

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door G te H tegen C te D vertegenwoordigd door E te F
Zaak : Premie, omzetting naar individuele polis, betalingsachterstand, incassokosten
Zaaknummer : 2011.01828
Zittingsdatum : 21 december 2011

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 2010, paragraaf 3.3 Zvw, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door G te H
tegen

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

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Verzoeker was bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering Natura (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 Aanvullende Zorgpolis Prima afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde 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. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker en zijn ouders bij brief van 17 augustus 2010 medegedeeld dat de polis van verzoekers ouders wordt beëindigd met ingang van 28 juli 2010, en dat voor verzoeker aansluitend een individuele polis wordt opge maakt.
- 3.2. Bij brief van 18 oktober 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van twee of meer maanden.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 4 november 2010 medegedeeld dat de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering (stilzwijgend) worden verlengd voor het jaar 2011.
- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 1 december 2010 medegedeeld dat de (premie)schuld voor de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering op dat moment € 496,84 bedraagt.
- 3.5. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormeld standpunt gevraagd. Bij brieven van 4 februari 2011 en 21 juni 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.6. Bij brief van 25 juli 2011 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de verzekering met terugwerkende kracht tot de ingangsdatum te beëindigen,

en te bepalen dat geen sprake is van een betalingsachterstand (hierna: het verzoek).

- 3.7. 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.
- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 19 oktober 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 3 november 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.9. Verzoeker heeft op 10 november 2011 gereageerd op het in overweging 3.8 bedoelde standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
- 3.10. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 10 november 2011 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 16 december 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.11. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 21 december 2011 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar stelt zich ten onrechte op het standpunt dat sprake is van een betalingsachterstand. Hiertoe voert verzoeker aan dat hij voorheen als verzekerde op de polis van zijn ouders stond. Zijn ouders zijn met ingang van 28 juli 2010 geëmigreerd naar België. De ziektekostenverzekeraar heeft in verband met deze emigratie de verzekering van verzoekers ouders beëindigd, en eigenmachtig een individuele polis voor hem opgemaakt. Volgens verzoeker ten onrechte aangezien nooit een nieuwe verzekering voor hem is afgesloten. Er kan dan ook geen sprake zijn van een (stilzwijgende) verlenging van de verzekering. Evenmin kan sprake zijn van een betalingsachterstand. Bovendien brengt de ziektekostenverzekeraar ten onrechte incassokosten bij hem in rekening. Met ingang van 1 januari 2011 is verzoeker bij een andere verzekeraar tegen ziektekosten verzekerd.
- 4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat ook zijn polis destijds is geroyeerd, zoals blijkt uit het afgegeven royementsblad. De ziektekostenverzekeraar is enkel om een offerte voor een individuele polis gevraagd, teneinde deze te kunnen vergelijken met andere aanbieders. Een offerte heeft verzoeker echter nooit ontvangen. Voorts stelt verzoeker dat hij nooit een nieuwe polis heeft gekregen. Hij heeft één rekening ontvangen van de ziektekostenverzekeraar en het hierbij vermelde bedrag is veel kleiner dan dat van de gestelde betalingsachterstand. Tot slot stelt verzoeker dat zijn huidige studentenverzekering veel goedkoper is.
- 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 de verzekering van verzoekers ouders met ingang van 28 juli 2010 is beëindigd in verband met emigratie naar België. Aangezien verzoeker in Nederland bleef wonen, is voor hem een individuele polis opgemaakt. Verzoeker kon namelijk geen aanspraak meer maken op deelname aan de collectieve verzekering (zoals voorheen het geval was). Om die reden is de verzekering individueel ook onder een ander polisnummer (3100050835) voortgezet. De ziektekostenverzekeraar voert verder aan dat voornoemde polis is opgemaakt overeenkomstig de voorwaarden van de oude verzekering.
- 5.2. Verzoeker heeft de nieuwe polis niet retour gezonden, zodat voortzetting op individuele basis is geaccepteerd. Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar dat de premie voor de periode van 28 juli 2010 tot en met 31 december 2010 (€ 617,17) niet is voldaan, ondanks betalingsherinneringen en aanmaningen naar adressen in zowel Amsterdam (woonadres verzoeker) als België (woonadres ouders). Daarom is de vordering op 30 mei 2011 overgedragen aan de incassogemachtigde.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar verklaart verder dat, ondanks dat de verschuldigde premie niet is voldaan, aan het verzoek van verzoeker om de verzekering met ingang van 1 januari 2011 te beëindigen, is voldaan.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat verzoekers ouders, naar aanleiding van de emigratie, een vragenformulier hebben ingevuld en retour gezonden. Op 17 augustus 2010 is een bevestiging gestuurd met beëindigingsdatum 28 juli 2010 naar het adres van verzoekers ouders. Hierbij is ook vermeld dat voor verzoeker een individuele polis zou worden opgemaakt. Deze polis is naar het woonadres van verzoeker in Amsterdam gestuurd. Daar zijn ook de brieven in verband met de betalingsachterstand heen gestuurd. Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar dat royement van de polis van verzoeker niet mogelijk was. Enkel deelname aan de collectiviteit is beëindigd, en er is een individuele verzekering aangeboden. Voortzetting van de oude verzekering was immers niet mogelijk. Tot slot verklaart de ziektekostenverzekeraar dat de achterstand inmiddels meer dan € 800,-- beloopt.
- 5.5. 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. In geschil zijn het bestaan van de in overweging 2.1 omschreven verzekeringsrelatie voor de periode van 28 juli 2010 tot en met 31 december 2010, de verschuldigdheid van de premie voor de afgesloten verzekeringen, de door de ziektekostenverzekeraar genoemde premieachterstand, en de bij verzoeker in rekening gebrachte incassokosten.
8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van het geschil tussen partijen zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. Artikel 6 van de zorgverzekering regelt het begin, de duur en de beëindiging van de verzekering.
- 8.3. Artikel 3 van de zorgverzekering regelt de verschuldigdheid van premie. Hierbij is bepaald dat de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling is verschuldigd. Voorts is bepaald dat bij niet-tijdig betalen onder meer administratiekosten en (buitengerechtigde) invorderingskosten in rekening kunnen worden gebracht.
- 8.4. De (wijze van) premiebetaling voor de aanvullende verzekering is geregeld in artikel 2 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Hierbij is onder meer geregeld dat de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering bij vooruitbetaling is verschuldigd. Voorts is bepaald dat bij niet-tijdig betalen invorderingskosten in rekening kunnen worden gebracht.
- 8.5. 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 voor de zorgverzekering 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 voor de nieuw opkomende maanden een – hogere – bestuursrechtelijke premie van toepassing wordt (in plaats van de premiebetaling aan de ziektekostenverzekeraar), alsmede een ander incassoregime, waarbij onder andere bronheffing en incasso door het CJIB mogelijk zijn. Aan het regime bij het CVZ komt doorgaans weer een einde zodra de schuld uit de zorgverzekering is ingelost of een schuldregeling wordt getroffen.
- 8.6. Voor zover hier van belang, bepaalt artikel 18a Zvw het volgende:

“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.

2. De betalingsregeling bestaat ten minste uit de volgende elementen:

- a. een machtiging van de verzekeringnemer aan de zorgverzekeraar tot maandelijkse automatische incasso van nieuw vervallende termijnen van de premie dan wel een opdracht aan een derde van wie de verzekeringnemer periodieke betalingen ontvangt, om namens hem en onder inhouding van de desbetreffende bedragen op deze betalingen, periodiek rechtstreeks aan de zorgverzekeraar het bedrag van nieuw vervallende termijnen van de premie te betalen,*
- b. afspraken inzake de afwikkeling van de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden van de verzekeringnemer aan de zorgverzekeraar, inclusief rente en incassokosten, en de termijnen waarbinnen betaling zal plaatsvinden, en*
- c. een toezegging van de zorgverzekeraar, inhoudende dat hij de zorgverzekering of de dekking daarvan gedurende de looptijd van de betalingsregeling niet om reden van het bestaan van de schulden, bedoeld in onderdeel b, zal beëindigen, schorsen of opschorten, zolang de verzekeringnemer de machtiging of de opdracht, bedoeld in onderdeel a, niet intrekt en de af-*

spraken, bedoeld in onderdeel b, nakomt.

3. Indien de verzekeringnemer een ander heeft verzekerd en ten aanzien van diens verzekering een premie-achterstand als bedoeld in het eerste lid is ontstaan, omvat het aanbod, bedoeld in het eerste lid, tevens een bereidverklaring opzegging van deze verzekering met ingang van de dag waarop de betalingsregeling van kracht wordt, te aanvaarden, mits:

a. de verzekerde zichzelf uiterlijk met ingang van dezelfde dag krachtens een andere zorgverzekering verzekerd heeft, en

b. deze, indien deze zorgverzekering bij dezelfde zorgverzekeraar is gesloten, terzake van de premie voor deze verzekering een volmacht of opdracht als bedoeld in het tweede lid, onderdeel a, heeft gegeven.

4. Tegelijk met het aanbod deelt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer schriftelijk mee dat deze een termijn van vier weken heeft om het te aanvaarden, waarbij de verzekeraar bovendien aangeeft wat de gevolgen zullen zijn indien het aanbod niet wordt aanvaard en de premieschuld, rente en incassokosten buiten beschouwing gelaten, tot zes of meer maandpremies zal zijn opgelopen, en wijst hij de verzekeringnemer op de mogelijkheid van schuldhulpverlening, waarbij hij tevens informatie verstrekt over de vormen hiervan en wijze waarop deze kan worden verzocht.

5. Indien het derde lid van toepassing is, zendt de zorgverzekeraar de verzekerde tegelijk met de verzending van de in het eerste tot en met vierde lid bedoelde stukken aan de verzekeringnemer, afschriften van deze stukken."

- 8.7. Uit de memorie van toelichting op het Wetsvoorstel Structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering (TK 2008-2009, 31736, nr. 3, pag. 28) kan worden afgeleid dat de premieachterstand als bedoeld in artikel 18a Zvw, ziet op de premieachterstand per zorgverzekering en niet per polis (waarop meerdere zorgverzekeringen c.q. verzekerden vermeld kunnen staan). Verder is voor toepassing van de regeling als opgenomen in artikel 18a Zvw uitsluitend de premie voor de zorgverzekering van belang.

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. De Zorgverzekeringswet en de daarop gebaseerde uitvoeringsbesluiten gaan uit van een individuele verzekeringsplicht. Het is een keuze van de ziektekostenverzekeraar de verschillende verzekerden binnen een gezin op één polis en onder één polisnummer te registreren. De thans voorliggende problematiek vindt zijn oorzaak mede in die keuze.
- 9.2. Uit het overgelegde royementsblad blijkt eenduidig dat de verzekering van verzoeker op 28 juli 2010 is beëindigd. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat uitsluitend de deelname aan de collectiviteit met ingang van genoemde datum is gestaakt treft derhalve geen doel. De vraag is dan ook of aansluitend een nieuwe individuele verzekering tot stand is gekomen. Door de ziektekostenverzekeraar is in dit verband gesteld dat hij verzoeker hiertoe een aanbod heeft gedaan en dat ook het (nieuwe) polisblad naar het woonadres van verzoeker is gezonden. Door verzoeker is verklaard dat het betreffende aanbod nimmer is ontvangen en dat het zelfde geldt voor het polisblad. Verzoeker heeft bovendien structureel geweigerd de premie voor de – individuele – verzekering te betalen. De commissie concludeert dat de ziektekostenverzekeraar in de procedure niet aannemelijk heeft gemaakt dat verzoeker het aanbod voor een individuele verzekering heeft ontvangen. Voorts zijn er geen aanwijzingen dat verzoeker zelf om voortzetting van de verzekeringsrelatie – al dan niet op individuele basis – heeft verzocht. Dit alles leidt tot het oordeel dat met ingang van 28 juli 2010 geen nieuwe ziektekostenverzekeringsovereenkomst tot stand is gekomen.

- 9.3. Nu in de periode van 28 juli 2010 tot en met 31 december 2010 geen sprake was van een verzekering bij de ziektekostenverzekeraar, rust op verzoeker geen verplichting tot premiebetaling. Zodoende kan evenmin sprake zijn van overdracht van een vordering, betreffende deze periode, aan de incassogemachtigde.
- 9.4. Aangezien verzoeker geen premie is verschuldigd over het tijdvak van 28 juli 2010 tot en met 31 december 2010, is de commissie tevens van oordeel dat de onder 3.2 en 3.3 bedoelde brieven van de ziektekostenverzekeraar ten onrechte zijn verzonden. Bovendien vordert de ziektekostenverzekeraar ten onrechte incassokosten van verzoeker onderscheidenlijk diens vader.
- 9.5. Voor zover door verzoeker in de periode van 28 juli 2010 tot en met 31 december 2010 kosten zijn gemaakt die door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed, is het aan verzoeker vergoeding te verlenen voor deze kosten. Eventuele andere consequenties van het tijdelijk onverzekerd raken van verzoeker liggen niet ter beoordeling voor bij de commissie.
- 9.6. Verzoeker heeft met ingang van 1 januari 2011 zelf invulling gegeven aan de bestaande verzekeringsplicht door elders een verzekering te sluiten. De ziektekostenverzekeraar was al in een eerder stadium met de beëindiging per die datum akkoord gegaan, zodat de kwestie van de stilzwijgende verlenging geen verdere bespreking behoeft.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen met inachtneming van het bepaalde onder 9.5.
- 9.8. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe met inachtneming van het bepaalde onder 9.5.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 11 januari 2012,

Voorzitter