

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C en E beide te D
Zaak : Terugvordering, telefonische toezegging
Zaaknummer : 2011.02597
Zittingsdatum : 25 juli 2012

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 2011, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011, artt. 3:33, 3:35, 3:309 en 6:203 BW)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C en

2) E beide te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringwet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 3 en TandVerzorgd 4 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 bij brief van 30 augustus 2011 een bedrag van € 1.317,43 gevorderd van verzoeker, vanwege onterecht betaalde uitkeringen.

3.2. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar meermaals om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 9 september 2011, 2 november 2011 en 30 november 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing 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 28 maart 2012 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte een bedrag van € 1.317,43 van hem vordert (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 11 juni 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 juni 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 20 juni 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 juli 2012 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 juli 2012 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft van de ziektekostenverzekeraar een brief d.d. 30 augustus 2011 ontvangen, waarin hij werd verzocht een bedrag van € 1.317,43 te betalen. Dit bedrag ziet op een drietal door de ziektekostenverzekeraar gedane betalingen ten bedrage van € 711,22 op 31 maart 2008, € 222,80 op 9 september 2010 en € 383,41 op 3 januari 2011. Verzoeker is het niet eens met de betreffende vordering. Bovendien is de wijze waarop deze is ingesteld zeer onvriendelijk en ongepast.
- 4.2. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht specificaties van de bedragen te verstrekken, zodat duidelijk zou zijn dat deze inderdaad niet voor hem bestemd waren. Hij ontving hierop specificaties van de bedragen van € 222,80 en € 383,41, maar niet van het bedrag van € 711,22. Uit de specificaties blijkt dat de bedragen niet voor hem waren bestemd. Ter zake van het bedrag dat hij in 2008 ontving, blijkt niet dat dit niet voor hem bestemd is.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft fout gehandeld. Bij de uitkering bestemd voor een andere verzekerde is het bankrekeningnummer van verzoeker ingevuld. De eerste twee betalingen zijn door verzoeker destijds niet opgemerkt als onterecht gedane uitkeringen. De laatste betaling vond verzoeker wel opmerkelijk. Om die reden heeft zijn partner op 6 januari 2011 telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Bij die gelegenheid werd haar medegedeeld dat het bedrag correct was, omdat sprake was van teveel betaalde premie. De ziektekostenverzekeraar heeft dit gesprek echter niet geregistreerd. Hierdoor wordt het risico van een telefonische mededeling bij de verzekerde gelegd. Verzoeker mag als verzekerde er van uitgaan dat medewerkers van de ziektekostenverzekeraar telefonisch correcte informatie geven. Als daarop niet mag worden vertrouwd, zou een telefonische klantenservice niet in stand moeten worden gehouden, en zou moeten worden overgegaan op uitsluitend schriftelijke beantwoording van vragen. Overigens heeft de ziektekostenverzekeraar in zijn heroverwegingen toegegeven dat op 6 januari 2011 telefonisch contact heeft plaatsgevonden, en dat daarbij aan verzoekers partner onjuiste informatie is verstrekt inzake het uitbetaalde bedrag van € 383,41.
- 4.4. Verzoeker heeft de heroverweging van de ziektekostenverzekeraar van 30 november 2011 niet rechtstreeks maar in kopie van de Ombudsman Zorgverzekeringen ontvangen. Zodoende heeft ook de bij die brief gevoegde cadeaubon hem niet bereikt.
- 4.5. Verzoeker vindt het onbegrijpelijk dat de ziektekostenverzekeraar eerst na zo lange tijd is overgegaan tot terugvordering. Één bedrag is door hem in 2008 ontvangen en wordt na drieënhalf jaar teruggevorderd. Dit komt verzoeker onlogisch en oneerlijk

voor, aangezien hij als verzekerde niet na drieënhalf jaar nog een declaratie kan indienen. Voorts is geen sprake van enige coulance jegens hem, terwijl verzoeker volledig te goeder trouw is geweest. De gemaakte fouten rechtvaardigen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten voor zijn rekening neemt. Daarbij is telefonisch toegezegd dat het bedrag van € 383,41 terecht is uitbetaald. Een en ander zou ertoe moeten leiden dat de ziektekostenverzekeraar afziet van de onderhavige terugvordering.

- 4.6. Ter zitting is door verzoeker herhaald dat de ziektekostenverzekeraar de kwestie niet correct heeft behandeld. Zo heeft verzoeker meerdere malen moeten vragen om een specificatie van de betalingen en heeft hij kosten moeten maken, onder andere bestaande uit het entreegeld voor de onderhavige procedure. Menig bedrijf zou zijn fouten hebben erkend en coulance hebben getoond. Het komt verzoeker daarom redelijk voor dat de ziektekostenverzekeraar de helft van het gevorderde bedrag voor zijn rekening neemt.

Verzoeker verwerpt het aanbod van de ziektekostenverzekeraar ter zitting hem een tweede cadeaubon te sturen, aangezien deze compensatie ontoereikend is.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Door een administratieve fout is het bankrekeningnummer van verzoeker ingevoerd bij betalingen bestemd voor een andere verzekerde, ten gevolge waarvan drie betalingen ten bedrage van in totaal € 1.317,43 zijn gedaan aan verzoeker.

- 5.2. Pas in augustus 2011 heeft de andere verzekerde aan de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat hij de bewuste betalingen niet had ontvangen, en gevraagd om een overzicht van alle uitbetalingen. Het bedrag van € 1.317,43 is vervolgens op 29 augustus 2011 alsnog aan de andere verzekerde uitbetaald. Op 30 augustus 2011 is verzoeker een acceptgiro gestuurd met het verzoek de door hem ten onrechte ontvangen bedragen terug te betalen.

- 5.3. Aan verzoeker is in totaal een bedrag van € 1.317,43 zonder rechtsgrond betaald. De ziektekostenverzekeraar heeft het recht deze betaling terug te vorderen. Verzoeker betwist niet dat hij de drie bedragen heeft ontvangen. Dat deze bedragen *onterecht* zijn ontvangen blijkt uit de bankafschriften, nu daarop verzekerdenummer 991410076 staat vermeld terwijl verzoeker een ander verzekerdenummer heeft, te weten 4575765801. Hieruit blijkt dat de betalingen niet voor hem waren bestemd. Eén van de betalingen heeft meer dan 3,5 jaar geleden plaatsgevonden. Hoewel dit inderdaad lang geleden is, is de restitutievordering dienaangaande eerst na vijf jaar verjaard.

- 5.4. Verzoeker is uitgelegd waarom het bedrag van € 1.317,43 wordt teruggevorderd. Ter zake van de drie uitbetaalde bedragen zijn specificaties overgelegd, zodat verzoeker kan nagaan dat deze niet voor hem waren bestemd. Er is hem een regeling aangeboden om het gevorderde bedrag in termijnen te betalen. Ook zijn excuses aangeboden voor de gemaakte fout en is verzoeker een cadeaubon gezonden voor het ontsane ongemak.

- 5.5. Op 6 januari 2011 heeft de partner van verzoeker met de ziektekostenverzekeraar gebeld inzake het op 3 januari 2011 uitbetaalde bedrag van € 383,41. Bij die gelegenheid zou door de ziektekostenverzekeraar zijn medegedeeld dat het ontvangen bedrag verband houdt met te veel betaalde premie. Verzoeker heeft in januari 2011 wijzigingen in zijn verzekeringspakket doorgegeven. Dit heeft tot gevolg dat voor die maand te veel premie in rekening is gebracht. Bij brief van 2 november 2011 is aan verzoeker uitgelegd waarom op de vraag van zijn partner vermoedelijk voornoemd antwoord is gegeven. Per 1 januari 2011 is de ziektekostenverzekeraar overgegaan op een nieuw administratiesysteem, en op 6 januari 2011 waren daarom nog niet alle gegevens in te zien. Verzoeker had echter kunnen weten dat de informatie die op 6 januari 2011 telefonisch is verstrekt niet klopte. Het bedrag van € 383,41 is namelijk uitbetaald op 3 januari 2011. Verzoeker heeft de premie van januari 2011 echter pas op 17 januari 2011 voldaan. Dit gaat om een bedrag van € 305,08. Genoemd bedrag is de maandpremie inclusief de poliswijzigingen vanaf 1 januari 2011. Er was ten tijde van het gesprek dus geen sprake van teveel betaalde premie. De ziektekostenverzekeraar stelt dat hij niet kan worden gehouden aan de op 6 januari 2011 gegeven informatie. Verzoeker kan aan deze mondelinge mededeling geen rechten ontleen. Hierbij verwijst de ziektekostenverzekeraar naar een bindend advies van de commissie van 26 oktober 2011 (2011.00646). Verzoeker had kunnen weten dat de aan zijn partner verstrekte informatie in het geheel niet kon kloppen, omdat op dat moment geenszins sprake was van teveel betaalde premie. Daarbij heeft verzoeker geen schade geleden door het handelen van de ziektekostenverzekeraar. Integendeel, verzoeker heeft juist een voordeel genoten in de vorm van rente over het positieve saldo.
- 5.6. Voorts vindt de ziektekostenverzekeraar het vervelend voor verzoeker dat hij nu met onderhavige vordering wordt geconfronteerd. Deze is echter wel terecht. De ziektekostenverzekeraar is bereid een – ruimhartige – betalingsregeling te treffen.
- 5.7. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar erkend dat er een fout is gemaakt. Er is immers geld overgemaakt aan verzoeker, terwijl dit niet voor hem was bedoeld. Dit betekent niet dat hij het geld ook mag houden. Partijen zijn het er over eens dat geen recht op betaling bestaat. De ziektekostenverzekeraar stelt dat wel degelijk coulance is betracht. Er is een betalingsregeling aangeboden en een cadeaubon verstuurd. Het voorleggen van de kwestie aan de commissie, met de daaraan verbonden kosten, is een keuze van verzoeker. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker ter zitting een aanbod gedaan voor een (tweede) cadeaubon.
- 5.8. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op artikel A17 van de zorgverzekering en 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 of de ziektekostenverzekeraar terecht het bedrag van € 1.317,43 van verzoeker vordert.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. Artikel A26 van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering luidt, voor zover hier van belang:

*“A26 Overig
(...)”*

- U verleent [naam ziektekostenverzekeraar] volmacht te veel betaalde vergoeding terug te vorderen.*
- U kunt [naam ziektekostenverzekeraar] bellen of bezoeken. Een eventuele mondelinge toezegging wordt na uw verzoek schriftelijk bevestigd. Een eventuele mondelinge toezegging wordt zonder schriftelijke bevestiging niet geacht te zijn gedaan.*
- Op de verzekering is Nederlands recht van toepassing.”*

8.3. Artikel 3:33 BW luidt:

“Een rechtshandeling vereist een op een rechtsgevolg gerichte wil die zich door een verklaring heeft openbaard.”

Artikel 3:35 BW luidt:

“Tegen hem die eens anders verklaring of gedraging, overeenkomstig de zin die hij daaraan onder de gegeven omstandigheden redelijkerwijze mocht toekennen, heeft opgevat als een door die ander tot hem gerichte verklaring van een bepaalde strekking, kan geen beroep worden gedaan op het ontbreken van een met deze verklaring overeenstemmende wil.”

Artikel 3:309 BW luidt:

“Een rechtsovereenkomst uit onverschuldigde betaling verjaart door verloop van vijf jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waarop de schuldeiser zowel met het bestaan van zijn vordering als met de persoon van de ontvanger is bekend geworden en in ieder geval twintig jaren nadat de vordering is ontstaan.”

Artikel 6:203, leden 1 en 2 BW luiden:

- “1. Degene die een ander zonder rechtsgrond een goed heeft gegeven, is gerechtigd dit van de ontvanger als onverschuldigd betaald terug te vorderen.*
- 2. Betreft de onverschuldigde betaling een geldsom, dan strekt de vordering tot teruggave van een gelijk bedrag.”*

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. De ziektekostenverzekeraar heeft drie bedragen aan verzoeker uitbetaald, en stelt dat dit ten onrechte is geschied, zodat deze thans worden teruggevorderd. Verzoeker heeft zich hiertegen verzet. De commissie ziet aanleiding om de uitbetalingen apart te beoordelen en daarbij de vraag te beantwoorden of deze betalingen terecht worden teruggevorderd van verzoeker.

€ 711,22, uitbetaald op 31 maart 2008, en € 222,80, uitbetaald op 9 september 2010

- 9.2. De ziektekostenverzekeraar heeft drie brieven uit februari 2008 en een brief van 8 september 2010 overgelegd, waarin de bedragen van € 711,22 en € 222,80 worden gespecificeerd. Deze brieven zijn gericht aan de andere verzekerde van de ziektekostenverzekeraar. Zij vermelden abusievelijk het bankrekeningnummer van verzoeker. Uit een door verzoeker overgelegd betalingsbewijs blijkt dat verzoeker beide bedragen op zijn rekening heeft ontvangen.
- 9.3. Naar het oordeel van de commissie heeft de ziektekostenverzekeraar voldoende aannemelijk gemaakt hoe de bedragen van € 711,22 en € 222,80 zijn opgebouwd, waarop deze bedragen zien, en dat deze bedragen niet voor verzoeker bestemd waren. Betaling van deze bedragen aan verzoeker is zonder rechtsgrond en derhalve onverschuldigd geschied.

€ 383,41, uitbetaald op 3 januari 2011

- 9.4. De ziektekostenverzekeraar heeft een brief van 31 december 2010 overgelegd waaruit blijkt dat een bedrag van € 383,41 wordt uitbetaald. Deze brief is eveneens gericht aan de andere verzekerde van de ziektekostenverzekeraar. Bij deze verzekerde is het bankrekeningnummer van verzoeker ingevoerd. Voornoemde brief maakt duidelijk waarop het bedrag ziet, en dat dit bedrag niet voor verzoeker bestemd was. Uit een door verzoeker overgelegd betalingsbewijs blijkt dat verzoeker dit bedrag ook op zijn rekening heeft ontvangen. Verzoeker heeft ook hier financieel voordeel van gehad, terwijl een rechtsgrond daarvoor ontbrak.
- 9.5. Na ontvangst van het bedrag van € 383,41, heeft verzoekers partner op 6 januari 2011 telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Bij die gelegenheid is haar door een bij naam genoemde medewerker van de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat het bedrag van € 383,41 terecht aan verzoeker was uitbetaald, aangezien sprake was van teveel betaalde premie. De ziektekostenverzekeraar betwist deze mededeling niet, maar wijst er op dat dit niet kan leiden tot het afzien van terugvordering, omdat verzoeker had kunnen weten dat de verstrekte informatie onjuist was, aangezien op dat moment nog geen premiebetaling had plaatsgevonden. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie het volgende.
- 9.6. De telefonische mededeling van de ziektekostenverzekeraar komt niet overeen met de wil van de ziektekostenverzekeraar, zodat, gelet op het bepaalde in artikel 3:33 BW, geen sprake is van een geldige rechtshandeling. Voorts wist verzoeker, althans behoorde hij te weten, dat de op 6 januari 2011 door de ziektekostenverzekeraar verstrekte informatie niet juist kon zijn. Uit zijn administratie had hij kunnen afleiden dat op dat moment geen sprake was van te veel betaalde premie. Onweersproken is im-

mers door de ziektekostenverzekeraar gesteld dat de premie voor januari pas op 17 januari 2011 werd voldaan, zodat feitelijk een achterstand bestond.

Gelet op het vorenoverwogene, is van gerechtvaardigd vertrouwen in de zin van artikel 3:35 BW aan verzoekers zijde geen sprake. Onder de gegeven omstandigheden mocht verzoeker er niet op vertrouwen dat het bedrag van € 383,41 terecht aan hem werd uitbetaald.

- 9.7. De commissie is van oordeel dat de bedragen van € 711,22, € 222,80 en € 383,41 onverschuldigd zijn betaald. Degene die een betaling zonder rechtsgrond ontvangt is op grond van de wet (art. 6:203 BW) gehouden het door hem ontvangene te restitueren. De verjaringstermijn voor het instellen van een vordering uit onverschuldigde betaling bedraagt vijf jaren en deze termijn is niet verstreken. Het stond de ziektekostenverzekeraar derhalve vrij genoemde bedragen terug te vorderen van verzoeker.

Conclusie

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 15 augustus 2012,

Voorzitter