

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen E te F en G te H
Zaak : Premie, premieachterstand: aanmelding CVZ, beëindiging
vanwege vertrek naar het buitenland, Invoerings- en aanpas-
singswet Zorgverzekeringswet
Zaaknummer : 2011.02692
Zittingsdatum : 18 april 2012

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2006-2011, artt. 2, 16 en paragraaf 3.3 Zvw, artikel IX Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2006, artikel 2.5.1 I&A-wet, art. 5 AWBZ, artikel 3:37 BW)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,
tegen

1) E te F, en

2) G te H,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Verzoeker is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker tot en met 30 september 2006 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvullende ziektekostenverzekering 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 met ingang van 1 augustus 2010 aangemeld bij het College voor zorgverzekeringen (hierna: CVZ) vanwege een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van hemzelf van zes of meer maanden.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormeld standpunt gevraagd. Bij brief van 4 april 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 25 november 2011 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar over de periode dat hij in België verbleef ten onrechte de premie bij hem in rekening heeft gebracht, alsmede te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar hem ten onrechte heeft aangemeld bij het CVZ (hierna: het verzoek).
- 3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 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 brieven van 28 februari en 3 april 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Afschriften hiervan zijn op 6 maart en 5 april 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.6. Verzoeker heeft op 20 maart en 17 april 2012 gereageerd op het in overweging 3.5 bedoelde standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Afschriften van deze reacties zijn op 22 maart en 19 april 2012 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. De ziektekostenverzekeraar is daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op bedoelde reacties te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 25 april 2012 de commissie medegedeeld zijn eerder ingenomen standpunt te handhaven. Een afschrift van deze brief is op 1 mei 2012 aan de wederpartij gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 17 en 18 april 2012 telefonisch medegedeeld niet te willen worden gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. De ziektekostenverzekeraar stelt zich ten onrechte op het standpunt dat verzoeker over de periode van 1 oktober 2005 tot en met 31 mei 2010 in Nederland premie is verschuldigd. Verzoeker heeft zich op 25 oktober 2005 in België gevestigd. Weliswaar werkte hij gedurende de periode van 1 oktober 2007 tot 1 november 2009 voor een Nederlandse werkgever, maar verzoeker was tot en met 31 mei 2010 woonachtig in België. In juni 2010 is verzoeker weer naar Nederland gekomen. Verzoeker is van mening dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte de premie bij hem in rekening brengt over de periode dat hij in België verbleef.
- 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. Verzoeker is vanaf 26 mei 2005 bij de (rechtsvoorganger van de) ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten. Eind 2005 is hem, als bestaande verzekeringsrelatie, door de ziektekostenverzekeraar of diens rechtsvoorganger een aanbod voor een zorgverzekering gedaan. Verzoeker heeft dit aanbod niet tijdig verworpen en evenmin de tot stand gekomen verzekering tijdig ontbonden zodat de ziekenfondsverzekering van verzoeker op 1 januari 2006 is geëindigd en aansluitend bij de ziektekostenverzekeraar een zorgverzekering tot stand is gekomen. Een bericht van verhuizing naar België is bij de ziektekostenverzekeraar niet bekend. Daarbij komt dat een verblijf in het buitenland niet zonder meer leidt tot een beëindiging van de verzekeringsplicht. Zolang een verzekerde werkzaamheden verricht die door de Nederlandse Belastingdienst worden belast, blijft een verzekerde op grond van de Zvw verzekeringsplichtig. Op verzoeker is laatstgenoemde situatie van toepassing, aangezien hij werkzaamheden heeft verricht voor een in Nederland gevestigd bedrijf. Het voorgaande brengt met zich dat verzoeker doorlopend in Nederland verzekeringsplichtig is geweest en dat ook de verplichting tot premiebetaling in stand is gebleven.
- 5.2. Verder stelt de ziektekostenverzekeraar dat, met betrekking tot de periode van 1 maart 2006 tot en met 31 juli 2010, naar de stand van 28 februari 2012 sprake is van een betalingsachterstand van € 4.766,90, exclusief rente en incassokosten. Per saldo belooft de achterstand in de betaling van de premie voor de zorgverzekering van

verzoeker ten minste zes maanden en daarom is hij met ingang van 1 augustus 2010 aangemeld bij het CVZ.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 16 van de zorgverzekering 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.
- 6.2. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekeringen van vóór 1 januari 2008.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil of ten behoeve van verzoeker op 1 januari 2006 bij de ziektekostenverzekeraar een zorgverzekering tot stand is gekomen, en – in het verlengde hiervan – of al dan niet een betalingsachterstand bestaat en of hij, indien dit het geval is, terecht is aangemeld bij het CVZ.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van het geschil tussen partijen zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. Ingevolge artikel 9 van de zorgverzekering (2006) is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd. Eenzelfde regeling is opgenomen in de verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekering voor de kalenderjaren 2007 tot en met 2011.
- 8.3. Op grond van artikel 2 lid 1 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) is degene die ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de daarop gebaseerde regelgeving van rechtswege verzekerd is, verplicht zich krachtens een zorgverzekering te verzekeren of te laten verzekeren.
In artikel 5 van de AWBZ is bepaald wie verzekerd is conform de bepalingen van deze wet. In lid 2 is bepaald dat iedere Nederlands ingezetene in beginsel verzekerd is. Het Besluit uitbreiding en beperking kring der verzekerden volksverzekeringen 1999 (Bub) bevat op dit punt een nadere regeling.
- 8.4. Artikel 16 Zvw regelt in welke gevallen voor de zorgverzekering geen premie verschuldigd is en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“Artikel 16

1. *Krachtens de zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd.*
2. *In afwijking van artikel 925 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek en van het eerste lid:*
a. *is geen premie verschuldigd tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin een verzekerde de leeftijd van achttien jaren heeft bereikt;*
b. *is geen premie verschuldigd over de periode, bedoeld in artikel 18d, eerste lid.”*

- 8.5. Artikel 2.5.1 Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet regelt de verplichting voor de ziektekostenverzekeraar tot het doen van een aanbod tot het sluiten van een zorgverzekering, en luidt, voor zover hier van belang:

*“In afwijking van artikel 217 van Boek 6 van het Burgerlijk Wetboek en van artikel 41, eerste lid, van de Wet financiële dienstverlening, is een verzekeringsplichtige die voor 16 december 2005 van zijn ziekenfonds of zijn ziektekostenverzekeraar een aanbod heeft ontvangen tot het sluiten van een zorgverzekering met een in dat aanbod aangewezen zorgverzekeraar, met ingang van 1 januari 2006 volgens de in dat aanbod aangeduide variant van de zorgverzekering bij die zorgverzekeraar verzekerd, tenzij hij degene die het aanbod deed voor die datum heeft laten weten het aanbod te verwerpen.
(...)”*

- 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 zorgverzekeraar 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.

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 zorgverzekeraar 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.

- 8.7. Voor zover hier van belang, bepalen de artikelen 18c Zvw en artikel IX van de Wsmwz het volgende:

“Artikel 18c

1. Indien ten aanzien van een zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een premieschuld ter hoogte van zes of meer maandpremies is ontstaan, meldt de zorgverzekeraar dit, onder vermelding van de voor de heffing van de bestuursrechtelijke premie alsmede voor de uitvoering van artikel 34a noodzakelijke persoonsgegevens van de verzekeringnemer en de verzekerde, aan het College zorgverzekeringen, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, aan de verzekerde.

2. De melding geschiedt niet:

a. in geval van tijdige betwisting als bedoeld in artikel 18b, eerste lid, zolang de zorgverzekeraar zijn standpunt dienaangaande niet aan de verzekeringnemer en, indien dit een ander dan de verzekeringnemer is, aan de verzekerde heeft kenbaar gemaakt;

b. gedurende de termijn, genoemd in artikel 18b, tweede lid;

c. ingeval van tijdige voorlegging van het geschil aan een onafhankelijke instantie of aan de burgerlijke rechter als bedoeld in artikel 18b, tweede lid, zolang op het geschil niet onherroepelijk is beslist;

(...)”

”Artikel IX

(...)

4. Indien op de datum van inwerkingtreding van deze wet ten aanzien van een zorgverzekering volgens de administratie van de zorgverzekeraar reeds een premieschuld van vier of meer maanden bestaat, doet een zorgverzekeraar, in afwijking van artikel 18b, de daar bedoelde mededeling:

a. zodra de termijn voor aanvaarding van het aanbod, bedoeld in het eerste lid, is verlopen zonder dat het aanbod is aanvaard, of

b. het aanbod is aanvaard en desondanks toch nieuw vervallende termijnen van de premie niet voldaan worden.

5. Een voor de datum van inwerkingtreding van deze wet gedaan aanbod tot het treffen van een betalingsregeling, dat aan de eisen van artikel 18a van de Zorgverzekeringswet juncto het tweede lid van dit artikel zou hebben voldaan indien die bepalingen op de datum waarop het aanbod is gedaan reeds in werking zouden zijn getreden, en een voor de datum van inwerkingtreding van deze wet gedane mededeling die aan de eisen van artikel 18b van de Zorgverzekeringswet juncto het vierde lid van dit artikel zou hebben voldaan indien deze bepalingen op het moment van verzending van de mededeling in werking zouden zijn getreden en waartegen de verzekeringnemer of, indien dit een ander dan de verzekeringnemer is, de verzekerde, bij de verzekeraar en vervolgens bij een onafhankelijke instantie als bedoeld in artikel 114 van de Zorgverzekeringswet of de burgerlijke rechter heeft kunnen opkomen als ware artikel 18b van de Zorgverzekeringswet reeds in werking getreden, gelden voor de toepassing van artikel 18c van die wet en het gestelde bij en krachtens artikel 34a van die wet als aanbod en mededeling als bedoeld in artikel 18a respectievelijk 18b van die wet.

(...).”

8.8. Artikel 3:37 BW ziet op de werking van verklaringen en luidt als volgt:

“Artikel 37

(...)

3. Een tot een bepaalde persoon gerichte verklaring moet, om haar werking te hebben, die persoon hebben bereikt. Nochtans heeft ook een verklaring die hem tot wie zij was gericht, niet of niet tijdig heeft bereikt, haar werking, indien dit niet of niet tijdig bereiken het gevolg is van zijn eigen handeling, van de handeling van personen voor wie hij aansprakelijk is, of van andere omstandigheden die zijn persoon betreffen en rechtvaardigen dat hij het nadeel draagt.

(...)”

9. Beoordeling van het geschil

Totstandkoming zorgverzekering

9.1. Op 1 januari 2006 is een nieuw ziektekostenstelsel ingevoerd waardoor onder andere iedere Nederlands ingezetene in beginsel verplicht is tot het sluiten van een zorgverzekering. Ingevolge artikel 2.5.1 Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet (hierna: I&A-wet) hebben alle op dat moment verzekerde personen een aanbod tot het sluiten van een zorgverzekering gekregen van hun verzekeraar. Door verzoeker is onweersproken gesteld dat hij op 26 oktober 2005, ten tijde van zijn verhuizing naar België, niet (meer) in Nederland in loondienst werkzaam was en dat hij geen recht had op een Nederlandse sociale uitkering. Op basis hiervan neemt de commissie als vaststaand aan dat verzoeker ook niet langer gerechtigd was tot de ziekenfondsverzekering. Derhalve behoorde verzoeker niet tot de groep waarvoor eerder genoemd aanbod was bedoeld.

9.2. Daarnaast heeft verzoeker gesteld dat het door de ziektekostenverzekeraar of diens rechtsvoorganger aan hem gezonden aanbod voor een zorgverzekering hem niet heeft bereikt. Uit artikel 3:37 lid 3 BW volgt dat een verklaring, om zijn werking te

hebben, de wederpartij moet hebben bereikt. Na daartoe door de commissie uitdrukkelijk in de gelegenheid te zijn gesteld heeft de ziektekostenverzekeraar niet aanneemelijk gemaakt dat het aanbod door verzoeker is ontvangen, dan wel dat tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar langs een andere weg een zorgverzekering tot stand is gekomen.

- 9.3. Uit de door partijen overgelegde stukken blijkt dat verzoeker na 1 januari 2006 over bepaalde tijdvakken – bijvoorbeeld gedurende de periode dat verzoeker werkzaamheden verrichtte in Nederland en vanaf september 2010 – weliswaar in Nederland verzekeringsplichtig is geweest, maar de commissie is niet gebleken dat verzoeker toentertijd bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag heeft gedaan voor een zorgverzekering. Een en ander heeft tot gevolg dat ook na 1 januari 2006 tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar geen zorgverzekering tot stand is gekomen. Partijen dienen derhalve hetgeen over en weer is gepresteerd in het kader van de zorgverzekering ongedaan te maken. Voor zover verzoeker premie heeft voldaan, heeft hij aanspraak op restitutie daarvan. Daarentegen heeft verzoeker geen recht op de no-claimteruggave over de jaren 2006 en 2007, welke door de ziektekostenverzekeraar intussen deels werd verrekend met de achterstallige premie. Onduidelijk is of door de ziektekostenverzekeraar kosten zijn vergoed. Mocht dit het geval zijn, dan heeft de ziektekostenverzekeraar recht op teruggave van in het kader van de zorgverzekering uitgekeerde declaraties.

Aanmelding CVZ

- 9.4. Nu de commissie hiervoor tot het oordeel is gekomen dat tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar geen zorgverzekering tot stand is gekomen, kan dus ook geen achterstand van ten minste zes maandpremies voor de zorgverzekering zijn opgebouwd en is verzoeker ten onrechte aangemeld bij het CVZ. Aangezien de melding van verzoeker bij het CVZ onterecht heeft plaatsgevonden, is de ziektekostenverzekeraar gehouden de daarmee voor verzoeker gepaard gaande financiële gevolgen ongedaan te maken. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker dient te vergoeden al hetgeen door of namens het CVZ in het kader van de bestuursrechtelijke premieheffing als bedoeld in artikel 18d Zvw is geheven en (wordt) geïnd, een en ander van het moment van aanmelding tot de eerste van de maand volgende op de maand waarin dit bindend advies is uitgebracht, en uitsluitend voor zover door het CVZ (in het kader van de eindafrekening) nog geen restitutie van de geïnde bestuursrechtelijke premie heeft plaatsgevonden of zal plaatsvinden.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.6. Aangezien het verzoek dient te worden toegewezen, ligt het – mede indachtig artikel 17 van het reglement van de commissie – in de rede dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker vergoedt.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 9 mei 2012,

Voorzitter