

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B versus C te D
Zaak	: Premie
Zaaknummer	: 2008.01251
Zittingsdatum	: 17 juni 2009

Zaak: 2008.01251 (Premie)

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, artt. 16 en 17 Zvw, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 14 mei 2008 aangaande een openstaande vordering van € 352,50.

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het Keuze Zorgplan (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker de aanvullende ziektekostenverzekeringen Extra en T-250 afgesloten (hierna gezamenlijk te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3.2. Wegens het ontstaan van een premieachterstand is de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker met ingang van 1 november 2007 beëindigd. De vordering op verzoeker is door de ziektekostenverzekeraar op 3 januari 2008 overgedragen aan het incassobureau. Achteraf gezien bleken de te vorderen bedragen toch door verzoeker te zijn voldaan, waarop de ziektekostenverzekeraar op 14 maart 2008 de incassoprocedure heeft stopgezet en de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht tot 1 november 2007 heeft hersteld.

Bij e-mail van 14 mei 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de betalingsachterstand op dat moment € 352,50 bedroeg.

Verzoeker heeft dit bedrag ondanks herhaald verzoek daartoe niet voldaan, waarop de ziektekostenverzekeraar bij brief van 2 juni 2008 aan verzoeker heeft medegedeeld de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 juni 2008 te beëindigen. De vordering op verzoeker is opnieuw overgedragen aan het incassobureau.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar besloten de procedure bij het incassobureau te staken. De rente en kosten die in rekening zijn gebracht voor niet tijdige betaling zijn te-

ruggeboekt. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 14 november 2008 aan de Ombudsman Zorgverzekeringen medegedeeld dat de vordering op dat moment € 404,27 bedroeg.

- 3.4. Bij e-mail van 7 december 2008 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de vordering kwijt te schelden, dan wel nader te onderbouwen met bewijsstukken, en hiervan een deugdelijk overzicht te geven (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 van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 30 maart 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 april 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 20 april 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch verklaard af te zien van horen.
- 3.8. Verzoeker is op 17 juni 2009 in persoon gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 14 november 2008 aangeeft dat het nog openstaande bedrag aan premie € 404,27 is. Dit bedrag is niet juist. Immers, in een schrijven van de ziektekostenverzekeraar van 14 mei 2008 staat vermeld dat het openstaande saldo € 352,20 zou zijn. Bij dit bedrag waren alle buitengerechtelijke kosten gerekend.
- 4.2. Verder geeft de ziektekostenverzekeraar in de brief van 14 november 2008 aan, dat de premie met ingang van 1 juni 2008 € 87,44 bedraagt. In de maanden juni en juli is echter een bedrag van € 114,30 afgeboekt. De ziektekostenverzekeraar heeft nooit een fatsoenlijk overzicht van de openstaande saldi met een eenduidige onderbouwing gegeven.
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling het volgende aangevoerd. In maart 2007 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar medegedeeld de aanvullende verzekering te willen wijzigen naar een goedkoper pakket. Dit is door de ziektekostenverzekeraar niet goed verwerkt. Vanaf 1 november 2007 is de aanvullende ziektekostenverzekering beëindigd. Wel werd premie voor de maanden daarna in rekening gebracht. Verzoeker heeft daarop besloten het teveel betaalde te verrekenen met de premie voor de zorgverzekering. Hij heeft de ziektekostenverzekeraar een overzicht gestuurd van de wijze waarop één en ander is verrekend. Hierop is door de ziektekostenverzekeraar niet gereageerd. De vordering is overgedragen aan een incassobureau. Voor zover de ziektekostenverzekeraar overzichten heeft gegeven van de nog openstaande bedragen, staan hierop verschillende fouten. De premie van de

aanvullende ziektekostenverzekering wordt gevorderd, doch verzoeker heeft nooit medegedeeld deze te willen herstellen.

4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn 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 in het verleden fouten zijn gemaakt. De wijzigingen in de gevorderde bedragen hebben betrekking op de beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering, het herstel met terugwerkende kracht en het nogmaals beëindigen. De premie voor de zorgverzekering bedraagt € 87,44 per maand, en de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering bedraagt maandelijks € 26,86.

5.2. Op 15 januari 2008 heeft de eerste beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering plaatsgevonden. Verzoeker heeft in verband daarmee op 16 januari 2008 een bedrag van € 53,72 (twee maanden x € 26,86) retour gekregen. Op 14 maart 2008 is de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht hersteld. Hiervoor is op 14 maart 2008 een premie van € 107,44 (vier maanden x € 26,86) in rekening gebracht. Op 12 juni 2008 is de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 juni 2008 beëindigd.

5.3. Na de zitting heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 9 juli 2009 verklaard dat de aanvullende ziektekostenverzekering is hersteld naar aanleiding van een bericht van het incassobureau, dat de premiebedragen waren voldaan.

5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat hij hiermee een voldoende duidelijk overzicht heeft gegeven van de nog openstaande vordering.

6. De bevoegdheid van de commissie

Gezien de verzekeringsvoorwaarden, het reglement van de commissie en/of de door de ziektekostenverzekeraar ondertekende verklaring, is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering vanaf het jaar 2008, bindend advies uit te brengen. Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering van vóór 2008 is de commissie niet bevoegd.

7. De beoordeling van het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar voldoende inzicht heeft gegeven in de opbouw van de nog openstaande vordering op verzoeker, en of het bedrag dat door hem is berekend juist is. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

7.2. Artikel 5 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden premie dient te worden betaald. Het artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"Art. 5 Premie, premiebetaling en schorsing

A

1. Premie

a. Krachtens de zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd.

(...)

2. *Premiebetaling*

- a. *De verzekeringnemer is verplicht de premie alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen, op de overeengekomen wijze, dat wil zeggen per maand, kwartaal, halfjaar of jaar, bij vooruitbetaling te voldoen. (...)*
Het is verzekerde niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met de van [de ziektekostenverzekeraar] te vorderen vergoeding.

B *Schorsing*

Indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen, kosten of vorderingen uit hoofde van kosten die [de ziektekostenverzekeraar] voor verzekerde heeft voorgesloten, kan [de ziektekostenverzekeraar] na de premievervaldag de verzekeringnemer schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen, te rekenen vanaf de dag na de aanmaning, onder de mededeling dat bij niet voldoening binnen de gestelde termijn de dekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de vervaldag van de premie. De verzekeringnemer blijft verplicht de premie te voldoen. Indien [de ziektekostenverzekeraar] maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer. De dekking wordt eerst weer van kracht op de dag volgend op die, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door [de ziektekostenverzekeraar] zijn ontvangen."

- 7.3. Artikel 5 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.4. De verschuldigdheid en de grondslag van de premie en de daarover te berekenen premiekorting zijn naar aard en omvang geregeld in de artikelen 16 en 17 Zvw.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Artikel 5 van de aanvullende ziektekostenverzekering luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"Art. 5 Premie, premiebetaling en schorsing

A *Premie*

Krachtens de aanvullende verzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd conform het gepubliceerde tarief dat is onderverdeeld in leeftijdsgroepen (...)

B *Premiebetaling*

De verzekeringnemer is verplicht de premie alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen, op de overeengekomen wijze, dat wil zeggen per maand, kwartaal, halfjaar of jaar, bij vooruitbetaling te voldoen. (...)
Het is verzekerde niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met enige van [de ziektekostenverzekeraar] te vorderen vergoeding. (...)

C *Schorsing*

Indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, kosten of vorderingen uit hoofde van kosten die [de ziektekostenverzekeraar] voor verzekerde heeft voorgesloten, kan [de ziektekostenverzekeraar] na de premievervaldag de verzekeringnemer schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen, te rekenen vanaf de dag na de aanmaning, onder de mededeling dat bij niet voldoening binnen de gestelde termijn de dekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de vervaldag van de premie. De verzekeringnemer blijft verplicht de premie te voldoen. Indien [de ziektekostenverzekeraar] maatregelen treft tot incasso van haar vordering, komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer. De dekking wordt eerst weer van kracht op de dag volgend op die waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door [de ziektekostenverzekeraar] zijn ontvangen."

Artikel 3 onder C van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt, voor zover hier van belang, het volgende:

“3. *Nadrukkelijk wordt bepaald, dat [de ziektekostenverzekeraar] niet het recht heeft de aanvullende verzekering te beëindigen, behoudens na schorsing als bedoeld in Hoofdstuk 1, artikel 5 onder C en fraude als bedoeld in Hoofdstuk 1, artikel 2, lid A en artikel 9.*”

- 7.7. Tussen partijen staat niet ter discussie dat premie dient te worden betaald voor de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. De beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering op 15 januari 2008 met terugwerkende kracht tot 1 november 2007 berustte kennelijk op een misverstand. Als gevolg van het niet vermelden van een betalingskenmerk is de betaling van verzoeker niet juist verwerkt. De ziektekostenverzekeraar heeft deze fout echter gecorrigeerd door de aanvullende ziektekostenverzekering te herstellen en de incassokosten aan verzoeker te retourneren.
- 7.8. Na de zitting hebben partijen overzichten overgelegd van de betalingen en terugbetalingen. De overzichten komen overeen waar het de jaren 2007 en 2008 betreft. Over het jaar 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar geen overzicht gegeven. Uit de overzichten blijkt dat de premie voor het jaar 2007 volledig is voldaan. Blijkens de polisvoorwaarden is het de ziektekostenverzekeraar toegestaan in het geval geen premie wordt voldaan, de aanvullende verzekering te schorsen totdat betaling heeft plaatsgevonden. In dat geval biedt de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking, doch blijft de verzekerde wel verplicht de overeengekomen premie te voldoen. De polisvoorwaarden bieden niet de mogelijkheid de aanvullende verzekering te beëindigen zonder daaraan voorafgaande schorsing. De commissie gaat in dit kader daarom uit van schorsing van de aanvullende ziektekostenverzekering, mede gezien het feit dat de ziektekostenverzekeraar de dekking later heeft hersteld, wat niet zou zijn gebeurd indien de aanvullende ziektekostenverzekering inderdaad zou zijn beëindigd. Vast staat dat de aanvullende ziektekostenverzekering ten onrechte is geschorst. Verzoeker is ervan uitgegaan dat de aanvullende ziektekostenverzekering niet eenzijdig door de ziektekostenverzekeraar zou worden hersteld, en is daarom van mening dat hij geen premie is verschuldigd vanaf 1 november 2007, of in ieder geval vanaf 1 januari 2008 voor de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit is echter niet in overeenstemming met de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Uit beide door partijen overgelegde overzichten volgt dat verzoeker in totaal een bedrag van € 1.059,77 heeft voldaan. De premie bedroeg in 2008 in totaal € 114,30 per maand, bestaande uit de premie voor de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. In totaal was verzoeker daarom een bedrag van (12 x € 114,30) € 1.371,60 aan de ziektekostenverzekeraar verschuldigd. Het verschil van € 311,83 (€ 1.371,60 - € 1.059,77) aan premie, exclusief eventuele andere posten, zoals het eigen risico, dient daarom nog door verzoeker te worden voldaan. Lopende het jaar 2008 heeft verzoeker duidelijk gemaakt geen prijs te stellen op de instandhouding van de aanvullende ziektekostenverzekering, zodat de commissie het redelijk acht dat deze met ingang van 1 januari 2009 wordt beëindigd.
- 7.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 7.10. Gezien het feit dat de ziektekostenverzekeraar eerst in de geschilfase duidelijkheid heeft verschaft over de nog openstaande vordering, acht de commissie het redelijk dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker het entreegeld ad € 37,-- vergoedt.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

8.2. De commissie bepaalt voorts dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 9 september 2009,

Voorzitter