

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B versus C te D, in deze vertegenwoordigd door E te F
Zaak	: Premie, schadevergoeding
Zaaknummer	: 2008.02573
Zittingsdatum	: 8 april 2009

Zaak: 2008.02573 (Premie, schadevergoeding)

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, artt.16 en 17 Zvw, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen

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

2. De bestreden beslissing

Verzoeker vordert schadevergoeding wegens het onjuist in rekening brengen van nota's, het onterecht inschakelen van een incassobureau en het ten onrechte beëindigen van de aanvullende ziektekostenverzekering.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Standaardverzekering, variant Natura (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullende Verzekering Plus afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Bij brief van 24 april 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 165,10 bij verzoeker teruggevorderd vanwege de door hem onterecht ontvangen no-claimteruggave over het jaar 2006. Tevens zijn twee bedragen van € 251,72 en € 19,91 door de ziektekostenverzekeraar teruggevorderd. Verzoeker is het niet eens met de terugvordering van de no-claimteruggave ad € 165,10 en heeft bij brief van 7 juli 2008 aan de ziektekostenverzekeraar gevraagd om uitleg. Tevens heeft hij een klacht ingediend tegen de terugvordering van de beide andere bedragen. Na enige correspondentie heeft de zorgverzekeraar uiteindelijk de gehele vordering overgedragen aan een incassobureau. Bij brief van 28 augustus 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker laten weten dat zijn aanvullende verzekering met ingang van 1 oktober 2008 is beëindigd wegens een achterstand in de betalingen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 10 november 2008 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is schadevergoeding te betalen wegens het onjuist in rekening brengen van nota's; het onterecht inschakelen van een incassobureau en het ten onrechte beëindigen van de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.6. 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 is een afschrift van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 19 februari 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 februari 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 16 maart 2009 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 20 maart 2009 schriftelijk medegedeeld 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 van de no-claimteruggave over 2006 ten onrechte een bedrag van € 165,10 is teruggevorderd. Anders dan waar de zorgverzekeraar kennelijk vanuit gaat, heeft verzoeker in 2006 geen behandeling ondergaan in een ziekenhuis. Hij heeft aan de ziektekostenverzekeraar gevraagd contact op te nemen met het betrokken ziekenhuis vanwege een kennelijk onjuist ingediende declaratie. De ziektekostenverzekeraar heeft dit in eerste instantie echter geweigerd en heeft zich op het standpunt gesteld dat verzoeker zelf zich tot het ziekenhuis moest wenden. De ziektekostenverzekeraar heeft op onjuiste gronden een incassobureau ingeschakeld. Verzoeker heeft kosten moeten maken om deze procedure te laten stoppen.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker medegedeeld dat de aanvullende verzekering beëindigd zou zijn met ingang van 1 oktober 2008. Uiteindelijk bleek deze verzekering echter niet te zijn beëindigd. Verzoeker was hiervan niet van op de hoogte, en is daarom van mening dat de ten onrechte geïncasseerde premies terugbetaald dienen te worden.
- 4.3. Verzoeker maakt aanspraak op premierestitutie en op vergoeding van de kosten van correspondentie, telefoonkosten en reiskosten die hij heeft gemaakt om de situatie die door de ziektekostenverzekeraar was veroorzaakt, te herstellen.
- 4.4. 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 de aanvullende ziektekostenverzekering inderdaad ten onrechte is beëindigd. Van die beëindiging is evenwel nooit een schriftelijke bevestiging gestuurd of een aangepast polisblad. De niet-beëindiging is ook af te leiden uit de vergoeding aan verzoeker vanuit de betreffende aanvullende verzekering voor een behandeling fysiotherapie met behandeldatum 9 december 2008. Op dit moment staat nog een bedrag open van € 19,91, welk bedrag wordt kwijtgescholden. Wat betreft de no-claimteruggave heeft de ziektekostenverzekeraar één en ander in december 2008 gecorrigeerd na ontvangst van een creditnota van het desbetreffende ziekenhuis.
- 5.2. In artikel 10 van de zorgverzekering is bepaald dat geen aanspraak bestaat op vergoeding van kosten die het indirecte gevolg zijn van handelen of nalaten van de ziektekostenverzekeraar.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is 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. Gelet op de correctie in december 2008 inzake de no-claimteruggave is thans nog louter in geschil of de ziektekostenverzekeraar gehouden is aan verzoeker premierestitutie te verlenen, respectievelijk een schadevergoeding te betalen wegens het onjuist in rekening brengen van nota's; het onterecht inschakelen van een incassobureau en het ten onrechte beëindigen van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 7.2. Artikel 3 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden premie dient te worden voldaan. Het artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"(...)

3.3 Verschuldigdheid van premie

De verzekeringnemer is premie verschuldigd. (...)

3.4 Betaling van premie

De verzekeringnemer is verplicht de premie, alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen op de bij de aanmelding overeengekomen wijze bij vooruitbetaling te voldoen. (...)

3.5 Vordering

Het is de verzekeringnemer niet toegestaan om de te betalen bedragen te verrekenen met een van de maatschappij te ontvangen bedrag.

3.7 Niet tijdig betalen

(...)

3.7.5 De maatschappij kan achterstallige premie en kosten als bedoeld in lid 3.7.3 verrekenen met schadekosten die de verzekerde bij hem heeft gedeclareerd dan wel met andere van de maatschappij te ontvangen bedragen. (...)"

Artikel 10 van de zorgverzekering bevat in lid 5 een regeling omtrent vergoeding van schade en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"10.5 vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van het handelen of nalaten van de maatschappij"

- 7.3. De artikelen 3 en 10 zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.4. De verschuldigdheid en de grondslag van premie, evenals de daarop toe te passen korting zijn naar aard en omvang geregeld in artikel 16 en 17 Zvw.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. De commissie stelt voorop dat verzoeker verplicht is de premie voor de zorgverzekering te voldoen. Indien hij daarbij in gebreke blijft, heeft de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid zijn vordering over te dragen aan een incassobureau. In het onderhavige geval staat echter vast dat de vordering ten onrechte is overgedragen.
- 7.7. In geschil is meer concreet of verzoeker aanspraak heeft op een bedrag van € 15,-- voor de correspondentie, € 85,-- aan reiskosten en € 10,-- aan telefoonkosten. Volgens de polisvoorwaarden is van vergoeding uitgesloten de vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van de handelwijze van de ziektekostenverzekeraar. De commissie is van oordeel dat een zodanige uitsluiting wordt vermoed onredelijk bezwarend te zijn, gelet op het bepaalde in artikel 6:237 sub b en f BW. Het beroep op de bepaling kan de ziektekostenverzekeraar dan ook niet baten.
- 7.8. Voor vergoeding komen slechts die kostenposten in aanmerking waarvan het redelijk is dat die zijn gemaakt, mits ook de omvang van de kosten redelijk is. Dat verzoeker zich redelijkerwijs genoopt heeft moeten voelen om reiskosten te maken is onvoldoende aannemelijk geworden, zodat die kosten niet voor vergoeding in aanmerking komen. Hetzelfde geldt voor de telefoonkosten voor zover die hoger zijn in verband met het feit dat verzoeker vanuit het buitenland met de ziektekostenverzekeraar heeft gebeld. De gevorderde kosten van correspondentie hadden grotendeels, doch niet geheel, kunnen worden vermeden. Gelet op het vorenoverwogene acht de commissie termen aanwezig om verzoeker een schadevergoeding toe te kennen waarvan de omvang in goede justitie wordt vastgesteld op € 20,--.
- 7.9. Hoewel het verzoek, voor zover dat ziet op de gevorderde schadevergoeding, gelet op het voorgaande grotendeels dient te worden afgewezen, acht de commissie wel termen aanwezig de ziektekostenverzekeraar te verplichten het betaalde entreegeld ad € 37,-- te vergoeden, daarbij mede in aanmerking nemende dat verzoeker eerst door inschakeling van de commissie over een aantal zaken duidelijkheid heeft gekregen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.10. Nu de aanvullende ziektekostenverzekering niet beëindigd blijkt te zijn en door de ziektekostenverzekeraar dekking is verleend, kan deze verder buiten beschouwing blijven. Eventuele verdere, door verzoeker gemaakte kosten kunnen worden gedeclareerd, zodat hij geen schade lijdt. De commissie acht het onder de gegeven omstandigheden niet redelijk dat de premie voor deze verzekering wordt gerestitueerd. Het in stand laten van de aanvullende ziektekostenverzekering leidt immers tot de situatie die zou hebben bestaan indien de ziektekostenverzekeraar niet abusievelijk aan verzoeker had bericht dat deze was beëindigd.
- 7.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, voor zover dat ziet op de aanvullende ziektekostenverzekering, dient te worden afgewezen.
- 8. Het bindend advies
 - 8.1. De commissie wijst het verzoek toe, zoals hiervoor vermeld.
 - 8.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 8 april 2009,

Voorzitter