

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B versus C te D, in deze vertegenwoordigd door E
Zaak : Premie, collectiviteitskorting, verrekening no-claimteruggave
Zaaknummer : 2008.01162
Zittingsdatum : 25 februari 2009

Zaak: 2008.01162, Premie, collectiviteitskorting, verrekening no-claimteruggave

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, art. 17 en 18 Zvw)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar, in deze vertegenwoordigd door de E.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar haar collectieve zorgverzekering met terugwerkende kracht tot 1 januari 2006 om te zetten naar een individuele zorgverzekering, en de daardoor ontstane schuld te verrekenen met de no-claimteruggave.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Standaardverzekering (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Daarnaast werd door haar een aanvullende verzekering afgesloten.
- 3.2. In december 2005 heeft de zorgverzekeraar verzoekster een aanbod gedaan voor de zorgverzekering en de aanvullende verzekering tegen een maandelijkse totaalpremie van € 100,58. Verzoekster heeft dit aanbod geaccepteerd en heeft de maandelijkse premie steeds voldaan. Nadien zond de zorgverzekeraar haar een betalingsherinnering voor een bedrag ad € 67,48. Bij navraag bleek de verzekering met terugwerkende kracht te zijn omgezet naar een individuele verzekering tegen een totaalpremie van € 104,95 per maand. Tevens werd de achterstallige premie door de zorgverzekeraar verrekend met de no-claimteruggave 2007. Verzoekster heeft hierop voortzetting van de verzekering tegen de oorspronkelijke premie geclaimd (hierna: de aanspraak). Bij brief van 13 december 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat haar aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 19 december 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.

- 3.5. Bij brief van 6 september 2008 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is haar aanspraak alsnog in te willigen (hierna: het verzoek).
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek was een afschrift van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 23 december 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 9 januari 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 23 februari 2009 telefonisch medegedeeld niet gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 24 februari 2009 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, onder verwijzing naar artikel 2.5.1 van de Invoerings- en Aanpassingswet Zorgverzekeringswet (I&A wet), dat haar in 2005 een onvoorwaardelijk aanbod is gedaan. Dit aanbod is door haar geaccepteerd, waarna een polisblad is afgegeven. De zorgverzekeraar mag niet eenzijdig de premiestelling van een lopende verzekering wijzigen. Verzoekster merkt verder op dat haar werkgever geen publiekrechtelijk orgaan is, en dat zij bij de onderhandelingen over de voortzetting van het collectieve contract geen partij was. De stelling van de zorgverzekeraar dat haar werkgever heeft besloten het collectieve contract niet te verlengen, snijdt daarom geen hout. Bovendien was het toen al niet meer mogelijk over te stappen naar een andere zorgverzekeraar.
- 4.2. Daarnaast verzet verzoekster zich tegen het feit dat de zorgverzekeraar de ontstane vordering eigenmachtig heeft verrekend met de no-claimteruggave 2007.
- 4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de werkgever van verzoekster er in februari 2006 voor heeft gekozen de collectieve verzekering niet voort te zetten. Hierop heeft omzetting naar een individuele verzekering plaatsgevonden. Verzoekster is daarover geïnformeerd door middel van de afgifte van een nieuw polisblad en toezending van acceptgiro's. Volgens de zorgverzekeraar blijkt uit de premiebijlage wat de grondslag van de premie is, en welke korting(en) van toepassing is/zijn. Het aangehaalde artikel 2.5.1 I&A wet ziet niet op de situatie van verzoekster.
- 5.2. Ten aanzien van de no-claimteruggave 2007 licht de zorgverzekeraar toe dat een bedrag van € 128,70 is verrekend met de achterstallige premie en administratiekos-

ten, en dat € 42,19 is overgemaakt aan verzoekster.

- 5.3. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekering.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster in 2005 een aanbod is gedaan voor een zorgverzekering, één en ander conform artikel 2.5.1 I&A wet. Daarbij was duidelijk dat haar dit aanbod werd gedaan in het kader van een collectief contract vanwege haar werkgever. Ook op de overgelegde polisbladen met afgiftedatum van 1 januari en 2 februari 2006 is dit aangetekend, door de vermelding van het contractnummer en de naam van de werkgever.

Het was kennelijk de wens van verzoekster deel te (blijven) nemen aan de collectiviteit vanwege de werkgever. Het was haar daarbij bekend dat de onderhandelingen over het collectieve contract werden gevoerd door deze werkgever. Dat zij daar niet als partij bij betrokken was, is niet relevant, nu de toetreding tot een collectief contract immers plaatsvindt op basis van vrijwilligheid.

- 7.2. Op grond van artikel 18 lid 1 Zvw kan de zorgverzekeraar met een werkgever overeenkomen dat hij een geldelijk voordeel verstrekt indien diens werknemers of hun gezinsleden verzekerd worden op basis van een in die overeenkomst aan te wijzen modelovereenkomst. In lid 4 is opgenomen dat indien dit voordeel of een deel daarvan aan de verzekeringnemer wordt verstrekt, dit geschiedt in de vorm van een korting op de grondslag van de premie.

Aan de hand van de premiebijlage wist, althans had verzoekster kunnen weten dat bij de vaststelling van de premie in het kader van het aanbod, door de zorgverzekeraar werd uitgegaan van deelname aan de collectiviteit vanwege de werkgever.

- 7.3. Door de zorgverzekeraar is gesteld, en door verzoekster is niet bestreden, dat haar werkgever in februari 2006 heeft besloten het bestaande collectieve contract niet voort te zetten. Hierdoor verviel automatisch de aanspraak op de bedongen korting ex artikel 18 Zvw.

De commissie tekent hierbij aan dat in de systematiek van de Zvw dan geen nieuwe zorgverzekering tot stand komt.

- 7.4. Het laatste is in zoverre van belang dat geen sprake is van een (nieuw) aanbod, hetwelk door verzoekster zou moeten zijn aanvaard. Zij is dan ook verzekerd gebleven op grond van dezelfde overeenkomst. Dat het gewijzigde polisblad haar niet heeft bereikt is om die reden van ondergeschikt belang. Nog daargelaten of verzoekster bekend was met de beslissing van haar werkgever het collectieve contract niet voort te zetten, had zij ook door middel van de haar gezonden acceptgiro's kunnen vaststellen dat de premie hoger uitviel door het wegvallen van de collectiviteitskorting. De stelling van verzoekster dat haar in 2005 een onvoorwaardelijk aanbod is gedaan, kan niet leiden tot een andere uitkomst. De commissie constateert dat verzoekster

destijds wel een aanbod is gedaan voor een verzekering tegen een bepaalde premie maar dat het uitgangspunt daarbij uitdrukkelijk was dat die verzekering werd gesloten in het kader van een collectief contract.

- 7.5. Het tweede onderdeel van het verzoek betreft de verrekening van de no-claimteruggave.

Doordat verzoekster structureel niet de volledige premie heeft betaald, is een schuld ontstaan. Deze is verder toegenomen doordat de zorgverzekeraar administratiekosten heeft berekend. Door de zorgverzekeraar is de onder 5.2 beschreven verrekening toegepast; verzoekster bestrijdt dat de zorgverzekeraar daartoe de bevoegdheid heeft.

De commissie overweegt dienaangaande dat in artikel 2.19 lid 2 Bzv is bepaald dat de no-claimteruggave uiterlijk op 31 maart van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop de no-claimteruggave betrekking heeft, wordt uitgekeerd door overmaking op de bankrekening van verzekerde. Over de hoogte van de no-claimteruggave verschillen partijen niet van mening.

In artikel 6:127 van het Burgerlijk Wetboek (BW) zijn regels opgenomen met betrekking tot verrekening. Naar het oordeel van de commissie was in het onderhavige geval voldaan aan de wettelijke vereisten voor verrekening. In dit geval is sprake van wederkerig schuldenaarschap. Verder beantwoordt de prestatie aan de schuld, is de zorgverzekeraar bevoegd tot betaling en is de nakoming van de vordering die de zorgverzekeraar op verzoekster heeft ter zake van de premie afdwingbaar. Hieruit volgt dat de zorgverzekeraar de bevoegdheid tot verrekening van zijn schuld (uit hoofde van de no-claimteruggave) met de vordering (uit hoofde van de achterstallige premie en de administratiekosten) toekomt.

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

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 11 maart 2009,

Voorzitter