen hiertoe ontbreken. Overigens zal, voor zover verzoeker de bestuursrechtelijke premie wél heeft voldaan, de correctie tot gevolg hebben dat de door het Zorginstituut ontvangen bedragen worden gerestitueerd. Een en ander speelt zich af buiten het onderhavige verzoek en vormt geen onderwerp van deze procedure.
De derde schadepost betreft tandartskosten die voor rekening van verzoeker zijn gekomen door de beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering 1 (€ 400,- tandartsnota en € 874,88 geoffreerde tandartsbehandeling). Hiertoe zij opgemerkt dat door de ziektekostenverzekeraar uiteindelijk is gerealiseerd dat verzoeker voor het jaar 2014 een aanvullende ziektekostenverzekering voor tandartskosten had. Deze verzekering biedt dekking tot maximaal € 250,- per kalenderjaar voor kosten van tandheelkundige zorg. Deze vergoeding is door de ziektekostenverzekeraar alsnog aan verzoeker verleend. Een tandartsnota van € 400,- alsmede het betaalwijs hiervan zijn door verzoeker niet overgelegd. Daarnaast geldt dat het bedrag van de offerte van de tandarts - die tevens niet door verzoeker is overgelegd - niet kan worden aangemerkt als schadepost. Deze behandeling is immers nog niet uitgevoerd, dus van kosten die voor rekening van verzoeker zijn gekomen is geen sprake. Daarbij is door verzoeker onvoldoende aannemelijk gemaakt dat enig verband bestaat tussen de gestelde schade aan zijn gebit en het handelen c.q. nalaten van de ziektekostenverzekeraar.
De vierde schadepost betreft psychische en fysieke schade (€ 500,- voor psychisch leed en € 500,- voor fysieke schade vanwege het uitblijven van een tandartsbehandeling). Bij de beoordeling van dit onderdeel dient voorop te worden gesteld dat voor vergoeding van immateriële schade slechts in zeer uitzonderlijke gevallen plaats is. Bij verzoeker is geen sprake van de situaties als genoemd in artikel 6:106 BW, zodat dit geen grond kan bieden voor een schadevergoeding. Fysieke schade door het uitblijven van een tandartsbehandeling kan niet leiden tot een schadevergoeding. Verzoeker had de keuze kunnen maken toch de noodzakelijke tandartsbehandeling te ondergaan. Dat dit niet is gebeurd, is dan ook een gevolg van zijn eigen handelen en niet van het handelen c.q. nalaten van de ziektekostenverzekeraar. Hierbij kan nog worden opgemerkt dat de aanvullende ziektekostenverzekering 2 maar een beperkte dekking kent en dat het grootste deel van de door verzoeker gestelde kosten hoe dan ook voor zijn rekening zou blijven. Zoals hiervoor is aangetekend ontbreekt bovendien enig causaal verband.
De vijfde schadepost betreft administratieve kosten (€ 500,-). Deze vordering is door verzoeker niet gespecificeerd en gesubstantieerd, zodat reeds om die reden geen grond aanwezig is tot toekenning van genoemd bedrag te beslissen.
- 9.6. De commissie is, gelet op het vorenoverwogene, van oordeel dat verzoeker geen aanspraak kan maken op enige vorm van schadevergoeding.

Conclusie



9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 15 juli 2015,



mr. drs. P.J.J. Vonk