

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C
te D
Zaak : Premie, betalingsachterstand
Zaaknummer : 2012.02735
Zittingsdatum : 26 juni 2013

1. Partijen

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

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Verzoeker was tot en met 31 december 2011 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam zorgverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Genoemde zorgverzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Bij brief van 6 september 2012 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat sprake is van een openstaande vordering ten bedrage van € 1.697,38.
- 3.2. Verzoeker heeft tweemaal aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormeld standpunt gevraagd. Bij brieven van 4 en 19 oktober 2012 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.4. Bij emailbericht van 18 maart 2013 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de onder 3.1 genoemde brief in te trekken (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 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.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 3 mei 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 mei 2013 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 24 mei 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 25 juni 2013 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 26 juni 2013 telefonisch gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker heeft een periode geen vaste woon- of verblijfplaats en geen inkomen gehad. Er was sprake van diverse schulden. In 2011 zijn met hulp van een ander de diverse schulden in kaart gebracht en is getracht hiervoor een saneringsplan op te stellen. Degene die verzoeker bijstond heeft in dat kader in augustus 2011 een brief naar de zorgverzekeraar gezonden om te informeren naar de hoogte van de betalingsachterstand. Naar aanleiding hiervan heeft op 24 augustus 2011 telefonisch contact met een medewerkster van de zorgverzekeraar plaatsgevonden. Zij heeft toen verzocht om een machtiging. Bij brief van 25 augustus 2011 is bedoelde machtiging naar de zorgverzekeraar gezonden. Bovendien is in genoemde brief een correspondentieadres doorgegeven. In de periode van augustus 2011 tot en met begin november 2011 heeft meermalen telefonisch contact plaatsgevonden met de betreffende medewerkster van de zorgverzekeraar. Zij gaf bij herhaling aan dat geen sprake was van een betalingsachterstand. Om hier zeker van te zijn heeft verzoeker een toetsing laten uitvoeren bij het Bureau Krediet Registratie (hierna: BKR). Hieruit bleek dat er geen schuld bestond bij de zorgverzekeraar. Verzoeker stelt dat hij, naar aanleiding van genoemde berichten van de zorgverzekeraar en het BKR, ervan uitging dat de premie voor de zorgverzekering was voldaan en er zodoende geen sprake was van een betalingsachterstand. Overigens is op 8 november 2011 een brief naar de zorgverzekeraar gezonden om erop te wijzen dat een correspondentieadres was opgegeven dat anders is dan het woonadres van verzoeker. Verzoeker heeft de zorgverzekering opgezegd met ingang van 1 januari 2012. Bij brief van 28 november 2011 ontving hij hiervan een bevestiging van de zorgverzekeraar. Daarom vertrouwde verzoeker erop dat alles in orde was.
- 4.2. Bij brief van 6 september 2012 werd verzoeker door de zorgverzekeraar echter aangeschreven voor een openstaande vordering van € 1.697,38. Hiertegen is tweemaal bezwaar aangetekend. De zorgverzekeraar bleef echter volhouden dat de vordering diende te worden voldaan. Daarbij werd in de laatste brief opgemerkt "*dat [verzoeker] geen vaste woon- en verblijfplaats heeft doet hier niets aan af*". Het is verzoeker onduidelijk waarom deze opmerking is gemaakt. Dit argument is immers nooit door hem aangedragen. Verzoeker merkt op dat zijn situatie in 2012 in vergelijking met 2011 onveranderd was.
- 4.3. Verzoeker concludeert dat de zorgverzekeraar ten onrechte € 1.697,38 van hem vordert. Als destijds al sprake was van een betalingsachterstand, had de zorgverzekeraar zijn opzegging nooit mogen inwilligen. De wet staat hieraan immers in de weg. Door de mondelinge toezeggingen van de medewerkster van de zorgverzekeraar, en het honoreren van de opzegging, heeft verzoeker er gerechtvaardigd op mogen vertrouwen dat geen betalingsachterstand bestond. Ware al sprake van een betalingsachterstand, dan heeft de zorgverzekeraar verzuimd verzoeker hierover correct en tijdig in te lichten.

- 4.4. Ter zitting is door verzoeker zijn standpunt herhaald. Voorts heeft hij ter aanvulling aangevoerd dat hij als simpele burger tegenover de zorgverzekeraar als groot bedrijf staat. Het is een tijdje slecht met hem gegaan. Thans gaat het weer goed, en verzoeker wenst met een schone lei verder te gaan.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar
- 5.1. Verzoeker stond vanaf 1 september 2008 niet meer ingeschreven bij een gemeente. Vanaf 1 januari 2009 is geen premie meer van verzoeker ontvangen. Omdat er geen adres bekend was, was het niet mogelijk aanmaningen te versturen. Er is in de periode van januari 2009 tot en met november 2012 wel correspondentie, in de vorm van aanmaningen, aangemaakt in het systeem. Er zijn echter geen fysieke brieven verstuurd. In november 2009 is een vordering overgedragen aan de incassogemachtigde. Het dossier is vervolgens teruggestuurd door de incassogemachtigde, omdat er ook bij hem geen adres bekend was van verzoeker. Als er geen adres bekend is, en een dossier terugkomt van de incassogemachtigde, wordt voor langere tijd een blokkade op de vordering gezet. Deze blokkade betekent dat geen aanmaningen meer worden vastgelegd in het systeem, zolang er geen adres bekend is. De openstaande vordering komt hier echter niet mee te vervallen. Op 31 augustus 2011 is een correspondentieadres van verzoeker ontvangen. Bij een controle in augustus 2012 heeft de afdeling Credit Management vastgesteld dat een adres bekend was van verzoeker. De afdeling Polisadministratie heeft het correspondentieadres in de administratie verwerkt. Tevens is de blokkade verwijderd. Op 6 september 2012 is de premie over de periode van 1 januari 2009 tot 1 augustus 2010 bij verzoeker in rekening gebracht, aangezien weer een (correspondentie)adres bekend was. Omdat geen betaling werd ontvangen, is op 6 december 2012 een tweede betalingsherinnering gestuurd.
- 5.2. Het enige telefonische contact dat tussen verzoeker en de door hem genoemde medewerkster is vastgelegd, is het gesprek van 24 augustus 2011. Op basis van de betreffende notitie is niet komen vast te staan dat de verwachting is gewekt dat er geen betalingsachterstand was. Dit blijkt ook niet uit de overige telefoonnotities.
- 5.3. Door een fout is verzoeker geen bericht gestuurd over de betalingsachterstand vóór de beëindigingsdatum van de zorgverzekering. Dit is verwarrend geweest voor verzoeker, maar vormt geen reden om de openstaande vordering te laten vervallen.
- 5.4. Het is vervelend voor verzoeker dat de premie over de periode van 1 januari 2009 tot 1 augustus 2010 bij hem in rekening wordt gebracht. Verzoeker was echter in die periode verzekerd bij de zorgverzekeraar. De vordering ten bedrage van € 1.697,38 dient daarom te worden voldaan.
- 5.5. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de brief van 8 november 2011 niet bij hem is geregistreerd. In het schrijven wordt gerefereerd aan een brief van 24 augustus 2011. Ook deze brief is niet geregistreerd. Een exemplaar hiervan werd later ontvangen. Uit het feit dat in de brief uit november wordt gesteld dat op eerdere correspondentie niet is gereageerd, valt op te maken dat er in de tussentijd geen contact is geweest. Verzoeker heeft kennelijk geen pogingen ondernomen in die maanden. Waar het gaat om de brief van 28 november 2011, geldt dat eigenlijk niet kon worden opgezegd, gelet op de premieachterstand. Waarschijnlijk is

het schrijven verzonden op aangeven van de nieuwe verzekeraar van verzoeker. Aangezien over 2009 en 2010 risico is gelopen, kosten van de huisarts zijn vergoed, en verzoeker wist dat hij premie moest betalen, handhaaft de ziektekostenverzekeraar zijn vordering. Deze is overigens niet verjaard. Van een schone lei kan alleen sprake zijn na afronding van een schuldhelpverleningstraject of een betalingsregeling.

- 5.6. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het onderhavige verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering 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 zorgverzekeraar terecht € 1.697,38 van verzoeker vordert.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van het geschil tussen partijen zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

- 8.2. Ingevolge artikel 3 van de zorgverzekering is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.

- 8.3. Artikel 16 Zvw luidt, voor zover hier van belang:

*“1. Krachtens de zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd.
(...)”*

- 8.4. In artikel 3.6.1 van de zorgverzekering is bepaald dat bij niet-tijdige betaling een aanmaning wordt gestuurd.

- 8.5. Artikel 6 van de zorgverzekering betreft onder meer de beëindiging van de zorgverzekering. In artikel 6.3.1 is bepaald dat de zorgverzekering schriftelijk kan worden opgezegd per 1 januari van ieder jaar op de voorwaarde dat de opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar is ontvangen door de zorgverzekeraar. Artikel 6.3.4 bepaalt dat de zorgverzekering niet kan worden opgezegd als sprake is van een betalingsachterstand. Voorts is in artikel 6.5 van de zorgverzekering bepaald dat als de zorgverzekering eindigt, de verzekeringnemer een bewijs van einde ontvangt.

- 8.6. Artikel 7 Zvw luidt, voor zover hier van belang:

*“1. De verzekeringnemer kan de zorgverzekering uiterlijk 31 december van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar opzeggen.
(...)”*

- 8.7. Artikel 8a Zvw bepaalt onder meer dat de zorgverzekering niet kan worden opgezegd gedurende de tijd dat de verschuldigde premie, rente en incassokosten niet zijn voldaan.

8.8. Artikel 3:35 BW luidt:

“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.”

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. De zorgverzekeraar vordert € 1.697,38 van verzoeker, zijnde de premie voor de zorgverzekering over de periode van 1 januari 2009 tot en met 31 juli 2010. Door verzoeker zijn in genoemde periode geen premiebetalingen uitgevoerd. Verzoeker erkent dat hij in het betreffende tijdvak bij de zorgverzekeraar was verzekerd tegen ziektekosten.
- De zorgverzekeraar zou verzoeker – conform artikel 3.6.1 van de zorgverzekering – aanmaningen moeten hebben gezonden. Dit is echter niet geschied, aangezien volgens de zorgverzekeraar geen adres van verzoeker bekend was. De betreffende brieven zijn weliswaar aangemaakt in het systeem, maar deze zijn nooit verstuurd. Partijen verschillen hierover niet van mening.
- 9.2. Verzoeker stelt dat iemand anders namens hem in augustus 2011 een brief aan de zorgverzekeraar heeft gezonden om te informeren naar de betalingsachterstand. Een kopie van deze brief is door partijen niet overgelegd. Naar aanleiding van deze brief heeft op 24 augustus 2011 telefonisch contact plaatsgevonden met een medewerkster van de zorgverzekeraar. Dit is door de zorgverzekeraar erkend. Deze heeft hier toe een contactregistratie overgelegd. Uit deze registratie blijkt dat door de medewerkster is verzocht om een machtiging van verzoeker. Indien deze zou worden ingestuurd, zou correspondentie naar de gemachtigde persoon – als zaakwaarnemer – worden gezonden. Verzoeker heeft aan dit verzoek voldaan door bij brief van 25 augustus 2011 bedoelde machtiging aan de zorgverzekeraar over te leggen. Een kopie van deze brief met de machtiging is door beide partijen overgelegd. Zodoende staat vast dat verzoeker deze brief heeft verzonden naar de zorgverzekeraar, en dat deze door de zorgverzekeraar is ontvangen. Uit de door partijen aangeleverde stukken blijkt dat door de zorgverzekeraar niet is gereageerd op genoemde brief. Volgens verzoeker heeft nadien wél meermalen telefonisch contact met de betreffende medewerkster van de zorgverzekeraar plaatsgevonden, waarbij hem is medegedeeld dat geen sprake was van een betalingsachterstand. Hiertoe zijn echter geen ondersteunende stukken overgelegd. Het bestaan en de inhoud van de telefonische contacten zijn zodoende niet komen vast te staan. Echter, door de zorgverzekeraar is toegelicht dat in het geautomatiseerde systeem een blokkade was aangemaakt en dat het aan de incassogemachtigde overgedragen dossier door deze werd teruggestuurd. Voorstelbaar is dat hierdoor de indruk heeft kunnen ontstaan dat geen sprake (meer) was van een betalingsachterstand en dat dit ook aan verzoeker is medegedeeld.
- 9.3. Op 8 november 2011 heeft verzoeker nogmaals een brief naar de zorgverzekeraar gezonden, waarin is gesteld dat nog geen reactie werd ontvangen op de brief van 25 augustus 2011. Door de zorgverzekeraar is erkend dat tot augustus 2012 geen correspondentie naar verzoeker is gezonden. Verder is door de zorgverzekeraar niet gemotiveerd gesteld dat wél is gereageerd op het verzoek om opgave van de betalingsachterstand.

- 9.4. Verzoeker heeft de zorgverzekering opgezegd met ingang van 1 januari 2012. Hoewel een achterstand bestond, heeft de zorgverzekeraar deze opzegging gehonoreerd, hetgeen heeft geresulteerd in een bewijs van beëindiging van 28 november 2011, terwijl dat ingevolge artikel 6.3.4 van de zorgverzekering niet mogelijk is. Het feit dat verzoeker van verzekeraar heeft mogen wisselen, vormt voor de commissie opnieuw een aanwijzing dat in het geautomatiseerde systeem van de zorgverzekeraar stond vermeld dat verzoeker geen premieachterstand had. Ware het anders geweest, dan had verzoeker immers niet van verzekeraar mogen veranderen. Derhalve is voldoende aannemelijk geworden dat de inhoud van de telefonische contacten is geweest zoals door verzoeker gesteld. De zorgverzekeraar heeft althans het tegendeel niet aannemelijk gemaakt.
- 9.5. Gelet op het voorgaande is de commissie van oordeel dat verzoeker er gerechtvaardigd op mocht vertrouwen dat hij niet meer tot voldoening van de bestaande betalingsachterstand zou worden verplicht.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.7. Aangezien het verzoek dient te worden toegewezen, ligt het – mede indachtig artikel 17 van het reglement van de commissie – in de rede dat de zorgverzekeraar het entreegeld aan verzoeker vergoedt.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 17 juli 2013,

Voorzitter