



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Premie, hoogte betalingsachterstand, toerekening betalingen, afspraak Kredietbank
Zaaknummer : 201502443
Zittingsdatum : 6 juli 2016



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)



(Voorwaarden zorgverzekering 2011-2016, paragraaf 3.3 Zvw, en art. 6:43 BW)

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoekster,



tegen



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

2. De verzekeringssituatie

- 
- 2.1. Verzoekster was tot en met 31 december 2011 bij de rechtsvoorganger van de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten. Van 1 januari 2012 tot en met 31 december 2013 was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de VGZ Zorgverzekering, en vanaf 1 januari 2014 tot heden op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Alle hiervoor genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 
- 3.1. De zorgverzekeraar heeft verzoekster met ingang van 1 september 2015 aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) vanwege een achterstand in premiebetaling voor de zorgverzekering van zes of meer maanden.
- 
- 3.2. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormeld standpunt gevraagd. Bij e-mailbericht van 3 september 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat zij met terugwerkende kracht tot 1 september 2015 wordt afgemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut. Wat betreft de hoogte van de betalingsachterstand handhaaft de zorgverzekeraar zijn standpunt.
- 
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 
- 3.4. Bij e-mailbericht van 14 april 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de betalingsachterstand correct te berekenen (hierna: het verzoek).
- 
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 26 april 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 mei 2016 aan verzoekster gezonden.

-  3.7. Verzoekster heeft op 31 mei 2016 gereageerd op het onder 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. Verzoekster heeft op 20 mei 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 22 juni 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.9. Verzoekster is op 6 juli 2016 in persoon gehoord. De zorgverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen.
-  3.10. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie de zorgverzekeraar in de gelegenheid gesteld op basis van hetgeen ter zitting naar voren is gekomen een nieuw financieel overzicht over te leggen. Bij brieven van 21 en 22 juli 2016 heeft de zorgverzekeraar de gevraagde informatie aan de commissie gestuurd. Afschriften van deze brieven zijn aan verzoekster gezonden, waarbij zij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Bij e-mailbericht van 3 augustus 2016 heeft verzoekster van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een afschrift van bedoeld e-mailbericht is op 22 augustus 2016 ter kennisname aan de zorgverzekeraar gestuurd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

-  4.1. Verzoekster stelt dat zij en haar partner in 2013 hulp hebben gezocht bij de Kredietbank Nederland. In het kader van het schuldsaneringstraject heeft verzoekster een stabilisatieovereenkomst getekend. In deze overeenkomst staat vermeld dat de zorgverzekeraar aan de Kredietbank heeft doorgegeven dat bij de rechtsvoorganger van de zorgverzekeraar over de periode van 1 januari 2009 tot en met 31 december 2011 sprake is van een openstaande vordering van € 284,48, en bij de zorgverzekeraar over de periode van 1 januari 2012 tot en met 14 januari 2013 van € 1.067,14.
-  4.2. Nadat de Kredietbank alle openstaande schulden had geïnventariseerd, heeft deze aan de zorgverzekeraar een bedrag betaald van € 1.351,62 (€ 284,48 + € 1.067,14). Na deze betaling heeft verzoekster alle door haar aan de zorgverzekeraar verschuldigde bedragen voldaan. Zodoende verkeerde zij in de veronderstelling dat geen sprake meer was van een betalingsachterstand. Toch ontvangt verzoekster tot op heden brieven van de zorgverzekeraar met het verzoek openstaande vorderingen te voldoen.
-  4.3. Sinds 2013 probeert verzoekster bij de zorgverzekeraar te achterhalen waar de openstaande vorderingen betrekking op hebben, maar tot op heden heeft zij hierop geen antwoord gekregen. In de tussentijd is verzoekster op basis van de openstaande vorderingen al wel drie keer aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut. Hoewel de zorgverzekeraar haar daar telkens weer heeft afgemeld, handhaaft hij zijn vorderingen.
-  4.4. Verzoekster merkt op dat zij bij de betalingen aan de zorgverzekeraar telkens haar klantnummer vermeldt. Ondanks deze vermelding worden de gedane betalingen lukraak toegerekend. Ook zijn verschillende betalingen toegerekend aan de partner van verzoekster, die eveneens bij de zorgverzekeraar is verzekerd tegen ziektekosten.
-  4.5. In reactie op het na afloop van de hoorzitting ontvangen financieel overzicht stelt verzoekster dat zij hieruit geen wijs wordt. Daarnaast is het overzicht feitelijk onjuist. Zo wordt te veel aan eigen risico berekend, worden incassokosten in rekening gebracht en worden betalingen zo verwerkt dat er vanzelf een betalingsachterstand wordt gecreëerd. Verzoekster accepteert deze handelwijze van de zorgverzekeraar niet, en vordert thans een schadevergoeding vanwege de aan de kwestie bestede tijd, door haar begroot op een bedrag van € 1.615,20 (5 x 8 uur per werkdag à € 13,46). Het uurloon is gebaseerd op het netto uurloon van haar laatste werkgever. Indien verzoekster de problemen met de zorgverzekeraar niet had gehad, was haar herstel sneller verlopen.

 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

 5.1. Verzoekster heeft de verschuldigde premies en andere bedragen niet bij vooruitbetaling voldaan met als gevolg dat zowel bij de rechtsvoorganger als bij de zorgverzekeraar een betalingsachterstand is ontstaan. In maart 2013 heeft de zorgverzekeraar van de Kredietbank een bedrag van ruim € 1.300,-- ontvangen. Dit bedrag is in mindering gebracht op vorderingen bij de rechtsvoorganger, de zorgverzekeraar, en de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar.

 5.2. Na de betaling door de Kredietbank is de openstaande vordering weer opgelopen, met als gevolg dat verzoekster met ingang van 1 september 2015 is aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut. In het kader van de heroverweging is verzoekster echter met terugwerkende kracht tot genoemde datum afgemeld. De hierdoor wederom verschuldigde premie voor de maand september 2015 heeft de zorgverzekeraar door een interne fout nog niet bij verzoekster in rekening gebracht.

 5.3. Verzoekster vermeldt bij haar betalingen niet het vereiste 16-cijferig betalingskenmerk, maar haar klanthnummer. Hierdoor zijn veel van de betalingen die kennelijk voor verzoekster waren bedoeld, verwerkt als betalingen van de premie bij het klanthnummer van haar partner. Bij haar partner bracht de zorgverzekeraar hierdoor maandenlang geen premie in rekening of werden te veel betaalde premies teruggestort. Correctie van deze betalingen betekent dat de partner van verzoekster alsnog een aanzienlijk bedrag moet voldoen.

 5.4. In vervolg op de hoorzitting heeft de zorgverzekeraar bij brief van 21 juli 2016 toegelicht dat hij zowel de toerekening van de betaling door de Kredietbank, als de aan de partner van verzoekster toegerekende betalingen heeft gecorrigeerd. In verband hiermee heeft de zorgverzekeraar een nieuw financieel overzicht overgelegd. Volgens de zorgverzekeraar is – naar de stand van 21 juli 2016 – met betrekking tot de periode van 14 januari 2013 tot en met 31 augustus 2016 sprake van een betalingsachterstand van € 113,06. Gelet op het feit dat de gang van zaken geen schoonheidsprijs verdient, zal de zorgverzekeraar het verschil tussen het thans openstaande bedrag en de premie voor de maand augustus 2016 (€ 104,05) laten vervallen. Per saldo dient verzoekster dus alleen laatstgenoemd bedrag nog te voldoen.

 5.5. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het onderhavige verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

 6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

 7.1. De commissie stelt vast dat partijen niet (meer) met elkaar van mening verschillen over het bestaan tussen hen van een verzekeringsrelatie, het verschuldigd zijn van de premie voor de afgesloten verzekeringen, de hoogte van de periodiek verschuldigde premie voor deze verzekeringen, en de aanmelding van verzoekster als wanbetaler bij het Zorginstituut. In geschil zijn het bestaan en de hoogte van de betalingsachterstand alsmede de door verzoekster gevorderde schadevergoeding van € 1.615,20.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarde en regelgeving

 8.1. Voor de beoordeling van het geschil tussen partijen zijn de volgende verzekeringsvoorwaarde en regelgeving relevant.

 8.2. Ingevolge artikel 3 van de zorgverzekering is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.

 8.3. Artikel 16 Zvw regelt in welke gevallen voor de zorgverzekering geen premie verschuldigd is, en luidt als volgt:

“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, eerste lid.”

 8.4. De toerekening van betalingen is geregeld in artikel 6:43 BW. Dit artikel luidt 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.”

 9. Beoordeling van het geschil

 9.1. Vast staat dat verzoekster zich eind 2012 tot de Kredietbank Nederland heeft gewend voor een schuldsaneringstraject en dat zij op 24 december 2012 een (stabilisatie)overeenkomst heeft getekend. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 14 januari 2013 aan verzoekster een schuldopgaaf verstrekt. Uit deze schuldopgaaf volgt dat het openstaande saldo over de periode van 1 januari 2009 tot en met 31 december 2011 € 281,48, en over de periode van 1 januari 2012 tot en met 14 januari 2013 € 1.067,14 bedraagt. Tussen partijen is niet in geschil dat de Kredietbank Nederland op 18 maart 2013 de hiervoor genoemde bedragen heeft betaald. Het is de commissie in de procedure voorafgaand aan de hoorzitting gebleken dat het ontvangen bedrag door de zorgverzekeraar niet op de in de brief van 14 januari 2013 genoemde vordering in mindering is gebracht, maar op andere, eveneens openstaande vorderingen. De commissie heeft de zorgverzekeraar na afloop van de hoorzitting verzocht de betalingen te corrigeren en een nieuw financieel overzicht over te leggen met als ingangsdatum 14 januari 2013, de datum van eerder genoemde schuldopgaaf.

 9.2. Na afloop van de hoorzitting is door de zorgverzekeraar een financieel overzicht naar de stand van 21 juli 2016 in het geding gebracht. Uit dit overzicht blijkt dat - na correctie - door verzoekster met betrekking tot de periode van 14 januari 2013 tot en met 31 augustus 2016 niet alle verschuldigde bedragen zijn betaald en dat per saldo nog een bedrag openstaat van € 113,06, exclusief rente en incassokosten.

 9.3. Daartoe door de commissie in de gelegenheid gesteld, heeft verzoekster niet aannemelijk gemaakt dat de verschuldigde bedragen over genoemd tijdvak wél steeds tijdig en volledig zijn betaald. Door verzoekster is in dit verband aangevoerd dat zij alle, na 14 januari 2013 door haar verschuldigde bedragen, onder vermelding van haar klantnummer heeft voldaan. De commissie stelt vast dat de zorgverzekeraar aanvankelijk een groot deel van deze betalingen had toegerekend aan de partner van verzoekster, die eveneens bij de zorgverzekeraar is verzekerd tegen ziektekosten. Echter, na afloop van de zitting heeft de zorgverzekeraar de betreffende betalingen gecorrigeerd en deze op basis van het betalingskenmerk verwerkt. Dat daarnaast door verzoekster meer of andere betalingen



zijn gedaan dan die welke uit het financieel overzicht van 21 juli 2016 blijken, is in de procedure niet gebleken. Evenmin is de commissie, anders dan verzoekster stelt, niet gebleken dat thans nog sprake is van onjuiste boekingen of verrekeningen. Gezien het voorgaande is de commissie van oordeel dat het overzicht van 21 juli 2016 als juist heeft te gelden en dat de betalingsachterstand met betrekking tot de periode van 14 januari 2013 tot en met 31 augustus 2016 € 113,06 - en na kwijtschelding van een deel - € 104,05 bedraagt. Laatstgenoemd bedrag betreft de premie voor augustus 2016.

- 
- 
- 9.4. Verzoekster maakt aanspraak op een vergoeding voor de tijd die zij heeft moeten besteden om een duidelijk financieel overzicht van de zorgverzekeraar te krijgen. Door verzoekster is de geleden schade begroot op € 1.615,20. Ten aanzien van deze vordering is de commissie van oordeel dat het verzoek tot schadevergoeding tardief is, nu dit pas is ingediend na de wisseling van stukken en de mondelinge behandeling. Daarbij wenst de commissie op te merken dat in een geval als het onderhavige het voeren van enige correspondentie niet ongebruikelijk is en, behoudens zeer bijzondere omstandigheden waarvan te dezen niet is gebleken, niet kan leiden tot een vergoeding als door verzoekster gevorderd, mede gelet op het feit dat het in privé door verzoekster gehanteerde uurloon en de bestede tijd de commissie niet reëel voorkomen. Overigens acht de commissie wel termen aanwezig de zorgverzekeraar te verplichten aan verzoekster het door haar betaalde entreegeld te vergoeden.



Conclusie

- 
- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen. Wel acht de commissie termen aanwezig de zorgverzekeraar te verplichten aan verzoekster het entreegeld van € 37,-- te vergoeden.

10. Het bindend advies

- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

- 
- 10.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.



Zeist, 31 augustus 2016,



P.J.J. Vonk