

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : Hoogte schuld
Zaaknummer : 2008.02265
Zittingsdatum : 17 juni 2009

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, paragrafen 3.3 en 3.4 Zvw en paragraaf 2.2 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de betalingsspecificatie van de ziektekostenverzekeraar van september 2008, betreffende de periode 1 januari 2008 tot en met 31 augustus 2008.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker en wijlen zijn echtgenote (hierna: de echtgenote) waren bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Natura polis (hierna: de zorgverzekering). Verder waren ten behoeve van verzoeker en zijn echtgenote bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Basis Aanvullend Pakket en Tand Uitgebreid Pakket afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekeringen). Alle verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoekers echtgenote is op 16 augustus 2008 overleden, waarna haar verzekeringen per 17 augustus 2008 zijn beëindigd.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker een betalingsspecificatie over periode 1 januari 2008 tot en met 31 augustus 2008 doen toekomen. Verzoeker kan zich in deze specificatie niet vinden en heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om heroverweging.
- 3.4. Bij brief van 23 september 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. De Ombudsman Zorgverzekeringen (verder de Ombudsman) heeft nadien bemiddeld.
- 3.6. Lopende de bemiddeling door de Ombudsman heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker een aanmaning gezonden ter hoogte van € 482,58. Tevens heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar bij brief van 30 december 2008 meegedeeld dat hij de premie over de maanden september tot en met december 2008 en de eigen risicodeclaratie van 30 augustus 2008, zijnde in totaal een bedrag van € 544,38, heeft verrekend met het bedrag dat hij beweerdelijk nog van de ziektekostenverzekeraar tegoed heeft, zijnde een bedrag van € 568,97, en voorts de ziektekostenverzekeraar ge-

sommeerd het dan nog resterende bedrag van € 24,59 per omgaande bij te schrijven op zijn bankrekening.

- 3.7. Beide in overweging 3.6. genoemde stukken zijn door de Ombudsman bij de bemiddeling betrokken. De bemiddeling door de Ombudsman heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar besloten heeft de administratiekosten van € 10,- niet langer in rekening te brengen en dit bedrag, zodra de klacht is afgehandeld, te crediteren. Voor het overige heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt gehandhaafd.
- 3.8. Bij brief van 5 februari 2009 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen, althans zo interpreteert de commissie het verzoek, dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker financieel heeft benadeeld door de onduidelijke wijze van administreren en dat de ziektekostenverzekeraar een bedrag van minimaal € 414,12 aan in de periode 1 januari 2008 tot en met 31 augustus 2008 teveel gefactureerde - en door verzoeker beweerdelijk betaalde - bedragen aan verzoeker dient te vergoeden (hierna: het verzoek).
- 3.9. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 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. Tevens heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar een drietal vragen gesteld.
- 3.10. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 6 mei 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 mei 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.11. Partijen zijn in de gelegenheid gestel gehoord te worden. Bij brief van 11 juni 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard af te zien van de mogelijkheid gehoord te worden.
- 3.12. Verzoeker is op 17 juni 2009 in persoon gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij in de periode 1 januari 2008 tot en met 31 augustus 2008 voor een bedrag van minimaal € 414,12 is benadeeld door de onduidelijke wijze van administreren door de ziektekostenverzekeraar. Tevens stelt verzoeker dat hij niet van elke mutatie die door de ziektekostenverzekeraar is doorgevoerd een (credit)nota heeft ontvangen.
- 4.2. Ter zitting is door verzoeker onder meer benadrukt dat hij op 6 juli 2008 de premienota voor de maand augustus 2008 heeft ontvangen en op 9 augustus de premienota voor de maand september. In beide gevallen betrof het een nota van € 216,08, welke verzoeker stelt te hebben voldaan.
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt in zijn nader commentaar van 6 mei 2009, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat in totaal nog een bedrag openstaat van € 108,04. Laatstgenoemd bedrag is opgebouwd uit een bedrag van € 50,42 ten behoeve van verzoeker en een bedrag van € 57,62 ten behoeve van verzoekers echtgenote. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard gezien de situatie bereid te zijn vanuit coulance eenmalig en onverplicht de openstaande vorderingen af te boeken, zodat verzoeker deze bedragen derhalve niet meer verschuldigd is.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek, voor zover dat het bedrag dat hij bereid is coulancehalve af te boeken overstijgt, dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Gezien de verzekeringsvoorwaarden, het reglement van de commissie en/of de door de ziektekostenverzekeraar ondertekende verklaring, is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of – gezien de door partijen overgelegde stukken – verzoeker naar de stand van zaken van 31 augustus 2008 een schuld heeft aan de ziektekostenverzekeraar en zo ja, wat daarvan dan de hoogte is. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 7.2. Voor de verzekeringen is premie verschuldigd. Artikel 3 van de zorgverzekering bepaalt dat de premie voor de zorgverzekering bij vooruitbetaling is verschuldigd. De vervaldatum van de premie voor de zorgverzekering is de laatste dag van de maand voorafgaande aan de maand waarover de premie is verschuldigd. In geval van overlijden van de verzekerde wordt de reeds betaalde premie terugbetaald vanaf de dag volgend op de dag waarop de verzekerde is overleden.
Uit de algemene bepalingen van de aanvullende ziektekostenverzekering, onder het kopje 'premiebetaling' volgt dat de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering aan het begin van iedere maand in rekening wordt gebracht en binnen dertig dagen betaald dient te worden. De premie is verschuldigd tot het moment van uitschrijven.
- 7.3. In artikel 8 van de zorgverzekering is een regeling opgenomen omtrent het verplicht eigen risico. Uit artikel 8.4 van de zorgverzekering volgt dat als de zorgverzekering niet op 1 januari van een kalenderjaar ingaat of eindigt, het in dat kalenderjaar voor die overeenkomst geldende bedrag van het verplicht eigen risico gelijk is aan het voor het gehele kalenderjaar geldende bedrag, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in dat kalenderjaar waarover de zorgverzekering zal lopen of heeft gelopen, en de noemer aan het aantal dagen in het desbetreffende kalenderjaar. Dit berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.
- 7.4. Voor zover hier van belang, strookt de in de zorgverzekering opgenomen regeling ten aanzien van het verplicht eigen risico met het bepaalde in paragraaf 3.4 van de Zorgverzekeringswet (verder: Zvw), zijnde de wet waarop de zorgverzekering, gelezen ar-

tikel 2 van de zorgverzekering, is gebaseerd.

- 7.5. Gezien onder meer de brief van de ziektekostenverzekeraar van 10 september 2008 en de brief van verzoeker van 18 september 2008 kan worden vastgesteld dat partijen en het erover eens zijn dat de maandpremie – voor de zorgverzekering en de aanvullende verzekeringen tezamen – voor verzoeker en zijn echtgenote € 108,04 per persoon bedraagt en dat door verzoeker in de periode 1 januari 2008 tot en met 31 augustus 2008 in totaal € 2.132,14 is betaald.
- 7.6. Partijen verschillen echter van mening over hetgeen in de periode 1 januari 2008 tot en met 31 augustus 2008 in rekening is gebracht, dan wel gebracht had mogen worden. Volgens de ziektekostenverzekeraar was verzoeker over bedoelde periode een bedrag van € 2.225,18 (= € 2.174,76 + € 50,42) verschuldigd, terwijl verzoeker zelf komt tot een bedrag van € 2.310,10. Geen van beide partijen hebben echter bewijzen overgelegd die het mogelijk maken de wederzijdse stellingen, die met name aan de kant van de ziektekostenverzekeraar ook niet altijd goed herleidbaar zijn, op juistheid te kunnen verifiëren. Ook kan op basis van de door partijen overgelegde stukken niet worden vastgesteld of hetgeen door verzoeker aan de ziektekostenverzekeraar is betaald, is toegerekend overeenkomstig hetgeen geregeld is in de artikelen 6:43 en 6:44 van het Burgerlijk Wetboek. Uitsluitend kan dan ook worden vastgesteld welk bedrag partijen per saldo over een weer verschuldigd zijn, zonder dat de juistheid van de afzonderlijke nota's en betalingen, alsmede van de verwerking daarvan, over een weer daadwerkelijk kan worden vastgesteld.
- 7.7. Aangezien de ziektekostenverzekeraar over de eerdergenoemde periode uitgaat van een lager verschuldigd bedrag (€ 2.225,18) dan verzoeker (€ 2.310,10), komt de commissie tot de conclusie dat partijen het erover eens zijn dat verzoeker over bedoelde periode in ieder geval € 2.225,18 verschuldigd is. Dat verzoeker over genoemde periode meer verschuldigd zou zijn is door de ziektekostenverzekeraar niet aannemelijk gemaakt.
- 7.8. In vorenbedoeld bedrag van € 2.225,18 is ook € 150,-- aan eigen risico ten behoeve van verzoekers echtgenote over het kalenderjaar 2008 begrepen. De verzekeringen van verzoekers echtgenote zijn echter per 17 augustus 2008 beëindigd. Gelet op artikel 8.4 van de zorgverzekering en artikel 21 Zvw, had dan een correctie dienen plaats te vinden naar het moment van beëindiging van de verzekering. Het verplicht eigen risico van verzoekers echtgenote over 2008 bedraagt derhalve € 94,-- (€ 150,-- * [229 dagen in 2008 dat de zorgverzekering heeft gelopen/366 dagen in 2008]). Derhalve dient nog een bedrag van € 56,-- in mindering gebracht te worden op het verschuldigde bedrag, zodat deze over de periode 1 januari 2008 tot en met 31 augustus 2008 komt op € 2.169,18.
- 7.9. Verzoeker stelt echter een vordering te hebben op de ziektekostenverzekeraar ter hoogte van het verschil tussen het volgens hem door de ziektekostenverzekeraar gefactureerde bedrag (€ 2.879,07) en het bedrag dat de ziektekostenverzekeraar volgens verzoeker had mogen factureren (€ 2.310,10). Een dergelijke vordering is echter alleen gerechtvaardigd, indien verzoeker het bedoelde bedrag van € 2.879,07, althans meer dan € 2.310,10, ook daadwerkelijk zou hebben voldaan. Hiervoor is juist vastgesteld dat verzoeker over bedoelde periode € 2.132,14 heeft voldaan.
- 7.10. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat verzoeker aan de ziektekostenverzekeraar over de periode 1 januari 2008 tot en met 31 augustus 2008 nog een bedrag dient te

voldoen van € 37,04 (= € 2.169,18 - € 2.132,14).

- 7.11. Tijdens de hoorzitting heeft verzoeker nogmaals de premiebetaling over de maand september 2008 aan de orde gesteld. Volgens verzoeker heeft deze premiebetaling plaatsgevonden op 26 augustus 2008. De ziektekostenverzekeraar stelt daarentegen in zijn brief van 6 mei 2009 dat op 28 augustus 2008 onder meer de premie voor de maand september 2008 in rekening is gebracht. Verzoeker stelt laatstbedoelde nota niet te hebben ontvangen en ook overigens maakt deze nota geen deel uit van het dossier.
- 7.12. In overweging 7.10 is vastgesteld dat verzoeker over de periode 1 januari 2008 tot en met 31 augustus 2008 aan de ziektekostenverzekeraar nog een bedrag verschuldigd is van € 37,04. Aangezien op grond van artikel 3 van de zorgverzekering de premie voor de zorgverzekering bij vooruitbetaling verschuldigd is en derhalve van de ziektekostenverzekeraar ook verwacht mag worden dat hij de premie in een dergelijk geval vooraf factureert, en voorts niet van het tegendeel is gebleken, dient het ervoor gehouden te worden dat door verzoeker vóór 1 september 2008 de premie voor de maand september 2008 is voldaan. Het bedrag van € 108,04 dat de ziektekostenverzekeraar op 21 januari 2009 zegt te hebben ontvangen en welke hij blijkbaar heeft toegerekend aan de premie voor de maand september 2008 kan derhalve niet zien op de maand september 2008. Nu ook niet is gebleken ten laste waarvan laatstgenoemd bedrag dan wel geboekt moet worden, dient het ervoor gehouden te worden dat verzoeker in totaal € 108,04 teveel aan premie over de maand september 2008 heeft betaald. Dit bedrag zal alsnog – onder aftrek van de het door verzoeker over de periode 1 januari 2008 tot en met 31 augustus 2008 nog aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen bedrag van € 37,04 – aan verzoeker dienen te worden gerestitueerd.
- 7.13. Gezien het voorgaande komt de commissie tot de conclusie dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker nog dient te voldoen een bedrag van € 71,--. Het meer of anders verzochte dient te worden afgewezen. Een en ander laat echter onverlet dat naast de door partijen in de procedure ingebrachte vorderingen, nog nieuwe vorderingen kunnen bestaan, als gevolg van bijvoorbeeld nagekomen nota's voor zorgkosten. Deze maken echter geen deel uit van het onderhavige geschil en daarover kan thans dan ook geen uitspraak worden gedaan.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek toe, in die zin dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag van € 71,--. Voor het overige wordt het verzoek afgewezen.
- 8.2. Nu het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, bepaalt de commissie tevens dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 1 juli 2009,

Voorzitter