

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door E te F tegen C te D
Zaak : Aanmelding, acceptatie, totstandkoming zorgverzekering,
premieachterstand
Zaaknummer : 2010.01867
Zittingsdatum : 12 oktober 2011

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door E te F

tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Verzoeker is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorg Geregeld Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Genoemde zorgverzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven de zorgverzekering te willen beëindigen. Bij brief van 16 februari 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker medegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van hemzelf en dat de zorgverzekering om die reden niet kan worden beëindigd.
- 3.2. Bij brief van 20 februari 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker bericht dat de zorgverzekering met ingang van 26 januari 2010 wordt beëindigd.
- 3.3. Bij brief van 14 april 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de zorgverzekering ten onrechte is beëindigd. De zorgverzekering wordt daarom met terugwerkende kracht tot 26 januari 2010 hersteld. Verzoeker heeft een bedrag van € 1.389,28 aan premie open staan. Voor een deel van dit bedrag, te weten € 1.293,49 heeft verzoeker een betalingsregeling getroffen. Hij dient in dat kader vijftien maandelijkse termijnen van € 86,23 te betalen.
- 3.4. Verzoeker heeft nadien verzocht zijn zorgverzekering voor het jaar 2009 met terugwerkende kracht tot 1 januari 2009 te beëindigen. De ziektekostenverzekeraar heeft dit verzoek bij e-mailbericht van 21 april 2010 afgewezen.
- 3.5. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormeld standpunt gevraagd. Bij e-mailbericht van 27 april 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.6. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

- 3.7. Bij brief van 1 februari 2011 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de zorgverzekering tot 1 januari 2009 alsnog met terugwerkende kracht dient te beëindigen (hierna: het verzoek).
- 3.8. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 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.
- 3.9. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 9 juni 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 juli 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.10. Verzoeker heeft op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 9 juni 2011 gereageerd bij brief van 27 augustus 2011. Een afschrift hiervan is op 30 augustus 2011 ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
- 3.11. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 27 augustus 2011 schriftelijk meegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 3 oktober 2011 schriftelijk meegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.12. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 oktober 2011 telefonisch gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker woonde voorheen in Duitsland. Sinds drie jaar is hij woonachtig en werkzaam in Nederland. Begin 2009 heeft hij bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een zorgverzekering. Verzoeker heeft hierbij een woonadres in Nederland opgegeven. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop nadere informatie bij verzoeker opgevraagd door een verzoek daartoe te sturen naar het woonadres van verzoeker in Nederland. Op 25 februari 2009 heeft verzoeker de gevraagde informatie naar de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Vervolgens heeft verzoeker niets meer van de ziektekostenverzekeraar vernomen, hoewel hij deze enkele malen telefonisch en ook bij brief van 26 maart 2009 om een reactie heeft verzocht. Eerst bij brief van 16 februari 2010 is verzoeker, nadat hij zich bij een andere verzekeraar had aangemeld voor een zorgverzekering, door de ziektekostenverzekeraar op de hoogte gesteld van het feit dat deze het aanbod voor het afsluiten van een zorgverzekering reeds in 2009 had aanvaard.
- 4.2. Verzoeker bestrijdt thans dat in 2009 een verzekeringsovereenkomst tot stand is gekomen tussen hem en de ziektekostenverzekeraar. Aangezien de ziektekostenverzekeraar begin 2010 bleef vasthouden aan een éézijdig afgesloten verzekering en verzoeker niet onverzekerd door het leven wilde gaan, zag hij geen beletsel een opgedrongen relatie met de ziektekostenverzekeraar te “continueren”, echter op voorwaarde dat het “2009-gezeur van de baan zou zijn”. Wat betreft de premiebetaling maakt het verzoeker niet uit of hij aan verzekeraar A of verzekeraar B moet betalen.

De onder druk 'aangehouden' polis voor het jaar 2010 moet daarom als nieuw afgesloten verzekering met ingang van 1 januari 2010 worden aangemerkt.

- 4.3. Verzoeker heeft in 2009 geen nota's ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Hij heeft alle zorgkosten zelf betaald. Nu verzoeker niet op de hoogte was van de zorgverzekering, heeft hij de nota's van de door hem gemaakte kosten niet bewaard. Het is dan ook niet mogelijk deze alsnog ter declaratie in te dienen.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar erkent dat hij nimmer het polisblad naar het woonadres van verzoeker heeft gezonden. Desondanks heeft hij van verzoeker betaling van de premie voor de zorgverzekering over 2009 gevorderd - in totaal een bedrag van € 1.293,49 - en hem als wanbetaler aangemeld bij het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Verzoeker merkt hierbij op dat hij indertijd bij zijn aanvraag voor een nieuwe zorgverzekering een machtiging tot premie-incasso heeft afgegeven. Hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar echter geen gebruik gemaakt.
- 4.5. Verzoeker heeft telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar naar aanleiding van voornoemde vordering. Uit dit gesprek heeft de ziektekostenverzekeraar geconcludeerd dat verzoeker akkoord gaat met een betalingsregeling van € 86,- per maand. Verzoeker kan dit niet betwisten, omdat hij de Nederlandse taal niet goed beheerst en hij zich tijdens het gesprek (dat onder zijn werktijd plaatsvond) niet realiseerde dat de hoogte van zijn maandelijkse verplichtingen in het kader van de zorgverzekering gedurende de periode van vijftien maanden bijna verdubbeld zou worden. Verzoeker verdient ongeveer € 370,- netto per week en is daardoor niet in staat een dergelijke betalingsregeling na te komen. Om zijn goede wil te tonen - en onder dreiging van een premieverhoging met ruim 30% - is verzoeker, naast de door hem maandelijks verschuldigde premie, een bedrag van € 20,- per maand gaan aflossen. Dit betekent echter niet dat hij de verschuldigdheid van het gevorderde bedrag erkent.
- 4.6. In zijn brief van 27 augustus 2011 verklaard verzoeker desgevraagd dat het door de ziektekostenverzekeraar genoemde postbusadres in Hengelo van zijn voormalige werkgever is, terwijl het adres in Wittmund een voormalig woonadres is. Verzoeker heeft deze adressen nimmer doorgegeven aan de ziektekostenverzekeraar.
- 4.7. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling het volgende aangevoerd. Indien een verzekeringsovereenkomst tot stand komt, dient de verzekeringsnemer te weten dat hij verzekerd is. Dat is hier evenwel niet het geval. Daarom is hem niet duidelijk waarom hij wel premie zou moeten betalen. Bovendien is er geen contraprestatie geleverd. Verzoeker is niet meer in dienst bij de werkgever wiens adres blijkbaar door de ziektekostenverzekeraar is gebruikt voor het versturen van de correspondentie. Verzoeker heeft een individuele zorgverzekering aangevraagd. Hij heeft zich nooit als deelnemer aan een collectiviteit gemanifesteerd. De deelname aan de collectiviteit eindigde bij de beëindiging van het dienstverband. Ook heeft verzoeker nooit een collectiviteitsnummer vermeld. Op de aanvraag heeft hij zijn woonadres vermeld. Deze aanvraag is destijds via internet bij de ziektekostenverzekeraar ingediend.
- 4.8. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoeker van 1 januari 2009 tot en met 25 januari 2010 in het kader van een collectief contract bij hem verzekerd was. Met ingang van 26 januari 2010 is verzoeker individueel bij hem verzekerd. Verzoeker heeft zich in dit verband op 18 februari 2009 via internet bij de ziektekostenverzekeraar aangemeld. De polisbescheiden zijn door de ziektekostenverzekeraar naar een postbus in Hengelo gestuurd. Ook de acceptgiro's zijn naar deze postbus gestuurd. Met ingang van 19 september 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar de adresgegevens van verzoeker gewijzigd, waarna alle post naar een adres in Duitsland is gestuurd. Vanaf 26 januari 2010 is het woonadres van verzoeker in Nederland bij de ziektekostenverzekeraar bekend.
- 5.2. Verzoeker heeft zich in 2010 niet zelf afgemeld bij de ziektekostenverzekeraar, maar via internet aangemeld bij een andere verzekeraar. Deze verzekeraar heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht de lopende zorgverzekering te beëindigen. De ziektekostenverzekeraar heeft destijds de controle op een eventuele premieachterstand niet goed uitgevoerd en heeft daardoor ten onrechte de zorgverzekering met ingang van 26 januari 2010 beëindigd. Deze fout is tijdens een controle ontdekt. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker daarom met terugwerkende kracht tot 26 januari 2010 weer verzekerd. Verzoeker heeft hierop een nieuwe polis ontvangen.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker in eerste instantie in het kader van de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering met ingang van 1 maart 2011 aangemeld bij het CVZ. Aangezien reeds een uitgebreide briefwisseling met verzoeker was gevoerd en een betalingsregeling was overeengekomen, vond de ziektekostenverzekeraar deze aanmelding achteraf beschouwd niet terecht. Verzoeker is dan ook per dezelfde datum afgemeld.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat verzoeker een collectieve zorgverzekering heeft afgesloten. Daarom zijn het polisblad, de polisbescheiden en de acceptgiro's naar de werkgever gestuurd. Dit is zo afgesproken in het collectieve contract. Bij de aanvraag is een collectiviteitsnummer vermeld. De ziektekostenverzekeraar kan zich voorstellen dat het collectiviteitsnummer via de werkgever is gecommuniceerd. Desgevraagd verklaart de ziektekostenverzekeraar dat verzoeker op diens aanvraag zijn woonadres heeft vermeld. Verzoeker was verzekeringsplichtig. In 2009 was verzoeker verzekerd en daarom is hij verplicht premie te betalen. Een en ander is verder niet gecommuniceerd naar verzoeker.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 27 oktober 2011, zoals toegezegd tijdens de hoorzitting, nadere informatie verstrekt over de collectieve zorgverzekering van verzoeker. Verzoeker is met ingang van 1 januari 2009 verzekerd op grond van het collectieve contract 3001: het Ledencollectief met 1,5 percent korting. Bij dit contract ontvangen verzekerden zelf hun polis en zijn zij zelf verantwoordelijk voor het betalen van de premie. In tegenstelling tot hetgeen ter zitting is gezegd, gaat het hier niet om een collectieve verzekering via de werkgever. Verzoeker is in 2007 - bij een fusiepartner van de ziektekostenverzekeraar - collectief verzekerd geweest via zijn toenmalige werkgever. Bij het verwerken van de aanmelding van verzoeker in 2009 is diens oude klantnummer gebruikt en hierdoor ook de gegevens van zijn vorige werkgever. Ook is het adres van deze werkgever gebruikt als postadres.

Ondanks dat verzoeker van mening was niet bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd te zijn, heeft hij evenmin elders een zorgverzekering afgesloten. Op grond van de Zvw is hij verplicht een zorgverzekering af te sluiten.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is allereerst of in 2009 een verzekeringsovereenkomst tot stand is gekomen tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar. Als deze vraag bevestigend wordt beantwoord, rijst vervolgens de vraag of verzoeker over 2009 premie is verschuldigd en of het door de ziektekostenverzekeraar gevorderde bedrag correct is.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van het geschil tussen partijen zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. In artikel 2.1 van de zorgverzekering is bepaald dat de verzekeringsovereenkomst wordt gesloten op grond van de gegevens die door de verzekeringnemer, al dan niet eigenhandig, op het aanvraagformulier zijn vermeld of op andere wijze schriftelijk aan de ziektekostenverzekeraar zijn verstrekt. De ziektekostenverzekeraar verstrekt de verzekeringnemer zo spoedig mogelijk het polisblad.
- 8.3. In artikel 5, lid 3 sub b Zvw is bepaald dat de ziektekostenverzekeraar degene die een zorgverzekering heeft aangevraagd onverwijld een bewijs van de ontvangst verstrekt van nadere gegevens, die de ziektekostenverzekeraar bij de aanvrager heeft opgevraagd. Op dat bewijs van ontvangst is de datum van de ontvangst vermeld.
- 8.4. Artikel 6:217, lid 1 BW bepaalt dat een overeenkomst tot stand komt door een aanbod en de aanvaarding daarvan.
- 8.5. Artikel 6: 221, lid 1 BW bepaalt dat een mondeling aanbod vervalt, wanneer het niet onmiddellijk wordt aanvaard; een schriftelijk aanbod vervalt, wanneer het niet binnen een redelijke tijd wordt aanvaard
- 8.6. Artikel 7:933, lid 1 BW bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar alle mededelingen aan de verzekerde schriftelijk doet. De ziektekostenverzekeraar kan zich daarbij houden aan de laatste hem bekende woonplaats van de geadresseerde.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van het jaar 2009

- 9.1. Uit de door partijen overgelegde stukken blijkt dat verzoeker in 2009 een zorgverzekering heeft aangevraagd bij de ziektekostenverzekeraar. Omdat de aanvraag niet volledig was, heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om toezending van aanvullende informatie. Verzoeker heeft hieraan gevolg gegeven. Gelet op het bepaalde in artikel 5, lid 3, sub b Zvw lag het op de weg van de ziektekostenverzekeraar verzoeker onverwijld een bewijs te sturen van de ontvangst van de door hem opgevraagde aanvullende informatie, waarop de datum van ontvangst is vermeld. Gesteld noch gebleken is dat een dergelijk bewijs aan verzoeker is verzonden.
- 9.2. Voort blijkt uit het dossier dat de eerste brief van de ziektekostenverzekeraar naar het woonadres van verzoeker is gezonden. De overige correspondentie is in 2009 naar twee andere adressen gestuurd. Gebleken is dat het eerste adres van de voormalige werkgever van verzoeker is en dat dit adres ten onrechte is aangemerkt als postadres. De commissie is niet duidelijk waarom de ziektekostenverzekeraar het tweede adres in zijn administratie heeft verwerkt. Uit het dossier is niet gebleken dat verzoeker deze adressen aan de ziektekostenverzekeraar heeft doorgegeven.
- 9.3. Naar het oordeel van de commissie strookt deze werkwijze van de ziektekostenverzekeraar niet met hetgeen in artikel 7:933, lid 1 BW is bepaald. De zorgverzekeraar had voor zijn correspondentie het laatste bij hem bekende adres, te weten het woonadres van verzoeker, moeten aanhouden. Aangezien de ontvangst van de aanvullende informatie niet door de ziektekostenverzekeraar op de in de wet voorziene wijze is bevestigd en de vervolgcorrespondentie naar een ander adres dan het door verzoeker bij zijn aanvraag opgegeven woonadres is gestuurd, waardoor deze correspondentie verzoeker niet heeft bereikt, mocht verzoeker redelijkerwijs ervan uitgaan dat zijn aanbod – tot het aangaan van een overeenkomst van zorgverzekering met ingang van 1 januari 2009 – niet tot een verzekeringsovereenkomst heeft geleid. De aanvaarding door de ziektekostenverzekeraar van het aanbod van verzoeker heeft laatstgenoemde niet bereikt (wat voor de totstandkoming van de overeenkomst, gelet op artikel 3:37, lid 3 BW, wel noodzakelijk is), met als gevolg dat het aanbod, gelet op het bepaalde in artikel 6:221, lid 1 BW, is vervallen en dat in 2009 geen verzekeringsovereenkomst is tot stand gekomen.
- 9.4. Aangezien in 2009 geen verzekeringsovereenkomst is tot stand gekomen, is verzoeker over deze periode ook geen premie verschuldigd. Hetgeen verzoeker inmiddels aan de ziektekostenverzekeraar voor het jaar 2009 aan premie heeft betaald, dient aan hem te worden terugbetaald. Dit geldt ook voor de eventuele bijkomende kosten voor de invordering van de premie via een deurwaarder of incassobureau. Verzoeker is van zijn kant gehouden eventuele van de ziektekostenverzekeraar ten laste van de zorgverzekering ontvangen vergoedingen voor in 2009 gemaakte ziektekosten aan de ziektekostenverzekeraar te restitueren.

Ten aanzien van het jaar 2010

- 9.5. Gelet op de omstandigheid dat in 2009 geen verzekeringsovereenkomst is tot stand gekomen, is in 2010 geen sprake van voortzetting van een overeenkomst. Verzoeker heeft begin 2010 bij een andere verzekeraar een aanvraag ingediend voor een zorgverzekering. Hieruit blijkt dat hij de intentie had met ingang van 1 januari 2010 een zorgverzekering af te sluiten. Deze aanvraag is kennelijk afgewezen, omdat de ziektekostenverzekeraar verzoeker niet wilde uitschrijven wegens een op dat moment geconstateerde premieachterstand. Naar aanleiding hiervan heeft verzoeker in zijn brief

van 31 maart 2010 aan de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij, omdat hij niet onverzekerd wil zijn, geen beletsel ziet om in 2010 bij hem verzekerd te zijn. Deze verklaring is, gezien de situatie van verzoeker, naar het oordeel van de commissie aan te merken als een nieuwe aanvraag voor een zorgverzekering, met als ingangsdatum 1 januari 2010. Gezien de aanvaarding van dit aanbod door de ziektekostenverzekeraar, hetgeen onder andere blijkt uit het feit dat verzoeker premie in rekening is gebracht, concludeert de commissie dat de verzekeringsovereenkomst is tot stand gekomen met ingang van 1 januari 2010.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.7. 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 op de wijze als hierboven in 9.3 en 9.4 is vermeld.
 - 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 9 november 2011,

Voorzitter