

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B tegen C te D  
Zaak : Eigen risico, hulpmiddelenzorg, allergeenvrije schoenen, eigen  
bijdrage, voedingssupplementen, betalingsachterstand,  
administratiekosten, herstel aanvullende ziektekostenverzekering  
Zaaknummer : 2011.00448  
Zittingsdatum : 11 januari 2012

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 2009-2011, artt. 10, 11 en paragraaf 3.4 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 e.v. Rzv , voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009-2010)

---

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D hierna 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 [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering Gemeentezorgpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [naam ziektekostenverzekeraar] Aanvullend Classic afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van € 15,49, welk bedrag door de ziektekostenverzekeraar bij verzoeker in rekening is gebracht vanwege het verplicht eigen risico 2010. Tevens wenst verzoeker vergoeding van de kosten voor allergeenvrije schoenen van € 269,--. Ook claimt verzoeker vergoeding van de kosten van voedingssupplementen ten bedrage van € 171,40, alsmede de kosten van de in het buitenland aangeschafte medicatie ter hoogte van € 20,01.
- Voorts bestrijdt verzoeker de constatering van de ziektekostenverzekeraar dat sprake is van een betalingsachterstand, onder andere bestaande uit een bedrag ter hoogte van € 58,-- hetwelk door de ziektekostenverzekeraar wordt teruggevorderd, alsmede de daaropvolgende beslissingen van de ziektekostenverzekeraar € 15,-- administratiekosten in rekening te brengen en de openstaande vordering over te dragen aan zijn incassogemachtigde. Verder bestrijdt verzoeker de beslissing van de ziektekostenverzekeraar de eerder beëindigde aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht tot 1 maart 2010 te herstellen. Tot slot vordert verzoeker een schadevergoeding (hierna de aanspraak).
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissingen gevraagd. Onder meer bij brief van 17 december 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissingen te handhaven.

- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar ten aanzien van de door verzoeker gedeclareerde, in het buitenland aangeschafte medicijnen, heeft besloten uit coulance – eenmalig en onverplicht – een bedrag van € 20,01 aan verzoeker uit te keren. Met betrekking tot de overige punten handhaaft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt.
- 3.4. Bij brief van 18 juli 2011 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen – althans zo begrijpt de commissie het verzoek – dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak, uitgezonderd de onder 3.3 bedoelde kosten, alsnog in te willigen (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 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 29 september 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 oktober 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 13 oktober 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 9 januari 2012 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 3 oktober 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 9 november 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011105888) bij wege van voorlopig advies de commissie, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, geadviseerd over twee aspecten, te weten de allergeenvrije schoenen en de voedingssupplementen. Ten aanzien van de allergeenvrije schoenen heeft het CVZ de commissie medegedeeld dat de eigen bijdrage door de ziektekostenverzekeraar correct is berekend. Met betrekking tot de voedingssupplementen heeft het CVZ de commissie geadviseerd het verzoek af te wijzen op de grond dat uit de beschrijving door verzoeker is op te maken dat het niet om te verzekeren geneeskundige zorg gaat maar om alternatieve geneeswijzen. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 21 december 2011 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker is op 11 januari 2012 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 13 januari 2012 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 16 januari 2012 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt dat hij de door hem verschuldigde bedragen steeds heeft voldaan. Derhalve is geen sprake van een betalingsachterstand en heeft de ziektekostenverzekeraar de vordering ten onrechte overgedragen aan een incassobureau. Naar de mening van verzoeker is de betalingsachterstand ontstaan toen hij in april 2009 zelfstandig ondernemer is geworden. De ziektekostenverzekeraar is op dat moment betalingen gaan verrekenen waardoor diverse bedragen bij hem in rekening zijn gebracht die al in een eerder stadium waren betaald. Eén van de bedragen die de ziektekostenverzekeraar ook bij verzoeker in rekening heeft gebracht betreft een terugvordering van € 58,--. Volgens de ziektekostenverzekeraar zou dit bedrag dubbel zijn gedeclareerd, maar door verzoeker is de betreffende nota slechts één keer ingediend. Naar de mening van verzoeker zien de nota's overigens op verschillende behandelingen.
- 4.2. Daarnaast is verzoeker van mening dat de in rekening gebrachte eigen bijdrage van € 269,-- betreffende allergeenvrije schoenen niet juist is. Bij een eerdere aanschaf, in 2007, zijn de kosten volledig vergoed. De huidige eigen bijdrage is veel hoger dan het bedrag dat een medewerker van de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker voorafgaand aan de aanschaf heeft medegedeeld. Volgens deze medewerker zou de ziektekostenverzekeraar het verschil tussen de aanschafprijs (€ 345,--) en de eigen bijdrage vergoeden, met een maximum van € 180,50. In het geval van verzoeker zou dit een vergoeding ter hoogte van € 164,50 betekenen.
- 4.3. Verder stelt verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte twee gedeclareerde nota's ten bedrage van € 171,40 en € 15,49 ter zake van medicatie niet wil vergoeden. De nota van € 171,40 betreft medicatie die door zijn behandeld arts is voorgeschreven en die als doel heeft de verkleving van bloedlichaampjes tegen te gaan waardoor de vitaliteit toeneemt en de depressieve klachten verminderen.
- 4.4. Gelet op voornoemde punten is verzoeker van mening dat de ziektekostenverzekeraar zijn aanvullende ziektekostenverzekering ten onrechte met ingang van 1 maart 2010 heeft beëindigd. Later heeft de ziektekostenverzekeraar deze verzekering met terugwerkende kracht tot genoemde datum hersteld. Ter zitting heeft verzoeker betoogd dat indien een verzekering wordt geroyeerd, deze niet eenzijdig met terugwerkende kracht tot de royementsdatum kan worden hersteld, aangezien dit met zich brengt dat wel premie moet worden betaald zonder dat hier (volledige) aanspraken tegenover staan. Verzoeker stelt zich dan ook op het standpunt dat de datum van herstel van de aanvullende verzekering moet worden gesteld op 21 augustus 2010, de datum van afgifte van het polisblad.
- 4.5. Tot slot verzoekt verzoeker de commissie hem een passende schadevergoeding toe te kennen in verband met de door hem gemaakte kosten voor het versturen van brieven en van de in verband met deze kwestie bestede uren.
- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

#### 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoeker meerdere openstaande vorderingen niet heeft voldaan. Daarnaast worden de verschuldigde premies te laat, dat wil zeg-

gen na de vervaldatum, betaald. Het gevolg is dat een vordering ter hoogte van € 342,49 is ontstaan, die is overgedragen aan een incassobureau, en dat de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker met ingang van 1 maart 2010 is beëindigd. Op verzoek van verzoeker is deze aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht hersteld met als bijkomend gevolg dat verzoeker ook premie is verschuldigd voor deze verzekering.

- 5.2. Het eerder genoemde openstaande bedrag heeft betrekking op een vordering ter hoogte van € 15,49 betreffende het eigen risico 2010. De apotheek van verzoeker heeft op 2 april 2010 een nota van € 15,49 ingediend. De kosten van deze zorg zijn voldaan door de ziektekostenverzekeraar, en komen ten laste van het verplicht eigen risico. Dit eigen risico bedroeg in 2010 € 165,--. De kosten ter hoogte van € 15,49 zijn daarom terecht bij verzoeker in rekening gebracht.
- 5.3. Met betrekking tot de allergeenvrije schoenen heeft de ziektekostenverzekeraar ter zitting toegelicht dat de kosten van de in 2007 aangeschafte schoenen zijn verrekend met de no-claimteruggave. In 2009 is de vergoeding (deels) verrekend met het eigen risico (€ 155,--). Voorts geldt voor orthopedisch schoeisel een wettelijke eigen bijdrage van € 114,--. De ziektekostenverzekeraar is dan ook van mening dat het bedrag ter grootte van € 269,-- terecht bij verzoeker in rekening is gebracht.
- 5.4. Ten aanzien van het teruggevorderde bedrag van € 58,-- stelt de ziektekostenverzekeraar dat verzoeker op 15 januari 2010 een vergoeding heeft ontvangen voor vijf maal € 29,-- (€ 145,--) voor alternatieve geneeswijzen, genoten op 13, 22 en 25 januari 2009. Op 29 januari 2010 heeft verzoeker nogmaals een vergoeding ontvangen van € 58,--. Later is gebleken dat laatstgenoemde vergoeding ten onrechte heeft plaatsgevonden omdat het eerder gedeclareerde en vergoede behandelingen (te weten die op 22 en 25 januari 2009) betrof. Aangezien het bedrag van € 58,-- derhalve ten onrechte aan verzoeker is uitbetaald, vordert de ziektekostenverzekeraar dit van hem terug.
- 5.5. Blijkens de polisvoorwaarden bestaat weliswaar recht op een vergoeding voor alternatieve geneesmiddelen, doch voedingssupplementen en vitaminepreparaten zijn hiervan uitgesloten. De door verzoeker gedeclareerde nota van € 171,40 komt om die reden niet voor vergoeding in aanmerking.
- 5.6. Tijdens de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar erkend dat de (premie)betalingen die begin 2009 zijn gedaan anders zijn toegerekend waardoor er diverse verrekeningen hebben plaatsgevonden. Zo is de ontvangen premie over januari, februari en maart 2009 geboekt als een betaling op 5 december. Het was voor verzoeker echter zonder meer duidelijk dat hij op die datum geen betaling heeft verricht. De ziektekostenverzekeraar benadrukt in dit verband dat – anders dan verzoeker meent – geen sprake is van een nieuwe verzekering met ingangsdatum 1 april 2010, maar van een doorlopende verzekering, waarbij uitsluitend de collectiviteitskorting per genoemde datum is vervallen.  
Later is een en ander gecorrigeerd en is de met ingang van 1 maart 2010 beëindigde aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht hersteld. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar zich bereid verklaard de bij verzoeker in rekening gebrachte incassokosten voor zijn rekening te nemen.

5.7. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het 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, 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 verzoeker aanspraak kan maken op een vergoeding van € 15,49, welk bedrag door de ziektekostenverzekeraar bij verzoeker in rekening is gebracht vanwege het verplicht eigen risico 2010. Tevens wenst verzoeker vergoeding van de kosten voor allergeenvrije schoenen van € 269,--. Ook claimt verzoeker vergoeding van de kosten van voedingssupplementen ten bedrage van € 171,40.

Voorts bestrijdt verzoeker de constatering van de ziektekostenverzekeraar dat sprake is van een betalingsachterstand, onder andere bestaande uit een bedrag ter grootte van € 58,-- hetwelk door de ziektekostenverzekeraar wordt teruggevorderd, alsmede de daaropvolgende beslissingen van de ziektekostenverzekeraar € 15,-- administratiekosten in rekening te brengen, en de openstaande vordering over te dragen aan zijn incassogemachtigde. Verder bestrijdt verzoeker de beslissing van de ziektekostenverzekeraar de eerder beëindigde aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht tot 28 februari 2010 te herstellen. Tot slot vordert verzoeker een schadevergoeding.

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 is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.

8.3. Artikel 7 van de zorgverzekering 2010 ziet op het verplicht eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

***Hoogte verplicht eigen risico***

*Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u een verplicht eigen risico van € 165,- per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening.(...)*

***7.2. Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico***

*Het verplicht eigen risico geldt voor alle zorgvormen zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, met uitzondering van:*

*- huisartsenzorg. Het eigen risico geldt wel voor geneesmiddelen die de huisarts voorschrijft*

Artikel 4.2 van de zorgverzekering bepaalt vervolgens dat voordat vergoeding plaatsvindt het eigen risico en een eventuele wettelijke eigen bijdragen in mindering worden gebracht.

8.4. Artikel 7 van de zorgverzekering 2009 is qua strekking vergelijkbaar. Het verplicht eigen risico voor dat jaar is € 155,--.

- 8.5. De zorgverzekering betreft een restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 13 tot en met 38 van de zorgverzekering. Artikel 33 van de zorgverzekering (2009) bepaalt wanneer aanspraak op hulpmiddelenzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*"Hulpmiddelenzorg*

*Artikel 33. Hulpmiddelen en verbandmiddelen*

*Omschrijving:*

*Vergoeding van de kosten van bij Regeling zorgverzekering als bedoeld in artikel 2.9 van het Besluit zorgverzekering aangewezen functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen.*

*Daarbij kan worden geregeld in welke gevallen de verzekerde aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van die zorg.*

*(...)"*

Het Reglement hulpmiddelen 2009 van de ziektekostenverzekeraar bevat, voor zover hier van belang, de volgende bepalingen:

*"2.1. Algemeen*

*Dit Reglement hulpmiddelen [naam ziektekostenverzekeraar] is de nadere uitwerking van de aanspraken als bedoeld in de verzekeringsvoorwaarden [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering en [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering Gemeentezorgpolis, artikel 33, Hulpmiddelenzorg en de Regeling zorgverzekering ten aanzien van hulpmiddelenzorg, zoals die gelden vanaf 1 januari 2009. In de Regeling zorgverzekering is in het algemeen bepaald welke medische hulpmiddelen onder welke voorwaarden en bij welke medische indicaties krachtens de Zorgverzekeringswet onder de aanspraak vallen van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering en [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering Gemeentezorgpolis. Het is aan de zorgverzekeraars overgelaten om nadere voorwaarden te stellen.*

**2.7. Eigen bijdrage**

*De op grond van de Regeling zorgverzekering verschuldigde eigen bijdragen bent u verschuldigd aan de zorgaanbieder van het hulpmiddel, tenzij de zorgverzekeraar anders bepaalt."*

In artikel 2.12 Rzv (2009) is de volgende bepaling opgenomen:

*"2. Voor orthopedische schoenen betaalt de verzekerde:*

- a. indien hij zestien jaar of ouder is, een eigen bijdrage van € 114 per paar;*

*(...)"*

- 8.6. De artikelen 3, 7, en 33 van de zorgverzekering, en het 'Reglement Hulpmiddelen 2009' zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. Artikel 11, lid 1, onderdeel b Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Hulpmiddelenzorg is naar aard en omvang omschreven in artikel 2.9 Bzv, en verder uitgewerkt in de artikelen 2.6 e.v. Rzv.

- 8.8. Artikel 16 Zvw regelt in welke gevallen voor de zorgverzekering geen premie verschuldigd is. Voor zover hier van belang, luidt laatstgenoemd artikel 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.”

- 8.9. Artikel 19 lid 1 Zvw bepaalt dat iedere verzekerde van achttien jaar of ouder een verplicht eigen risico heeft van € 155,-- (2009) respectievelijk € 165,-- (2010) per kalenderjaar.
- 8.10. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.11. De (wijze van) premiebetaling voor de aanvullende verzekering is geregeld in artikel 4 (2009) en artikel 3 (2010) van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Hierbij is onder meer geregeld dat de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering bij vooruitbetaling is verschuldigd.
- 8.12. Artikel 3.5 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2010) regelt de gevolgen van niet-tijdige betaling van de premie. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

**“3.5. Niet-tijdig betalen**

3.5.1. Als u als verzekeringnemer de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico en kosten niet-tijdig betaalt, stuurt [naam ziektekostenverzekeraar] u een aanmaning. Als u dan niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van 14 dagen, kan [naam ziektekostenverzekeraar] de dekking schorsen. In dat geval van bestaat er vanaf de laatste premieervaldag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van 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 volgende op de dag waarop [naam ziektekostenverzekeraar] het gehele verschuldigde bedrag en eventuele kosten heeft ontvangen. [Naam ziektekostenverzekeraar] heeft het recht bij niet-tijdige betaling de [naam ziektekostenverzekeraar] Aanvullende Zorgverzekering gemeentezorgpolis te beëindigen. De verzekering wordt in dat geval niet met terugwerkende kracht beëindigd.”

- 8.13. Op grond van artikel 43 van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van alternatieve geneeswijzen. Voor zover hier van belang luidt dit artikel als volgt:

**“Alternatieve geneeswijzen**

Door:

1. een andere arts dan huisarts, medisch specialist of sportarts;
  2. acupuncturist aangesloten bij de Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (NVA), de Nederlandse Artsen Acupunctuur Stichting (NAAS), de Nederlandse Werkgroep van Praktijzens in de Natuurlijke Geneeskunst (NWP) of die opgenomen is in het (praktijk)register van de Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging (NAAV);
  3. klassiek homeopaat, lid van de Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (NVKH), de Nederlandse Organisatie van Klassiek Homeopaten (NOKH) of de Nederlandse Werkgroep Praktijzens in de Natuurlijke Geneeskunst (NWP);
- (...)

Vergoeding:

[naam ziektekostenverzekeraar] Classic: Per verzekerde maximaal € 29,- per consult tot in totaal € 290,- per kalenderjaar voor alle kosten van de onder 1 t/m 4 genoemde artsen en therapeuten tezamen.  
(...)”

9. Beoordeling van het geschil

**Vergoeding allergeenvrije schoenen en eigen risico 2009**

- 9.1. Niet in geschil is dat verzoeker op grond van het Reglement hulpmiddelen 2009 voor allergeenvrije schoenen een eigen bijdrage dient te betalen. Wat partijen verdeeld houdt is de hoogte van deze eigen bijdrage. In genoemd Reglement wordt niet vermeld hoeveel de eigen bijdrage per onderdeel bedraagt. De verzekerde wordt hiervoor verwezen naar de Rzv. In artikel 2.12 Rzv is onder meer bepaald dat een eigen bijdrage van € 114,-- per paar is verschuldigd voor orthopedische schoenen voor verzekerden van zestien jaar of ouder. Gelet op de leeftijd van verzoekers echtgenote ten tijde van de levering van de allergeenvrije schoenen heeft de ziektekostenverzekeraar terecht deze eigen bijdrage ad € 114,-- in rekening gebracht.
- 9.2. Tussen partijen bestaat geen verschil van mening ten aanzien van het feit dat het orthopedisch schoeisel is vergoed ten laste van de zorgverzekering en dat zodoende het eigen risico (in 2009: € 155,--) daarop van toepassing is. Voor zover dit eigen risico nog niet was ‘vol gemaakt’ – hetgeen gesteld noch gebleken is – is naast de eigen bijdrage van € 114,-- het bedrag van € 155,-- ter zake van het verplichte eigen risico 2009 terecht berekend.
- 9.3. Verzoeker heeft in dit verband gesteld dat er in november 2009 telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar is geweest, bij welke gelegenheid door één van zijn medewerkers is meegedeeld dat de ziektekostenverzekeraar het verschil zal vergoeden tussen de aanschafprijs (€ 345,--) en de eigen bijdrage met een maximum van € 180,50. In het geval van verzoeker zou dit een vergoeding ter grootte van € 164,50 betekenen. Een en ander wordt door de ziektekostenverzekeraar betwist. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie het volgende.
- 9.4. In de procedure is aangetoond, noch aannemelijk gemaakt dat van de zijde van de ziektekostenverzekeraar, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, bepaalde (telefonische) toezeggingen zouden zijn gedaan. Daarbij hecht de commissie belang aan het feit dat door verzoeker in het bijzonder niet is duidelijk gemaakt wanneer en met wie hij heeft gesproken, nog daargelaten dat het moeilijk is de exacte vraagstelling en de beantwoording daarvan te reconstrueren, terwijl dan nog het probleem blijft hoe dit antwoord luidde, respectievelijk mocht worden opgevat.

**Declaratie € 171,40**

- 9.5. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de door verzoeker gedeclareerde nota van € 171,40 betrekking heeft op voedingssupplementen. De commissie is gebleken dat zowel de zorgverzekering als de door verzoeker afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor voedingssupplementen. Dat de gedeclareerde kosten betrekking hebben op geneesmiddelen of dieetpreparaten, die wel onder de dekking van de zorgverzekering of aanvullende ziektekostenverzekering

vallen, is door verzoeker niet aannemelijk gemaakt, zodat het verzoek op basis van de polisvoorwaarden van die verzekeringen niet kan worden toegewezen.

### **Berekening eigen risico 2010**

- 9.6. Verzoeker heeft zonder verdere inhoudelijke onderbouwing gesteld dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte een bedrag ter grootte van € 15,49 van hem heeft gevorderd. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat dit bedrag betrekking heeft op het verplichte eigen risico 2010. Ingevolge artikel 7 van de polisvoorwaarden is verzoeker over het kalenderjaar 2010 een bedrag van maximaal € 165,-- aan wettelijk verplicht eigen risico verschuldigd. De ziektekostenverzekeraar dient, wanneer hij kosten die vallen onder het eigen risico aan een zorgverlener vergoedt, conform artikel 4.2 van de zorgverzekering de gedeclareerde kosten eerst te verrekenen met het verplichte eigen risico. Door verzoeker is niet bestreden dat hij in 2010 farmaceutische zorg heeft genoten die ten laste komt van de zorgverzekering. Voorts is gesteld noch gebleken dat het hier zorgkosten betreft die van het eigen risico zijn uitgezonderd. De commissie acht de vordering aldus voldoende onderbouwd door de ziektekostenverzekeraar en derhalve is het bedrag van € 15,49 terecht bij verzoeker in rekening gebracht.

### **Terugbetaling declaratie**

- 9.7. Ten aanzien van het teruggevorderde bedrag ter hoogte van € 58,-- is door de ziektekostenverzekeraar betoogd dat sprake is geweest van een dubbele betaling met betrekking tot de behandelingen op 22 en 25 januari 2009. Verzoeker heeft zulks bestreden en gesteld dat het gaat om verschillende behandelingen. De commissie merkt hierover op dat door de ziektekostenverzekeraar slechts originele nota's worden geaccepteerd. Er lijkt dan ook geen sprake te zijn geweest van het tweemaal declareren van dezelfde kosten voor verzoeker. Ter zitting is door verzoeker gesuggereerd, en door de ziektekostenverzekeraar min of meer bevestigd, dat de vermoedelijke oorzaak van de dubbele betaling is gelegen in het feit dat declaratieafwikkeling destijds op twee locaties plaatsvond. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat niet is uit te sluiten dat, nadat de declaratie op de eerste locatie was beoordeeld en akkoord bevonden, deze is doorgestuurd naar de tweede locatie, alwaar opnieuw een beoordeling heeft plaatsgevonden, waarna de nota opnieuw is geaccordeerd. Aldus is voor de behandelingen – de commissie laat in het midden of het dezelfde behandelingen betreft – mogelijk tweemaal betaald. De commissie meent dat de risico's die zijn verbonden aan het op deze wijze inrichten van de administratie niet op de verzekerden mogen worden afgewenteld. De terugvordering dient om die reden te vervallen.

### **Betalingsachterstand, beëindiging aanvullende ziektekostenverzekering en overdracht incassobureau**

- 9.8. Door verzoeker is gesteld dat hij alle verschuldigde premies en in rekening gebrachte zorgkosten volledig heeft voldaan. De ziektekostenverzekeraar heeft zulks weersproken. Hij heeft in dit verband een overzicht naar de stand van 29 september 2011 in het geding gebracht. Uit dit overzicht blijkt dat door verzoeker met betrekking tot de periode van 1 januari 2006 tot en met 31 december 2010 niet alle verschuldigde bedragen zijn betaald en dat per saldo nog een bedrag openstaat van € 342,49, exclusief rente en incassokosten, en inclusief het onder 9.7 bedoelde bedrag van € 58,--.

Dat daarnaast door verzoeker meer of andere betalingen zijn gedaan dan door de ziektekostenverzekeraar gesteld, is door verzoeker in de procedure niet aannemelijk gemaakt. Mede gelet op hetgeen hiervoor is overwogen, is de commissie van oordeel dat zowel de op het overzicht vermelde verschuldigde als ontvangen bedragen juist zijn, zij het dat op de verschuldigde bedragen nog € 58,-- in mindering moet worden gebracht. Per saldo resteert derhalve een openstaande vordering van € 284,49, exclusief rente en incassokosten.

- 9.9. Uit eerder genoemd overzicht is de commissie opgevallen dat verzoeker de verschuldigde premies niet, zoals de polisvoorwaarden verlangen, bij vooruitbetaling heeft voldaan. Wanneer de premie niet (tijdig) wordt voldaan, is deze direct en volledig opeisbaar en staat het de ziektekostenverzekeraar in beginsel vrij – binnen de krachtens de verzekeringsvoorwaarden en de wet- en regelgeving geldende kaders – de ontstane vordering over te dragen aan een incassobureau – met als gevolg bijkomende (buitengerechtelijke) kosten –, dan wel ingevolge artikel 3.5 van de aanvullende ziektekostenverzekering de aanvullende ziektekostenverzekering te beëindigen. De commissie concludeert dat onder de gegeven omstandigheden de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 maart 2010 kon beëindigen, alsmede zijn vordering aan het incassobureau kon overdragen met als gevolg bijkomende rente- en incassokosten. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar echter medegedeeld de opgekomen incassokosten te laten vervallen. Gelet op deze toezegging, en nu niet is gebleken dat bij verzoeker een hoger bedrag in rekening is gebracht, laat de commissie dit punt verder rusten.

#### **Herstel aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.10. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld dat de aanvullende ziektekostenverzekering aanvankelijk met ingang van 1 maart 2010 is beëindigd wegens het bestaan van een premieachterstand. De ziektekostenverzekeraar heeft deze verzekering later met terugwerkende kracht hersteld. Door verzoeker is ter zitting betoogd dat indien een verzekering wordt geroyeerd, deze niet eenzijdig met terugwerkende kracht tot de royementsdatum kan worden hersteld, aangezien dit er op neerkomt dat alsnog premie moet worden betaald zonder dat hier (volledige) aanspraken tegenover staan. De commissie kan verzoeker hier in volgen. Consequentie van het innemen van deze stelling is echter wel dat de aanvullende ziektekostenverzekering dan met ingang van 1 maart 2010 is beëindigd en dat van aanspraken uit hoofde van deze verzekering eerst weer sprake kan zijn na totstandkoming van een nieuwe overeenkomst. Hiertoe is wilsovereenstemming vereist. Verzoeker meent dat de ingangsdatum van de nieuwe verzekering moet worden gesteld op 21 augustus 2010, de datum van afgifte van het polisblad. De ziektekostenverzekeraar houdt vast aan de datum van 1 maart 2010. Hieruit volgt dat wilsovereenstemming ten aanzien van de ingangsdatum ontbreekt en dat geen (nieuwe) aanvullende ziektekostenverzekering tot stand is gekomen. De ziektekostenverzekeraar is daarom gehouden de na 1 maart 2010 door verzoeker verschuldigde en betaalde premie voor deze verzekering te restitueren. Op het te restitueren bedrag mag hij de vergoedingen die hij na genoemde datum ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering heeft gedaan in mindering brengen.

### **Schadevergoeding**

- 9.11. Verzoeker heeft een passende vergoeding gevorderd van de door hem gemaakte kosten voor het versturen van brieven en van de in verband met deze kwestie bestede uren. Hiernaar gevraagd, is door verzoeker echter geen enkele onderbouwing van de vordering gegeven. De commissie concludeert dat de vordering onvoldoende is onderbouwd en dat deze reeds om die reden moet worden afgewezen.

### **Conclusie**

- 9.12. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen voor zover het de terugbetaling van het bedrag ter grootte van € 58,-- betreft. Daarnaast bepaalt de commissie dat tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar geen (nieuwe) aanvullende ziektekostenverzekering tot stand is gekomen. De ziektekostenverzekeraar is daarom gehouden de na 1 maart 2010 door verzoeker verschuldigde en betaalde premie voor deze verzekering te restitueren. Op het te restitueren bedrag mag hij de vergoedingen die hij na genoemde datum ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering heeft gedaan in mindering brengen.  
Het meer of anders door verzoeker gevorderde dient te worden afgewezen.
- 9.13. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.

### **10. Het bindend advies**

- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe, zoals bepaald onder 9.12.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 25 januari 2012,

Voorzitter