

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D vertegenwoordigd door E te F.
Zaak : Premie, prolongatie- c.q. incassokosten
Zaaknummer : 2009.01494
Zittingsdatum : 10 februari 2010

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D hierna te noemen: de zorgverzekeraar, vertegenwoordigd door E te F.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 24 januari 2007 om maandelijks € 1,95 aan prolongatie- c.q. incassokosten (verder: prolongatiekosten) in rekening te brengen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het Zorgplan, model NRC1 (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Een zorgverzekering is een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).
- 3.2. Voor bovenstaande zorgverzekering was verzoeker in 2007 per maand een premie verschuldigd van € 87,90 en € 1,95 aan prolongatiekosten, tezamen een bedrag van € 89,85.
- 3.3. Verzoeker kan zich niet verenigen met de berekende prolongatiekosten van € 1,95 per maand en heeft de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 4 augustus 2008 heeft de zorgverzekeraar hem laten weten zijn standpunt wat betreft het in rekening brengen van de prolongatiekosten te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 13 oktober 2009 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is alsnog met terugwerkende kracht af te zien van het berekenen van prolongatiekosten voor de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.7. De zorgverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 24 december 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 januari 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 14 januari 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 4 februari 2010 telefonisch medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.9. Verzoeker is op 10 februari 2010 in persoon gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hem op 13 december 2006 een aanbod is gedaan voor een zorgverzekering met een maandpremie van € 87,90. Op dit aanbod is verzoeker ingegaan door zich op 8 januari 2007 aan te melden. Bij betaling van de premie over de desbetreffende maand bleken naast het overeengekomen bedrag tevens prolongatiekosten ter hoogte van € 1,95 in rekening te zijn gebracht. Verzoeker stelt dat het berekenen van prolongatiekosten bij zorgverzekeringen ongebruikelijk is en dat hij in het eerdergenoemde aanbod hierover ook niet is geïnformeerd. Derhalve dienen de sinds 1 januari 2007 betaalde bedragen (32 x € 1,95) en de destijds door hem voldane invorderingskosten ad € 35,--, in totaal € 93,50 aan hem te worden gerestitueerd.
- 4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat in de brochure die hem voorafgaand aan het aangaan van de zorgverzekering is gezonden weliswaar de term 'incassokosten' is vermeld, doch dat met die term in de regel wordt geduid op de kosten die in rekening worden gebracht wanneer gebruik wordt gemaakt van betaling per acceptgirokaart, hetgeen hij niet doet. Verzoeker merkt verder op dat de kosten van een factuur doorgaans € 0,09 bedragen en die van een acceptgiro € 0,40. In dit verband heeft de kantonrechter in Haarlem op 23 juli 2009 (LJN BJ4855) een vonnis gewezen waaruit volgt dat geen kosten in rekening mogen worden gebracht voor het gebruik van bijvoorbeeld acceptgirokaarten. Verzoeker wenst voorts vergoeding van wettelijke rente en overige kosten. In totaal vordert hij thans een bedrag van circa € 250,--.
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar
- 5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat in de aan verzoeker verzonden informatiebrochure een opmerking is opgenomen dat de vermelde premie exclusief incassokosten is. Ook op het polisblad staan de kosten duidelijk vermeld. De onderhavige kwestie is identiek aan de zaak van de commissie die heeft geleid tot een bindend advies, gedagtekend, 6 mei 2009, nummer ANO09.329 waarin de zorgverzekeraar in het gelijk werd gesteld.
- 5.2. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar prolongatiekosten in rekening mag brengen.
- 7.2. In de aan verzoeker gezonden brochure wordt geen melding gemaakt van in rekening te brengen prolongatiekosten, wel worden 'incassokosten' genoemd die naast de premie in rekening (kunnen) worden gebracht. Een bedrag van € 1,95 wordt in het geheel niet genoemd. Anders dan in de zaak van 6 mei 2009, ANO09.329, waarin op de achterzijde van de brief van de financieel adviseur naast de premie tevens in kleine letters werd vermeld dat de incassokosten € 1,95 zouden bedragen en betrekken, doordat hij zich via internet had aangemeld – waarbij het totaal verschuldigde bedrag voor hem zichtbaar was –, hiermee de toepasselijkheid van deze extra kosten expliciet heeft geaccepteerd, heeft verzoeker in het onderhavige geschil op geen enkele wijze kunnen weten dat hem maandelijks € 1,95 in rekening zou worden gebracht.
- 7.3. Van een zorgverzekeraar mag worden verwacht dat hij bij zijn aanbod tot het sluiten van een verzekering duidelijk en onomwonden vermeldt wat het totaalbedrag van de verzekeringspremies is.
- 7.4. De term 'incassokosten' suggereert een samenhang tussen het verschuldigd zijn van de kosten en de wijze van incasso. Een verzekerde die kiest voor de voor de zorgverzekeraar meest praktische en minst kostbare optie – te weten het afgeven van een machtiging tot automatische incasso – hoeft er geen rekening mee te houden dat hem maandelijks incassokosten worden berekend.
- 7.5. Op het door de gevolmachtigde afgegeven polisblad wordt een totaal per maand te betalen bedrag vermeld, bestaande uit de premie en de prolongatiekosten. Blijkens het polisblad is de zorgverzekeraar de risicodrager. Een en ander leidt tot de conclusie dat de prolongatiekosten onder verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar bij verzoeker in rekening zijn gebracht, en dat zij rechtstreeks en uitsluitend verband houden met de zorgverzekering en geen deel uitmaken van de premie, bedoeld in artikel 5 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering. Een wezenlijk kenmerk van prolongatiekosten is dat zij verband houden met een (stilzwijgende) verlenging van de verzekering voor een gelijke termijn.
- 7.6. In het onderhavige geval zijn de prolongatiekosten iedere maand in rekening gebracht, zodat mag worden vermoed dat de onderhavige kosten met de incasso en de verwerking van de premie verband houden en niet met de prolongatie. Immers, de verzekeringsovereenkomst wordt aangegaan voor een kalenderjaar, met de mogelijkheid van stilzwijgende verlenging, en niet per maand.
- 7.7. De conclusie moet zijn dat de onderhavige kosten niet als prolongatiekosten zijn aan te merken, doch als 'incassokosten'.

- 7.8. Het gelijk is aan de zijde van verzoeker. De zorgverzekeraar dient de door verzoeker sinds 1 januari 2007 betaalde prolongatiekosten (32 x € 1,95) en de destijds door hem voldane invorderingskosten ad € 35,-- terug te betalen.
- 7.9. Ter zitting heeft verzoeker zijn vordering op de zorgverzekeraar verhoogd met de wettelijke rente en overige kosten. Aangezien de wettelijke rente niet is aangezegd en van overige kosten niet is gebleken, kan dit deel van het gevorderde niet worden toegewezen.

Conclusie

- 7.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, in die zin dat de zorgverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag van € 97,40, zijn de de sinds 1 januari 2007 betaalde prolongatiekosten (32 x € 1,95) en de destijds door hem voldane invorderingskosten ad € 35,--.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek, met inachtneming van hetgeen onder 7.8 is overwogen, toe.
- 8.2. Nu het verzoek gedeeltelijk wordt toegewezen, bepaalt de commissie tevens dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekers dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 10 maart 2010,

Voorzitter