

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, in deze vertegenwoordigd door E te F vs. C te D.
Zaak	: Overig, ingangsdatum zorgverzekering, bijzondere omstandigheden, aanmelding via derde, vergoeding kosten rechtsbijstand
Zaaknummer	: 2008.02655
Zittingsdatum	: 15 juli 2009

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, in deze vertegenwoordigd door E te F,
tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 4 november 2008 de kosten van rechtsbijstand niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker is met ingang van 17 juli 2006 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ZorgVerzorgd-polis (hierna: de zorgverzekering). Dit is een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder is ten behoeve van verzoeker een aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten, welke verzekering hier verder niet aan de orde is. De zorgverzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Op 17 juli 2006 heeft door de verzekeringnemer een eerste melding ten behoeve van een zorgverzekering voor verzoeker plaatsgevonden. Het "Aanmeldingsformulier gezinsleden" (hierna te noemen: het aanmeldingsformulier) is gedateerd 17 juli 2006. Bij brief van 10 augustus 2006 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker geïnformeerd dat inschrijving van de zorgverzekering op dat moment nog niet mogelijk was. Blijkens het polisblad van 12 september 2006 is de zorgverzekering van verzoeker ingegaan op 16 augustus 2006.
- 3.3. In de periode 17 juli 2006 tot en met 3 augustus 2006 is verzoeker opgenomen geweest in het ziekenhuis in verband met ernstige hartklachten. Aanvankelijk zijn de nota's van het ziekenhuis onbetaald gebleven.
- 3.4. Op 28 november 2006 heeft het ziekenhuis de kosten van de opname rechtstreeks bij verzoeker gedeclareerd. Daar betaling van de rekening uitbleef, heeft het ziekenhuis verzoeker op 23 juni 2008 gedagvaard. Verzoeker stelt van het ziekenhuis geen aanmaningen te hebben ontvangen.
- 3.5. Verzoeker heeft – bij monde van zijn advocaat – de ziektekostenverzekeraar bij brief van 28 juli 2008 verzocht de ingangsdatum van de zorgverzekering alsnog te stellen op 17 juli 2006 en de kosten van de opname en behandeling in het ziekenhuis, alsmede van de bijkomende kosten te vergoeden. Vervolgens heeft enige correspondentie plaatsgevonden.

- 3.6. Bij brief van 1 september 2008 is de ingangsdatum van de zorgverzekering door de ziektekostenverzekeraar gesteld op 17 juli 2006, aangezien de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 31 juli 2008 (de brief zelf kent als datum 7 augustus 2008) zou hebben toegezegd dat de dat verzoeker op de behandeldatum, te weten 17 juli 2006, verzekerd was. Verzoeker heeft verklaard dat de kosten van zijn behandeling in 2006 in het ziekenhuis in verband met voormelde hartklachten, alsmede de bijkomende kosten, intussen door de ziektekostenverzekeraar zijn voldaan.
- 3.7. Verzoeker heeft bij brief van 30 oktober 2008 de ziektekostenverzekeraar verzocht de in verband met voorgaande gemaakte kosten van rechtsbijstand te vergoeden. Het gaat hierbij om een bedrag van € 705,- aan eigen bijdrage van gefinancierde rechtshulp in de zaak tegen de ziektekostenverzekeraar, alsmede een bedrag van € 352,50 aan eigen bijdrage voor gefinancierde rechtshulp in de zaak tegen het ziekenhuis. Bij brief van 4 november 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar dit verzoek afgewezen.
- 3.8. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.9. Bij brief van 30 maart 2009 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is alsnog de kosten van rechtsbijstand, zoals verwoord onder 3.7, te vergoeden (hierna: het verzoek).
- 3.10. 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.
- 3.11. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 29 mei 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 juni 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.12. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 24 juni 2009 schriftelijk meegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 30 juni 2009 schriftelijk meegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de ziektekostenverzekeraar – door onder meer ten onrechte een inschrijving in de gemeentelijke basisadministratie (verder: GBA) te verlangen – rond de inschrijving van de zorgverzekering een fout heeft gemaakt, waardoor hij geconfronteerd is geweest met een procedure van het ziekenhuis tegen hem, welke procedure onnodig zou zijn geweest als de ziektekostenverzekeraar de bewuste fout niet had gemaakt. Verder stelt hij kosten te hebben gemaakt teneinde de ingangsdatum van de zorgverzekering op de juiste datum gesteld te krijgen.
- 4.2. 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, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij op grond van de Zorgverzekeringswet moest vaststellen dat verzoeker daadwerkelijk Nederlands ingezetene was, waarvoor hij de GBA raadpleegt. Toen bleek dat verzoeker nog niet in de GBA stond ingeschreven, kon niet direct worden vastgesteld of daadwerkelijk sprake was van verzekeringsplicht en kon op dat moment ook nog niet direct tot inschrijving in het kader van de zorgverzekering worden overgegaan. Verzoeker is bij brief van 10 augustus 2006 hiervan op de hoogte gebracht.
- 5.2. Voor vergoeding van de gevorderde kosten van rechtsbijstand bestaat geen rechtsgrond. Verzoeker had een klacht kunnen sturen zonder tussenkomst van een advocaat. Eventueel had verzoeker na een afwijzing van zijn de klacht bemiddeling kunnen vragen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. Verzoeker heeft zelf gekozen voor het inschakelen van rechtshulp, hetgeen hoge kosten met zich brengt.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek 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 bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is uitsluitend of de ziektekostenverzekeraar de onder 3.7 vermelde kosten van rechtsbijstand aan verzoeker dient te vergoeden. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 7.2. Vanaf 1 januari 2006 geldt op grond van artikel 2 Zvw voor Nederlandse ingezetenen een plicht zich te (laten) verzekeren tegen het in artikel 10 Zvw bedoelde risico. De artikelen 3 en 4 Zvw regelen de acceptatieplicht van de ziektekostenverzekeraar.
- 7.3. Het moment van ingang van de zorgverzekering is geregeld in artikel 4 van de zorgverzekering. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel als volgt:

“a De zorgverzekering gaat in op de dag waarop zorgverzekeraar het verzoek, bedoeld in artikel 3, eerste lid, Zvw, en, indien het tweede of vijfde lid van dat artikel van toepassing is, de aanduiding van de variant waar verzekeringnemer voor kiest, heeft ontvangen.

*b Indien zorgverzekeraar op basis van het in artikel 3, eerste lid, Zvw bedoelde verzoek niet vast kan stellen of hij verplicht is voor de te verzekeren persoon een zorgverzekering te sluiten, en hij de persoon die de verzekering wenst te sluiten in verband daarmee uitnodigt de voor deze vaststelling noodzakelijke gegevens te verschaffen, gaat de zorgverzekering, in afwijking van het onder a vermelde, in op de dag waarop laatstbedoelde persoon aan dit verzoek heeft voldaan.
(...)*

e Indien de zorgverzekering ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, werkt deze, zonodig in afwijking van artikel 7.17.1.1, eerste lid, van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, terug tot en met de dag waarop die plicht ontstond.”

- 7.4. Artikel 2 van de zorgverzekering bepaalt dat de zorgverzekering zijn grondslag vindt in de Zvw, de daarop gebaseerde uitvoeringsbesluiten, en het door verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier.
- 7.5. De commissie constateert dat de in artikel 4 van de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met het daaromtrent geregelde in artikel 5 van de Zvw
- 7.6. Verzoeker erkent, bij monde van zijn advocaat, verzekeringsplichtig te zijn op grond van de Zvw. Gesteld noch gebleken is dat deze verzekeringsplicht voor verzoeker eerst na 1 januari 2006 is ontstaan. De aanmelding voor de (verplichte) zorgverzekering ten behoeve van verzoeker heeft eerst op 17 juli 2006 plaatsgevonden.
- 7.7. In de toelichting op het aanvraagformulier staat vermeld:
- “Aan de hand van het door u ingevulde aanmeldingsformulier kunnen wij bepalen of de eventuele gezinsleden kunnen worden ingeschreven. Het is mogelijk dat wij eerst een nader onderzoek instellen. Wij zijn verplicht na te gaan of uw gezinsleden ingezetene zijn van Nederland. Wij controleren deze gegevens bij de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA) van de gemeente.”*
- 7.8. Voor verzoeker had het aldus redelijkerwijs duidelijk kunnen zijn, ook al is daarop tijdens het bezoek van de verzekeringnemer aan de verzekeringswinkel op 17 juli 2006 van de kant van de ziektekostenverzekeraar niet expliciet de aandacht gevestigd, dat de ziektekostenverzekeraar in sommige gevallen een onderzoek dient in te stellen naar het ingezetenschap en dat hij daarbij gebruik maakt van de gegevens uit de GBA.
- 7.9. In de procedure is gebleken dat de ziektekostenverzekeraar heeft geverifieerd of verzoeker in de GBA stond ingeschreven. Hoewel het al dan niet ingeschreven staan in de GBA niet van doorslaggevend belang is voor de beantwoording van de vraag of sprake is van ingezetenschap, en daarmee van verzekeringsplicht in het kader van de Zvw, kan dat daarvoor wel een indicator zijn. In dit geval is gebleken dat op 17 juli 2006 de inschrijving van verzoeker in de GBA was opgeschort, met als reden ‘emigratie’. Dit, mede in combinatie met de omstandigheid dat de ziektekostenverzekeraar ook zorgverzekeringen kent die zijn toegespitst op bepaalde provincies, maakt dat het de commissie niet onjuist voorkomt dat de ziektekostenverzekeraar – zoals hij in deze heeft gedaan – nader onderzoek instelt naar de verzekeringsplicht. Gelet op artikel 4 sub b gaat in een dergelijk geval de zorgverzekering in op het moment dat de persoon die de verzekering wenst te sluiten aan het verzoek om informatie heeft voldaan.
- 7.10. Uit de stukken maakt de commissie op dat de ziektekostenverzekeraar, al dan niet op basis van eigen kennis, op 16 augustus 2006 beschikte over de informatie op grond waarvan hij kon concluderen dat – op dat moment – daadwerkelijk sprake was van verzekeringsplicht van verzoeker. Een en ander heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar op 12 september 2006 een polisblad heeft afgegeven met als ingangsdatum 16 augustus 2006.

- 7.11. Verzoeker heeft nog gesteld dat de verzekeringnemer bij het inleveren van het aanvraagformulier in de verzekeringswinkel van de ziektekostenverzekeraar op 17 juli 2006, direct een (voorlopig) registratienummer heeft meegekregen. Deze stelling wordt door verzoeker echter niet onderbouwd en de ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 29 mei 2009, onder punt 22, en onder overlegging van onderliggende documenten, zich verweerd met het betoog dat de afgifte van een voorlopig registratienummer niet aannemelijk is.
- 7.12. Gezien het voorgaande is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar zich met recht op het standpunt kon stellen dat de ingangsdatum van de zorgverzekering diende te worden gesteld op 16 augustus 2006. Dat de ziektekostenverzekeraar later, vanwege een nadien door de ziektekostenverzekeraar gedane toezegging, de ingangsdatum heeft gewijzigd naar 17 juli 2006, nog daargelaten of dat juridisch correct is, doet daaraan niet af en brengt ook niet met zich dat om die reden de ziektekostenverzekeraar de kosten van juridische bijstand waarvan verzoeker thans vergoeding vordert rehtens voor rekening van de ziektekostenverzekeraar behoren te komen. Door verzoeker is niet aannemelijk gemaakt dat de ziektekostenverzekeraar tijdens het bezoek van de verzekeringnemer aan de verzekeringswinkel de indruk heeft gewekt dat op dat moment – 17 juli 2006 -- al een zorgverzekering tot stand was gekomen.
- 7.13. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat het verzoek moet te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 12 augustus 2009,

Voorzitter