



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, vertegenwoordigd door IAK
Verzekeringen B.V. te Eindhoven
Zaak : Premie, hoogte jaarpremie, polisblad
Zaaknummer : 201502084
Zittingsdatum : 26 oktober 2016

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, paragraaf 3.3 Zvw, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015, en art. 7:932 BW)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar,
vertegenwoordigd door IAK Verzekeringen B.V. te Eindhoven.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Verzoeker was voor het jaar 2015 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het Keuze Zorg Plan (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Tevens had verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar ten behoeve van twee andere personen een zorgverzekering afgesloten. Verder waren ten behoeve van verzoeker en één door hem verzekerde persoon bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen IAK Compact Pakket, Alternatieve zorg 250 en Fysio 300 afgesloten, en ten behoeve van de andere door verzoeker verzekerde persoon de aanvullende ziektekostenverzekering IAK Jong pakket (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle hiervoor genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Bij e-mailbericht van 5 februari 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker verzocht een door hem geconstateerde vordering van € 814,60 te voldoen. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om opheldering gevraagd, waarna deze bij e-mailbericht van 11 maart 2015 aan verzoeker heeft medegedeeld dat de op het polisblad van 24 december 2014 vermelde premie enkel betrekking heeft op de periode van 1 januari tot en met 30 april 2015, zulks vanwege het op 4 april 2015 bereiken van de leeftijd van 65 jaar.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormeld standpunt gevraagd. Bij e-mailbericht van 1 juli 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 25 februari 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) primair verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de op het polisblad vermelde bedragen voor het gehele jaar 2015 te hanteren, en subsidiair, bij afwijzing van het primaire verzoek, te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar niet gerechtigd is de verschuldigde

 premie met ingang van 1 mei 2015 te verhogen vanwege het bereiken van de 65-jarige leeftijd (hierna: het verzoek).

 3.5. 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.

 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 9 juni 2016 en e-mailbericht van 20 juni 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Afschriften hiervan zijn op 28 juni 2016 aan verzoeker gezonden.

 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 8 juli 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 6 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.

 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 26 oktober 2016 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

 4.1. Verzoeker heeft, mede ten behoeve van twee andere personen die tot zijn gezin behoren, een collectieve zorgverzekering afgesloten bij de ziektekostenverzekeraar. Begin december 2014 heeft verzoeker de nieuwe polis voor het jaar 2015 ontvangen, met daarop vermeld de verschuldigde premiebedragen. In januari 2015 heeft verzoeker de op het polisblad genoemde jaarpremie voldaan.

 4.2. Ongeveer een maand nadat verzoeker de verschuldigde jaarpremie had betaald, ontving hij betalingsherinneringen. Aangezien verzoeker deze betalingsherinneringen niet begreep, heeft hij verschillende keren telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar. Hieruit is het verzoeker gebleken dat de voor hem op het polisblad vermelde premie slechts de tot mei 2015 verschuldigde premie betrof. De ziektekostenverzekeraar heeft de premie voor het jaar 2015 destijds gesplitst omdat verzoeker op 4 april 2015 de leeftijd van 65 jaar zou bereiken. Verzoeker is hierover door de ziektekostenverzekeraar echter nooit geïnformeerd.

 4.3. Nadat verzoeker van de ziektekostenverzekeraar de nota voor de premie voor de periode van 1 mei 2015 tot en met 31 december 2015 had ontvangen, viel het hem op dat de maandpremie voor deze periode hoger is dan voor de eerste vier maanden van 2015. Ook deze premieverhoging zou te maken hebben met het bereiken van de 65-jarige leeftijd. Over deze verhoging is verzoeker evenmin eerder geïnformeerd.

 4.4. Volgens verzoeker dient de ziektekostenverzekeraar de op het in december 2014 afgegeven polisblad vermelde premie voor het gehele jaar 2015 te hanteren. Op dit polisblad staat immers dat de berekende premie betrekking heeft op de periode van 1 januari tot en met 31 december 2015.

 4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar een door de overheid vastgestelde procedure vrij interpreteert. De vraag is wat de minimale eisen zijn. De ziektekostenverzekeraar beroept zich vaak op de 'kleine lettertjes'. Een fout in een offerte mag dan niet voorkomen. In de offerte voor de verzekering van verzoeker is evenwel een fout gemaakt, en in 2016 is het zelfde gebeurd bij de offerte voor de verzekering van zijn dochter. De ziektekostenverzekeraar stapelt fout op fout, en dit is uit onkunde of arrogantie. De fout in het polisblad is erin gelegen dat de verzekerde periode loopt van 1 januari tot en met 31 december 2015, maar dat de berekende premie niet ziet op deze periode. Er hadden twee premiebedragen kunnen worden vermeld. Dat de premie zou veranderen is van tevoren niet medegedeeld aan verzoeker. Hij was in de veronderstelling dat de premie voor het gehele jaar 2015 € 381,80 bedroeg. Eerst nadat correct was betaald, bleek dit anders te zijn. Voorts heeft verzoeker gesteld dat niet

alleen de premie, maar ook de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering per 1 mei 2015 zijn gewijzigd. Dit had hem eveneens van tevoren moeten worden gemeld. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft hierover ook een opmerking gemaakt.

4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Verzoeker was verzekerd conform de voorwaarden van de collectiviteit van de NMT. De risicodragers van die collectiviteit heeft besloten om de collectiviteitskorting op de basisverzekering per 1 januari 2015 te laten vervallen. Over dit besluit is verzoeker (via zijn tussenpersoon) geïnformeerd, en hem is een aanbieding gedaan voor een verzekeringspakket bij een andere risicodragers - de ziektekostenverzekeraar - waarbij wel een collectiviteitskorting geldt. Verzoeker heeft ervoor gekozen van deze aanbieding gebruik te maken. Per 1 januari 2015 is hij verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar conform de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

5.2. Kern van het geschil is volgens de ziektekostenverzekeraar de vraag of verzoeker gerechtvaardigd erop mocht vertrouwen dat de premie van € 381,80 die achter de naam van verzoeker op het polisblad van 24 december 2014 staat, de jaarpremie voor geheel 2015 is. De ziektekostenverzekeraar licht toe dat verzoeker in april 2015 de leeftijd van 65 jaar zou bereiken en dat de premie voor de afgesloten verzekeringen met ingang 1 mei 2015 hierdoor anders zou worden. Om die reden is er voor gekozen op het in november 2014 afgegeven polisblad enkel de premie voor de eerste vier maanden van 2015 te vermelden.

5.3. De leeftijdsafhankelijke premie vloeit voort uit de collectieve afspraken die zijn gemaakt tussen de ziektekostenverzekeraar en de NMT. Voor de niet-volledige communicatie biedt de ziektekostenverzekeraar zijn excuses aan. Toch stelt de ziektekostenverzekeraar zich op het standpunt dat verzoeker op de hoogte was van deze premieverhoging, aangezien hij bij brief van 2 oktober 2012 de echtgenote van verzoeker heeft geïnformeerd over de premieverhoging omdat zij toen de leeftijd van 65 jaar had bereikt.

5.4. Verzoeker stelt thans dat hij er op mocht vertrouwen dat de jaarpremie voor 2015 € 381,80 is, omdat dit bedrag op het polisblad van 24 december 2014 staat. De ziektekostenverzekeraar meent dat het beroep op gerechtvaardigd vertrouwen faalt als het verschil in premie te groot is. Gelet op het feit dat verzoeker vanaf 2009 per jaar ruim € 1.100,-- voor de zorgverzekering was verschuldigd, had hij moeten begrijpen dat het bedrag van € 381,80 een misverstand of een kennelijke verschrijving betrof.

5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat uit de Zorgverzekeringswet volgt dat de verzekeraar jaarlijks een aanbod doet. In het onderhavige geval liep hier in 2015 de overgang van risicodragers tussendoor. Hierdoor is de waarschuwing/ mededeling niet gedaan. Voorheen kregen verzekerden standaard een brief bij het bereiken van de leeftijd van 65 jaar of bij het ingaan van de VUT met 62 jaar. Die procedure is stopgezet. Daarbij speelt dat verzoeker heeft gekozen voor jaarbetaling. Derhalve is door een samenloop van omstandigheden een bepaalde brief niet verstuurd en is geen correct polisblad afgegeven. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar erkend dat de communicatie niet goed is verlopen. De vraag blijft overigens of kan worden gesproken van gewekt vertrouwen bij een vermelde premie van € 381,80 in plaats van het gebruikelijke bedrag van € 1.137,--.

5.6. 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 19 van het 'Algemeen gedeelte' van de zorgverzekering en artikel 8 van het 'Algemeen gedeelte' van de aanvullende ziektekostenverzekering 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. Het geschil

-  7.1. In geschil is primair of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de op het polisblad 2015 vermelde bedragen voor het gehele jaar 2015 te hanteren, en subsidiair, bij afwijzing van het primaire verzoek, of hij gerechtigd is de door verzoeker verschuldigde premie met ingang van 1 mei 2015 te verhogen vanwege het bereiken van de 65-jarige leeftijd.

 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 9.2 van het 'Algemeen gedeelte' van de zorgverzekering is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.
-  8.3. Artikel 16 Zvw regelt in welke gevallen voor de zorgverzekering geen premie verschuldigd is, en luidt 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."*

-  8.4. De (wijze van) premiebetaling voor de aanvullende verzekering is geregeld in artikel 3 van het 'Algemeen gedeelte' van de aanvullende ziektekostenverzekering. Hierbij is onder meer geregeld dat de premie voor deze verzekering bij vooruitbetaling is verschuldigd.

-  8.5. Artikel 7:932 lid 1 BW luidt:

"De verzekeraar geeft zo spoedig mogelijk een akte, polis genaamd, af, waarin de overeenkomst is vastgelegd. Een polis die is opgemaakt op een wijze als bedoeld in artikel 156a lid 1 van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering moet zijn voorzien van een elektronische handtekening die voldoet aan de eisen, bedoeld in artikel 15a lid 2 van Boek 3 van het Burgerlijk Wetboek. De verzekeraar is niet verplicht een polis af te geven indien de aard van de overeenkomst afwijkend gebruik rechtvaardigt en de verzekeringnemer bij afgifte van de polis geen belang heeft."

 9. Beoordeling van het geschil

-  9.1. De commissie stelt vast dat de verzekeringsovereenkomst vormvrij is en tot stand komt door wilsovereenstemming. Uit artikel 7:932 BW volgt dat de polis van belang is als bewijs voor het bestaan en de inhoud van de verzekeringsovereenkomst.
- De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker een polisblad, gedateerd 24 december 2014, gestuurd. Uit dit polisblad blijkt dat de polis betrekking heeft op de periode van 1 januari 2015 tot en met 31 december 2015 en dat de verschuldigde premie per jaar wordt voldaan. Voorts valt uit het stuk op te

maken dat bij verzoeker de volgende bedragen zijn vermeld: premie € 381,80, verplicht eigen risico € 123,-- en vrijwillig eigen risico € 99,--.

Het polisblad is, gelet op artikel 7:932 BW, weliswaar het bewijs van de tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar bestaande overeenkomst, maar de commissie is van oordeel dat verzoeker niet erop mocht vertrouwen dat de op het polisblad vermelde bedragen een juiste weergave vormden van de inhoud van de verzekeringsovereenkomst op het punt van de betalingsverplichtingen van verzoeker. In dit verband overweegt de commissie het volgende. Verzoeker is gedurende een reeks van jaren verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar. Hij treedt op als verzekeringnemer voor zowel zichzelf als voor zijn echtgenote en dochter. Ter zitting is door verzoeker verklaard dat hij de premie voor alle verzekerden op de door hem afgesloten polis altijd bij elkaar optelt, en bij wijze van jaarbetaling voldoet. Voorts heeft verzoeker ter zitting toegelicht dat hij voor het kalenderjaar 2014 circa € 3.300,-- aan premie heeft betaald aan de ziektekostenverzekeraar. Op de polis 2015 staat een bedrag van circa € 2.500,-- vermeld als totale premie voor alle verzekerden op de door verzoeker afgesloten polis. Dit is een niet te missen verschil van circa € 800,--.

Daarnaast geldt dat op de polis 2015 voor de echtgenote en dochter van verzoeker een verplicht eigen risicobedrag van € 375,-- is vermeld, en voor verzoeker een bedrag van € 123,--. Ook dit is een niet te missen verschil dat bij verzoeker redelijkerwijs tot nadere vragen aanleiding zou hebben moeten geven.

De commissie is dan ook van oordeel dat verzoeker op basis van het afgegeven polisblad niet gerechtvaardigd erop mocht vertrouwen dat de premie voor de door hem afgesloten verzekeringen voor het jaar 2015 € 381,80 bedroeg. Voor hem had duidelijk moeten zijn dat de bedragen zodanig afweken dat mogelijk sprake was van een fout tijdens de ziektekostenverzekeraar dan wel dat de vermelde premie slechts betrekking had op een gedeelte van het jaar 2015, meer in het bijzonder tot aan de datum waarop verzoeker de 65-jarige leeftijd zou bereiken en derhalve slechts betrekking had op het eerste kwartaal van 2015. Dat de ziektekostenverzekeraar bij verzoeker een lagere premie in rekening zou willen brengen voor het jaar 2015 is uit geen andere omstandigheid dan het afgegeven polisblad af te leiden. Verzoeker mocht derhalve niet vertrouwen op de juistheid van de op het polisblad genoemde bedragen van € 381,80 aan premie en € 123,-- voor het verplicht eigen risico, zodat het primaire verzoek dient te worden afgewezen.

- 9.2. Zoals door de ziektekostenverzekeraar is gesteld en door verzoeker niet gemotiveerd is bestreden, is verzoeker deelnemer aan een collectief contract en volgt uit de in dat kader gemaakte afspraken dat vanaf de leeftijd van 65 jaar voor de deelnemers een andere, hogere premie geldt. Om die reden moet ook het subsidiaire verzoek worden afgewezen.
- 9.3. Verzoeker heeft ter zitting aandacht gevraagd voor het feit dat met ingang van 1 mei 2015 niet alleen de premie, maar ook de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering zijn gewijzigd. Aangezien verzoeker dit onderdeel eerst ter zitting naar voren heeft gebracht, brengen de eisen van de goede procesorde mede dat een dergelijke late eiswijziging buiten beschouwing wordt gelaten.

Conclusie

- 9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 14 december 2016,

A.I.M. van Mierlo