

Bindend Advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. H.A.J. Kroon, mr. drs. J.W. Heringa en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

Zaaknummer: 202302581

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

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

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoeker heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte met ingang van 1 juli 2023 kosten voor het versturen van fysieke post bij hem in rekening brengt. Het betreft hier volgens hem een premiewijziging. De ziektekostenverzekeraar heeft in 2020, 2021 en 2022 ter zake geen kosten in rekening gebracht en hij is eind 2022 niet geïnformeerd over de wijziging. Verzoeker meent dat hij erop mocht vertrouwen dat ook over 2023 geen kosten voor papieren post in rekening zouden worden gebracht. Daarnaast heeft verzoeker de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de door hem, in verband met de procedure, gemaakte kosten dient te vergoeden.
De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat het betreffende artikel 3.3.2 sinds 2020 in de verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is opgenomen. Hierin is bepaald dat als een verzekerde geen gebruik maakt van digitale post, er kosten worden berekend voor het versturen van fysieke post. De ziektekostenverzekeraar heeft in mei 2023 aan verzoeker meegedeeld dat met ingang van 1 juli 2023 per maand €1,25 in rekening wordt gebracht voor het versturen van fysieke post.
- 1.2. De commissie overweegt dat een verzekeraar de voorwaarden van de verzekering ten nadele van de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde mag wijzigen. De verzekeringnemer is in dat geval gerechtigd de overeenkomst op te zeggen tegen de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging hem is meegedeeld. Het staat vast dat verzoeker eind 2019 geen gebruik heeft gemaakt van de bestaande opzegmogelijkheid. Artikel 3.3.2. van de verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is daarom sinds 2020 ook in de situatie van verzoeker van toepassing. Van een premiewijziging is de commissie niet gebleken. Voor zover het de zorgverzekering betreft, zou een zodanige wijziging ook niet mogelijk zijn. De premie wordt bepaald door de grondslag van de premie minus de korting vanwege een eventueel vrijwillig eigen risico. De collectiviteitskorting, die hierbij voorheen ook een rol speelde, is inmiddels vervallen. De stelling van verzoeker - dat op de 'minima' een collectiviteitskorting van toepassing is - treft om die reden geen doel.

Rest de vraag of verzoeker erop mocht vertrouwen dat (ook) in 2023 bij hem geen kosten voor het versturen van fysieke post in rekening zouden worden gebracht. De commissie overweegt, gelet op artikel 3:35 BW, dat artikel 3.3.2 weliswaar reeds met ingang van 2020 in de verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is opgenomen, maar dat dit verzoeker in het onderhavige geschil niet kan worden tegengeworpen. De ziektekostenverzekeraar heeft namelijk in 2020, 2021, 2022 en de eerste helft van 2023 geen toepassing gegeven aan genoemd artikel. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 6 december 2023 verklaard dat in 2024 de kosten voor het versturen van fysieke post niet zullen toenemen en dat hij bij een wijziging voor 2025 tegen het einde van 2024 die wijziging zal communiceren. De commissie begrijpt hieruit dat de ziektekostenverzekeraar een beleid voert waarbij hij zijn verzekerden telkens tegen het einde van het jaar informeert over de wijzigingen voor het daaropvolgende jaar. Het staat vast dat de ziektekostenverzekeraar het met ingang van 1 juli 2023 in rekening brengen van € 1,25 per maand voor het versturen van fysieke post niet eind 2022 heeft gecommuniceerd met verzoeker. De commissie concludeert dat onder de gegeven omstandigheden verzoeker erop mocht vertrouwen dat (ook) in 2023 geen kosten voor het versturen van fysieke post in rekening zouden worden gebracht. De commissie wijst dit deel van het verzoek toe en bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar het betaalde entreegeld van € 37,- aan verzoeker moet vergoeden.

- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 30 oktober 2023 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 4 november 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 6 december 2023, gericht aan de commissie, heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker voorgesteld de in geding zijnde kosten te vergoeden. Een kopie van deze brief is op 7 december 2023 aan verzoeker gestuurd. Verzoeker heeft bij brief van 16 december 2023 meegedeeld niet akkoord te gaan met het voorstel van de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens de mogelijkheid gekregen alsnog inhoudelijk op het verzoek te reageren. Dit heeft hij gedaan bij brief van 28 december 2023.
- 2.3. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 februari 2024 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.4. Na ontvangst van het verslag van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar, bij e-mailbericht van 20 februari 2024, een correctie op een verklaring die zijnerzijds tijdens de hoorzitting was gedaan doorgegeven. Verzoeker heeft de mogelijkheid gekregen hierop te reageren. Dat heeft hij bij e-mailbericht van 25 februari 2024 gedaan.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering IZA Eigen Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering IZA Classic Comfort (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in mei 2023 per brief aangekondigd dat hij voor het versturen van fysieke post met ingang van 1 juli 2023 een bedrag van € 1,25 per maand in rekening

brengt. Verzoeker heeft hierover op 14 augustus 2023 telefonisch contact gezocht met de ziektekostenverzekeraar.

- 3.3. Bij brief van 17 augustus 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar dit telefoongesprek schriftelijk bevestigd, waarbij hij zijn beslissing nogmaals heeft toegelicht.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn beslissing gevraagd. Bij brief van 5 september 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte met ingang van 1 juli 2023 kosten voor het versturen van fysieke post bij hem in rekening brengt. Daarnaast heeft verzoeker de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de door hem, in verband met de procedure, gemaakte kosten dient te vergoeden.
- 4.2. Verzoeker heeft in zijn brieven van 1 en 11 september 2023 verklaard dat de ziektekostenverzekeraar in 2021 en 2022 geen kosten in rekening bracht voor het gebruik van fysieke post, terwijl die mogelijkheid er toen ook al was. Hij heeft gesteld dat aldus sprake was van een gewekt vertrouwen door de ziektekostenverzekeraar en dat hij ervan mocht uitgaan dat ook in 2023 de kosten voor het versturen van fysieke post achterwege zouden blijven. Verzoeker heeft in zijn brief van 11 september 2023 verwezen naar artikel 3.3.2 van de verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. Hierin is bepaald: *"Als u geen gebruikmaakt van digitale post, dan betaalt u kosten voor papieren post. U betaalt geen kosten voor de polis en de Europese gezondheidskaart (EHIC). Meer informatie en de hoogte van de kosten voor papieren post vindt u op onze website."* Verzoeker heeft aangevoerd dat hij op basis van dit artikel ervan mocht uitgaan dat de kosten voor het versturen van fysieke post waren verdisconteerd in de premie voor 2021, 2022 en 2023. Hij heeft gesteld dat hem bij de premieaankondiging voor 2023 door de ziektekostenverzekeraar niet is meegedeeld dat deze kosten in rekening zouden worden gebracht tezamen met de premie. Verzoeker heeft voorts in zijn brief van 30 oktober 2023, gericht aan de commissie, naar voren gebracht dat volgens het Europese consumentenrecht deze prijsaanpassing onrechtmatig is, omdat in de verzekeringsvoorwaarden niet is bepaald dat de kosten van het versturen van fysieke post gedurende de looptijd mogen worden aangepast, terwijl de zorgverzekering in dat geval niet tussentijds kan worden opgezegd.
- 4.3. Verzoeker heeft verder gesteld dat de bestreden kosten bij de premie zijn opgeteld zodat volgens hem sprake is van een premiewijziging. Deze wijziging is niet met hem gecommuniceerd. Ook heeft verzoeker erop gewezen dat met ingang van 2023 het van overheidswege niet is toegestaan op de zorgverzekering een collectiviteitskorting toe te passen. Volgens verzoeker past de ziektekostenverzekeraar - door bij de 'minima' geen kosten voor het versturen van fysieke post in rekening te brengen - wél een dergelijke korting op de premie toe. Verzoeker kan zich niet vinden in de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat de digitale omgeving voor iedereen gebruiksvriendelijk is ingericht. Zo zal dit niet gelden voor een digibeet en/of een analfabeet.
- 4.4. Verzoeker heeft verder verklaard dat hij in verband met de procedure kosten heeft gemaakt, bestaande uit:
 - het entreegeld van € 37,-
 - administratie en bureaukosten van € 7,50
 - kilometervergoeding in verband met het bijwonen van de hoorzitting
 - mogelijke overige kosten,
 De ziektekostenverzekeraar dient deze kosten aan hem te vergoeden.

- 4.5. Met zijn e-mailbericht van 16 december 2023 heeft verzoeker gereageerd op het voorstel van de ziektekostenverzekeraar om eenmalig de kosten van het versturen van fysieke post aan hem te vergoeden. Verzoeker heeft in dit verband verklaard dat hij van de ziektekostenverzekeraar en de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft begrepen dat meer verzekerden hebben geklaagd over de wijziging van de premie in verband met het doorberekenen van de kosten voor het versturen van fysieke post. De ziektekostenverzekeraar heeft deze verzoeken niet gehonoreerd. Dit in ogenschouw nemende voelt het voor verzoeker niet goed om het voorstel van de ziektekostenverzekeraar te accepteren.
- 4.6. Ter zitting heeft verzoeker benadrukt dat hij geen principiële bezwaar heeft tegen het berekenen van kosten voor het versturen van fysieke post. Hij heeft gesteld dat hij erop mocht vertrouwen dat hij lopende het jaar 2023 niet zou worden geconfronteerd met extra kosten. De kosten voor papieren post werden immers in 2020, 2021 en 2022 ook niet in rekening gebracht. Verzoeker heeft verder verklaard het een 'zwaktebod' van de ziektekostenverzekeraar te vinden dat hij op het laatste moment een coulanceaanbod heeft gedaan. Dat is volgens verzoeker een financiële oplossing, maar het doet tekort aan de manier waarop de ziektekostenverzekeraar met zijn verzekerden, die niet digitaal vaardig zijn, omgaat. Tot slot vraagt verzoeker de commissie de mededeling van de ziektekostenverzekeraar met betrekking tot de hoogte van de kosten eind 2022 op zijn website buiten de procedure te laten.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij in mei 2023 een brief aan verzoeker heeft gestuurd waarin hem wordt meegedeeld dat met ingang van 1 juli 2023 een bedrag van €1,25 per maand in rekening wordt gebracht voor de kosten van het versturen van fysieke post. Bij brief van 17 augustus 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar het telefoongesprek met verzoeker op 14 augustus 2023 bevestigd. Hierin heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat het in casu geen wijziging van de verzekeringsvoorwaarden betreft. De bepaling over het in rekening brengen van kosten voor het versturen van fysieke post staat namelijk al sinds 2020 in deze verzekeringsvoorwaarden. De ziektekostenverzekeraar heeft verder verklaard dat hij voor verzekerden die niet digitaal communiceren geen uitzondering maakt. Volgens hem is de digitale omgeving zo gebruiksvriendelijk ingericht dat iedereen deze kan gebruiken, ook mensen die minder digitaal vaardig zijn.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 5 september 2023 gereageerd op de stellingen van verzoeker. Hij heeft hierbij verklaard dat met digitale post verzekerden sneller en veiliger kunnen worden geholpen. Daarom is ervoor gekozen het gebruik van digitale post te stimuleren. Ook is dit beter voor het milieu en goedkoper dan fysieke post. De ziektekostenverzekeraar heeft verder aangevoerd dat kosten van fysieke post door meer organisaties in rekening worden gebracht, maar dat deze dan vaak zijn verrekend in de premie. De ziektekostenverzekeraar heeft ervoor gekozen transparant te zijn. Hij stelt dat iedereen die gebruik maakt van fysieke post evenveel betaalt. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat de digitale vaardigheid bij ouderen verschilt. Ook krijgen zij vaak hulp van anderen. Indien dit niet het geval is, stelt de ziektekostenverzekeraar dat fysieke post mogelijk blijft, maar dat daarvoor €1,25 per maand kan worden berekend. Besloten is deze kosten met ingang van 1 juli 2023 ook daadwerkelijk in rekening te brengen.
- 5.3. Bij brief van 6 december 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij in november 2019 zijn verzekerden heeft geïnformeerd over het in rekening brengen van kosten voor het versturen van fysieke post. De ziektekostenverzekeraar verwijst hiervoor naar de artikelen 3.3.2. en 3.3.3 van de verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft verder verklaard dat in 2024 deze kosten eveneens in rekening worden gebracht en ongewijzigd blijven. Volgens de ziektekostenverzekeraar was de collectiviteitskorting oorspronkelijk vastgelegd in artikel 18 Zvw. Deze had betrekking op een korting op het premiebedrag vanwege deelname aan een

collectiviteit. Het in rekening brengen van € 1,25 per maand is specifiek bedoeld als kostendekking voor de extra uitgaven die gepaard gaan met het versturen van fysieke post. Die kostendekking staat los van de premie voor de zorgverzekering. Deze laatste blijft voor alle verzekerden gelijk. Gelet op het voorgaande is geen sprake van het toepassen van een collectiviteitskorting voor bepaalde groepen verzekerden.

- 5.4. Na afweging van alle omstandigheden en om het vertrouwen te herstellen, heeft de ziektekostenverzekeraar voorgesteld om de kosten voor het versturen van fysieke post over de periode van 1 juli 2023 tot 1 januari 2024 eenmalig aan verzoeker te vergoeden. Het totaalbedrag hiervan is €7,50. Ook zal de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van €37,- aan verzoeker vergoeden.
- 5.5. Bij brief van 28 december 2023, gericht aan de commissie, heeft de ziektekostenverzekeraar - nadat verzoeker niet op zijn voorstel de kosten eenmalig te vergoeden was ingegaan - herhaald dat in november 2019 alle verzekerden een wijzigingsoverzicht hebben ontvangen. Hierin werd expliciet meegedeeld dat een bepaling over de kosten voor het versturen van fysieke post werd toegevoegd aan de verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. Het wijzigingsoverzicht uit 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar meegestuurd en daarin staat:
*"Kosten voor post
 Basisverzekering en aanvullende verzekering
 In 2020 gaat u betalen voor papieren post. Uw post digitaal ontvangen is kosteloos. Ook uw polis en Europese gezondheidskaart (EHIC) zijn kosteloos. Meer informatie over de kosten van post vindt u op onze website."*
 De ziektekostenverzekeraar heeft verder verklaard dat hij in mei 2023 alle verzekerden heeft geïnformeerd over de specifieke datum waarop de kosten voor het versturen van fysieke post daadwerkelijk in rekening zouden worden gebracht. De verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering, alsook de premiegrondslag daartoe zijn volgens de ziektekostenverzekeraar niet gedurende het jaar aangepast.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar heeft verder verwezen naar een bindend advies (SKGZ201900905) van de commissie, waarin is beslist dat het redelijk is dat verzekerden die afwijken van kosteloze digitale communicatie, de kosten dragen voor het alternatief. Ook heeft de ziektekostenverzekeraar verwezen naar een uitspraak van de Geschillencommissie voor consumentenzaken (23962/31432) uit 2020. Hierin is beslist dat een ondernemer het recht heeft om kosten in rekening te brengen voor een alternatieve wijze van facturering en incasso. Er moet wel altijd een kosteloos alternatief beschikbaar zijn. De ziektekostenverzekeraar stelt dat hij kosten voor het versturen van fysieke post in rekening mag brengen, omdat hij zijn verzekerden hierover heeft geïnformeerd en dit is opgenomen in de verzekeringsvoorwaarden. Om deze kosten te voorkomen hebben zijn verzekerden de mogelijkheid post digitaal te ontvangen.
- 5.7. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat verzekerden die fysieke post ontvangen en die in 2020 akkoord zijn gegaan met de gewijzigde voorwaarden, de afgelopen jaren een voordeel hebben gehad, omdat toen nog geen uitvoering werd gegeven aan deze verzekeringsvoorwaarden. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat de kosten voor het versturen van fysieke post los staan van de premie en dat geen sprake is van een collectiviteitskorting. Hij heeft toegelicht dat de minima die de kosten niet hoeven te betalen gebruikmaken van verzekeringspakketten die door de gemeente worden aangeboden. Deze groep is financieel kwetsbaar. De ziektekostenverzekeraar heeft verder verklaard dat eind 2022 op zijn website stond vermeld dat een bedrag van € 1,50 in rekening wordt gebracht voor de kosten van fysieke post. Uiteindelijk is een lager bedrag, namelijk € 1,25, bepaald. Na ontvangst van het verslag van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie meegedeeld dat eind 2022 op de website niet expliciet heeft gestaan dat voor het versturen van fysieke post € 1,50 in rekening wordt gebracht.

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 10.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 7.1 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit het Burgerlijk Wetboek (hierna: BW) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Naar de commissie uit zijn stellingen ter zitting heeft opgemaakt, maakt verzoeker met name bezwaar tegen het feit dat de ziektekostenverzekeraar hem eind 2022 niet heeft geïnformeerd over het in rekening brengen van kosten voor het versturen van fysieke post met ingang van 1 juli 2023 en meent hij dat, nu de ziektekostenverzekeraar in 2020, 2021 en 2022 geen gebruik heeft gemaakt van de bepaling in de verzekeringsvoorwaarden, hij erop heeft kunnen vertrouwen dat dit over 2023 ook niet zou worden gedaan.
- 7.3. De commissie overweegt dat een verzekeraar de voorwaarden van de verzekering ten nadele van de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde mag wijzigen. De verzekeringnemer is in dat geval gerechtigd de overeenkomst op te zeggen tegen de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging hem is meegedeeld. Dit is geregeld in artikel 7:940, vierde lid, BW. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld en door verzoeker is niet bestreden, dat in november 2019 aan al zijn verzekerden een wijzigingsoverzicht is gestuurd, waarin werd aangekondigd dat met ingang van 2020 kosten in rekening kunnen worden gebracht voor het versturen van fysieke post. Het staat vast dat verzoeker destijds geen gebruik heeft gemaakt van de bestaande opzegmogelijkheid. Artikel 3.3.2. van de verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is daarom sinds 2020 ook in zijn situatie van toepassing.
- 7.4. De commissie overweegt verder dat verzoeker heeft gesteld dat met ingang van 1 juli 2023 de premie is gewijzigd, zonder dat hem toen een opzegmogelijkheid is geboden. Van een premiewijziging is de commissie echter niet gebleken. Voor zover het de zorgverzekering betreft, zou een zodanige wijziging ook niet mogelijk zijn, gelet op artikel 17 Zvw. Hierin is namelijk bepaald dat de zorgverzekeraar voor iedere variant van de zorgverzekering die hij aanbiedt, de grondslag van de premie vaststelt, en deze opneemt in de modelovereenkomst. Voor eenzelfde variant van de zorgverzekering kunnen daarom geen twee verschillende premies worden gehanteerd (fysieke post of digitaal). De premie wordt bepaald door de grondslag van de premie minus de korting vanwege een eventueel vrijwillig eigen risico. De collectiviteitskorting, die hierbij voorheen ook een rol speelde, is inmiddels vervallen. De stelling van verzoeker - dat op de 'minima' een collectiviteitskorting van toepassing is - treft om die reden geen doel. De via de gemeenten afgesloten verzekeringen zijn kennelijk verzekeringsproducten met andere voorwaarden en een andere grondslag van de premie.
- 7.5. Rest de vraag of verzoeker erop mocht vertrouwen dat bij hem (ook) in 2023 geen kosten voor het versturen van fysieke post in rekening zouden worden gebracht. De commissie overweegt, gelet op artikel 3:35 BW, als volgt.

- 7.6. De ziektekostenverzekeraar heeft in mei 2023 aan verzoeker meegedeeld dat hij op grond van artikel 3.3.2 van de verzekeringsvoorwaarden met ingang van 1 juli 2023 maandelijks de kosten van fysieke post, tezamen met de premie, in rekening zal brengen. Voornoemd artikel is weliswaar reeds met ingang van 2020 in de verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering opgenomen, maar dit kan verzoeker in het onderhavige geschil niet worden tegengeworpen. De ziektekostenverzekeraar heeft in 2020, 2021, 2022 en de eerste helft van 2023 geen toepassing gegeven aan genoemd artikel. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 6 december 2023 verklaard dat gedurende het jaar 2024 de kosten voor het versturen van fysieke post niet zullen toenemen en dat, mocht er worden besloten het bedrag aan te passen, dit zal plaatsvinden in het daaropvolgende verzekeringsjaar. De ziektekostenverzekeraar zal deze wijziging dan helder communiceren tegen het einde van het verzekeringsjaar. De commissie begrijpt hieruit dat de ziektekostenverzekeraar een beleid voert waarbij hij zijn verzekerden telkens tegen het einde van het jaar informeert over de wijzigingen in de voor papieren post in rekening te brengen kosten voor het daaropvolgende jaar. Het staat vast dat de ziektekostenverzekeraar het met ingang van 1 juli 2023 in rekening te brengen bedrag van € 1,25 per maand, voor het versturen van fysieke post, niet eind 2022 heeft gecommuniceerd met zijn verzekerden, waaronder verzoeker. De commissie concludeert dat onder de gegeven omstandigheden verzoeker erop mocht vertrouwen dat (ook) in 2023 geen kosten voor het versturen van fysieke post in rekening zouden worden gebracht. Voor 2024 geldt dit niet langer, nu verzoeker er inmiddels eind 2023 van op de hoogte was dat de ziektekostenverzekeraar deze kosten in 2024 in rekening brengt en hij zijn zorgverzekering heeft voortgezet.
- 7.7. Verzoeker heeft de commissie voorts verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de in verband met de procedure gemaakte kosten aan hem moet vergoeden. De commissie beslist dat op grond van artikel 21 van het Reglement Ombudsman en Geschillencommissie Zorgverzekeringen het uitgangspunt is dat de kosten voor rekening zijn van de partij die deze maakt. De commissie ziet in dit geval geen reden hiervan af te wijken. Wel dient de ziektekostenverzekeraar het door verzoeker betaalde entreegeld van € 37,- te vergoeden.

Slotson

- 7.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

- 8.1. De commissie beslist dat:

- 1) de ziektekostenverzekeraar de met ingang van 1 juli 2023 over 2023 door verzoeker aan betaalde kosten voor het versturen van fysieke post aan verzoeker dient te vergoeden, dan wel deze niet in rekening mag brengen,
- 2) de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoeker dient te vergoeden,
- 3) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

Zeist, 19 maart 2024,

H.A.J. Kroon

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

Mag ondernemer administratiekosten in rekening brengen voor papieren nota's?

 degeschillencommissie.nl/uitspraken/mag-ondernemer-administratiekosten-in-rekening-brengen-voor-papieren-notas/

Commissie: Water **Categorie:** Kosten **Jaartal:** 2020

Soort uitspraak: bindend advies **Uitkomst:** Ongegrond **Referentiecode:** 23962/31432

De uitspraak:

Waar gaat de uitspraak over

De consument is van mening dat de ondernemer ten onrechte administratiekosten in rekening brengt en vordert deze kosten terug. De ondernemer biedt twee mogelijkheden van het ontvangen van een nota aan; digitaal of per post. Er kan ook gekozen worden voor automatische incasso. Voor een papieren nota brengt de ondernemer kosten in rekening, terwijl de digitale nota gratis is. De consument klaagt hierover. De ondernemer wijst in dit licht o.a. op haar duurzaamheidsdoelstellingen. Het is de vaste lijn van de commissie dat een ondernemer gehouden is verschillende manieren van factureren en in rekening brengen van bedragen aan een consument aan te bieden. Daaronder behoort in ieder geval een mogelijkheid een en ander kosteloos te laten verlopen. Anderzijds staat het een ondernemer vrij kosten in rekening te brengen voor een andere manier van factureren en incasseren van kosten. Het is niet zo dat uit (Europese) regelgeving voortvloeit dat een consument aanspraak kan maken op kosteloze facturering en incassering van kosten. Het door de consument verlangde wordt afgewezen.

Volledige uitspraak

Onderwerp van het geschil

De consument heeft de klacht voorgelegd aan de ondernemer.

Het geschil betreft administratiekosten.

Standpunt van de consument

Voor het standpunt van de consument verwijst de commissie naar de overgelegde stukken. In de kern komt het standpunt op het volgende neer.

De ondernemer brengt administratiekosten in rekening, waartoe hij niet gerechtigd is. Ik verlang terugbetaling van alle aan mij ten onrechte in rekening gebrachte kosten.

Standpunt van de ondernemer

Voor het standpunt van de ondernemer verwijst de commissie naar de overgelegde stukken. In de kern komt het standpunt op het volgende neer.

In februari 2009 heeft de toenmalige Staatssecretaris van Financiën zijn handtekening gezet onder het beleidsbesluit e-factureren. Hierin is vastgelegd dat het bedrijven vrij staat om over te gaan op volledig digitale facturering. Een papieren nota is dus al vanaf 2009 niet meer verplicht. Facturen zijn vormvrij. Op het elektronische factuurbericht moeten bedrijven wel alle informatie vermelden die ook op een papieren factuur (nota) moeten staan. Het gaat dus puur om de wijze waarop partijen de facturen of factuurgegevens uitwisselen. Voor de kaderzetting voor digitale facturatie heeft de ondernemer zich onder meer gebaseerd op dit beleidsbesluit.

De ondernemer biedt twee verschillende mogelijkheden van het ontvangen van een nota aan. Naast de papieren nota bieden wij onze klanten nog een andere vorm aan, namelijk: de digitale nota. Beide vormen hebben ten opzichte van de automatische incasso voor onze klanten als voordeel dat zij de controle en sturing blijven houden over de feitelijke betaling van nota's. Voor een papieren nota brengen wij € 1,58 exclusief btw, tarief van 2020, (€ 1,55 exclusief btw, tarief van 2019) per nota in rekening bij de klanten die hiervoor kiezen terwijl de digitale nota gratis is. De digitale nota en de automatische incasso leiden, in vergelijking tot de papieren nota, voor ons tot foutreductie in het incassoproces en dragen tevens bij aan onze duurzaamheidsdoelstellingen. Immers, het verzenden van een papieren nota naar meer dan 280.000 klein- en grootverbruikers (klanten) is niet bepaald duurzaam gezien de hoeveelheid papier die daarvoor nodig is. Bovendien zijn de digitale nota en automatische incasso voor ons als organisatie goedkoper, en dus kostenbesparend. Dit zorgt er vervolgens ook voor dat de drinkwaterrekening zo laag mogelijk kan worden gehouden. Als het ons niet zou zijn toegestaan voor het versturen van een nota anders dan via automatische incasso of per digitale nota kosten in rekening te brengen, zouden die kosten moeten worden omgeslagen over al onze klanten, dus ook over degenen die wel per automatische incasso betalen of een digitale nota ontvangen, wat tot een tariefsverhoging zou leiden. Door de kosten alleen in rekening te brengen bij klanten die kiezen voor een duurdere wijze van factureren komen de kosten terecht bij die klanten die voor deze verzend- / factuurwijze kiezen en worden niet alle klanten van ons bedrijf met die kosten belast. De ondernemer is niet overgegaan tot het in rekening brengen van deze kosten met het oog op het maken van meer winst, doch deze stap is enerzijds ingegeven door ons streven de kosten van het betalingsverkeer zoveel mogelijk te beperken en deze kosten om te slaan over de klanten die ervoor kiezen om op deze wijze hun nota's te ontvangen en anderzijds, zoals hierboven al beschreven, uit het oogpunt van duurzaamheid. Zoals uw commissie reeds in een soortgelijke zaak¹ heeft geoordeeld: het privaatsbelang van de klant die kiest voor betaling op zijn eigen manier moet wijken voor het collectieve belang van alle klanten tezamen.

Wat betreft de digitale nota en de veiligheid daarvan merken wij op dat wij begrip hebben voor de angst voor eventuele fraude. Echter, de digitale nota wordt inmiddels breed maatschappelijk geaccepteerd. Steeds meer klanten maken hier gebruik van. Op een digitale nota staan alle gegevens al ingevuld. De klant hoeft dus geen gegevens over te

nemen en deze kan met een paar muisklikken betalen. De klant betaalt via iDEAL en moet daarvoor inloggen op zijn internetbankieren. Over het feit dat wij voor een papieren nota kosten in rekening brengen en dat een digitale nota gratis is, hebben wij reeds met de consument gecommuniceerd. Uit dezelfde uitspraak van uw commissie (zie hierboven) blijkt tevens dat het redelijk is kosten in rekening te brengen voor het versturen van een papieren nota mits de klant hierover van tevoren is geïnformeerd en er een gratis alternatief beschikbaar is. Dat is bij de ondernemer in de vorm van automatisch incasso of digitale nota het geval. In dat kader verwijzen wij u naar artikel 10 lid 5 van onze Tarievenregeling waarin de bevoegdheid tot het in rekening brengen van kosten bij een door de klant gekozen ontvangstwijze van de nota is vastgelegd.

Met andere woorden: indien een klant voor een papieren nota kiest, mogen wij deze kosten in rekening brengen. Ten aanzien van het automatisch incasseren van de nota's, indien de consument daarvoor zou kiezen, stellen wij ons op het standpunt dat de incasso voor hem zichtbaar is en dat hij de mogelijkheid heeft een betaling waarmee hij het niet eens is binnen acht weken te storeren. Deze termijn achten wij redelijk.

Vorenstaande overwegend zijn wij dan ook van mening dat er absoluut geen sprake kan zijn van het beperken dan wel ontnemen van de keuzevrijheid van de consument om zelf de betaalwijze te kiezen. Dit aangezien de ondernemer in ieder geval een drietal betaalmogelijkheden heeft waarvan twee (automatische incasso en digitale nota) volledig kosteloos zijn.

Met betrekking tot het heffen van btw over het drinkwaterverbruik en andere daarmee gepaard gaande zaken merken wij op dat Rijksoverheid deze met btw belast. Thans is dat het lage tarief van 9%. Daarnaast berekenen wij als drinkwaterbedrijf de door Rijksoverheid opgelegde Belasting op Leidingwater door aan onze klanten. Deze beide soorten belastingen staan apart op de nota's vermeld. Derhalve is in dat opzicht geen sprake van *foutieve rekeningen* zoals door de consument wordt gesteld.

Beoordeling van het geschil

De commissie heeft het volgende overwogen.

De commissie onderschrijft in grote lijnen het standpunt van de ondernemer. Het is de vaste lijn van de commissie dat een ondernemer gehouden is verschillende manieren van factureren en in rekening brengen van bedragen aan een consument aan te bieden. Daaronder behoort in ieder geval een mogelijkheid een en ander kosteloos te laten verlopen. Anderzijds staat het een ondernemer vrij kosten in rekening te brengen voor een andere manier van factureren en incasseren van kosten. Het is niet zo dat uit (Europese) regelgeving voortvloeit dat een consument aanspraak kan maken op kosteloze facturering en incassering van kosten. Wat wel uit regelgeving voortvloeit is dat de ondernemer gehouden is omzetbelasting in rekening te brengen, dan wel door te belasten. De klacht treft geen doel.

Derhalve wordt als volgt beslist.

Beslissing

Het door de consument verlangde wordt afgewezen.

Aldus beslist door de Geschillencommissie Water, bestaande uit de heer mr. D.J. Buijs, voorzitter, mevrouw A.G. Vermaat, de heer H.W. Zuur, leden, op 9 juli 2020.

Cookie overzicht

Deze website gebruikt cookies voor het gebruik van en de verbetering van deze website. Een aantal van deze cookies zijn gecategoriseerd als cruciaal om de website te laten functioneren en worden automatisch geplaatst. We gebruiken tevens een aantal andere cookies die alleen met uw toestemming zullen worden geplaatst. U heeft tevens de keuze om deze cookies te weigeren.

Necessary cookies are absolutely essential for the website to function properly. This category only includes cookies that ensures basic functionalities and security features of the website. These cookies do not store any personal information.

Marketing cookies zorgen ervoor dat gepersonaliseerde advertenties kunnen worden getoond.

Analytische cookies verzamelen gegevens zodat we de website kunnen verbeteren.

Voorkeuren cookies zorgen ervoor dat de website inhoud toont die voor uw het meest relevant is.

Functionele cookies zijn noodzakelijk om deze website goed te laten werken. Deze categorie bevat alleen cookies die noodzakelijk zijn voor de functionaliteit en veiligheid van de website.

Any cookies that may not be particularly necessary for the website to function and is used specifically to collect user personal data via analytics, ads, other embedded contents are termed as non-necessary cookies. It is mandatory to procure user consent prior to running these cookies on your website.



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te
Leeuwarden
Zaak : Administratiekosten, communicatie
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019
Zaaknummer : 201900905
Zittingsdatum : 5 februari 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. L. Ritzema)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 2 oktober 2019 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 2 januari 2020 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 3 januari 2020 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de zorgverzekeraar hebben op 8 januari 2020 respectievelijk 24 januari 2020 meegedeeld niet gehoord te willen worden.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster is in 2019 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Alles Verzorgd Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende verzekering AV Tand Standaard (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Met de nota van de premie voor de maand november 2018 heeft de zorgverzekeraar verzoekster geïnformeerd dat met ingang van 1 januari 2019 een bedrag van € 1,- in rekening wordt gebracht per premienota die via de post wordt verzonden. Deze kosten kunnen worden voorkomen door te kiezen voor automatische incasso of een digitale nota. De digitale nota is te benaderen via DiGiD.
- 3.3. Verzoekster heeft bij de zorgverzekeraar een klacht ingediend over het in rekening brengen van deze administratiekosten. De zorgverzekeraar heeft verzoekster bij brieven van 17 januari 2019 en 28 februari 2019 meegedeeld de administratiekosten niet te laten vervallen.
- 3.4. De zorgverzekeraar heeft - na bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen - verzoekster bij brief van 28 augustus 2019 meegedeeld dat zij de administratiekosten niet hoeft te betalen als zij niet beschikt over internet. Ook is de zorgverzekeraar bereid de administratiekosten die verzoekster moet voldoen aan haar terug te betalen.

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat:

- (i) de zorgverzekeraar aan haar geen toeslag in rekening mag brengen in verband met de betaalwijze of kosten van het betaalverkeer, een en ander met terugwerkende kracht tot 1 januari 2019;
- (ii) de zorgverzekeraar de kosten van de behandeling van de onderhavige kwestie voor zijn rekening moet nemen, waaronder de door verzoekster gemaakte reiskosten in verband met de hoorzitting;
- (iii) het onderhavige bindend advies niet in geanonimiseerde vorm met de gebruikelijke kenmerken wordt gepubliceerd, omdat een advies dan terug te voeren is op de persoon.

4.2. De zorgverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 2.12 van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.


6.2. Verzoekster ontvangt al jaren de nota's voor de betaling van haar maandelijkse premie per post. Voorheen ontving zij hierbij acceptgirokaarten. Inmiddels zijn deze vervangen door een brief met hierin het relevante betalingskenmerk. In november 2018 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat met ingang van 1 januari 2019 een bedrag van € 1,- in rekening wordt gebracht voor deze wijze van betalen. Verzoekster kan ervoor kiezen een incassomachtiging af te geven aan de zorgverzekeraar. Ook heeft zij de mogelijkheid de nota's maandelijks via een e-mail te ontvangen. In de e-mail staat een link naar iDeal, waarmee via internetbankieren direct kan worden betaald. Hiervoor is volgens de zorgverzekeraar geen DigiD nodig. Verzoekster heeft echter geen vertrouwen in digitaal verkeer. Daarom heeft zij ervoor gekozen de nota's per brief te blijven ontvangen.

6.3. Verzoekster verwijst naar een uitspraak van de commissie van 19 april 2017 (GcZ 19 april 2017, 201602652). Hierin heeft de commissie bepaald dat een kosteloos alternatief moet bestaan voor het geven van een machtiging tot automatische incasso. In de desbetreffende zaak beschikte betrokkene niet over internet, zodat hij feitelijk geen kosteloze betaalmogelijkheid had en aan hem geen kosten voor acceptgirokaarten mochten worden berekend. Volgens verzoekster beschikt feitelijk iedereen over een toegang tot internet, aangezien dit ook kan worden benaderd via bijvoorbeeld de openbare bibliotheek. Zij is daarom van mening dat uit genoemde uitspraak van de commissie volgt dat ook in haar situatie geen administratiekosten voor het ontvangen van papieren nota's in rekening mogen worden gebracht. Het gaat er immers om dat steeds een kosteloze betaalmogelijkheid bestaat, aldus verzoekster.


6.4. De commissie begrijpt de situatie aldus dat verzoekster, waar het gaat om de betaling van de maandpremie, twee keuzemogelijkheden heeft. De eerste is dat zij een machtiging tot automatische incasso afgeeft. Deze machtiging ziet dan niet alleen op de maandelijkse premie, maar ook op het eigen risico, eventuele eigen bijdragen en zorgkosten die voor eigen rekening zijn. Verzoekster wenst alleen de maandpremie automatisch te laten incasseren, zodat dit voor haar geen optie is. Het alternatief is dat wordt gekozen voor digitale communicatie. Premiebedrag en betalingskenmerk worden dan per e-mail meegedeeld; gebruik van DiGiD is hierbij niet nodig. De feitelijke betaling

vindt plaats door (periodieke) overboeking, internetbankieren of gebruik van een overschrijfskaart. Uit de brief van de zorgverzekeraar van 19 juni 2019 maakt de commissie op dat de keuze tevens inhoudt dat ook de andere communicatie voortaan digitaal verloopt, via Mijn De Friesland. Hiervoor is het gebruik van DigiD wel vereist, en verzoekster is daartoe niet bereid.

- 6.5. Verzoekster verwijst in dit verband naar een eerder bindend advies en zij concludeert dat er altijd een kosteloze betaalmogelijkheid moet bestaan indien geen gebruik wordt gemaakt van een incassomachtiging. Deze conclusie is weliswaar juist, maar in de situatie van verzoekster niet relevant. De administratiekosten worden namelijk niet in rekening gebracht voor de betaalwijze – in de desbetreffende zaak betaling per acceptgiro – maar voor de verzending van een brief met het premiebedrag en het betalingskenmerk. Die specifieke informatie is ook kosteloos te verkrijgen, te weten per e-mail, mits verzoekster hiermee instemt.
- 6.6. Verzoekster heeft een suggestie gedaan voor een alternatief. De zorgverzekeraar zou haar jaarlijks eenmalig de vervaldata, premiebedragen en betalingskenmerken kunnen doorgeven. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat zijn systemen hierop niet zijn ingericht. De commissie volgt hem hierin. Een verzekeraar zal, om zijn systeem aan te passen aan dergelijke individuele wensen, grote kosten moeten maken; kosten die niet in verhouding staan tot de inkomsten uit de premie. Dit kan daarom niet in redelijkheid van hem worden gevergd.
- 6.7. De vraag die feitelijk ter beantwoording voorligt, is of de zorgverzekeraar de door hem gemaakte koppeling mag maken – dat wil zeggen: alle communicatie wordt digitaal -, en zo ja, of de bezwaren van verzoekster tegen het gebruik van DigiD zo overtuigend zijn dat van haar niet kan worden gevraagd dat zij kiest voor digitale communicatie. In dat geval zou de conclusie kunnen zijn dat voor de nota's die per post worden verstuurd geen kosten mogen worden berekend.
- 6.8. De commissie overweegt dat het logisch is dat indien wordt gekozen voor digitale communicatie over de premie, ook de andere berichtgeving langs die weg verloopt. De privacy van betrokkenen kan eraan in de weg staan dat declaratieoverzichten per mail, onbeveiligd, worden verstuurd. De keuze voor een vorm van authenticatie, zoals DigiD, is daarom begrijpelijk. De overheid maakt gebruik van DigiD, en heeft een beperkt aantal andere instanties toegestaan dit ook te doen, waaronder de zorgverzekeraar. Verzoekster heeft haar bedenkingen bij de veiligheid van DigiD. Voor zover deze al terecht zijn, geldt dat de wetgever de verantwoordelijkheid bij de Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties heeft gelegd, en dat deze hierop in voorkomend geval is aan te spreken. Het moet er vooralsnog voor worden gehouden dat DigiD veilig is en dat de stellingen van verzoekster op dit punt niet kunnen overtuigen. Dit betekent dat voor haar de mogelijkheid bestaat digitaal te communiceren met de zorgverzekeraar, zonder dat hieraan kosten zijn verbonden. Verzoekster kan anders besluiten en kiezen voor berichtgeving per post, maar hieraan zijn voor de zorgverzekeraar extra kosten verbonden, en het is redelijk dat deze worden gedragen door degenen die van de alternatieven – afgifte incassomachtiging dan wel digitaal communiceren – geen gebruik wensen te maken.
- 6.9. Verzoekster vordert tevens vergoeding van de kosten die zij moet maken in verband met de onderhavige procedure, waaronder de reiskosten vanwege de hoorzitting in Zeist. In artikel 15 van het Reglement van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen is bepaald dat kosten die partijen voor de behandeling maken, voor rekening van de betrokken partij blijven. De commissie ziet geen aanleiding hiervan in de situatie van verzoekster van af te wijken.
- 6.10. Voor zover verzoekster stelt dat dit bindend advies niet anoniem mag worden gepubliceerd via de website van de commissie, www.kpzv.nl, merkt de commissie het volgende op. De commissie is een erkende geschilleninstantie als bedoeld in het Besluit gedragstoezicht financiële ondernemingen. In artikel 48l van dit besluit is bepaald dat de geschilleninstantie verplicht is haar bindende adviezen in anonieme vorm te publiceren. Anders dan verzoekster aanneemt, zijn de uitspraken niet door middel van IP-adres, surfgedrag, cookies of met de woorden in het bindend advies terug te leiden tot één persoon.

 6.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 5 februari 2020,



G.R.J. de Groot





BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

verzekering met ons aan te gaan, wordt u (verzekeringnemer) geacht ons hiervoor een machtiging te hebben verleend.

g. Als u (verzekeringnemer) het verplicht en/of vrijwillig eigen risico niet op tijd betaalt, kunnen wij administratiekosten, invorderingskosten en wettelijke rente in rekening brengen.

2.9 Premiebetaling

Let op! Wij hebben het liefst dat u (verzekeringnemer) de volgende bedragen via een automatische incasso betaalt:

- premie;
- verplicht en vrijwillig eigen risico;
- wettelijke eigen bijdragen;
- eigen betalingen;
- eventuele overige vorderingen.

Kiest u (verzekeringnemer) ervoor om op een andere manier te betalen dan via een automatische incasso? Dan kan het zijn dat u daarvoor administratiekosten moet betalen.

a. De premiegrondslag (bruto premie) voor deze verzekering staat vermeld op het polisblad en is ook te vinden op onze website. Op de premiegrondslag kunnen eventueel een collectiviteitkorting en korting op basis van een gekozen vrijwillig eigen risico worden toegepast. De verschuldigde premie bestaat uit de premiegrondslag na aftrek van een mogelijke collectiviteitkorting en/of korting in verband met een vrijwillig eigen risico.

b. Zodra de collectieve overeenkomst waaraan de verzekeringnemer een premiekorting ontleent wordt ontbonden, vervalt ook het recht op de korting. Ook vervalt het recht op korting zodra u niet meer voldoet aan de voorwaarden voor toegang tot de collectiviteit. Wij controleren dit periodiek door middel van het voorleggen van uw naam, adres en woonplaats aan de contractspartner van de collectiviteit.

c. Als verzekeringnemer bent u verplicht de premie en de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen bij vooruitbetaling te voldoen. Dit kan per maand, kwartaal, halfjaar of kalenderjaar. Een uitzondering hierop geldt wanneer u deelneemt aan een collectiviteit die de premie rechtstreeks aan ons betaalt. In dat geval is alleen vooruitbetaling per maand mogelijk.

Let op! Als verzekeringnemer bent en blijft u zelf verantwoordelijk voor de premiebetaling, ook als er bijvoorbeeld bij een collectief contract is afgesproken dat de premiebetaling door de werkgever wordt voldaan en deze in gebreke blijft.

d. U betaalt als verzekeringnemer de premie en overige verschuldigde bedragen door middel van een automatische incasso, via een overzicht of met een elektronische betaling.

- e. Bij vooruitbetaling per half jaar geldt een korting van 0,75% en bij vooruitbetaling per jaar bedraagt de korting 2%. Deze korting wordt berekend over de verschuldigde premie. Als u (verzekeringnemer) de premie echter niet betaalt binnen de betalingstermijn die wij hebben gesteld, dan mogen wij u de premie weer per maand laten betalen. Het gevolg hiervan is dat u geen recht meer heeft op betalingskorting.
- f. Het is u als verzekeringnemer niet toegestaan de te betalen premie te verrekenen met een van De Friesland te vorderen uitkering.
- g. Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand herberekent De Friesland de premie met ingang van de eerste van de daaropvolgende maand.
- h. U bent geen premie verschuldigd tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de maand waarin u de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt. De Friesland benadert de minderjarige verzekerde ten minste vier weken voor zijn/haar achttiende verjaardag met de vraag of hij/zij voor een vrijwillig eigen risico kiest. Als de verzekeringnemer of de verzekerde zijn/haar keuze niet aan ons doorgeeft, dan wordt de premie berekend op basis van een polis zonder vrijwillig eigen risico.
- i. Bij overlijden vindt naar rato verrekening of terugbetaling van de premie en het eigen risico plaats. Dit gebeurt met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum. Bij overlijden van de verzekeringnemer gaat de verplichting tot premiebetaling over op de verzekerde(n) waarvoor hij of zij premieplichtig was of, voor zover van toepassing, op de wettelijke vertegenwoordiger van die verzekerde(n).
- j. U (verzekeringnemer) ontvangt van ons een vooraankondiging van de automatische incasso. Wij proberen deze vooraankondiging aan u (verzekeringnemer) te versturen veertien dagen voordat wij het openstaande bedrag incasseren. Dit is niet van toepassing op de bekendmaking van de nieuwe premie. De automatische incasso van de premie kondigen wij een keer per jaar aan op het polisblad dat u van ons ontvangt.
- k. Als een automatische incasso niet plaats kan vinden in verband met onvoldoende saldo, biedt De Friesland deze incasso maximaal tweemaal opnieuw aan de bank aan.
- l. Als u als verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen, eventueel andere verschuldigde bedragen, zoals eigen bijdragen, eigen risico en kosten, dan stuurt De Friesland u een schriftelijke aanmaning tot betaling binnen een termijn van 30 dagen. Als het bedrag niet binnen de gestelde termijn wordt betaald, kan De Friesland uw verzekering schorsen. Dit betekent dat de medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de vervaldag van de premie niet meer worden vergoed. De verzekeringnemer blijft verplicht de verschuldigde bedragen te betalen. Als De Friesland besluit uw verzekering te schorsen, ontvangt u hiervan schriftelijk bericht.
- m. Als u (verzekeringnemer) de premie niet op tijd betaalt, kunnen wij administratiekosten, invorderingskosten en wettelijke rente in rekening brengen. Als De Friesland maatregelen treft tot incasso van een vordering, dan komen alle

kosten van de invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer. De dekking wordt pas weer van kracht op de dag volgend op die, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door De Friesland zijn ontvangen. Als De Friesland overgaat tot ontbinding van de verzekeringsovereenkomst, dan gebeurt dit per de eerste van de maand volgend op de datum waarop de betalingstermijn genoemd in de finale aanmaning afloopt. Tussen deze datum en de datum van beëindiging van de verzekeringsovereenkomst zit minimaal veertien dagen.

n. Moet u (verzekeringnemer) nog achterstallige premie aan ons betalen, en declareert u schadekosten bij ons die wij aan u (verzekeringnemer) moeten betalen? Dan verrekenen wij de premie met de schadekosten. Wij verrekenen achterstallige premie ook met declaraties uit uw persoonsgebonden budget voor verpleging en verzorging.

2.10 Verplichtingen van verzekeringnemer en verzekerde

Naast een groot aantal rechten, zoals het recht op goede zorg, heeft u als verzekerde van De Friesland ook een aantal plichten. Verplichtingen die vaak nodig zijn om er voor te zorgen dat u de beste zorg krijgt en De Friesland zijn taken als zorgverzekeraar optimaal kan uitvoeren.

U bent als verzekerde verplicht:

- a. u bij het invoeren van zorg te legitimeren aan de hand van een rijbewijs, een paspoort of een Nederlandse identiteitskaart;
- b. de behandelend arts, medisch specialist of paramedicus te vragen de reden van opname of behandeling op verzoek bekend te maken aan de medisch adviseur, adviserend tandarts of de adviserend paramedicus van De Friesland. Dit is nodig in verband met controles en fraudeonderzoek die door De Friesland worden verricht in overeenstemming met de Zorgverzekeringswet;
- c. aan de medisch adviseur, adviserend tandarts of adviserend paramedicus van De Friesland of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie. Dit is nodig in verband met de hierboven genoemde controles en fraudeonderzoek;
- d. De Friesland behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
- e. door uzelf betaalde nota's binnen drie jaar na afloop van het kalenderjaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij De Friesland in te dienen;
- f. een verwijzing van een arts, tandarts of medisch specialist over te leggen als De Friesland hier om vraagt;
- g. nota's in te dienen die op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat zonder verdere navraag het recht op vergoeding door De Friesland kan worden vastgesteld. De zorgverlener die u heeft behandeld, moet de nota's op zijn naam hebben uitgeschreven. Is de zorgverlener een rechtspersoon (zoals een stichting, maatschap of bv)? Dan moet op de nota specifiek staan wie (bijvoorbeeld welke arts of specialist) u heeft behandeld. Buitenlandse nota's dienen minimaal de volgende informatie te bevatten:
 - uw naam en geboortedatum;
 - de behandeldatum;

kerde is premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden. Bij wijziging van de zorgverzekering berekenen wij de premie opnieuw met ingang van de datum van wijziging.

Voorbeeld

Iemand die op 1 juli 18 jaar wordt, betaalt premie vanaf 1 augustus.

3.3. Betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico en kosten

- 3.3.1. U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdrage maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen. Als u de premie per jaar vooraf betaalt, dan ontvangt u een termijnbetalingskorting op de te betalen premie. De hoogte van de korting is op het polisblad vermeld.
- 3.3.2. Als u geen gebruik maakt van digitale post, dan betaalt u kosten voor papieren post. U betaalt geen kosten voor de polis en de Europese gezondheidskaart (EHIC). Meer informatie en de hoogte van de kosten voor papieren post vindt u op onze website.
- 3.3.3. U betaalt de premie, eigen risico, eigen bijdragen, kosten voor papieren post en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen op de betalingswijze zoals met ons is overeengekomen.

Betaalmogelijkheden

- a. U machtigt ons voor automatische incasso van verschuldigde bedragen (zie ook artikel 3.3.4).
 - b. U maakt gebruik van de mogelijkheid om via uw Mijn-omgeving gratis een digitale factuur te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling. Dit kan desgewenst direct via iDeal.
 - c. Uw werkgever houdt de premie in op uw salaris en draagt deze aan ons af. Deze betaalmogelijkheid heeft alleen betrekking op de premie.
 - d. U maakt gebruik van de mogelijkheid om een papieren factuur te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling. U ontvangt ook een papieren factuur als een automatische incasso niet kan worden uitgevoerd.
- 3.3.4. Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing op de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen. Deze toestemming geldt tijdens, en zo nodig ook na afloop van, de verzekeringsovereenkomst. Op uw polisblad informeren wij u over de datum van automatische incasso van de premie voor het gehele kalenderjaar. Voor de overige kosten informeren wij u ten minste 3 dagen voor de datum waarop de afschrijving plaatsvindt over het af te schrijven bedrag en de datum. Bent u het niet eens met een afschrijving? Dan kunt u het bedrag laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met uw bank.

3.4. Verrekening

U mag de verschuldigde bedragen niet verrekenen met een bedrag dat u nog van ons verwacht.

3.5. Niet-tijdig betalen

- 3.5.1. Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen niet op tijd betaalt, dan sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, dan kunnen wij de dekking van deze zorgverzekering schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premieervaldag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg vanaf de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen. Wij hebben het recht de zorgverzekering te beëindigen als u niet op tijd betaalt. De verzekering wordt in dat geval niet met terugwerkende kracht beëindigd.
- 3.5.2. Wij brengen de volgende kosten bij u in rekening in geval van niet-tijdig betalen:
 - Wettelijke rente vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de oorspronkelijke factuur
 - Incassokosten vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de aanmaning.
- 3.5.3. Als u al bent aangemaand voor het niet op tijd betalen van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen of onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen, dan hoeven wij u bij het niet op tijd voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.
- 3.5.4. Wij hebben het recht om opeisbare premie, kosten en wettelijke rente te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere bedragen die u van ons moet ontvangen.

2.8. Bedenkperiode

Bij het aangaan van de aanvullende verzekering, heeft u als verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. U kunt de aanvullende verzekering schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

2.9. Nederlands recht

Op de aanvullende verzekering(en) is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 3. Premie

3.1. Wie betaalt premie?

De verzekeringnemer is verplicht premie te betalen. Voor een verzekerde jonger dan 18 jaar hoeft tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de 18e verjaardag geen premie te worden betaald. Voorbeeld: iemand die op 1 juli 18 jaar wordt, betaalt premie vanaf 1 augustus.

Bij overlijden van een verzekerde is premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden. Bij wijziging van de aanvullende verzekering berekenen wij de premie opnieuw met ingang van de datum van wijziging.

3.2. Premiekorting bij collectieve overeenkomst

- 3.2.1. De premies en voorwaarden van de collectieve overeenkomst gelden vanaf de dag dat u deelneemt aan de collectieve overeenkomst.
- 3.2.2. Vanaf de dag dat u niet meer kunt deelnemen aan de collectieve overeenkomst, vervallen de premiekorting en voorwaarden van de collectieve overeenkomst. Vanaf deze dag wordt de aanvullende verzekering op individuele basis voortgezet.
- 3.2.3. U kunt maar aan 1 collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen.

3.3. Betaling van premie, wettelijke bijdragen en kosten

- 3.3.1. U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdragen maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is afgesproken. Als u de premie per jaar vooraf betaalt, dan ontvangt u een termijnbetalingskorting op de te betalen premie. De hoogte van de korting staat op het polisblad.
- 3.3.2. Als u geen gebruik maakt van digitale post, dan betaalt u kosten voor papieren post. U betaalt geen kosten voor de polis. Meer informatie en de hoogte van de kosten voor papieren post vindt u op onze website.
- 3.3.3. U betaalt de premie, eigen risico, eigen bijdragen, kosten voor papieren post en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen op de betalingswijze zoals met ons is overeengekomen.

Betaalmogelijkheden

- a. U machtigt ons voor automatische incasso van verschuldigde bedragen (zie ook artikel 3.3.4).
 - b. U maakt gebruik van de mogelijkheid om via uw Mijn-omgeving gratis een digitale factuur te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling. Dit kan desgewenst direct via iDeal.
 - c. Uw werkgever houdt de premie in op uw salaris en draagt deze aan ons af. Deze betaalmogelijkheid heeft alleen betrekking op de premie.
 - d. U maakt gebruik van de mogelijkheid om een papieren factuur te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling. U ontvangt ook een papieren factuur als een automatische incasso niet kan worden uitgevoerd.
- 3.3.4. Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing op de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen. Deze toestemming geldt tijdens en zo nodig ook na afloop van de verzekeringsovereenkomst. Op uw polisblad informeren wij u over de datum van automatisch incasso van de premie voor het gehele kalenderjaar. Voor de overige kosten informeren wij u minimaal 3 dagen voor de datum waarop de afschrijving plaatsvindt over het af te schrijven bedrag en de datum. Bent u het niet eens met een afschrijving? Dan kunt u het bedrag laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met uw bank.

3.4. Verrekening

U mag de verschuldigde bedragen niet verrekenen met een bedrag dat u nog van ons verwacht.

Zorgverzekeringswet

Artikel 17

1. De zorgverzekeraar stelt voor iedere variant van de zorgverzekering die hij aanbiedt, de grondslag van de premie en de bij die variant behorende premiekorting of premiekortingen vast en neemt deze in de modelovereenkomst op.
2. De grondslag van de premie is gelijk voor varianten die wat betreft de te verzekeren prestaties als bedoeld in artikel 11, eerste lid, of de keuzemogelijkheden tussen aanbieders van zorg of van overige diensten als bedoeld in dat lid, niet van elkaar verschillen.
3. Indien de zorgverzekeraar gebruik maakt van zijn bevoegdheid, bedoeld in artikel 11, vijfde lid, is de grondslag van de premie gelijk aan de grondslag die hij heeft of zou hebben vastgesteld voor een modelovereenkomst met volledige dekking.
4. De grondslag van de premie is de premie indien geen premiekorting als bedoeld in artikel 20 geldt of zou gelden.
5. De verschuldigde premie is gelijk aan de grondslag van de premie behorende bij de variant van de zorgverzekering die de verzekeringnemer gekozen heeft, verminderd met de premiekorting, bedoeld in artikel 20, indien deze van toepassing is.
6. De zorgverzekeraar geeft de wijze waarop de verschuldigde premie van de grondslag van de premie wordt afgeleid in de modelovereenkomst weer, en neemt de wijze waarop de door de verzekeringnemer verschuldigde premie van de grondslag van de premie is afgeleid in de zorgpolis op.
7. Een wijziging in de grondslag van de premie treedt niet eerder in werking dan zeven weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer is medegedeeld.

Burgerlijk Wetboek Boek 7

Artikel 940

1. Bij opzegging tegen het einde van een verzekeringsperiode teneinde verlenging van de overeenkomst te verhinderen, wordt een termijn van twee maanden in acht genomen.
2. De verzekeringnemer en, tenzij het een persoonsverzekering betreft, de verzekeraar kunnen een overeenkomst die is aangegaan voor een periode van meer dan vijf jaar, of die voor zulk een periode is verlengd, opzeggen tegen het einde van elk vijfde jaar binnen die periode. Daarbij geldt de in lid 1 genoemde termijn.
3. Indien de verzekeraar de bevoegdheid heeft bedongen de overeenkomst tussentijds op te zeggen, komt de verzekeringnemer een gelijke bevoegdheid toe. Tenzij jegens hem is gehandeld met het opzet tot misleiding neemt de verzekeraar onderscheidenlijk de verzekeringnemer daarbij een termijn van twee maanden in acht. Indien een verzekering dekking biedt tegen schade veroorzaakt door risico's als bedoeld in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht, kan, bij de verwezenlijking van een dergelijk risico of bij een dreiging van het ophanden zijn daarvan, de verzekeraar onderscheidenlijk de verzekeringnemer in afwijking van deze termijn van twee maanden, de overeenkomst met inachtneming van een termijn van zeven dagen opzeggen. De verzekeraar kan slechts tussentijds opzeggen op in de overeenkomst vermelde gronden welke van dien aard zijn dat gebondenheid aan de overeenkomst niet meer van de verzekeraar kan worden gevergd.
4. Indien de verzekeraar de voorwaarden van de overeenkomst ten nadele van de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde wijzigt, is de verzekeringnemer gerechtigd de overeenkomst op te zeggen tegen de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging hem is meegedeeld.
5. De verzekeraar kan een persoonsverzekering niet beëindigen of wijzigen op grond van verzwaring van het gezondheidsrisico, voor zover dat is gelegen in de persoon van degeen, die de verzekering betreft.
6. De verzekeringnemer kan de overeenkomst steeds langs elektronische weg opzeggen. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld ten aanzien van de verzending van opzeggingen langs elektronische weg.
7. De voordracht voor een krachtens het zesde lid vast te stellen algemene maatregel van bestuur wordt niet eerder gedaan dan vier weken nadat het ontwerp aan de beide kamers der Staten-Generaal is overgelegd.

Burgerlijk Wetboek Boek 3

Artikel 35

Tegen hem die eens anders verklaring of gedraging, overeenkomstig de zin die hij daaraan onder de gegeven omstandigheden redelijkerwijze mocht toekennen, heeft opgevat als een door die ander tot hem gerichte verklaring van een bepaalde strekking, kan geen beroep worden gedaan op het ontbreken van een met deze verklaring overeenstemmende wil.