

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A en B en E allen wonende te F tegen C en G beide te D
Zaak : Premiebetaling, verrekening
Zaaknummer : 2008.02310
Zittingsdatum : 7 oktober 2009

1. Partijen

- a) A te F, hierna te noemen: verzoeker,
 - b) B te F, hierna te noemen: verzoekster, en
 - c) E te F, hierna te noemen: de zoon,
- verzoeker, verzoekster en de zoon hierna gezamenlijk te noemen: verzoekers,

tegen

- 1) C, hierna te noemen: de zorgverzekeraar, en
- 2) G beide te D, hierna te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekeraar, de zorgverzekeraar en de aanvullende ziektekostenverzekeraar hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekers komen op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 23 juli 2008 inhoudende de opgave van de op dat moment openstaande bedragen per polis.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoekers zijn in 2006, 2007 en 2008 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering). Ten behoeve van verzoeker waren tot 1 september 2008 bij de aanvullende ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen 2 sterren Beter Af Plus Polis en 1 ster Beter Af Tandarts Polis afgesloten. Verzoekster was tot 1 juli 2008 bij de aanvullende ziektekostenverzekeraar verzekerd op basis van de aanvullende ziektekostenverzekeringen 2 sterren Beter Af Plus Polis en de 1 ster Beter Af Tandarts Polis. Verder is de zoon tot op heden, althans in ieder geval tot 6 mei 2009, bij de aanvullende ziektekostenverzekeraar verzekerd op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering 2 sterren Beter Af Plus Polis. Alle verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Bij brief van 23 juli 2008, gericht aan verzoeker, heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld wat de op dat moment openstaande bedragen per polis zijn. Verzoekers hebben de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 10 september 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een nieuwe specificatie gezonden.
- 3.3. Bij brief van 9 oktober 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker in gebreke gesteld voor de volledige betalingsachterstand van verzoekers.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekering de toerekening van de schuld aan de polissen heeft

gewijzigd. Bovendien was volgens de ziektekostenverzekeraar de volledige betalingsachterstand van verzoekers intussen opgelopen tot € 1.768,19.

- 3.5. Bij brief van 25 januari 2009 hebben verzoekers de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat het door de ziektekostenverzekeraar berekende openstaande bedrag per polis niet juist is (hierna: het verzoek).
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekers het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekers te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekers 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 6 mei 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.8. Bij brief van 12 mei 2009 heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar verzocht een overzicht te over te leggen, waarbij over de periode januari 2006 tot en met mei 2009 voor ieder van de verzoekers per maand de door hem ontvangen dan wel toegerekende of verrekenende premie dan wel betalingen c.q. vorderingen, zijn vermeld. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie op 18 juni 2009 een overzicht met betalingsgegevens doen toekomen.
- 3.9. Afschriften van de onder 3.7 en 3.8 bedoelde stukken van de ziektekostenverzekeraar zijn op 2 juli 2009 aan verzoekers gezonden. Verzoekers zijn in de gelegenheid gesteld uiterlijk 16 juli 2009 te reageren op het overzicht van de ziektekostenverzekeraar van 18 juni 2009, zo daartoe aanleiding mocht bestaan. Van deze geboden mogelijkheid hebben verzoekers geen gebruik gemaakt.
- 3.10. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekers en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 8 juli en 22 september 2009 schriftelijk meegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.11. Verzoekers hebben bij brief van 13 augustus 2009 verzocht de telefonische hoorzitting te verzetten. Een nieuwe hoorzitting is gepland op 7 oktober 2009.
- 3.12. Verzoekers en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 oktober 2009 telefonisch gehoord.
- 3.13. Na afloop van deze hoorzitting zijn verzoekers in de gelegenheid gesteld aanvullende informatie aan te leveren. Bij brief van 30 oktober 2009 hebben verzoekers elf betalingsbewijzen overgelegd.
- 3.14. Bij brief van 26 november 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat de door verzoekers overgelegde betalingsbewijzen voorkomen op het betalingsoverzicht van 18 juni 2009. Tevens heeft de ziektekostenverzekeraar een hernieuwd betalingsoverzicht verzonden tot en met december 2009. Een afschrift hiervan is ter kennisname op 8 december 2009 aan verzoekers gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekers

4.1. Verzoekers hebben aanvankelijk gesteld dat de door de ziektekostenverzekeraar genoemde openstaande bedragen per polis niet juist zijn. Verder stellen verzoekers dat (een deel van) het totaal openstaande bedrag aan de verkeerde polis is toegerekend.

4.2. Ter zitting zijn verzoekers in de gelegenheid gesteld te reageren op het betalingsoverzicht van 18 juni 2009. Verzoekers hebben verklaard dat in totaal elf betalingen niet voorkomen op dit betalingsoverzicht. Voor het overige klopt dit overzicht. Daarnaast hebben verzoekers de ziektekostenverzekeraar gevraagd een betalingsregeling overeen te komen.

4.3. Verzoekers komen tot de conclusie dat hun verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt bij brief van 27 november 2008, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat het over de periode januari 2006 tot en met november 2008 openstaande bedrag – bestaande uit niet betaalde premie, te verrekenen no-claimteruggave en verplicht eigen risico – bedraagt:

- voor verzoeker: € 191,24
- voor verzoekster: € 905,85
- voor de zoon: € 671,05

5.2. Bij brief van 6 mei 2009 stelt de ziektekostenverzekeraar dat de betalingsachterstand over de periode 1 januari 2006 tot en met mei 2009 voor verzoeker, verzoekster en de zoon, respectievelijk € 1.444,34, € 982,90 en € 103,15 bedraagt.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het laatst verstuurd betalingsoverzicht, hetwelk is verzonden op 18 juni 2009, als juist moet worden gezien. Dit overzicht vermeldt dat de betalingsachterstand over de periode 1 januari 2006 tot en met juni 2009 voor verzoeker, verzoekster en de zoon, respectievelijk € 941,14, € 1.424,-- en € 660,75 bedraagt. De ziektekostenverzekeraar heeft zich tevens bereid verklaard met verzoekers een betalingsregeling overeen te komen.

5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gezien de verzekeringsvoorwaarden, het reglement van de commissie en/of de door de ziektekostenverzekeraar ondertekende verklaring, is de commissie bevoegd van het verzoek kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering voor de kalenderjaren 2006, 2007, 2008 en 2009 als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekeringen voor het kalenderjaar 2008 en 2009, bindend advies uit te brengen. De commissie is niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekeringen voor de kalenderjaren 2006 en 2007.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de door de ziektekostenverzekeraar volgens het overzicht van 18 juni 2009 vastgestelde openstaande bedragen per polis over de periode januari 2006 tot en met juni 2009, juist zijn.
8. Beoordeling
- 8.1 Verzoekers hebben ieder een individuele verzekeringspolis.
- 8.2 Voor de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekeringen is premie verschuldigd. Artikel 9 van de voorwaarden van de zorgverzekering voor de kalenderjaren 2006, respectievelijk 2007, 2008 en 2009, en de aanhef en artikel 5 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering 2008 en 2009 bepalen dat de premie bij vooruitbetaling is verschuldigd.
- 8.3 In 2006 en 2007 kende de zorgverzekering een no-claimregeling. De no-claimteruggave is geregeld in artikel 7 van de voorwaarden van de zorgverzekering voor de kalenderjaren 2006, respectievelijk 2007.
In 2008 en 2009 kende de zorgverzekering op grond van artikel 7 van de toepasselijke voorwaarden een verplicht eigen risico van € 150,-- onderscheidelijk € 155,-- per kalenderjaar.
- 8.4 In artikel 2 van de voorwaarden van de zorgverzekering voor de kalenderjaren 2006 respectievelijk 2007, 2008 en 2009 is bepaald dat de verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). De premie is geregeld in artikel 16 Zvw. De no-claimteruggave bij beperkt zorggebruik was geregeld in artikel 22 Zvw, zoals deze bepaling gold in 2006 respectievelijk 2007, in combinatie met de artikelen 2.18 en 2.19 van het Besluit zorgverzekering (verder Bzv), zoals deze golden in 2006 respectievelijk 2007. In 2008 is de no-claimteruggave vervangen door een verplicht eigen risico. Het verplicht eigen risico is sindsdien geregeld in artikel 18a Zvw in combinatie met de artikelen 2.17 en 2.18 Bzv.
- 8.5 De commissie constateert dat de in de respectieve zorgverzekeringen opgenomen regelingen met betrekking tot de premie, de no-claim en het verplicht eigen risico stroken met het bepaalde bij of krachtens de Zvw.
- 8.6 Verzoekers hebben gesteld dat de door de ziektekostenverzekeraar volgens het overzicht van 18 juni 2009 vastgestelde openstaande bedragen per polis over de periode januari 2006 tot en met juni 2009 niet juist zijn. Tijdens de hoorzitting zijn verzoekers in de gelegenheid gesteld te reageren op dit betalingsoverzicht. Verzoekers hebben daarbij gesteld dat zij in totaal elf betalingen hebben verricht die niet voorkomen op het overzicht van 18 juni 2009. Overigens hebben zij de juistheid van het stuk niet bestreden. Na de hoorzitting hebben verzoekers elf betalingsbewijzen overgelegd. Bij brief van 26 november 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar laten weten dat de op de betalingsbewijzen genoemde bedragen al voorkomen op het overzicht van 18 juni 2009. Na bestudering van de betalingsbewijzen komt de commissie eveneens tot die conclusie.
- 8.7 De commissie komt tot het oordeel dat de betalingsachterstand over de periode 1 januari 2006 tot en met juni 2009 voor verzoeker, verzoekster en de zoon, respectievelijk € 941,14, € 1.424,-- en € 660,75 bedraagt. Wat betreft de overzichten tot en met december 2009, die op 26 november 2009 aan de commissie zijn verstuurd, merkt de commissie op dat daarover (nog) geen uitspraak kan worden gedaan aan-

gezien met betrekking tot de gestelde premieachterstand vanaf de maand juli 2009 nog geen heroverweging over heeft plaatsgevonden.

8.8 Tijdens de zitting hebben verzoekers de ziektekostenverzekeraar verzocht voor de openstaande schuld een betalingsregeling overeen te komen. De commissie constateert dat de ziektekostenverzekeraar bij brief van 26 november 2009 bereid is gebleken een betalingsregeling aan te bieden, zodat dit onderdeel verder onbesproken kan blijven.

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

9. Het bindend advies

9.1. De commissie wijst het verzoek af .

Zeist, 16 december 2009,

Voorzitter