

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : Premie, premieachterstand, eigen risico 2009 en 2010
Zaaknummer : 2010.00754
Zittingsdatum : 2 februari 2011

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2009 en 2010, artt. 16, 19, 20 en 21 Zvw, 2.17 en 2.18 Bzv, artt. 6:43, 6:44 en 6:114 BW)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

Verzoeker is tot op heden bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam zorgverzekeraar] Zorg Geregeld Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Tevens heeft verzoeker bij de zorgverzekeraar ten behoeve zijn echtgenote een zorgverzekering afgesloten. Beide 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 zorgverzekeraar heeft verzoeker bij meerdere brieven meegedeeld dat sprake is van een betalingsachterstand.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 29 december 2009 heeft de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 10 augustus 2010 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de verschuldigde premie volledig is voldaan (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 15 december 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 december 2010 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Verzoeker heeft op 3 januari 2011 gereageerd op het in overweging 3.6 bedoelde standpunt van de zorgverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 3 januari 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 26 januari 2011 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Verzoeker is op 2 februari 2011 in persoon gehoord. De zorgverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt dat de zorgverzekeraar over zowel 2009 als 2010 te veel eigen risico bij hem in rekening brengt. Daarnaast heeft verzoeker in 2009 zes keer € 137,-- en één keer € 170,-- betaald. Deze bedragen komen slechts gedeeltelijk voor op het betalingsoverzicht van de zorgverzekeraar. Ook de betaling van 31 december 2009, een bedrag van € 148,--, is door de zorgverzekeraar niet verwerkt in het stuk. Verzoeker is dan ook van mening dat geen sprake is van een betalingsachterstand, hetwelk ook wordt bevestigd door de terugbetaling van een bedrag van € 33,24.
- 4.2. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat hij de hoofdpunten van zijn klacht heeft verwoord in zijn brief van 3 januari 2011. Verder is ter zitting door verzoeker benadrukt dat hij een aantal keren een herinneringsbrief heeft gehad voor de premie terwijl hij deze al had betaald.
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt dat zowel in 2009 als in 2010 kosten door hem zijn betaald die ten laste komen van het wettelijk verplicht eigen risico en het door verzoeker en zijn echtgenote gekozen vrijwillig eigen risico van € 500,--. Het wettelijk verplicht eigen risico bedroeg in 2009 € 155,-- en in 2010 € 165,--. De zorgverzekeraar is dan ook van mening dat in 2009 voor verzoeker en zijn echtgenote een bedrag van € 655,33 terecht bij verzoeker in rekening is gebracht en in 2010 een bedrag ter grootte van € 665,--.
- Met betrekking tot de premiebetalingen merkt de zorgverzekeraar op dat verzoeker in 2009 inderdaad zes keer een bedrag van € 137,-- en eenmaal een bedrag van € 170,-- heeft overgemaakt, echter op het oude rekeningnummer van de zorgverzekeraar. Van deze betalingen heeft de zorgverzekeraar zeven keer € 136,76 doorgeboekt naar het juiste rekeningnummer. Van het teveel betaalde bedrag is € 33,24 (€ 170 - € 136,76) aan verzoeker terugbetaald; zes keer € 0,24 (€ 137 - € 136,76) is uit kostenoverwegingen niet aan verzoeker teruggestort.
- Voorts merkt de zorgverzekeraar op dat hij de betaling op 31 december 2009 van verzoeker ter grootte van € 148,-- niet heeft ontvangen en merkt daarnaast op dat naar de stand van 15 december 2010 alle door verzoeker verschuldigde bedragen zijn betaald.

5.2. Ter zitting is door de zorgverzekeraar aangevoerd dat verzoeker van drie verschillende rekeningen heeft betaald, waarbij de diverse betalingen onvoldoende waren gespecificeerd, hetgeen tot verwarring heeft geleid. Verder voert de zorgverzekeraar aan dat hij inmiddels ook zes keer € 0,24 (= € 1,44) aan verzoeker heeft teruggestort. Dit bedrag ziet op het verschil tussen het bedrag (€ 137,--) dat verzoeker heeft betaald en het bedrag (€ 136,76) dat verzoeker zou moeten betalen.

5.3. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek terecht is 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 of sprake is van een betalingsachterstand.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. Ingevolge artikel 3 van de zorgverzekering, zoals dit artikel luidt in de kalenderjaren 2009 en 2010, is de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.

8.3. Artikel 7 van de zorgverzekering (2009) regelt het wettelijk verplicht eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

“7.1

Iedere verzekerde van achttien jaar en ouder heeft een verplicht eigen risico van € 155,- per kalenderjaar. (...)”

Het wettelijk verplicht eigen risico is in 2010 verhoogd naar € 165,--.

8.4. Artikel 8 van de zorgverzekering regelt het vrijwillig eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

“8.1

Als er sprake is van een vrijwillig eigen risico, worden de kosten van zorg in mindering gebracht op het voor de verzekerde in een bepaald kalenderjaar geldend vrijwillig eigen risico voor zover deze kosten van zorg het bedrag van het verplicht eigen risico als bedoeld in artikel 7, hebben overschreden.

Het vrijwillig eigen risico is niet van toepassing op de kosten van zorg die ook uitgesloten zijn van het verplicht eigen risico. (...)

8.3

Een verzekeringsplichtige van 18 jaar en ouder kan kiezen uit de volgende varianten van [de zorgverzekering] met een vrijwillig eigen risico van: € 0,-, € 100,-, € 200,-, €300,-, € 400,-, of € 500,- per kalenderjaar.

Afhankelijk van de hoogte van het gekozen vrijwillig eigen risico, verleent [de ziektekostenverzekeraar] voor de varianten van [de zorgverzekering] met een vrijwillig eigen risico (...) een

korting op de grondslag van de premie. (...)"

- 8.5. De artikelen 7 en 8 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. Artikel 16 Zvw regelt in welke gevallen voor de zorgverzekering geen premie verschuldigd is.
- 8.7. De verschuldigdheid van het wettelijk verplicht eigen risico en de mogelijkheid tot het afsluiten van een vrijwillig eigen risico zijn geregeld in de artikelen 19, 20 en 21 Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17 en 2.18 Bzv.
- 8.8. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.9. De toerekening van betalingen is geregeld in de artikelen 6:43 en 6:44 BW. Voor zover hier van belang, luidt artikel 6:43 en 6:44 BW als volgt:

"Artikel 6:43

- 1. Verricht de schuldenaar een betaling die zou kunnen worden toegerekend op twee of meer verbintenissen jegens een zelfde schuldeiser, dan geschiedt de toerekening op de verbintenis welke de schuldenaar bij de betaling aanwijst.*
- 2. Bij gebreke van zodanige aanwijzing geschiedt de toerekening in de eerste plaats op de opeisbare verbintenissen. Zijn er ook dan nog meer verbintenissen waarop de toerekening zou kunnen plaatsvinden, dan geschiedt deze in de eerste plaats op de meest bezwarende en zijn de verbintenissen even bezwarend, op de oudste. Zijn de verbintenissen bovendien even oud, dan geschiedt de toerekening naar evenredigheid."*

"Artikel 6:44

- 1. Betaling van een op een bepaalde verbintenis toe te rekenen geldsom strekt in de eerste plaats in mindering van de kosten, vervolgens in mindering van de verschenen rente en ten slotte in mindering van de hoofdsom en de lopende rente.*
- 2. De schuldeiser kan, zonder daardoor in verzuim te komen, een aanbod tot betaling weigeren, indien de schuldenaar een andere volgorde voor de toerekening aanwijst.*
- 3. De schuldeiser kan volledige aflossing van de hoofdsom weigeren, indien daarbij niet tevens de verschenen en lopende rente alsmede de kosten worden voldaan."*

- 8.10. Artikel 6:114 BW regelt de girale betaling en luidt, voor zover hier van belang als volgt:

"Artikel 6:114

- 1. Bestaat in een land waar de betaling moet of mag geschieden ten name van de schuldeiser een rekening, bestemd voor girale betaling, dan kan de schuldenaar de verbintenis voldoen door het verschuldigde bedrag op die rekening te doen bijschrijven, tenzij de schuldeiser betaling op die rekening geldig heeft uitgesloten.*
- 2. In het geval van het vorige lid geschiedt de betaling op het tijdstip waarop de rekening van de schuldeiser wordt gecrediteerd."*

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Verzoeker heeft bestreden dat sprake zou zijn van een betalingsachterstand. Verzoeker meent dat het eigen risico over 2009 en 2010 onjuist is berekend, alsmede dat hij

meer premie heeft betaald aan de zorgverzekeraar dan de zorgverzekeraar in zijn overzichten vermeldt. Met betrekking tot deze standpunten overweegt de commissie als volgt.

Eigen risico 2009 en 2010

- 9.2. Ingevolge de polisvoorwaarden zijn verzoeker en zijn echtgenote over de jaren 2009 en 2010 ieder een bedrag van maximaal € 155,-- respectievelijk € 165,-- aan wettelijk verplicht eigen risico verschuldigd. Daarnaast hebben verzoeker en zijn echtgenote een vrijwillig eigen risico gekozen van € 500,--. Verzoeker en zijn echtgenote hebben derhalve ieder een eigen risico van € 655,-- in 2009 en € 665,-- in 2010. De zorgverzekeraar dient, wanneer hij kosten die vallen onder het eigen risico aan een zorgverlener vergoed, conform artikel 8.1 van de zorgverzekering de gedeclareerde kosten eerst te verrekenen met het verplicht, en daarna met het gekozen vrijwillig eigen risico. De zorgverzekeraar heeft verklaard in 2009 bij verzoeker en zijn echtgenote gezamenlijk een bedrag ter grootte van € 655,33 in rekening te hebben gebracht en in 2010 een bedrag van € 665,-- voor verzoeker zelf. Verzoeker heeft de juistheid van de gedeclareerde bedragen niet bestreden en evenmin is gebleken dat de gedeclareerde kosten, kosten betreffen die niet onder het eigen risico vallen. De commissie is van oordeel dat de zorgverzekeraar in 2009 en 2010 aan verzoeker en zijn echtgenote niet meer eigen risico in rekening heeft gebracht dan waartoe hij op grond van de polis gerechtigd was.

Premiebetalingen 2009 en 2010

- 9.3. Verder heeft verzoeker gesteld dat hij in 2009 zes keer een bedrag van € 137,-- en één keer € 170,-- aan de zorgverzekeraar heeft betaald. Met betrekking tot deze premiebetalingen heeft de zorgverzekeraar verklaard dat verzoeker in 2009 in totaal € 992,-- (6 x € 137,-- + € 170,--) heeft betaald op het oude rekeningnummer van de zorgverzekeraar. Hierop heeft de zorgverzekeraar zeven keer € 136,76 doorgeboekt naar het juiste rekeningnummer en een bedrag van € 33,24 (het verschil tussen € 170,-- en € 136,76) teruggestort.
- 9.4. Door verzoeker is niet weersproken dat hij het teruggestorte bedrag ad € 33,24 heeft ontvangen. De zorgverzekeraar heeft de betalingen welke door verzoeker op het oude rekeningnummer zijn overgemaakt alsnog geaccepteerd. De door verzoeker overgemaakte bedragen zijn echter niet gelijk aan de bij hem in rekening gebrachte premiebedragen. Bovendien vermeldt verzoeker in de betalingsomschrijving doorgaans alleen het inschrijfnummer, al dan niet aangevuld met een aanduiding van een maand en jaartal. Nu verzoeker niet de vordering aanwijst die hij wenst te betalen en ook het bedrag niet direct tot een premievordering herleidbaar is, staat het de zorgverzekeraar vrij deze betalingen – binnen de kaders die door verzoeker wél in de betalingsomschrijving zijn vermeld – te boeken overeenkomstig het geregelde in de artikelen 6:43 en 6:44 BW. De commissie constateert dat nu verwerking van de betalingen een verschil van € 1,44 ten gunste van verzoeker resteert. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar gesteld dat dit bedrag inmiddels aan verzoeker is overgemaakt. Verzoeker heeft dit niet bestreden.
- 9.5. Dat, naast de betalingen die de zorgverzekeraar stelt te hebben ontvangen, nog meer of andere betalingen zijn gedaan dan die welke uit eerder genoemde stukken blijken, heeft verzoeker – bijvoorbeeld door het overleggen van justificatoire bescheiden –

niet aannemelijk gemaakt. Zo stelt verzoeker weliswaar dat hij eind 2009 een bedrag van € 148,- voor de maand januari vooruit heeft betaald, maar daarvan heeft hij geen betalingsbewijs overgelegd, zodat niet kan worden vastgesteld of dit bedrag daadwerkelijk is betaald en zo ja, naar welk rekeningnummer dit bedrag is overgemaakt.

- 9.6. Gelet op het voorgaande komt de commissie tot de conclusie dat het overzicht van de ziektekostenverzekeraar van 15 december 2010 – behoudens het bedrag van € 1,44 dat alsnog aan verzoeker is uitgekeerd – juist is.

Conclusie

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

Zeist, 23 februari 2011,

Voorzitter