

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : De heer A te B, tegen C en D, beide te E  
Zaak : Declaraties, eigen risico, digitale communicatie, incassokosten,  
schadevergoeding  
Zaaknummer : 2012.01444  
Zittingsdatum : 15 mei 2013

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2011-2012, art. 19 Zvw, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011-2012)

---

1. Partijen

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

tegen

1) C te E, en

2) D te E,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 3 en TandVerzorgd 3 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij formulieren van 28 december 2011 en 20 januari 2012 bij de ziektekostenverzekeraar declaraties ingediend voor een totaalbedrag van € 662,01.

3.2. Bij brief van 5 maart 2012 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar verzocht de declaraties te verwerken, het eigen risico 2011 en 2012 te corrigeren, verschuldigde bedragen automatisch te incasseren, en in het vervolg volledig digitaal met hem te communiceren.

3.3. Bij brief van 4 mei 2012 heeft verzoeker zijn verzoek herhaald.

3.4. Bij brief van 16 mei 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medege-deeld dat de betaalwijze is gewijzigd naar automatische incasso, en dat hem niet dui-delijk is welke declaraties niet zouden zijn verwerkt.

3.5. Bij brief van 18 mei 2012 heeft verzoeker zijn verzoek herhaald, met uitzondering van het onderdeel automatisch incasseren van verschuldigde bedragen.

- 3.6. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van de onder 3.4 genoemde beslissing gevraagd. Bij brief van 15 juni 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de declaraties niet verwerkt kunnen worden, dat de nota's voor het eigen risico correct zijn, en dat het niet mogelijk is volledig digitaal te communiceren.
- 3.7. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.8. Bij brief van 9 november 2012 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is zijn declaraties alsnog te verwerken, het eigen risico 2011 en 2012 te corrigeren, digitaal met hem te communiceren, en af te zien van het bij hem in rekening brengen van incassokosten (hierna: het verzoek).
- 3.9. 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.
- 3.10. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 7 maart 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 maart 2013 naar het bij de commissie bekende adres van verzoeker gezonden.
- 3.11. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op het antwoordformulier aangekruist zowel telefonisch als in persoon ten overstaan van de commissie te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 1 mei 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.12. Verzoeker is op 15 mei 2013 niet ter zitting verschenen, en was eveneens telefonisch niet bereikbaar. De ziektekostenverzekeraar is op genoemde datum telefonisch gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
  - 4.1. Declaraties die in 2011 en 2012 bij de ziektekostenverzekeraar zijn ingediend, zijn door deze nog immer niet verwerkt. Daarentegen ontvangt verzoeker wel nota's ter zake van de premie en het eigen risico. Dit is opmerkelijk, daar de ziektekostenverzekeraar verzoeker geld verschuldigd is. Bovendien zijn de nota's ter zake van het eigen risico niet juist, aangezien de ingediende declaraties hierin niet zijn meegenomen. Verzoeker stelt dat hij daarom gerechtigd was betalingen aan te houden. Om zijn goede wil te tonen heeft hij enkele betalingen onder protest uitgevoerd. De ziektekostenverzekeraar heeft ten onrechte een vordering overgedragen aan de incassogemachtigde.
  - 4.2. Verzoeker stelt voorts dat hij regelmatig lange perioden niet op zijn huisadres verblijft. Derhalve wenst hij dat de ziektekostenverzekeraar volledig digitaal met hem communiceert. Zijn verzoek tot het automatisch incasseren van bedragen is inmiddels ingewilligd.

- 4.3. De ziektekostenverzekeraar handelt klantvriendelijk, voert een ondeugdelijke administratie, is nalatig en misbruikt zijn machtspositie. Verzoeker voert aan dat hij de ziektekostenverzekeraar meermalen heeft medegedeeld dat hij geen enkele aansprakelijkheid accepteert voor eventuele schade die hieruit voortvloeit, en dat hij van zijn kant een schadevergoeding vordert, overigens zonder dit nader te substantiëren.
- 4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De door verzoeker bedoelde declaratieformulieren met nota's zijn niet ontvangen. Hierdoor zijn deze niet verwerkt. In een later stadium zijn enkel declaratieformulieren ontvangen, zonder de nota's. Dit ondanks herhaalde verzoeken om kopieën van de nota's te sturen. Er is zodoende geen sprake van een vordering van verzoeker op de ziektekostenverzekeraar.  
Indien verzoeker kopieën van de nota's stuurt, met de vermelding dat de originele nota's niet door de ziektekostenverzekeraar zijn ontvangen, worden de declaraties direct in behandeling genomen. Het is vervelend dat verzoeker het gevoel heeft dat de ziektekostenverzekeraar declaraties niet wil vergoeden. Zonder begeleidende nota's kunnen declaraties echter niet in behandeling worden genomen.
- 5.2. Het is onduidelijk waarom verzoeker meent dat de nota's ter zake van het eigen risico niet correct zijn. Openstaande nota's van het eigen risico worden niet verrekend met eventueel te verwachten vergoedingen.
- 5.3. Verzoekers betaalwijze is intussen gewijzigd naar automatische incasso. Het is niet mogelijk alle correspondentie elektronisch af te handelen. Verzoeker is zelf verantwoordelijk voor het nemen van voorzorgsmaatregelen indien hij langere tijd afwezig is.
- 5.4. De brief van verzoeker van 5 maart 2012 is niet ontvangen. Zodoende is hierop niet gereageerd. De ziektekostenverzekeraar betreft dit.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het geschil ia terug te voeren op een misverstand. Verzoeker stelt dat hij een vordering heeft op de ziektekostenverzekeraar omdat wordt geweigerd een aantal gedeclareerde zorgnota's te vergoeden. De ziektekostenverzekeraar stelt deze kosten te vergoeden indien verzoeker de betreffende nota's overlegt. Dit is tot op heden niet geschied. Voorts brengt de ziektekostenverzekeraar in dat de oorspronkelijke vordering intussen volledig is betaald, inclusief de incassokosten. Er bestaat thans alleen nog een kleine achterstand ten bedrage van ongeveer € 6,-, welk bedrag ziet op de maanden maart en april 2013. Dit komt omdat verzoeker voor deze maanden het premiebedrag van 2012 heeft betaald, en niet het hogere premiebedrag van 2013. Voor de maanden januari tot en met april 2013 is getracht de premie automatisch te incasseren. Dit is echter niet gelukt, waarna acceptgiro's naar verzoeker zijn gezonden. Verzoeker heeft op basis hiervan betaald, maar hierbij heeft hij voor de maanden maart en april 2013 het bedrag gewijzigd.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A17 van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering (2011-2012) 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 de declaraties alsnog te vergoeden, volledig digitaal met verzoeker te communiceren, het eigen risico 2011 en 2012 te corrigeren, af te zien van het in rekening brengen van incassokosten, en hem een schadevergoeding te verlenen.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

- 8.2. Artikel B8 van de zorgverzekering (2011) betreft het eigen risico, en luidt, voor zover hier van belang:

*“U heeft een verplicht eigen risico van € 170 per kalenderjaar als u 18 jaar of ouder bent. U kunt naast uw verplicht eigen risico kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar. (...)”*

Artikel B8 van de zorgverzekering (2012) betreft het eigen risico, en luidt, voor zover hier van belang:

*“U heeft een verplicht eigen risico van € 220 per kalenderjaar als u 18 jaar of ouder bent. U kunt naast uw verplicht eigen risico kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar. (...)”*

- 8.3. Artikel A12 van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering (2011-2012) bepaalt dat de premie bij vooruitbetaling is verschuldigd.

- 8.4. Artikel A13 van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering (2011-2012) bepaalt dat bij niet-tijdige betaling van de premie incassokosten en rente in rekening worden gebracht.

- 8.5. Artikel A16 van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering (2011) bepaalt, voor zover hier van belang:

*“Vaak betaalt [naam ziektekostenverzekeraar] rechtstreeks aan de zorgaanbieder. Soms komt het voor dat u zelf een nota ontvangt. Als u die indient, let u dan op het volgende:*

- het moet een originele nota zijn, geen kopie, duplicaat of aanmaning,*
- in geval van online declareren wordt een gescande nota gezien als origineel,*
- [naam ziektekostenverzekeraar] kan u vragen de originele nota alsnog in te sturen,*
- een nota moet zo gespecificeerd zijn dat het recht op vergoeding kan worden vastgesteld,*
- nota's worden niet aan u teruggestuurd,*

*(...)*

Let op

- Als een nota aan het voorgaande niet voldoet, ontvangt u geen vergoeding.
- Als u online declareert, moet u zelf de originele nota 3 jaren bewaren.
- Voor alle verzekeringen (Basisverzekeringen, aanvullende verzekeringen en tandartsverzekeringen) op de zorgpolis geldt het volgende. [Naam ziektekostenverzekeraar] mag elke vergoeding aan iedere verzekerde genoemd op de zorgpolis uit elke verzekering verrekenen met elke vordering van [naam ziektekostenverzekeraar] uit elke verzekering op iedere verzekerde genoemd op de zorgpolis.

(...)"

Eenzelfde regeling is voor het jaar 2012 opgenomen in artikel A16 van de zorgverzekering.

- 8.6. De artikelen A12, A13, A16 en B8 van de zorgverzekering (2011-2012) zijn volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering (2011-2012) gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. Het verplicht eigen risico is omschreven in artikel 19 Zvw.
- 8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

## 9. Beoordeling van het geschil

### **Declaraties**

- 9.1. Verzoeker heeft kopieën van drie declaratieformulieren overgelegd. Hierop zijn twintig nota's vermeld met een totaalbedrag van € 662,01. Bij één formulier waren geen bijlagen gevoegd; bij de andere twee formulieren zouden in totaal zeventien bijlagen zijn gevoegd. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar voornoemde declaraties ten onrechte niet in behandeling neemt. De ziektekostenverzekeraar heeft hiertegen ingebracht dat geen van de nota's is ontvangen, en dat om die reden de declaraties niet in behandeling zijn genomen. Hiertoe overweegt de commissie als volgt.
- 9.2. In artikel A16 van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering (2011-2012) is bepaald dat originele nota's dienen te worden ingestuurd. Daarnaast is in voornoemd artikel bepaald dat nota's voldoende gespecificeerd dienen te zijn, en dat deze niet worden teruggestuurd door de ziektekostenverzekeraar. Een en ander is ook vermeld op het declaratieformulier. Kennelijk zijn de declaratieformulieren inclusief bijlagen (nota's) niet ontvangen door de ziektekostenverzekeraar. Lopende de procedure bij de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoeker kopieën van de declaratieformulieren overgelegd, evenwel zonder de bijlagen (nota's), ook niet na herhaalde verzoeken hiertoe van de ziektekostenverzekeraar.

- 9.3. De commissie merkt op dat het risico dat een poststuk de geadresseerde niet bereikt in beginsel bij de verzender ligt. Daartoe in de gelegenheid gesteld, heeft verzoeker de nota's – of kopieën hiervan – niet opnieuw ingestuurd. Daarom is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar geen verwijt kan worden gemaakt omdat de door verzoeker mogelijk wel verzonden maar door hem nooit ontvangen declaraties niet zijn afgehandeld.

#### **Eigen risico**

- 9.4. Verzoeker stelt dat de nota's ter zake van het eigen risico 2011 en 2012 incorrect zijn, aangezien de onder 9.1 genoemde declaraties niet zijn verwerkt door de ziektekostenverzekeraar. De commissie constateert dat, gelet op hetgeen hiervoor is overwogen, geenszins vast staat dat verzoeker ook maar enig recht op vergoeding ten laste van de zorgverzekering heeft. Bij de bepaling van het voor rekening van verzoeker blijvende (deel van) het eigen risico 2011 en 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar dan ook terecht de eventueel te vergoeden bedragen niet betrokken, zodat bedoelde eigen risicobedragen voor juist moeten worden gehouden.

#### **Digitale communicatie**

- 9.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar meermalen verzocht volledig digitaal met hem te communiceren. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat dit niet mogelijk is. De commissie merkt hiertoe op dat de wijze van communiceren eigen beleid van de ziektekostenverzekeraar is waarin zij niet kan treden. Voorts merkt de commissie op dat verzoeker een "traditionele" zorgverzekering heeft afgesloten bij de ziektekostenverzekeraar, en geen "internetzorgverzekering" zoals inmiddels bij diverse verzekeraars mogelijk is. Laatstgenoemde verzekering brengt digitale communicatie met zich, hetgeen bij de "traditionele" zorgverzekering niet het geval is. Daarnaast is het verzoekers verantwoordelijkheid ervoor te zorgen dat hij correspondentie kan ontvangen en dat hij hier adequaat op kan reageren. Indien hij hier door omstandigheden niet toe in staat is, ligt dit binnen zijn risicosfeer.

#### **Incassokosten**

- 9.6. Door de ziektekostenverzekeraar is een vordering overgedragen aan zijn incassogemachtigde. De verschuldigdheid van het gevorderde bedrag is door verzoeker niet bestreden, evenals het feit dat de vordering – aanvankelijk – onbetaald is gebleven. Zodoende stond het de ziektekostenverzekeraar ingevolge artikel A13 van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering (2011-2012) vrij de vordering over te dragen aan de incassogemachtigde en incassokosten en rente bij verzoeker in rekening te brengen.

#### **Schadevergoeding**

- 9.7. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar aansprakelijk gesteld voor de door hem geleden schade. Deze vordering is echter niet nader gesubstantieerd en moet reeds daarom worden afgewezen, nog daargelaten dat de commissie niet vermag in te zien waaruit de door verzoeker gestelde schade zou moeten bestaan.

## **Conclusie**

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 29 mei 2013,

Voorzitter