

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C en E beide te D
Zaak : Onterechte beëindiging zorgverzekering, terugvordering premie
Zaaknummer : 2009.00563
Zittingsdatum : 27 januari 2010

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2007 en 2008, artt. 5, 16, 17, 18 en 18a Zvw, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C en

2) E beide te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar een bedrag aan € 948,55 wegens onverschuldigde betaling bij hem terug te vorderen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van het ontstaan van deze kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering betreft 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] Uitgebreid afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker medegedeeld het onder 2 vermelde bedrag terug te vorderen.
- 3.3. Verzoeker is het niet eens met de terugvordering, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 3 december 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar besloten heeft de boete, die verzoeker heeft moeten betalen bij het inschrijven van zijn zoon bij een andere zorgverzekeraar, coulancehalve te vergoeden. De afgewezen nota's zijn opnieuw in behandeling genomen.
- 3.5. Bij brief van 10 augustus 2009 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar niet gerechtigd is het bedrag van € 948,55 bij hem terug te vorderen (hierna: het verzoek).

- 3.6. 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 13 november 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 november 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 13 december 2009 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 27 januari 2010 telefonisch gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker is op 4 november 2007 verhuisd naar België. Hij heeft dit telefonisch kenbaar gemaakt aan de ziektekostenverzekeraar, waarop deze hem met ingang van dezelfde datum heeft uitgeschreven. Desalniettemin zijn premies betaald voor de zorgverzekering over de periode na 4 november 2007, welke bedragen op 30 april 2008 door de ziektekostenverzekeraar zijn teruggestort. De ziektekostenverzekeraar is later ervan op de hoogte gekomen dat verzoeker ook na 4 november 2007 in Nederland werkzaam was en heeft hem medegedeeld dat hij na die datum niet onverzekerd mocht zijn en dat hij het bedrag van € 948,55 diende terug te betalen.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch medegedeeld dat zowel verzoeker als zijn zoon hun polis konden behouden. Op 8 mei 2008 is een brief van de ziektekostenverzekeraar ontvangen, met de mededeling dat hij was uitgeschreven vanaf de dag dat hij was verhuisd, waarop telefonisch contact is opgenomen met de ziektekostenverzekeraar, waarbij hem werd medegedeeld dat een fout was gemaakt. Het bedrag dat reeds was betaald voor de periode vanaf 4 november 2007 is gerestitueerd. Later is dit bedrag echter door de ziektekostenverzekeraar teruggevorderd. Deze terugvordering is onbegrijpelijk, omdat verzoeker niet verzekerd was in de betreffende periode, en daarom ook geen premie verschuldigd was. Daar komt bij dat hij problemen heeft opgelopen door het onverzekerd zijn, waaronder het niet verkrijgen van een inschrijvingsformulier voor de Belgische ziekenkas. Ook werd hem een boete opgelegd bij het inschrijven van zijn zoon bij een andere verzekeraar. Bovendien zijn onterecht facturen van de ziektekostenverzekeraar ontvangen vanwege het verschuldigde eigen risico.
- 4.3. Ter zitting is aangevoerd dat verzoeker zes maanden na zijn verhuizing naar België erachter kwam dat hij niet meer verzekerd was. Hij kreeg de betaalde premie terug, maar moest deze enige tijd later toch weer voldoen, terwijl geen sprake was geweest van verzekering. Een en ander is het gevolg van een fout van de ziektekostenverzekeraar.
- 4.4. 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, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat verzoeker met ingang van 4 november 2007 is uitgeschreven uit de zorgverzekering. De door hem vanaf die datum betaalde premie is in 2008 aan verzoeker gerestitueerd. Later bleek dat verzoeker nog werkzaam is in Nederland, zodat hij verzekeringsplichtig is gebleven op grond van de Zorgverzekeringswet. Daarom is op 23 mei 2008 de zorgverzekering met terugwerkende kracht hersteld. Er bestaat derhalve ook dekking voor de tussenliggende periode, zodat de stelling van verzoeker dat hij onverzekerd was, niet slaagt.
- 5.2. Verzoeker is tijdig geïnformeerd over de nog verschuldigde premie. Daarom dient hij het bedrag van € 948,55 alsnog te voldoen, en staat voorts een bedrag van € 150,-- aan eigen risico open. Eventuele nota's die verzoeker heeft over de periode tussen 4 november 2007 en 23 mei 2008 kan hij alsnog declareren.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat verzoeker ten onrechte is uitgeschreven. Hij bleef namelijk wel in Nederland werken. Omdat hij wettelijk verplicht was zich te verzekeren, heeft de ziektekostenverzekeraar de verzekering met terugwerkende kracht hersteld.
- 5.4. Na afloop van de zitting heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 12 februari 2010 schriftelijk medegedeeld dat verzoeker zijn verhuizing op 12 oktober 2007 telefonisch heeft doorgegeven. Onduidelijk is waarom het bericht van uitschrijving eerst op 8 mei 2008 is verzonden.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het bedrag van € 948,55 terecht bij verzoeker is teruggevorderd.

6. De bevoegdheid van de commissie

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.

De commissie is echter niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering van vóór 2008.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gerechtigd is het bedrag van € 948,55 bij verzoeker terug te vorderen.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden, wet- en regelgeving

- 8.1 Artikel 3 van de zorgverzekering (2007) bepaalt wanneer de zorgverzekering eindigt en luidt, voor zover hier van belang:

"1. (...)

De zorgverzekering eindigt van rechtswege op de dag volgend op:

a. het overlijden van een verzekerde;

- b. *de dag dat een verzekerde niet meer verzekeringsplichtig is op grond van de Zorgverzekeringswet. Dit is het geval als een verzekerde niet meer verzekerd is op basis van de AWBZ. (...)*
- c. *de dag dat [de ziektekostenverzekeraar] ten gevolge van wijziging of intrekking van haar vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden. (...)*

Artikel 4 onder 4 van de zorgverzekering (2007 en 2008) regelt de premiebetaling en luidt, voor zover hier van belang:

“U bent verplicht de premie en de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen, op overeengekomen wijze, dat wil zeggen per maand, kwartaal of jaar, bij vooruitbetaling te voldoen, vóór de eerste dag van de periode waarop de premie betrekking heeft. (...)”

De artikelen 6 en 7 van de zorgverzekering (2008) bevatten een regeling van het wettelijk verplichte eigen risico. De artikelen luiden, voor zover hier van belang:

“Artikel 6

(...)

Iedere verzekerde van 18 jaar en ouder heeft een verplicht eigen risico van € 150,- per kalenderjaar. (...)

Artikel 7

(...)

Op een eigen risico worden de kosten van de volgende zorgonderdelen buiten beschouwing gelaten:

- *huisartsenzorg; (...)*
- *verloskundige zorg en kraamzorg;*
- *in bruikleen verstrekte hulpmiddelen. (...)*
- *mondzorg voor verzekerden jonger dan 22 jaar (...)*”

- 8.2 De artikelen 3, 4, 6 en 7 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 1 van de zorgverzekering (2007 en 2008) gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.3 Het begin en einde van de zorgverzekering zijn geregeld in artikel 5 Zvw. De artikelen 16 tot en met 18 regelen de verschuldigdheid van premie, en artikel 18a regelt het wettelijk verplichte eigen risico.
- 8.4 Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1 Gelet op de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden, wet- en regelgeving, overweegt de commissie ten aanzien van het in 7.1 omschreven geschil als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.2 Door verzoeker is niet bestreden dat hij na 4 november 2007 werkzaam was in Nederland, zodat de zorgverzekering ten onrechte met ingang van die dag is beëindigd. Verzoeker is immers verzekerd gebleven op grond van de AWBZ en daarmee ook verzekeringsplichtig ingevolge de Zorgverzekeringswet. Voor zijn zoon geldt hetzelfde.

de, aangezien deze studeert in Nederland. Verzoeker en zijn zoon waren derhalve verplicht zich krachtens een zorgverzekering te verzekeren in de periode tussen 4 november 2007 en 23 april 2008.

- 9.3 Verzoekers stelling dat hij niet verzekerd was, en daarom ook geen premie verschuldigd was is onjuist. Verzoeker en zijn zoon zijn verzekeringsplichtig gebleven en de ziektekostenverzekeraar heeft terecht de dekking hersteld en de verschuldigde premie bij verzoeker in rekening gebracht. Aangezien de ziektekostenverzekeraar de boete die verzoeker voor zijn zoon heeft moeten betalen coulancehalve heeft vergoed, heeft verzoeker geen financiële schade geleden door de – onterechte – beëindiging van de verzekering.
- 9.4 Naast de overeengekomen premie dient verzoeker het eigen risico ten bedrage van € 150,-- aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen. Het betreft hier door de ziektekostenverzekeraar ten laste van de zorgverzekering vergoede zorgkosten die zijn gemaakt na 1 januari 2008, en die niet zijn uitgesloten van het wettelijk verplichte eigen risico.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5 De commissie is niet bevoegd een oordeel te geven over het al dan niet terecht beëindigen van de aanvullende ziektekostenverzekering in 2007. Verzoeker heeft niet gesteld niet langer prijs te stellen op een aanvullende verzekering, zodat het herstellen hiervan in 2008 geen bespreking behoeft.

Conclusie

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

Zeist, 10 maart 2010,

Voorzitter