



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Premie, hoogte betalingsachterstand, verwerking MSNP-traject
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2009-2018, art. 16 Zvw
Zaaknummer : 201900689
Zittingsdatum : 1 april 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

2.1. Bij ongedateerde brief (door de commissie ontvangen op 18 december 2019) heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen gevraagd een bindend advies uit te brengen.

2.2. De zorgverzekeraar heeft in de brief van 13 februari 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 18 februari 2020 aan verzoekster gezonden.

2.3. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 1 april 2020 gehoord.

2.4. Na afloop van de hoorzitting is verzoekster (nogmaals) in de gelegenheid gesteld te reageren op de door de zorgverzekeraar overgelegde financiële overzichten van 4 juni 2019. Op 5 april 2020 heeft verzoekster de commissie een brief gestuurd met verschillende betalingsbewijzen. Een afschrift van deze reactie is op 9 april 2020 aan de zorgverzekeraar gestuurd die daarbij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Van de geboden mogelijkheid heeft de zorgverzekeraar geen gebruik gemaakt.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoekster was tot en met 31 december 2018 bij de (rechtsvoorganger van de) zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering).

3.2. Verzoekster heeft zich in 2014 gewend tot de Sociale Dienst Drechtsteden voor een schuldhulpverleningstraject. Dit heeft ertoe geleid dat verzoekster op 20 augustus 2014 een stabilisatieovereenkomst heeft getekend en dat de Sociale Dienst bij de rechtsvoorganger van de zorgverzekeraar een opgave heeft gevraagd van het openstaande saldo. In vervolg hierop heeft de rechtsvoorganger van de zorgverzekeraar de Sociale Dienst bij brief van 14 oktober 2014 meegedeeld dat het openstaande saldo op dat moment € 7.050,49 bedroeg.

3.3. Na ontvangst van de saldo-opgave heeft de Sociale Dienst de rechtsvoorganger van de zorgverzekeraar op 29 december 2014 een betalingsvoorstel van € 313,82 tegen finale kwijting gedaan. Met dit voorstel is de rechtsvoorganger van de zorgverzekeraar (gedeeltelijk) akkoord gegaan.

3.4. De (rechtsvoorganger van de) zorgverzekeraar heeft verzoekster vanaf 2015 bij brieven van verschillende data meegedeeld dat sprake is van een (nieuwe) betalingsachterstand.

3.5. Verzoekster heeft de (rechtsvoorganger van de) zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brieven van verschillende data heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.6. Uit twee financiële overzichten van de zorgverzekeraar, gedateerd 4 juni 2019, blijkt dat over de periode van 1 januari 2009 tot en met 31 december 2018 geen sprake (meer) is van een openstaande vordering.

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de zorgverzekeraar is gehouden:

- (i) de afwikkeling van het minnelijke schuldsaneringstraject goed te verwerken, en
- (ii) de te veel betaalde bedragen terug te storten.

4.2. De zorgverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10 van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepaling uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), te weten artikel 16 Zvw, is vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Verwerking minnelijk schuldsaneringstraject

6.2. Nadat verzoekster op 20 augustus 2014 een stabilisatieovereenkomst had ondertekend, heeft de Sociale Dienst namens haar bij de rechtsvoorganger van de zorgverzekeraar een saldo-opgave gevraagd. In vervolg hierop heeft laatstgenoemde de Sociale Dienst bij brief van 14 oktober 2014 meegedeeld dat het openstaande saldo op dat moment € 7.050,49 bedroeg. Genoemd bedrag had betrekking op de perioden van 1 januari 2006 tot en met 31 december 2007 (€ 1.059,69), van 1 januari 2008 tot en met 31 december 2008 (€ 1.221,42), van 1 januari 2009 tot en met 20 augustus 2014 (€ 4.673,78), en incassokosten (€ 95,60). Na ontvangst van de saldo-opgave hebben de Sociale Dienst en de rechtsvoorganger van de zorgverzekeraar afspraken gemaakt over de aflossing. Destijds is afgesproken dat:

- verzoekster elk jaar minstens één bedrag betaalt. Zij mag zelf weten hoeveel zij per keer betaalt, zolang het hele bedrag van € 313,82 maar binnen 36 maanden op de rekening van de rechtsvoorganger van de zorgverzekeraar staat;
- gedurende de periode van 36 maanden worden de opkomende premies en andere aan de rechtsvoorganger van de zorgverzekeraar verschuldigde bedragen tijdig door verzoekster voldaan;
- als het bedrag van ten minste € 313,82 is ontvangen zal het restant van de vordering worden kwijtgescholden.

6.3. Door de zorgverzekeraar is verklaard dat in het kader van de hiervoor genoemde afspraken namens verzoekster drie betalingen zijn gedaan, te weten op 22 december 2016 (€ 101,32), op 2 mei 2018 (€ 112,83) en op 2 oktober 2018 (€ 112,84). Per abuis is lange tijd aan verzoekster gecommuniceerd dat, na betaling van deze bedragen, slechts een deel van de vordering is kwijtgescholden. Bij brief van 13 februari 2020 heeft de zorgverzekeraar echter verklaard dat, ondanks het feit dat verzoekster niet altijd de nieuw opkomende maandpremies voldeed, waarover later meer, hij toch akkoord is

gegaan met kwijtschelding van het resterende deel van de vordering. Dit betekent dat een bedrag van totaal € 6.723,50 (€ 7.050,49 - € 101,32 - € 112,83 - € 112,84) is kwijtgescholden. Met deze kwijtschelding is de zorgverzekeraar de met de Sociale Dienst gemaakte afspraken nagekomen. De zorgverzekeraar tekent hierbij nog aan zeer coulant te zijn geweest, omdat de nieuwe achterstanden aanleiding hadden kunnen vormen het MSNP-traject te beëindigen.

- 6.4. Verzoekster stelt zich nu op het standpunt dat de zorgverzekeraar zijn afspraken, ondanks de in de brief van 13 februari 2020 gedane toezegging, niet is nagekomen. Volgens haar heeft de zorgverzekeraar, na de met de Sociale Dienst gemaakte afspraken, betalingen afgeboekt op oude vorderingen. Daarbij betwist verzoekster dat na de gemaakte afspraken een nieuwe betalingsachterstand is ontstaan. Dit kan volgens haar niet, omdat de betalingen voor haar werden gedaan.

De commissie merkt hierover op dat verzoekster haar stellingen niet heeft onderbouwd. Uit de financiële overzichten van de zorgverzekeraar van 4 juni 2019 blijkt daarentegen dat verzoekster ook na de met de Sociale Dienst gemaakte afspraken de aan de zorgverzekeraar verschuldigde bedragen niet altijd tijdig en volledig heeft voldaan. Het stond de zorgverzekeraar vrij de kennelijk niet-gespecificeerde betalingen in mindering te brengen op ontstane vorderingen.

Juistheid financiële overzichten van 4 juni 2019

- 6.5. Waar het de hoogte van de betalingsachterstand betreft, geldt dat de zorgverzekeraar bij zijn brief van 13 februari 2020 twee financiële overzichten, gedateerd 4 juni 2019, heeft overgelegd. Zowel uit het eerste overzicht van de rechtsvoorganger van de zorgverzekeraar (periode van 1 januari 2009 tot en met 31 december 2015) als uit het tweede overzicht van de zorgverzekeraar (periode van 1 januari 2016 tot en met 31 december 2018) blijkt dat geen sprake (meer) is van een betalingsachterstand.

- 6.6. Verzoekster stelt dat zij per saldo teveel heeft betaald. Daartoe door de commissie in de gelegenheid gesteld, heeft zij echter niet aannemelijk gemaakt dat meer of andere betalingen zijn gedaan. Alle betalingen waarvan verzoekster betalingsbewijzen heeft overgelegd komen voor op de door de zorgverzekeraar overgelegde financiële overzichten. De commissie acht de overzichten van 4 juni 2019 daarom juist. Over de periode van 1 januari 2009 tot en met 31 december 2018 is geen sprake (meer) van een betalingsachterstand, maar ook niet van een door verzoekster teveel betaald bedrag.

- 6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 6 mei 2020,

H.A.J. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

Wij hebben het recht de zorgverzekering te beëindigen als u niet op tijd betaalt. De verzekering wordt in dat geval niet met terugwerkende kracht beëindigd.

3.6.2. Wij brengen de volgende kosten bij u in rekening in geval van niet-tijdig betalen:

- Wettelijke rente vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de oorspronkelijke factuur
- Incassokosten vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de aanmaning.

3.6.3. Als u al bent aangemaand voor het niet op tijd betalen van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen of onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen, dan hoeven wij u bij het niet op tijd voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.

3.6.4. Wij hebben het recht om opeisbare premie, kosten en wettelijke rente te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere bedragen die u van ons moet ontvangen.

3.6.5. Als wij de verzekering beëindigen omdat u de premie niet op tijd heeft betaald, dan hebben wij het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.

3.6.6. Gevolgen van het niet betalen van 2 maandpremies of meer

- a. Heeft u als verzekeringnemer een premieachterstand ter hoogte van 2 maandpremies? Dan bieden wij u een betalingsregeling aan. U heeft 4 weken de tijd om deze betalingsregeling te accepteren. Ook informeren wij u over de gevolgen als u ons aanbod niet accepteert en de achterstand oploopt tot 6 of meer maandpremies.
- b. Heeft u als verzekeringnemer een premieachterstand ter hoogte van 4 maandpremies? Dan ontvangt u een waarschuwing dat wij u bij het CAK aanmelden voor de regeling wanbetalers bij een betalingsachterstand van 6 maandpremies, tenzij wij alsnog met u een betalingsregeling aangaan.
- c. Heeft u als verzekeringnemer een premieachterstand ter hoogte van 6 maandpremies of meer? Dan melden wij u aan bij het CAK voor de regeling wanbetalers en bent u verplicht een bestuursrechtelijke premie aan het CAK te betalen. Voor de periode dat u een bestuursrechtelijke premie aan het CAK verschuldigd bent, bent u geen premie aan ons verschuldigd. De bestuursrechtelijke premie aan het CAK is hoger dan de premie die u normaal gesproken aan ons zou moeten betalen.

Heeft u anderen op uw polis verzekerd en is er voor hen een betalingsachterstand ontstaan? Zij ontvangen dan kopieën van onze berichten aan u over de premieachterstand.

U vindt de gevolgen van het niet betalen van de premie en de bestuursrechtelijke premie in de artikelen 18a tot en met artikel 18g Zorgverzekeringswet.

3.6.7. U bent geen premie aan ons verschuldigd over de periode bedoeld in artikel 18e Zorgverzekeringswet.

Artikel 4. Overige verplichtingen

U bent verplicht:

- Ons te informeren over feiten, die ervoor (kunnen) zorgen dat kosten verhaald kunnen worden op (mogelijk) aansprakelijke derden en ons in dat verband de benodigde inlichtingen te verstrekken. U mag geen enkele regeling treffen met een derde, zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring. U moet zich onthouden van handelingen waardoor onze belangen kunnen worden geschaad;
- Medewerking te verlenen aan onze medisch adviseur of medewerkers tot het verkrijgen van alle benodigde informatie die zij nodig hebben voor (de controle op) de uitvoering van de zorgverzekering;
- De zorgaanbieder te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur;
- Ons zo spoedig mogelijk feiten en omstandigheden te melden die voor een juiste uitvoering van de verzekering van belang zijn. Dat zijn onder meer einde verzekeringsplicht, begin en einde detentie, (echt)scheiding, geboorte, adoptie of wijziging rekeningnummer. Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde, dragen wij geen enkel risico.

Als u uw verplichtingen niet nakomt en onze belangen worden hierdoor geschaad, dan kunnen wij uw recht op (vergoeding van de kosten van) de verzekerde zorg schorsen.

Artikel 5. Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden

5.1. Wijziging voorwaarden

Wij hebben het recht de voorwaarden en premie(grondslag) van de zorgverzekering op elk moment te wijzigen. Wij zullen u als verzekeringnemer hierover schriftelijk informeren. Een wijziging van de premiegrondslag treedt niet eerder in werking dan 7 weken na de dag waarop deze aan u is meegedeeld. Een wijziging in de voorwaarden treedt niet eerder in werking dan 1 maand na de dag waarop deze aan u is meegedeeld.

5.2. Opzeggingsrecht

Als wij de voorwaarden en/of premiegrondslag van de zorgverzekering in uw nadeel wijzigen, dan kunt u als verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. U

3.2. Premiekorting bij collectieve overeenkomst

- 3.2.1. Als u deelneemt aan een collectieve overeenkomst, dan ontvangt u een korting op de premiegrondslag.
- 3.2.2. Vanaf de dag dat u niet meer kunt deelnemen aan de collectieve overeenkomst, vervallen de premiekorting en voorwaarden zoals bepaald in de collectieve overeenkomst. Vanaf deze dag wordt de zorgverzekering op individuele basis voortgezet.
- 3.2.3. U kunt maar aan één collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen.

3.3. Wie betaalt premie?

De verzekeringnemer is verplicht premie te betalen. Voor een verzekerde jonger dan 18 jaar hoeft tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de 18e verjaardag geen premie te worden betaald. Bij overlijden van een verzekerde is premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden. Bij wijziging van de zorgverzekering berekenen wij de premie opnieuw met ingang van de datum van wijziging.

Voorbeeld

Iemand die op 1 juli 18 jaar wordt, betaalt premie vanaf 1 augustus.

3.4. Betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico en kosten

- 3.4.1. U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdrage maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen. Als u de premie per jaar vooraf betaalt, dan ontvangt u een termijnbetalingskorting op de te betalen premie. De hoogte van de korting is op het polisblad vermeld.
- 3.4.2. U betaalt de premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen op de betalingswijze zoals met ons is overeengekomen.

Kosteloze betaalmogelijkheden

- U machtigt ons voor automatische incasso van verschuldigde bedragen (zie ook artikel 3.4.3).
- U maakt gebruik van de mogelijkheid om via uw Mijn-omgeving gratis een digitale factuur te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling. Dit kan desgewenst direct via iDeal.
- Uw werkgever houdt de premie in op uw salaris en draagt deze aan ons af. Deze betaalmogelijkheid heeft alleen betrekking op de premie.

Aan deze betaalmogelijkheden zijn geen extra kosten verbonden.

Kosten voor betaling per papieren factuur (acceptgiro)

Als u geen gebruik maakt van de kosteloze betaalmogelijkheden voor uw premie, eigen risico en eigen bijdragen dan betaalt u € 1,50 per papieren factuur. Dit bedrag is voor alle kosten die wij maken voor het in stand houden, vervaardigen en aanbieden van een papieren factuur en het verwerken van uw betaling. Ook als u voor de betaling geen gebruik maakt van de papieren factuur. U ontvangt ook een papieren factuur als een automatische incasso van uw premie, eigen risico en eigen bijdrage niet kan worden uitgevoerd of als u een betalingsregeling met ons aangaat en u kiest voor betaling per papieren factuur. Ook dan betaalt u per papieren factuur € 1,50. Betaalt u uw premie per kwartaal of jaar en kiest u voor betaling per papieren factuur? Dan zijn hieraan voor u geen extra kosten verbonden.

- 3.4.3. Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing op de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen. Deze toestemming geldt tijdens, en zo nodig ook na afloop van, de verzekeringsovereenkomst. Op uw polisblad informeren wij u over de datum van automatische incasso van de premie voor het gehele kalenderjaar. Voor de overige kosten informeren wij u ten minste 3 dagen voor de datum waarop de afschrijving plaatsvindt over het af te schrijven bedrag en de datum. Bent u het niet eens met een afschrijving? Dan kunt u het bedrag laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met uw bank. Het automatisch te incasseren bedrag voor eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen is gemaximeerd tot € 220 per maand. Voor bedragen boven de € 220 sturen wij u een papieren factuur. Als wij ervoor kiezen u een papieren factuur te sturen, dan zijn hieraan voor u geen extra kosten verbonden.

3.5. Verrekening

U mag de verschuldigde bedragen niet verrekenen met een bedrag dat u nog van ons verwacht.

3.6. Niet-tijdig betalen

- 3.6.1. Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen niet op tijd betaalt, dan sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, dan kunnen wij de dekking van deze zorgverzekering schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg vanaf de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen.

Aangifte en registratie

Wij kunnen bij fraude aangifte doen bij de politie. Ook kunnen wij uw gegevens en die van medeplegers en medeplichtigen (laten) opnemen:

- In ons Incidentenregister
- Bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars
- In het externe verwijzingsregister van de stichting CIS.

Beëindiging verzekering(en)

Als u fraude pleegt, beëindigen wij uw zorgverzekering. U kunt dan 5 jaar geen zorgverzekering bij ons sluiten. Wij beëindigen ook uw aanvullende zorgverzekering(en). U kunt dan 8 jaar geen aanvullende verzekering sluiten bij de verzekeraars van Coöperatie VGZ.

2.5. Bescherming van uw persoonsgegevens

Bij het uitvoeren van uw verzekeringen verwerken wij uw persoonsgegevens. Wij doen dit in overeenstemming met de wet- en regelgeving, zoals de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG). In de privacyverklaring op onze website leest u hier meer over. Ook leest u in de privacyverklaring welke rechten u heeft. Als u vragen heeft over de omgang met uw persoonsgegevens, dan kunt u deze richten aan de functionaris voor de gegevensbescherming. Kijk voor meer informatie op de pagina over privacy op onze website.

Geheimhouding van uw adres

Voor de uitvoering van uw verzekeringen mogen wij uw adres delen met bijvoorbeeld zorgaanbieders. Als u uw adres geheim wilt houden, dan kunt u dit aan ons melden. Wij geven uw adres dan niet door.

2.6. Mededelingen

Mededelingen gericht aan het laatst bij ons bekende adres, worden geacht u te hebben bereikt. Als u alle mededelingen van ons langs elektronische weg wilt ontvangen, dan kunt u dit aangeven in de Mijn-omgeving.

2.7. Lidmaatschap van de Coöperatie VGZ

Bij de totstandkoming van deze zorgverzekering wordt u als verzekeringnemer ook lid van de Coöperatie VGZ U.A., tenzij u schriftelijk aangeeft daar geen prijs op te stellen. De Coöperatie behartigt het belang van haar leden op het terrein van de (zorg)verzekering. U kunt het lidmaatschap op elk gewenst moment opzeggen, met inachtneming van een opzegtermijn van één maand. Het lidmaatschap eindigt in ieder geval op het moment dat de verzekeringsovereenkomst eindigt.

2.8. Bedenkperiode

Bij het aangaan van de zorgverzekering heeft u als verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. U kunt de verzekering schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

2.9. Voorrangsbepaling

Voor zover het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringswet bepaalde van invloed is of moet zijn op de zorgverzekering, geldt dit als in deze verzekeringsvoorwaarden opgenomen. Is het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringswet bepaalde strijdig met de bepalingen van deze overeenkomst? Dan gaat hetgeen is bepaald in de Zorgverzekeringswet voor en daarna hetgeen is bepaald bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek en daarna het bepaalde in deze zorgverzekering.

2.10. Nederlands recht

Op de zorgverzekering is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 3. Premie

3.1. Premiegrondslag en premiekortingen

De premiegrondslag is de premie zonder premiekorting voor een vrijwillig eigen risico en/of een korting die in een collectieve overeenkomst is overeengekomen. De premiegrondslag en de premiekorting voor het vrijwillig eigen risico vindt u op de jaarlijks aan te passen premiebijlage. U vindt de premiebijlage op onze website.

De premiegrondslag en premiekortingen die voor u gelden, vindt u op uw polisblad.

Zorgverzekeringswet

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 of 18e.