



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem
Zaak : Premie, premieachterstand, herstel aanvullende ziektekostenverzekering, hoogte betalingsachterstand, telefonische toezegging
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2006-2021, art. 16 Zvw, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021
Zaaknummer : 202100367
Zittingsdatum : 22 september 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (Prof. mr. A.I. van Mierlo, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 14 juni 2021 heeft verzoeker per e-mail de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,-- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Op 7 juli 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 6 augustus 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 9 augustus 2021 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 september 2021 gehoord.
- 2.4. Aan het slot van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar een voorstel gedaan tot een regeling in der minne. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar verzocht zijn voorstel voor een betalingsregeling en zijn aanbod tot het afsluiten, per toekomstige datum, van de diverse aanvullende ziektekostenverzekeringen op schrift te zetten en aan verzoeker te sturen. Op 6 oktober 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie verzocht een uitspraak te doen. Dit omdat verzoeker de ziektekostenverzekeraar op 4 oktober 2021 per e-mail heeft laten weten niet akkoord te gaan met het door de ziektekostenverzekeraar gedane voorstel. Een kopie van deze reactie is aan verzoeker gezonden die daarbij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Op 27 oktober 2021 heeft verzoeker van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie hiervan is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker en zijn gezinsleden zijn tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering UC Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Verzoeker en zijn gezinsleden waren voorheen ook aanvullend verzekerd tegen ziektekosten. Deze verzekering is door de ziektekostenverzekeraar beëindigd nadat een betalingsachterstand was ontstaan.
Eind 2020 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar verzocht hem en zijn gezinsleden met ingang van 1 januari 2021 te accepteren voor de aanvullende ziektekostenverzekeringen UC ZorgZeker 3, UC TandZeker 250 en UC Tand Ongevallen (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekeringen). Op 12 januari 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker meegedeeld dat dit verzoek niet wordt ingewilligd omdat nog sprake is van een betalingsachterstand.

3.3. Op 26 januari 2021 heeft verzoeker telefonisch contact gehad met een medewerkster van de ziektekostenverzekeraar en bij die gelegenheid - blijkens aantekeningen van deze medewerkster - heeft hij geïnformeerd of hij een aanvullende verzekering kan aanvragen voor komend jaar (wat de commissie begrijpt als: voor 2021).

3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 21 maart 2021 aan verzoeker verzocht een openstaande vordering van € 510,97 te voldoen.

3.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van de hiervoor genoemde beslissingen gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissingen handhaaft.

4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar:

- (i) zich ten onrechte op het standpunt stelt dat sprake is van een betalingsachterstand, en
- (ii) de aanvullende ziektekostenverzekeringen per toekomstige datum moet laten ingaan.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekeringen. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 7 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekeringen.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepaling uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) over de verschuldigdheid van premie is vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.


6.2. Verzoeker heeft de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar (i) zich ten onrechte op het standpunt stelt dat nog sprake is van een betalingsachterstand, en (ii) hem en zijn gezinsleden per toekomstige datum moet accepteren voor de gewenste aanvullende ziektekostenverzekeringen. Verzoeker voert ter onderbouwing aan dat hij niet op de hoogte werd gebracht van de overdracht van de vordering van € 510,97 aan de incassogemachtigde. Tevens vernam hij van deze incassogemachtigde vervolgens dat het desbetreffende dossier zou worden gesloten. Tot slot kreeg hij op 26 januari 2021 telefonisch de mededeling van de ziektekostenverzekeraar dat de openstaande vordering nog € 288,- bedroeg. Dit bedrag is hierna door verzoeker betaald.

6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat hij meerdere vorderingen op verzoeker ter incasso heeft overgedragen. Bij zijn incassogemachtigde waren uiteindelijk drie dossiers in behandeling. Nadat in twee dossiers door verzoeker was betaald, heeft de incassogemachtigde besloten het derde dossier - met een hoofdsom van € 510,97 - te sluiten en dit terug te geven aan de ziektekostenverzekeraar. Omdat deze gang van zaken niet gebruikelijk is, heeft dit ertoe geleid dat in het systeem van de ziektekostenverzekeraar tijdelijk alleen een interne vordering van € 288,- zichtbaar was. Dat aan verzoeker telefonisch is doorgegeven dat alleen dit bedrag openstond acht de ziektekostenverzekeraar niet waarschijnlijk. Dit omdat in het systeem ook staat vermeld of er nog dossiers in behandeling zijn bij een incassogemachtigde. Nadat de € 288,- was voldaan, en de vordering van € 510,97 weer zichtbaar was in het systeem, is verzoeker gevraagd laatstgenoemd


bedrag te voldoen. Dat een vordering tijdelijk niet zichtbaar is in het systeem betekent niet dat deze is vervallen. Vanwege de nog steeds aanwezige betalingsachterstand is het verzoek voor de aanvullende ziektekostenverzekeringen per toekomstende datum terecht geweigerd.

Na afloop van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar zich bereid verklaard de aanvullende ziektekostenverzekeringen per toekomstende datum te laten ingaan, mits verzoeker voor het thans nog openstaande bedrag van € 510,97 een betalingsregeling afspreekt. Dit aanbod is door verzoeker verworpen.

- 6.4. De commissie overweegt dat het verzoek bestaat uit twee onderdelen die beide verband houden met de vraag of verzoeker aan de mededelingen en/of het handelen van de ziektekostenverzekeraar en zijn incassogemachtigde het gerechtvaardigd vertrouwen mocht ontlenen dat met de betaling van € 288,- de volledige betalingsachterstand was ingelopen onderscheidenlijk dat met die betaling aan de voorwaarden was voldaan om weer in aanmerking te komen voor de gewenste aanvullende ziektekostenverzekeringen. Deze laatste voorwaarden zijn vermeld in artikel 3.4.1. van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 6.5. Verzoeker heeft zich in de eerste plaats erop beroepen dat hij niet werd geïnformeerd over de overdracht van de vordering van € 510,97 aan de incassogemachtigde. Onomstreden is dat genoemd bedrag niet tijdig werd voldaan. Door verzoeker zijn voorts geen feiten of omstandigheden aangevoerd die aan een overdracht in de weg zouden kunnen staan. Zijn stelling ter zake wordt om die reden gepasseerd.
- 6.6. Verder heeft verzoeker aangevoerd dat hem door de incassogemachtigde van de ziektekostenverzekeraar werd meegedeeld dat het aldaar openstaande dossier, met de hoofdsom van € 510,97, zou worden gesloten. Naar de commissie de stelling van verzoeker begrijpt, heeft hij hieruit geconcludeerd dat dit bedrag niet langer door hem was verschuldigd. Toen hij later (op 26 januari 2021) telefonisch contact opnam met de ziektekostenverzekeraar kreeg hij van deze te horen dat de aldaar openstaande vordering nog € 288,- bedroeg, hetgeen door hem is opgevat als een bevestiging van zijn aanname. Na het voldoen van de betalingsachterstand zouden de aanvullende ziektekostenverzekeringen met ingang van 1 januari 2021 kunnen worden afgesloten.
- 6.7. De commissie acht - mede gelet op de door de ziektekostenverzekeraar gegeven uitleg - aannemelijk dat op 26 januari 2021 is gesproken over een betalingsachterstand van € 288,-. De vraag is vervolgens of verzoeker er zonder meer op mocht vertrouwen dat de aan hem gedane mededeling juist was, in die zin dat met de betaling van genoemd bedrag de gehele betalingsachterstand was ingelopen en dat de aanvullende ziektekostenverzekeringen met ingang van 1 januari 2021 zouden kunnen worden afgesloten. De commissie oordeelt dat van een zodanig, rechtens te honoreren gewekt vertrouwen in dit geval geen sprake is. Verzoeker wist ten tijde van het telefoongesprek dat de betalingsachterstand meer bedroeg dan € 288,-. Uit de mededeling van de incassogemachtigde van de ziektekostenverzekeraar mocht hij niet concluderen dat met het sluiten van het dossier de vordering van € 510,97 was afgeboekt of kwijtgescholden. Dat de (incassogemachtigde van de) ziektekostenverzekeraar mogelijk onduidelijk is geweest in de communicatie maakt dit niet anders. Daarnaast was verzoeker ervan op de hoogte dat door hem geen betalingen waren verricht ter delging van deze schuld. Een en ander leidt tot de conclusie dat verzoeker had moeten begrijpen dat het door de ziektekostenverzekeraar genoemde, openstaande bedrag van - totaal - € 288,- niet klopte.
- 6.8. Dit betekent dat verzoeker niet erop mocht vertrouwen dat met de betaling van € 288,- de gehele achterstand was ingelopen en dat het eerste onderdeel van zijn verzoek daarom moet worden afgewezen. Daarnaast geldt dat verzoeker niet erop mocht vertrouwen dat door hem met die betaling werd voldaan aan de voorwaarden (artikel 3.4.1) om weer in aanmerking te komen voor de gewenste aanvullende ziektekostenverzekeringen. Bepalend daarvoor was immers dat geen betalingsachterstand meer zou bestaan. Ook nadat de € 288,- werd voldaan resteerde echter een te betalen bedrag, te weten € 510,97. Dit betekent dat door de ziektekostenverzekeraar indertijd




terecht werd geweigerd bedoelde verzekeringen met ingang van 1 januari 2021 te laten ingaan. Ook het tweede onderdeel van het verzoek is niet toewijsbaar, aangezien niet is gebleken dat het bedrag van € 510,97 sindsdien werd voldaan. Het aanbod de aanvullende ziektekostenverzekeringen per toekomstige datum te laten ingaan, op voorwaarde dat een betalingsregeling zou worden afgesproken, werd door verzoeker verworpen, waarmee dit aanbod is vervallen. Tot slot heeft de commissie er goede nota van genomen dat de ziektekostenverzekeraar heeft verklaard tot de datum van het uitbrengen van dit bindend advies geen incassokosten bij verzoeker in rekening te brengen.



6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies



7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 3 november 2021,



L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

u uw premie per kwartaal of jaar en kiest u voor betaling per papieren factuur? Dan zijn hieraan voor u geen extra kosten verbonden.

- 3.2.4. Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing op de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen. Deze toestemming geldt tijdens en zo nodig ook na afloop van de verzekeringsovereenkomst. Op uw polisblad informeren wij u over de datum van automatisch incasso van de premie voor het gehele kalenderjaar. Voor de overige kosten informeren wij u minimaal 3 dagen voor de datum waarop de afschrijving plaatsvindt over het af te schrijven bedrag en de datum. Bent u het niet eens met een afschrijving? Dan kunt u het bedrag laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met uw bank.

3.3. Verrekening

U mag de verschuldigde bedragen niet verrekenen met een bedrag dat u nog van ons verwacht.

3.4. Niet-tijdig betalen

- 3.4.1. Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen bijdragen, het eigen risico en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen niet op tijd betaalt, dan sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, dan kunnen wij de dekking van deze aanvullende verzekering(en) schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg vanaf de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen. Wij mogen de aanvullende verzekering(en) beëindigen als u niet op tijd betaalt. Bij beëindiging van de verzekeringsovereenkomst kan de aanvullende verzekering weer aangevraagd worden na betaling van het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten. Als wij u accepteren dan gaat de aanvullende verzekering in per 1 januari van het eerstvolgende kalenderjaar.
- 3.4.2. Wij brengen de volgende kosten bij u in rekening als u niet tijdig betaalt:
- wettelijke rente vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de oorspronkelijke factuur;
 - incassokosten vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de aanmaning.
- 3.4.3. Als u al bent aangemaand voor het niet op tijd betalen van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen of onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen, dan hoeven wij u bij het niet op tijd voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.
- 3.4.4. Wij hebben het recht om opeisbare premie, kosten en wettelijke rente te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere bedragen die u van ons moet ontvangen.
- 3.4.5. Als wij de aanvullende verzekering(en) beëindigen omdat u de premie niet op tijd heeft betaald, dan hebben wij het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.

Artikel 4. Overige verplichtingen

U bent verplicht:

- ons te informeren over feiten, die ervoor (kunnen) zorgen dat kosten kunnen worden verhaald op (mogelijk) aansprakelijke derden en ons in dat verband de benodigde inlichtingen te verstrekken. Denk aan kosten die wij zouden kunnen verhalen op de aansprakelijkheidsverzekering van de veroorzaker van een ongeval. U mag geen enkele regeling treffen met een derde, zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring. U moet zich onthouden van handelingen waardoor onze belangen kunnen worden geschaad;
- medewerking te verlenen aan onze medisch adviseur of medewerkers tot het verkrijgen van alle benodigde informatie die zij nodig hebben voor de controle op de uitvoering van de aanvullende verzekering(en);
- de zorgverlener te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur;
- ons zo spoedig mogelijk feiten en omstandigheden te melden die voor een juiste uitvoering van de aanvullende verzekering(en) van belang zijn. Dat zijn onder meer begin en einde detentie, (echt) scheiding, geboorte, adoptie of wijziging rekeningnummer. Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde, dragen wij geen enkel risico.

Als u uw verplichtingen niet nakomt en onze belangen worden hierdoor geschaad, dan kunnen wij uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg schorsen.

Zorgverzekeringswet

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 of 18e.