

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D en E te F
Zaak : Premie, premieachterstand, viermaandswaarschuwing, bestaan
aanvullende ziektekostenverzekering
Zaaknummer : 2010.02014
Zittingsdatum : 30 maart 2011

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 2006-2011, paragraaf 3.3 Zvw, artikel IX Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2006-2009)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te D en

2) E te F

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Verzoeker is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Tevens heeft verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar ten behoeve van zijn echtgenote en zijn twee minderjarige kinderen een zorgverzekering afgesloten. Verder waren tot en met 30 november 2009 ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Beter Af Plus Polis 3 sterren en de Beter Af Tandarts Polis 1 ster afgesloten. Daarnaast waren tot en met 30 november 2009 ten behoeve van verzoekers echtgenote de aanvullende ziektekostenverzekeringen Beter Af Plus Polis 2 sterren en de Beter Af Tandarts Polis 1 ster afgesloten. Alle hiervoor genoemde 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. Bij brief van 10 augustus 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker meegedeeld dat sprake is van een achterstand van vier of meer maanden in de premiebetaling voor de zorgverzekering van hemzelf.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormeld standpunt gevraagd. Bij brief van 3 september 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.3. Bij aanmeldingsformulier van 23 september 2010 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen, althans zo begrijpt de commissie de stellingen van verzoeker, dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering 3 sterren en de aanvullende tandartsverzekering bij hem in rekening brengt, alsmede te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de brief van 10 augustus 2010 in te trekken (hierna: het verzoek).

- 3.4. 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.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 1 december 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 februari 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.6. Verzoeker heeft op 23 februari 2011 gereageerd op het in overweging 3.6 bedoelde standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. De ziektekostenverzekeraar heeft op 1 december 2010 schriftelijk meegedeeld in persoon te willen worden gehoord. Verzoeker heeft op 23 februari 2011 schriftelijk meegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 30 maart 2011 telefonisch gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker stelt dat hij de verschuldigde premiebedragen voor hem en zijn echtgenote steeds heeft voldaan. De ziektekostenverzekeraar heeft zich ten onrechte op het standpunt gesteld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van hemzelf van vier of meer maanden. Verzoeker voert aan dat hij in november 2005 een polisblad heeft ontvangen waarop alleen een aanvullende ziektekostenverzekering 2 sterren staat vermeld. Op alle polisbladen die verzoeker daarna heeft ontvangen staat vermeld dat verzoeker is verzekerd op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering 3 sterren plus een aanvullende tandartsverzekering. Laatstgenoemde verzekeringen heeft verzoeker noch zijn echtgenote ooit aangevraagd.
- 4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij na contact met de ziektekostenverzekeraar een overzicht heeft gekregen. Hier bleek een verschil in te zitten van € 3.100,--. Nadat verzoeker hiertegen bezwaar had gemaakt ontving hij een hernieuwd overzicht waarop € 3.100,-- meer premie is berekend plus een bedrag vanwege het eigen risico van hem en zijn echtgenote.
- 4.3. 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 dat verzoeker dan wel zijn echtgenote begin 2006 telefonisch heeft verzocht de ten behoeve van verzoeker afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering 2 sterren te wijzigen in 3 sterren. Naar aanleiding van dit telefonisch verzoek is op 20 april 2006 de aanvullende ziektekostenverzekering ten behoeve van verzoeker met terugwerkende kracht tot 1 januari 2006 gewijzigd in 3 sterren.

5.2. Verder stelt de ziektekostenverzekeraar dat – naar de stand van 1 december 2010 – met betrekking tot de periode van 1 januari 2006 tot en met 31 december 2010 sprake is van een achterstand in de betaling van de premie voor de zorgverzekering en de aanvullende verzekering van € 1.815,47, exclusief rente en incassokosten. Aan gezien in het geval van verzoeker sprake is van een premieachterstand van meer dan vier maanden, heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker op 10 augustus 2010 een brief als bedoeld in artikel 18b Zvw gestuurd.

5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunten herhaald.

5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het onderhavige 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 bindend advies uit te brengen.

6.2. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekeringen van vóór 1 januari 2008.

7. Het geschil

7.1. In geschil is uitsluitend de vraag welke aanvullende ziektekostenverzekeringen door verzoeker of zijn echtgenote zijn aangevraagd respectievelijk tot stand zijn gekomen, alsmede de vraag of de brief van de ziektekostenverzekeraar van 10 augustus 2010 terecht is verzonden.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. Ingevolge artikel 9 van de zorgverzekering (2006) is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd. Eenzelfde regeling is opgenomen in de verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekering voor de kalenderjaren 2007 tot en met 2011.

8.3. 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.”

8.4. De (wijze van) premiebetaling voor de aanvullende verzekering is geregeld in artikel 5 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Hierbij is onder meer geregeld dat de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering bij vooruitbetaling is verschuldigd.

- 8.5. Op 1 september 2009 is de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering (hierna: de Wsmwz) in werking getreden. Vanaf dat moment is onder meer aan de Zvw een nieuwe afdeling toegevoegd die de gevolgen regelt van het niet (tijdig) betalen van de premie voor de zorgverzekering. De wet voorziet in een aantal beoordelingsmomenten waarop de zorgverzekeraar een aanbod, respectievelijk een mededeling moet doen aan de polishouder en/of de verzekerde. Is sprake van een premieschuld voor de zorgverzekering ter hoogte van zes of meer maandpremies, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, dan vindt in beginsel melding daarvan plaats aan het College voor zorgverzekeringen. De consequentie hiervan is dat voor de nieuw opkomende maanden een – hogere – bestuursrechtelijke premie van toepassing wordt (in plaats van de premiebetaling aan de zorgverzekeraar), alsmede een ander incassoregime, waarbij onder andere bronheffing en incasso door het CJIB mogelijk zijn. Aan het regime bij het CVZ komt doorgaans weer een einde zodra de schuld uit de zorgverzekering is ingelost of een schuldregeling wordt getroffen.
- 8.6. Voor op 1 september 2009 reeds bestaande gevallen van premieachterstand is een overgangsregeling getroffen, die voorziet in een verkort traject. Hierbij is tevens voorzien in een regeling die bepaalt dat bepaalde handelingen die door de zorgverzekeraar vooruitlopend op de inwerkingtreding van de wet zijn verricht – voor zover deze handelingen voldoen aan het geregelde in de wet, al was deze reeds in werking getreden – worden aangemerkt als handelingen in het kader van de wet.
- 8.7. Voor zover hier van belang, bepalen de artikelen 18a en 18b Zvw en artikel IX van de Wsmwz het volgende:

“Artikel 18b

1. Zo spoedig mogelijk nadat ten aanzien van een zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van vier maandpremies is geconstateerd, deelt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde mee dat hij voornemens is over te gaan tot de melding, bedoeld in artikel 18c, zodra de premieschuld de daar bedoelde hoogte zal hebben bereikt, tenzij de verzekeringnemer of de verzekerde hem uiterlijk vier weken na ontvangst van de mededeling heeft laten weten, het bestaan van de schuld of de hoogte ervan te betwisten.

2. Ingeval van tijdige betwisting als bedoeld in het eerste lid deelt de zorgverzekeraar, indien deze na onderzoek zijn standpunt handhaaft, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde mee dat hij het voornemen tot melding tot uitvoering zal brengen zodra de premieschuld de in artikel 18c, eerste lid, bedoelde hoogte zal hebben bereikt, tenzij de verzekeringnemer of de verzekerde binnen een termijn van vier weken na ontvangst van de in dit lid bedoelde mededeling een geschil hierover heeft voorgelegd aan een onafhankelijke instantie als bedoeld in artikel 114 of aan de burgerlijke rechter.

3. Indien een betalingsregeling als bedoeld in artikel 18a ingaat nadat ten aanzien van de zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van vier maandpremies is ontstaan, laat de zorgverzekeraar de in het eerste lid bedoelde melding achterwege zolang de nieuw vervallende termijnen van de premie worden voldaan

(...).”

”ARTIKEL IX

(...)

4. Indien op de datum van inwerkingtreding van deze wet ten aanzien van een zorgverzekering volgens de administratie van de zorgverzekeraar reeds een premieschuld van vier of meer maanden bestaat, doet een zorgverzekeraar, in afwijking van artikel 18b, de daar bedoelde mededeling:

a. zodra de termijn voor aanvaarding van het aanbod, bedoeld in het eerste lid, is verlopen

zonder dat het aanbod is aanvaard, of

b. het aanbod is aanvaard en desondanks toch nieuw vervallende termijnen van de premie niet voldaan worden.

5. Een voor de datum van inwerkingtreding van deze wet gedaan aanbod tot het treffen van een betalingsregeling, dat aan de eisen van artikel 18a van de Zorgverzekeringswet juncto het tweede lid van dit artikel zou hebben voldaan indien die bepalingen op de datum waarop het aanbod is gedaan reeds in werking zouden zijn getreden, en een voor de datum van inwerkingtreding van deze wet gedane mededeling die aan de eisen van artikel 18b van de Zorgverzekeringswet juncto het vierde lid van dit artikel zou hebben voldaan indien deze bepalingen op het moment van verzending van de mededeling in werking zouden zijn getreden en waartegen de verzekeringnemer of, indien dit een ander dan de verzekeringnemer is, de verzekerde, bij de verzekeraar en vervolgens bij een onafhankelijke instantie als bedoeld in artikel 114 van de Zorgverzekeringswet of de burgerlijke rechter heeft kunnen opkomen als ware artikel 18b van de Zorgverzekeringswet reeds in werking getreden, gelden voor de toepassing van artikel 18c van die wet en het gestelde bij en krachtens artikel 34a van die wet als aanbod en mededeling als bedoeld in artikel 18a respectievelijk 18b van die wet. (...).”

- 8.8. Uit de memorie van toelichting op het Wetsvoorstel Structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering (TK 2008-2009, 31736, nr. 3, pag. 28) kan worden afgeleid dat de premieachterstand als bedoeld in artikel 18b Zvw en artikel IX Wsmwz, ziet op de premieachterstand per zorgverzekering en niet per polis (waarop meerdere zorgverzekeringen c.q. verzekerden vermeld kunnen staan). Verder is voor toepassing van de regeling als opgenomen in artikel 18b en artikel IX Wsmwz uitsluitend de *premie voor de zorgverzekering* van belang.

9. Beoordeling van het geschil

Bestaan aanvullende ziektekostenverzekeringen

- 9.1. Uit de bij de brief van 1 december 2010 gevoegde premiespecificatie leidt de commissie af dat verzoeker en zijn echtgenote uiteindelijk verzekerd zijn geworden op basis van de zorgverzekering met voor verzoeker de aanvullende ziektekostenverzekering 3 sterren en een aanvullende tandartsverzekering en voor verzoekers echtgenote een aanvullende ziektekostenverzekering 2 sterren en een tandartsverzekering. De commissie begrijpt het verzoek aldus dat verzoeker van mening is dat de aanvullende ziektekostenverzekering 3 sterren ten behoeve van hemzelf en de beide aanvullende tandartsverzekeringen niet tot stand zijn gekomen.
- 9.2. Aangezien het hier een kwestie betreft die dateert van vóór 1 januari 2008, is de commissie niet bevoegd hierover een uitspraak te doen. De commissie constateert dat verzoeker in de afgelopen jaren geen gebruik heeft gemaakt van de mogelijkheden die er zijn om de ontstane – en door hem kennelijk niet gewenste – situatie ongedaan te maken. Daarom zal deze voor het vervolg als uitgangspunt worden genomen, en zal de commissie aannemen dat verzoeker is verzekerd op basis van de zorgverzekering in combinatie met de aanvullende ziektekostenverzekering 3 sterren en de aanvullende tandartsverzekering, en zijn echtgenote op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering 2 sterren en de aanvullende tandartsverzekering.

Viermaandswaarschuwing

- 9.3. Door de ziektekostenverzekeraar zijn stukken overgelegd waaruit blijkt dat over de periode van 1 januari 2006 tot en met 31 december 2010 – naar de stand van 1 december 2010 – sprake is van een betalingsachterstand van € 1.815,47. Verzoeker

heeft gesteld – en onderbouwd met betalingsbewijzen – dat hij op 24 november 2010 een bedrag van € 193,-- aan de ziektekostenverzekeraar heeft betaald. De commissie constateert dat deze betaling niet voorkomt op het overzicht van 1 december 2010 dat door de ziektekostenverzekeraar in de procedure is ingebracht. Dat deze betaling door verzoeker dan wel zijn bank is gestorneerd is in de procedure niet gebleken zodat het bedrag van € 193,-- alsnog in mindering moet worden gebracht op de vordering van de ziektekostenverzekeraar. Wanneer eerder genoemd bedrag van € 193,-- van de in de administratie van de ziektekostenverzekeraar nog openstaande vordering wordt afgetrokken resteert een bedrag van € 1.622,47 (€ 1.815,47 – € 193,--). Gesteld noch gebleken is dat verzoeker naast voornoemde betaling van € 193,-- meer of andere betalingen heeft gedaan, zodat de betalingsachterstand naar de stand van 1 december 2010 € 1.622,47 bedraagt.

- 9.4. Ten aanzien van het betalingsoverzicht van de ziektekostenverzekeraar van 1 december 2010 merkt de commissie op dat dit een totaaloverzicht is van de verschuldigde en ontvangen bedragen, inclusief de premie voor de aanvullende verzekering, zorgkosten en het eigen risico. Voor de toepassing van de regeling als opgenomen in artikel 18b en artikel IX Wsmwz is uitsluitend de *premie voor de zorgverzekering* van belang. Indien de premie voor de aanvullende verzekering, zorgkosten en het eigen risico buiten beschouwing worden gelaten, is in dit geval nog steeds sprake van een premieachterstand voor de zorgverzekering van ten minste vier maandpremies. De brief van 10 augustus 2010 werd derhalve terecht verstuurd.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen wat betreft de hoogte van de betalingsachterstand, in die zin dat deze naar de stand van 1 december 2010 exclusief rente en incassokosten € 1.622,47 bedraagt. Voorts wijst de commissie het verzoek af waar het gaat om de vaststelling door de ziektekostenverzekeraar dat een betalingsachterstand van minimaal vier maandpremies bestaat, zoals bedoeld in artikel 18b Zvw.
- 9.6. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, ligt het – mede indachtig artikel 17 van het reglement van de commissie – in de rede dat de ziektekostenverzekeraar ook het entreegeld aan verzoeker vergoedt.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe op de wijze als hierboven in 9.5 is vermeld.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 13 april 2011,

Voorzitter