

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C te D
Zaak : Wijziging aanvullende ziektekostenverzekering
Zaaknummer : 2012.01561
Zittingsdatum : 10 oktober 2012

1. Partijen

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

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Ziektekostenverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Tevens heeft verzoeker voor drie andere personen de zorgverzekering afgesloten.

Verder waren ten behoeve van verzoeker en zijn echtgenote bij de ziektekostenverzekeraar acht aanvullende modules afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar verzocht om beëindiging van één module van de aanvullende ziektekostenverzekering, met ingang van 1 februari 2011. Bij brief van 18 januari 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar deze wijziging bevestigd en medegedeeld dat deze zal worden gerealiseerd met ingang van 1 januari 2012.

3.2. Verzoeker heeft zijn zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering opgezegd tegen 1 april 2011. Op 3 maart 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar deze opzegging bevestigd door middel van een uitschrijfbewijs.

3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van de onder 3.1 genoemde beslissing gevraagd. Bij brieven van 8 april 2011, 13 april 2011 en 10 juni 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.4. Bij brief van 2 juni 2012 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de onder 3.1 genoemde wijziging alsnog te realiseren met ingang van 1 februari 2011, en de verschuldigde premies voor februari en maart 2011 overeenkomstig te verlagen (hierna: het verzoek).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 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 de commissie bij brief van 9 augustus 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 augustus 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 15 augustus 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 21 september 2012 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoeker heeft de commissie bij brief van 16 augustus 2012 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 augustus 2012 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.9. Verzoeker is op 10 oktober 2012 in persoon gehoord.
- 3.10. Verzoeker heeft de commissie desgevraagd bij brief van 15 oktober 2012 aanvullende informatie gezonden. Een afschrift hiervan is aan de wederpartij gestuurd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. In januari 2011 heeft verzoeker via internet doorgegeven de module alternatieve geneeswijzen te willen beëindigen. Deze wijziging heeft de ziektekostenverzekeraar op 18 januari 2011 bevestigd. Hierbij is vermeld dat de wijziging pas ingaat op 1 januari 2012. De reden hiervan is dat verzoeker een traditionele zorgverzekering heeft, en dat bij dit product wijzigingen niet via internet kunnen worden doorgegeven. Dit is alleen mogelijk bij de internetzorgverzekering. Verzoeker is het hier niet mee eens.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de wijziging bevestigd, waarmee wordt goedgekeurd dat dergelijke wijzigingen met betrekking tot de verzekeringen die verzoeker heeft afgesloten, via internet kunnen worden doorgegeven. Het verschil tussen een traditionele zorgverzekering en een internetzorgverzekering is volgens de ziektekostenverzekeraar dat bij een internetzorgverzekering, omwille van kostenbesparing, alles via internet wordt geregeld. Bij een traditionele zorgverzekering gaat alles per post. De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoeker een traditionele ziektekostenverzekering heeft, maar heeft hem wel inloggegevens voor een persoonlijke website verschaft, en hem meermalen per e-mail belangrijke informatie gezonden. Derhalve is deze wijze van communiceren niet zoals mag worden verwacht bij een traditionele zorgverzekering.
- 4.3. Verzoeker heeft de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering tegen 1 april 2011 opgezegd. In eerste instantie werd hem medegedeeld dat deze beëindiging niet tijdig is doorgegeven. Hierop heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat hij nooit per post premienota's en dergelijke heeft ontvangen. Op grond hiervan werd de opzegging per 1 april 2011 alsnog bevestigd en verwerkt. Volgens verzoeker is dit een indicatie dat de ziektekostenverzekeraar inzag incorrect te hebben gehandeld.

- 4.4. Samenvattend stelt verzoeker dat hij enerzijds wordt behandeld alsof hij een internetzorgverzekering heeft, en anderzijds alsof hij een traditionele zorgverzekering heeft. Er wordt gecommuniceerd via e-mail, maar er worden verzekeringspenningen geïnd behorend bij een traditionele zorgverzekering. Dit is onjuist. De ziektekostenverzekeraar heeft impliciet aan verzoeker verklaard dat hij een internetzorgverzekering heeft. Derhalve dienen de (nog onbetaalde) premies voor de maanden februari en maart 2011 te worden verlaagd met een bedrag van € 30,- premie voor de module van de aanvullende ziektekostenverzekering die hij met ingang van 1 februari 2011 heeft beëindigd.
- 4.5. Verder stelt verzoeker dat de interne klachtbehandeling bij de ziektekostenverzekeraar erg lang heeft geduurd. Deze wijze van handelen van de ziektekostenverzekeraar is kwalijk.
- 4.6. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald. Voorts heeft verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij in januari 2011 via internet de module alternatieve geneeswijzen heeft beëindigd. In eerste instantie kreeg hij per e-mail van de ziektekostenverzekeraar de bevestiging dat deze module was beëindigd. Later ontving hij echter een brief dat de module pas met ingang van 1 januari 2012 zou worden beëindigd. De ziektekostenverzekeraar heeft derhalve in strijd met de polisvoorwaarden het via internet doorgegeven verzoek tot beëindiging, geaccepteerd. Volgens de ziektekostenverzekeraar had verzoeker expliciet moeten aangeven dat hij niet per e-mail wilde communiceren. Dat is volgens verzoeker de wereld op zijn kop. De traditionele zorgverzekering is duurder dan de internetzorgverzekering, omdat schriftelijk wordt gecommuniceerd. De ziektekostenverzekeraar eet dus van twee waljetjes: de hogere premie en toch digitaal communiceren. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker diverse aanmaningen gehad. Verzoeker heeft echter nadat hij zijn klacht had ingediend pas na anderhalve maand antwoord gehad. Volgens het reglement van de ziektekostenverzekeraar zou hij binnen drie weken een reactie op zijn klacht moeten krijgen. Als een klachtenprocedure loopt, wordt de betalingsverplichting opgeschort. Aanmaningen mogen dan niet worden gestuurd. Dit is gebaseerd op artt. 6:162 lid 1 en 6:52 BW. De ziektekostenverzekeraar heeft de procedure gerekt.
- 4.7. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Verzoeker heeft op internet gelezen dat de modules van de aanvullende ziektekostenverzekering maandelijks kunnen worden beëindigd. Deze informatie heeft betrekking op de internetzorgverzekering. Verzoeker heeft echter een traditionele zorgverzekering afgesloten, en hierbij is het niet mogelijk de modules van de aanvullende ziektekostenverzekering maandelijks te beëindigen. Om die reden kan het verzoek om één module van de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 februari 2011 te beëindigen niet worden gehonoreerd.
- 5.2. Het beleid van de ziektekostenverzekeraar is erop gericht zoveel mogelijk via e-mail te communiceren, ook al is een traditionele zorgverzekering afgesloten. Derhalve ontvangt verzoeker belangrijke informatie per e-mail. Indien een verzekerde die een traditionele zorgverzekering heeft, aangeeft informatie per post te willen ontvangen,

wordt dergelijke informatie alsnog op die wijze verzonden. Aangezien de ziektekostenverzekeraar een e-mailadres heeft van verzoeker, wordt hij per e-mail geïnformeerd. Dit neemt niet weg dat de verzekering in kwestie een traditionele zorgverzekering is en blijft, en geen internetzorgverzekering. Mocht een verzekerde geen post meer willen ontvangen via e-mail, dan kan dit kenbaar worden gemaakt aan de ziektekostenverzekeraar. Het e-mailadres wordt dan verwijderd en de verzekerde ontvangt de post dan weer fysiek. Uiteraard is dit enkel mogelijk bij de traditionele zorgverzekering. Verzoeker heeft niet expliciet bij de ziektekostenverzekeraar kenbaar gemaakt dat hij geen post wil ontvangen per e-mail. Dit is dan ook de reden dat alle informatie over de zorgverzekering per e-mail is verstuurd.

- 5.3. Beëindiging van een module van de aanvullende ziektekostenverzekering is bij een traditionele zorgverzekering mogelijk per 1 januari van het volgende kalenderjaar. Bij een internetzorgverzekering geldt dat dit per eerste van elke volgende maand mogelijk is. Dit kan via een persoonlijke pagina waarop een verzekerde kan inloggen.
- 5.4. Normaliter kan enkel per 1 januari worden overgestapt naar een andere verzekeraar. Aan verzoeker is geen onduidelijke of onjuiste informatie verstrekt over de beëindiging. De ziektekostenverzekeraar is door de zorgverzekering te beëindigen per 1 april 2011 verzoeker juist tegemoet gekomen in diens wensen..
- 5.5. Verzoeker is over de periode van 1 januari 2011 tot 1 april 2011 premie verschuldigd. De premie over de maand januari 2011 is voldaan, echter de premie over de maanden februari en maart 2011 is niet voldaan. Dit betreft een bedrag van € 684,58. Na het versturen van enkele aanmaningen, is de openstaande vordering overgedragen aan de incassogemachtigde, waardoor verzoeker incassokosten is verschuldigd. Inmiddels is het bedrag opgelopen tot € 899,38. De incassoprocedure is in afwachting van het bindend advies van de commissie geblokkeerd.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 17 van algemene voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 20 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering 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 ziektekostenverzekeraar de module van de aanvullende ziektekostenverzekering alsnog per 1 februari 2011 dient te beëindigen, en de verschuldigde premies voor de maanden februari en maart 2011 overeenkomstig dient te verlagen.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarde en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil is de volgende verzekeringsvoorwaarde relevant.

- 8.2. Artikel 5 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering betreft wijziging van de overeenkomst, en luidt, voor zover hier van belang:

“U kunt [naam ziektekostenverzekeraar] voor het einde van het kalenderjaar vragen de verzekeringsdekking met één of meerdere modules te beperken. De beperking van de verzekeringsdekking gaat dan in op de eerstkomende 1 januari.”

- 8.3. Artikel 6:96 BW luidt, voor zover hier van belang:

*“(…)
2. Als vermogensschade komen mede voor vergoeding in aanmerking:
(…)
c. redelijke kosten ter verkrijging van voldoening buiten rechte.
(…)”*

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Verzoeker heeft via internet de ziektekostenverzekeraar verzocht een module van de aanvullende ziektekostenverzekering te beëindigen, ingaande de eerste van de volgende maand, dat wil zeggen 1 februari 2011. De ziektekostenverzekeraar heeft dit geweigerd, stellende dat de wijziging eerst op 1 januari 2012 ingaat. De reden is dat sprake is van een traditionele zorgverzekering, waarbij het enkel mogelijk is modules van de aanvullende ziektekostenverzekering te beëindigen per 1 januari van het volgende kalenderjaar.
- 9.2. Artikel 5 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt dat een verzekerde kan verzoeken een module te beperken, en dat deze beperking dan ingaat op de eerstkomende 1 januari. Nu verzoeker de wijziging in januari 2011 heeft doorgegeven, zal deze op basis van voornoemde polisvoorwaarde per 1 januari 2012 worden gerealiseerd. Derhalve heeft de ziektekostenverzekeraar de gevraagde wijziging correct verwerkt.
- 9.3. Door verzoeker is gesteld dat hij weliswaar een traditionele zorgverzekering heeft afgesloten, maar dat de ziektekostenverzekeraar handelt alsof het een internetzorgverzekering betreft. Dit zou onder meer blijken uit het feit dat informatie via e-mail wordt verstrekt, en hij inlogcodes heeft ontvangen voor een persoonlijke internetpagina van de ziektekostenverzekeraar.
- 9.4. Uit de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering volgt dat wijzigingen telefonisch en via internet kunnen worden doorgegeven. Voor een internetzorgverzekering bij de ziektekostenverzekeraar geldt dat wijzigingen uitsluitend via internet kunnen worden doorgegeven. Het moment waarop dergelijke wijzigingen van kracht worden, is duidelijk omschreven in de polisvoorwaarden van de – verschillende – verzekeringen. Bovendien wordt uit de website van de ziektekostenverzekeraar en de polisvoorwaarden in voldoende mate duidelijk dat de ziektekostenverzekeraar zowel een traditionele zorgverzekering als een internetzorgverzekering aanbiedt.

Verzoeker heeft – naar mag worden aangenomen na afweging van de voors en tegens – gekozen voor een traditionele zorgverzekering. Derhalve is verzoeker gebonden aan de bijbehorende polisvoorwaarden.

- 9.5. Aan het feit dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker is tegemoet gekomen in het tijdstip van beëindiging van de zorgverzekering per 1 april 2011 in plaats van 1 januari 2012 kan verzoeker geen argument ontleen dat de aanvullende module per datum van opzegging op 1 februari 2011 is beëindigd.
- 9.6. Door verzoeker is nog gesteld dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte de vordering heeft overgedragen aan een incassogemachtigde en incassokosten bij hem in rekening brengt, aangezien een lopende klachtenprocedure opschorting van de betalingsverplichting met zich meebrengt.
De commissie merkt hiertoe op dat, anders dan verzoeker meent, het indienen van een klacht geen opschorting van de betalingsverplichting met zich meebrengt. Nu vaststaat dat verzoeker niet is overgegaan tot het voldoen van de openstaande vordering, stond het de ziektekostenverzekeraar ingevolge artikel 6:96 BW vrij deze vordering over te dragen aan een incassogemachtigde en dientengevolge incassokosten bij verzoeker in rekening te brengen.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 31 oktober 2012,

Voorzitter