



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen N.V. Univé Zorg te Arnhem
Zaak : Schadevergoeding in verband met herstel zorgverzekering met terugwerkende kracht
Zaaknummer : 201400887
Zittingsdatum : 8 april 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2013-2014, artt. 6:96 en 7:925 BW)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

N.V. Univé Zorg te Arnhem, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Verzoeker is tot op heden bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Gewoon ZEKUR Zorg (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 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 de zorgverzekering van verzoeker met ingang van 1 juli 2013 eenzijdig beëindigd.

3.2. In december 2013 is de zorgverzekering van verzoeker met terugwerkende kracht tot 1 juli 2013 hersteld.

3.3. Bij e-mailbericht van 30 januari 2014 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker bevestigd dat een betalingsregeling is overeengekomen voor het bedrag van € 530,25 dat ziet op de premie voor de periode van 1 juli 2013 tot en met 31 januari 2014.

3.4. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar verzocht om financiële compensatie (hierna: de aanspraak). Bij e-mailbericht van 10 februari 2014 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld hiertoe niet over te gaan.

3.5. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de zorgverzekeraar zijn excuses heeft aangeboden voor het niet goed controleren van het dienstverband van verzoeker in Nederland, en hij zich bereid heeft getoond aan verzoeker een tegemoetkoming te verlenen in de vorm van cadeaubonnen.

3.6. Bij e-mailbericht van 17 september 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen (hierna: het verzoek).

3.7. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 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.

- 3.8. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 3 februari 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 9 februari 2015 aan verzoeker gezonden.
- 3.9. Verzoeker heeft op 11 februari 2015 gereageerd op het onder 3.8 bedoelde standpunt van de zorgverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is aan de wederpartij gezonden.
- 3.10. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 17 februari 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 7 april 2015 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.11. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat, gebruik makend van de haar op grond van artikel 22 van dit reglement toekomstende bevoegdheid, de onderhavige zaak in afwijking van het bepaalde in artikel 13, lid 5 onder a van bedoeld reglement enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.12. Verzoeker heeft de commissie bij e-mailbericht van 6 april 2015 aanvullende informatie gezonden. Een afschrift hiervan is aan de wederpartij gestuurd.
- 3.13. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 8 april 2015 telefonisch gehoord.
- 3.14. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij e-mailbericht van 8 april 2015 aanvullende informatie gezonden. Een afschrift hiervan is aan verzoeker gestuurd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker heeft na de beëindiging van de zorgverzekering bij herhaling verklaard dat hij nog steeds werkzaam is in Nederland en daarmee verzekeringsplichtig. Toch deelde de zorgverzekeraar hem telkens mede dat hij niet tegen ziektekosten verzekerd kon worden in Nederland. Uiteindelijk is de zorgverzekering hersteld en heeft de zorgverzekeraar zich verontschuldigd voor het niet goed controleren of verzoeker een arbeidsbetrekking had in Nederland. Dit is voor verzoeker onvoldoende. Hij is onjuist geïnformeerd en zelfs genegeerd. Bovendien heeft hij in onzekerheid geleefd. De zorgverzekeraar heeft in strijd met de wet gehandeld. Dit is puur onrecht.
- 4.2. Verzoeker heeft zich, in de periode dat hij niet verzekerd was bij de zorgverzekeraar, in België verzekerd tegen ziektekosten. Hierdoor heeft hij gebruik kunnen maken van de voor hem noodzakelijke zorg. Na het herstel van de zorgverzekering met terugwerkende kracht, diende verzoeker de premie aan de zorgverzekeraar te voldoen. Dit betekent dat hij dubbele premie heeft betaald. De premie die aan de Belgische verzekeraar is betaald bedraagt € 557,-. Volgens de zorgverzekeraar kan de Belgische verzekeraar de premie restitueren. Verzoeker stelt dit onjuist en onbegrijpelijk te vinden. De zorgverzekeraar heeft de morele plicht hierin actie te ondernemen, hetzij door aan verzoeker een schadevergoeding te verlenen hetzij door zich tot de Belgische verzekeraar te wenden. Daarnaast dient de zorgverzekeraar simpelweg verantwoordelijkheid te nemen voor zijn handelen.
De zorg die verzoeker in Nederland (kan) geniet(en) is niet vergelijkbaar met de zorg in Wallonië, alwaar hij woont. Het belangrijkste verschil is de taal. Voor de zorg in Nederland geldt als voertaal Nederlands. Dit is de moedertaal van verzoeker. In Wallonië is Frans de voertaal. Voorts zijn er verschillen in cultuur en behandelmethoden.
- 4.3. De gevorderde schadevergoeding ziet tevens op het feit dat verzoeker door de beëindiging van de zorgverzekering van bepaalde zorg heeft afgezien. De huisartsassistente heeft dit beaamd en een en ander is schriftelijk vastgelegd op 17 september 2014. Verzoeker heeft in de periode na 1 juli 2013 geen verzoeken om toestemming bij de zorgverzekeraar ingediend. Hij was immers

niet verzekerd. Zodoende heeft hij een gedeelte van het product, de zorgverzekering, gemist. Verzoeker wijst op artikel 7:925 BW. Van de drie voorwaarden die gelden voor een verzekering (premiebetaling, het doen van een of meer uitkeringen, onzekerheid ten aanzien van uitkering dan wel premiebetaling) is slechts voldaan aan het doen van een of meer uitkeringen. Daarom kan in de periode na 1 juli 2013 niet gesproken worden van een verzekering, ondanks het herstel door de ziektekostenverzekeraar.

Verzoeker heeft voorgesteld 66 percent van de premie voor de zorgverzekering minus de premie voor de Belgische verzekering te voldoen.

De zorgverzekeraar wijst toekenning van een schadevergoeding af met een beroep op de verzekeringsvoorwaarden. Dit is teleurstellend. Verzoeker stelt het redelijk en billijk te vinden dat (een substantieel deel van) de premie wordt gerestitueerd. De zorgverzekeraar heeft immers geen risico gelopen, wel premie ontvangen en geen tegenprestatie geleverd. Gemoedsrust is een belangrijk punt voor verzoeker.

De houding van de zorgverzekeraar is zeer star en verzoeker betreurt dit.

4.4. Verzoeker benadrukt dat hij de betalingsregeling onder protest, en zonder afstand te doen van zijn rechten, heeft aanvaard. Inmiddels is het gehele bedrag voldaan.

4.5. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald. Voorts heeft verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij verplicht verzekerd was in het land waar hij werkt en het land waar hij woont. Dit bleek achteraf zijn redding. De verplichting in België een verzekering aan te houden is met ingang van 2013 afgeschaft. Verzoeker had echter de persoonlijke voorkeur die verzekering voort te zetten. Tot op heden betaalt hij hiervoor premie. Als verzoeker in België naar een arts gaat wordt dit afgewikkeld volgens de Belgische regels, en in Nederland volgens de Nederlandse regels. Indien verzoeker in 2013 de keuze voor voortzetting niet had gemaakt, was hij per 1 juli van dat jaar niet verzekerd geweest. Doordat verzoeker alsnog de volledige premie voor de zorgverzekering in Nederland aan de zorgverzekeraar diende te betalen, werd een groot beslag op zijn financiën gelegd. Onder druk van de dreiging met een deurwaarder is hij akkoord gegaan met een betalingsregeling. Het is onverteerbaar dat achteraf moest worden betaald voor een verzekering ter dekking van een onzekerheid die er al niet meer was.


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


5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar


5.1. Verzoeker woont in België en werkt in Nederland. Dit betekent dat hij als grensarbeider verzekerd moet zijn op grond van de Nederlandse Zorgverzekeringswet. Vanaf 1 januari 2011 is verzoeker verzekerd bij de zorgverzekeraar. Op 30 juli 2013 heeft de zorgverzekeraar verzoeker met ingang van 1 juli 2013 uitgeschreven uit de zorgverzekering. Later bleek dit onterecht, omdat verzoeker nog altijd werkzaam was in Nederland. Aan de hand van de e-mailwisseling met verzoeker is in december 2013 de zorgverzekering met terugwerkende kracht tot 1 juli 2013 hersteld. De premie over de periode van 1 juli tot en met 31 december 2013 is alsnog bij verzoeker in rekening gebracht. Voor de totale vordering, inclusief de premie voor januari 2014, is een betalingsregeling overeengekomen. Verzoeker heeft het bedrag van € 530,25 in tien termijnen betaald. De afgewezen declaraties over de periode vanaf 1 juli 2013 zijn opnieuw in behandeling genomen. Hiervoor heeft verzoeker de vergoeding ontvangen waarop hij volgens de verzekeringsvoorwaarden recht heeft.


De zorgverzekeraar biedt zijn excuses aan voor het feit dat onvoldoende controle heeft plaatsgevonden van het dienstverband in Nederland van verzoeker, en voor de hierdoor ontstane verwarring.

5.2. Verzoeker verklaart dat hij geen gebruik heeft kunnen maken van zijn Nederlandse zorgverzekering. De zorgverzekeraar heeft echter wel declaraties ontvangen van zijn Nederlandse zorgaanbieders. Het gaat daarbij om huisartsenzorg en zorg vanwege diabetes mellitus.


 5.3. Verzoeker wenst aanspraak te maken op financiële compensatie voor het feit dat hij zich in België heeft verzekerd nadat de zorgverzekeraar hem had uitgeschreven en voor het gebrek aan gemoedsrust. De zorgverzekeraar begrijpt dat de situatie vervelend is geweest voor verzoeker. Voor dit soort kosten is echter geen vergoeding opgenomen in de verzekeringsvoorwaarden. Wel bestaat in dit soort gevallen de mogelijkheid een tegemoetkoming te verlenen in de vorm van cadeaubonnen. Verzoeker heeft van dit aanbod geen gebruik gemaakt.

 5.4. Uit het dossier is op te maken dat verzoeker uiteindelijk dubbel verzekerd is geweest. Bij een dubbele verzekering is het in Nederland mogelijk premierestitutie aan te vragen. De ziektekostenverzekeraar kan geen restitutie verlenen omdat de Nederlandse zorgverzekering verplicht is en boven de Belgische verzekering gaat. Verzoeker wordt geadviseerd hierover contact op te nemen met de Belgische verzekeraar om na te vragen wat de mogelijkheden zijn. De zorgverzekeraar benadrukt dat de zorgverzekering zijn basis vindt in de Zorgverzekeringswet. Van deze wet kan en mag de zorgverzekeraar niet afwijken.


 5.5. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt herhaald. Voorts heeft de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat destijds van de mutualiteit het bericht werd ontvangen dat de verzekering aldaar met ingang van 1 juli 2013 was beëindigd. Achteraf bleek dat verzoeker wel verzekeringsplichtig was in Nederland en is de zorgverzekering met terugwerkende kracht hersteld. Verzoeker heeft verklaard dat hij verplicht verzekerd moest zijn in België. De indruk bestaat daarom dat verzoeker daar dus sowieso premie moest betalen. De zorgverzekeraar verklaart dat € 50,- als tegemoetkoming aan verzoeker is aangeboden, omdat hij in België niets aan de cadeaubonnen heeft.


 5.6. 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 (2013-2014) is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

 7. Het geschil

 7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar is gehouden aan verzoeker een schadevergoeding toe te kennen.

 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarde en regelgeving

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

 8.2. Artikel 14 van de zorgverzekering (2013) betreft de toepasselijke uitsluitingen en luidt, voor zover hier van belang:

"De volgende kosten vergoeden wij niet:

(...)

Lid 8 Vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van ons handelen of nalaten;

(...)"

Voor het jaar 2014 is in artikel 1.11 van de zorgverzekering eenzelfde bepaling opgenomen.

8.3. Artikel 7:925 BW luidt als volgt:

"1. Verzekering is een overeenkomst waarbij de ene partij, de verzekeraar, zich tegen het genot van premie jegens haar wederpartij, de verzekeringnemer, verbindt tot het doen van een of meer uitkeringen, en bij het sluiten der overeenkomst voor partijen geen zekerheid bestaat, dat, wanneer of tot welk bedrag enige uitkering moet worden gedaan, of ook hoe lang de overeengekomen premiebetaling zal duren. Zij is hetzij schadeverzekering, hetzij sommenverzekering.

2. Persoonsverzekering is de verzekering welke het leven of de gezondheid van een mens betreft."

9. Beoordeling van het geschil

9.1. Gelet op het standpunt van verzoeker, zal de beoordeling zich toespitsen op artikel 7:925 BW. Ingevolge artikel 7:925 lid 1 BW bevat de verzekeringsovereenkomst drie wezenlijke elementen: (i) premiebetaling, (ii) een of meer uitkeringen en (iii) onzekerheid over uitkering en premiebetaling. De zorgverzekeraar heeft de zorgverzekering van verzoeker met ingang van 1 juli 2013 laten ingaan, nadat de voorafgaande verzekering eenzijdig door hem was beëindigd per genoemde datum. Hierdoor is sprake van een nieuwe verzekeringsovereenkomst tussen de zorgverzekeraar en verzoeker. Verzoeker heeft ook uitdrukkelijk te kennen gegeven aansluitend bij de zorgverzekeraar verzekerd te willen zijn. Derhalve heeft te gelden dat verzoeker zich akkoord heeft verklaard met de (nieuwe) verzekeringsovereenkomst en dat hij de hieruit voortvloeiende verplichting tot premiebetaling met ingang van 1 juli 2013 heeft aanvaard. Hiermee is voldaan aan het eerste element van artikel 7:925 lid 1 BW.

9.2. Verzoeker heeft gesteld dat hij slechts 66 percent van de gevorderde premie hoeft te voldoen, aangezien de zorgverzekeraar geen volledige dekking heeft verleend. Op deze stelling valt in de eerste plaats af te dingen dat de vordering mede betrekking heeft op de maand januari 2014. De premie voor die maand is niet achteraf in rekening gebracht, zodat niet valt in te zien waarom verzoeker aanspraak zou hebben op enige korting. Zijn argument - dat hij geen volledige dekking heeft genoten omdat hij heeft afgezien van het genieten van zorg - treft in ieder geval geen doel voor zover het genoemde maand betreft. Ook voor de maanden juli tot en met december 2013 gaat het argument van verzoeker niet op. Door de zorgverzekeraar is gesteld, en door verzoeker onvoldoende bestreden, dat kosten van zorg zijn gedeclareerd en door de zorgverzekeraar zijn vergoed. Verzoeker heeft aangevoerd dat in deze periode door hem bepaalde zorg niet is genoten, doch dit is door hem niet aannemelijk gemaakt. Het ligt ook niet in de rede nu door verzoeker immers een ziektekostenverzekering in België werd afgesloten. Dat de zorg in Wallonië anders is en dat men er Frans spreekt, kan niet overtuigen. Verzoeker heeft er namelijk voor gekozen zich in Wallonië te vestigen en zal daarom vaker op de zorg ter plaatse zijn aangewezen onderscheidenlijk Frans moeten spreken. Ook aan het tweede element van artikel 7:925 lid 1 BW is dus voldaan. Hetzelfde geldt voor het derde element, aangezien verzoeker nog steeds met kosten kan worden geconfronteerd die hij kan declareren.

9.3. Wat betreft de aan de Belgische verzekeraar betaalde premie geldt het volgende. Verzoeker had reeds vóór 1 juli 2013 een (aanvullende) verzekering in België en hij heeft ervoor gekozen deze tot op heden voort te zetten. Die beslissing was, zoals verzoeker ter zitting heeft verklaard, gebaseerd op een persoonlijke voorkeur en hield derhalve geen verband met de - onterechte - beëindiging van de zorgverzekering in Nederland met ingang van voornoemde datum. De premie ten bedrage van € 557,- voor de Belgische verzekering kan dan ook niet als gevolgschade worden aangemerkt. Dat verzoeker in 2013 tot beëindiging van deze (aanvullende) verzekering had kunnen besluiten, waardoor hij met niet-verzekerde kosten was geconfronteerd die hij mogelijk als schade had kunnen claimen, maakt dit niet anders.

- 9.4. Voor zover het verzoek om schadevergoeding tevens ziet op door verzoeker geleden immateriële schade oordeelt de commissie dat slechts in zeer uitzonderlijke gevallen, die zich hier niet voordoen, aanspraak bestaat op een dergelijke schadevergoeding. Reden dat de vordering, voor zover die ziet op vergoeding van nadeel niet zijnde vermogensschade ("smartengeld") wordt afgewezen.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 april 2015,

mr. drs. P.J.J. Vonk