

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D vertegenwoordigd door E te F
Zaak : Premie, premieachterstand: tweemaandsaanbod, terugstorting
Zaaknummer : 2010.01711
Zittingsdatum : 5 januari 2011

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, art. 16 en paragraaf 3.3 Zvw, artikel IX Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009, en art. 6:43 BW)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

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

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Verzoeker was in de periode van 1 januari 2009 tot en met 31 december 2009 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Natura Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [naam ziektekostenverzekeraar] Ooievaar (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) afgesloten. Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Bij brief van 10 oktober 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat deze een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van hemzelf heeft van twee of meer maanden.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde mededeling gevraagd. Bij brief van 20 november 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 19 augustus 2010 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de verschuldigde premie volledig is voldaan en dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de in overweging 3.1 bedoelde brief in te trekken (hierna: het verzoek).
- 3.4. 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.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 25 oktober 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 november 2010 aan verzoeker gezonden.

- 3.6. Verzoeker heeft op 26 november 2010 gereageerd op het in overweging 3.5 bedoelde standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. De ziektekostenverzekeraar heeft op 25 oktober 2010 schriftelijk meegedeeld niet te willen worden gehoord. Verzoeker heeft op 26 november 2010 schriftelijk meegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoeker is op 5 januari 2011 telefonisch gehoord.
- 3.9. Na afloop van de hoorzitting is verzoeker in de gelegenheid gesteld een afschrift van de betaling in februari 2009, groot € 138,--, aan te leveren, alsmede bewijsstukken met betrekking tot de eventueel hieraan verbonden kosten. Bij e-mail van 20 januari 2011 heeft verzoeker de commissie een kopie van het bankafschrift van de maand februari 2009 gezonden. Tevens heeft verzoeker in dit mailbericht meegedeeld dat de door hem gemaakte kosten ca. € 10,-- bedragen. Voorts maakt verzoeker aanspraak op een immateriële schadevergoeding ter grootte van € 150,-- zodat de gevorderde schadevergoeding in totaal € 160,-- bedraagt. Een kopie van deze reactie is op 21 januari 2011 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar zich ten onrechte op het standpunt stelt dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van twee of meer maanden. Daartoe voert hij aan dat alle verschuldigde premies zijn voldaan.
- 4.2. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat hij in juli 2009 een bedrag ter grootte van € 109,52 van de ziektekostenverzekeraar heeft ontvangen. Aangezien verzoeker niet wist waarom hij dit bedrag op zijn rekening gestort kreeg, heeft hij in totaal vijf keer telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar teneinde hierover duidelijkheid te krijgen. Tot vijfmaal toe werd hem bevestigd dat de betaling terecht was. Later kwam het bericht dat het bedrag ten onrechte aan hem is uitgekeerd. Verzoeker is bereid het bedrag van € 109,52 te betalen, mits de terugbetaling in termijnen kan geschieden. Verder stelt verzoeker dat hij in februari 2009 een bedrag van € 138,-- heeft betaald, hetwelk niet voorkomt op het betalingsoverzicht van de ziektekostenverzekeraar van 25 oktober 2010. Een betalingsbewijs heeft verzoeker echter niet meer; hij zal daarvoor zijn bank moeten benaderen. Dit zal hem dan minstens € 5,-- kosten voor een kopie van het afschrift.
- 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 dat aanvankelijk een bedrag van € 140,65 voor het eigen risico bij verzoeker in rekening is gebracht. Achteraf is gebleken dat eerder ge-

noemd bedrag ten onrechte is berekend omdat de door verzoeker afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering het verplichte eigen risico vergoedt. Na correctie is op 28 juli 2009 een bedrag van € 109,52 aan verzoeker teruggestort. Achteraf gezien was deze terugstorting niet terecht en is het bedrag van € 109,52 weer bij verzoeker in rekening gebracht. Per saldo bedraagt de betalingsachterstand over de periode van 1 januari 2009 tot en met 31 december 2009 naar de stand van 25 oktober 2010 € 235,92. Deze vordering is intussen overgedragen aan het incassobureau.

- 5.2. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het onderhavige verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. De commissie stelt vast dat partijen niet met elkaar van mening verschillen over het bestaan van een tussen hen bestaande verzekeringsrelatie, het verschuldigd zijn van de premie voor de afgesloten verzekeringen en de hoogte van de periodiek verschuldigde premie voor deze verzekeringen.
In geschil is uitsluitend de vraag of sprake is van een betalingsachterstand en - in het verlengde daarvan - de rechtmatigheid van de brief van 10 oktober 2010.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van het geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. Ingevolge artikel 3.3 van de zorgverzekering is de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.
- 8.3. Artikel 16 Zvw regelt in welke gevallen voor de zorgverzekering geen premie verschuldigd is.
- 8.4. De toerekening van betalingen is geregeld in de artikelen 6:43 en 6:44 BW. Voor zover hier van belang, luidt artikel 6:43 BW als volgt:

“Artikel 6:43

1. Verricht de schuldenaar een betaling die zou kunnen worden toegerekend op twee of meer verbintenissen jegens een zelfde schuldeiser, dan geschiedt de toerekening op de verbintenis welke de schuldenaar bij de betaling aanwijst.

2. Bij gebreke van zodanige aanwijzing geschiedt de toerekening in de eerste plaats op de opeisbare verbintenissen. Zijn er ook dan nog meer verbintenissen waarop de toerekening zou kunnen plaatsvinden, dan geschiedt deze in de eerste plaats op de meest bezwarende en zijn de verbintenissen even bezwarend, op de oudste. Zijn de verbintenissen bovendien even oud, dan geschiedt de toerekening naar evenredigheid.”

- 8.5. Ingevolge de ‘Algemene bepalingen’ van de aanvullende ziektekostenverzekering is de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.

- 8.6. Op 1 september 2009 is de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering (hierna: de Wsmwz) in werking getreden. Vanaf dat moment is onder meer aan de Zvw een nieuwe afdeling toegevoegd die de gevolgen regelt van het niet (tijdig) betalen van de premie voor de zorgverzekering. De wet voorziet in een aantal beoordelingsmomenten waarop de ziektekostenverzekeraar een aanbod, respectievelijk een mededeling moet doen aan de polishouder en/of de verzekerde. Is sprake van een premieschuld ter hoogte van zes of meer maandpremies, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, dan vindt in beginsel melding daarvan plaats aan het College voor zorgverzekeringen. De consequentie hiervan is dat een – hogere – bestuursrechtelijke premie van toepassing wordt, alsmede een ander incassoregime, waarbij onder andere bronheffing en incasso door het Centraal Justitieel Incasso Bureau mogelijk zijn.
- 8.7. Voor op 1 september 2009 reeds bestaande gevallen van premieachterstand is een overgangsregeling getroffen, die voorziet in een verkort traject. Hierbij is tevens voorzien in een regeling die bepaalt dat bepaalde handelingen die door de ziektekostenverzekeraar vooruitlopend op de inwerkingtreding van de wet zijn verricht – voor zover deze handelingen voldoen aan het geregelde in de wet, al was deze reeds in werking getreden – worden aangemerkt als handelingen in het kader van de wet.
- 8.8. Voor zover hier van belang, luiden de artikelen 18a Zvw en artikel IX van de Wsmwz als volgt:

“Artikel 18a

*1. Uiterlijk tien werkdagen nadat ten aanzien van een zorgverzekering een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van twee maandpremies is geconstateerd, doet de zorgverzekeraar de verzekeringnemer een aanbod tot het treffen van een betalingsregeling.
(...)”*

”ARTIKEL IX

*1. Indien op de datum van inwerkingtreding van deze wet ten aanzien van een zorgverzekering volgens de administratie van een zorgverzekeraar reeds een premieschuld van twee of meer maanden bestaat, doet deze zorgverzekeraar, in afwijking van artikel 18a, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet het in dat artikel bedoelde aanbod zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen twee maanden na inwerkingtreding van deze wet.
(...)”*

9. Beoordeling van het geschil

Terugstorting € 109,52

- 9.1. Uit het hernieuwde overzicht ‘Premiespecificatie’ blijkt dat over de periode van 1 januari 2009 tot en met 31 december 2009, naar de stand van 25 oktober 2010, volgens de ziektekostenverzekeraar sprake is van een betalingsachterstand van € 235,92. Deze gestelde achterstand omvat tevens het bedrag van € 109,52. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat laatstgenoemd bedrag aanvankelijk aan verzoeker is teruggestort omdat ten onrechte het eigen risico van € 140,65 bij verzoeker in rekening was gebracht onder gelijktijdige verrekening van een bedrag van € 31,13. Nadien is gebleken dat deze restitutie – naar de ziektekostenverzekeraar onweersproken heeft gesteld – ten onrechte is geschied, waarna het bedrag van € 109,52 opnieuw bij verzoeker in rekening is gebracht.

- 9.2. Ter zitting heeft verzoeker gesteld dat hij vijf keer telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar heeft opgenomen teneinde duidelijk te krijgen waarom het bedrag van € 109,52 op zijn rekening was gestort. Tot vijfmaal toe werd door een medewerker bevestigd dat de betaling terecht was. Ten aanzien hiervan merkt de commissie op dat in de procedure door verzoeker is aangetoond, noch aannemelijk gemaakt dat van de zijde van de ziektekostenverzekeraar, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, bepaalde (telefonische) toezeggingen zijn gedaan. Daarbij hecht de commissie belang aan het feit dat door verzoeker in het bijzonder niet is uiteen gezet wanneer en met wie hij heeft gesproken, nog daargelaten dat het moeilijk is de exacte vraagstelling en de beantwoording daarvan tijdens de verschillende gesprekken te reconstrueren, terwijl dan nog het probleem blijft hoe deze antwoorden luiden, respectievelijk mochten worden opgevat.
- 9.3. Gelet op het voorgaande is de commissie van oordeel dat het bedrag ter grootte van € 109,52 terecht in de specificatie van 25 oktober 2010 is opgenomen. Naar het oordeel van de commissie is echter geen sprake van een vordering vanwege een achterstand in de premiebetaling, doch van een vordering uit onverschuldigde betaling. Dit onderscheid is van belang vanwege de rechtmatigheid van 10 oktober 2009, waarover hierna meer.

Hoogte betalingsachterstand

- 9.4. Afgezien van voornoemd bedrag van € 109,52 heeft verzoeker een premieachterstand (zowel voor de zorgverzekering als voor de aanvullende ziektekostenverzekering) van € 126,40. Door verzoeker is ter zitting aangevoerd dat hij in februari 2009 een bedrag ter grootte van € 138,-- heeft voldaan. Uit het na de zitting overgelegde betalingsbewijs maakt de commissie op dat verzoeker op 17 februari 2009 inderdaad een bedrag van € 138,-- aan de ziektekostenverzekeraar heeft betaald, welk bedrag niet voorkomt in het overzicht van de ziektekostenverzekeraar. Nu niet gebleken is dat dit bedrag later door verzoeker of door zijn bank is gestorneerd en dit bedrag evenmin voorkomt op het betalingsoverzicht van 25 oktober 2010, is de commissie van oordeel dat een bedrag van € 138,-- moet worden afgetrokken van de openstaande vordering.
- 9.5. De commissie stelt vast dat bij de betaling van eerdergenoemd bedrag van € 138,-- uitsluitend het klantnummer door verzoeker is vermeld, zodat de vraag opkomt of toerekening dient plaats te vinden aan de gevorderde premie, dan wel de vordering uit onverschuldigde betaling, een en ander met inachtneming van het bepaalde in artikel 6:43 BW.
- Gelet op de mogelijke consequenties van een achterstand in de premiebetaling, is de commissie van oordeel dat de premieschuld als de meest belastende verbintenis moet worden beschouwd. Na verrekening van de betaling (€ 138,--) met de premieschuld (€ 126,40) resteert geen premievordering meer zodat de commissie van oordeel is dat de brief als bedoeld in artikel 18a Zvw – achteraf beschouwd – ten onrechte is verzonden.
- 9.6. Het resterende bedrag van € 11,60 (€ 138,-- – € 126,40) dient na verrekening in mindering te worden gebracht op de vordering uit onverschuldigde betaling, waardoor deze nog € 97,92 (€ 109,52 – € 11,60) beloopt. De commissie acht geen termen

aanwezig de ziektekostenverzekeraar te verplichten in te stemmen met een betaling van dit bedrag in termijnen, zoals door verzoeker ter zitting verzocht.

Schadevergoeding

- 9.7. Ter zitting is door verzoeker gesteld dat hij kosten zal moet maken om het betalingsbewijs bij zijn bank op te vragen. Verzoeker schatte deze kosten toen op € 5,--. Nadien heeft verzoeker aanspraak gemaakt op een hogere vergoeding. Volgens vaste jurisprudentie van de commissie komen slechts die kostenposten voor vergoeding in aanmerking waarvan het redelijk is dat zij zijn gemaakt en waarvan ook de omvang redelijk is (zie ook GcZ, 8 april 2009, 2008.02573). Van de kosten die verzoeker bij e-mail van 20 januari 2010 heeft gevorderd, zijnde een bedrag van € 10,-- plus een immateriële schadevergoeding van € 150,--, kan een en ander echter niet worden vastgesteld, aangezien verzoeker geen stukken heeft overgelegd waaruit blijkt dat de kosten groot € 10,-- ook daadwerkelijk zijn gemaakt. Daarbij is onder de gegeven omstandigheden voor een vergoeding van immateriële schade geen plaats. Gelet op het voorgaande, komt de commissie tot de vaststelling dat de ziektekostenverzekeraar niet gehouden is een schadevergoeding te betalen.

Conclusie

- 9.8. De commissie komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen, in die zin dat van een premieachterstand als bedoeld in art. 18a Zvw naar de stand van 25 oktober 2010 geen sprake is. Hiermee is overigens niet gezegd dat verzoeker geen betalingsverplichtingen meer heeft jegens de ziektekostenverzekeraar. Vanwege de – naar later bleek – onterechte restitutie van € 109,52 heeft de ziektekostenverzekeraar een vordering dienaangaande uit onverschuldigde betaling op verzoeker, welke vordering dient te worden verminderd met € 11,60, zodat verzoeker aan de ziektekostenverzekeraar per saldo verschuldigd is een bedrag van € 97,92. Dit bedrag dient verzoeker aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen binnen twee weken nadat verzoeker van de ziektekostenverzekeraar de gegevens heeft ontvangen op welke rekening onder vermelding van welk kenmerk, betaling hiervan dient te gescheiden. Bij deze betaling mag verzoeker na te noemen bedrag van € 37,-- in mindering brengen, zodat verzoeker is gekweten indien hij per saldo aan de ziektekostenverzekeraar overmaakt een bedrag van (€ 97,92 - € 37,-- =) € 60,92.
- 9.9. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, ligt het – mede indachtig artikel 17 van het reglement van de commissie – in de rede dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker vergoedt, welke vergoeding achterwege blijft indien verzoeker het door hem verschuldigde voldoet onder aftrek van dit bedrag op de wijze als hierboven in 9.8 overwogen.

10. Het bindend advies

- 10.1. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen op de wijze als hierboven in 9.8 overwogen.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--, tenzij een en ander via verrekening door verzoeker op de wijze als uiteengezet in 9.8 plaatsvindt.

Zeist, 2 februari 2011,

Voorzitter