

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: Premie, incasso
Zaaknummer	: ANO08.174
Zittingsdatum	: 11 juni 2008

Zaak: ANO08.174 (Premie, incasso)

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 en 2007, paragraaf 3.3 Zvw, art. 6:44 BW)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar de incasso van de achterstallige premie in handen te geven van een deurwaarder, waarvoor hem kosten in rekening worden gebracht.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ZorgVerzorgd verzekering (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). Tevens zijn ten behoeve van verzoeker aanvullende ziektekostenverzekeringen afgesloten.
- 3.2. Bij verzoeker is een achterstand in de betaling van de premie ontstaan. Tussen partijen is een betalingsregeling overeengekomen. Volgens de zorgverzekeraar is deze regeling niet nagekomen en heeft hij daarom de vordering overgedragen aan een deurwaarder. Verzoeker stelt daarentegen dat over afwijkingen in de betalingsregeling telefonisch contact is geweest met de zorgverzekeraar en dat deze daarmee heeft ingestemd, waardoor geen reden bestaat tot het overdragen van de vordering aan een deurwaarder, met de daarbij komende kosten.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 18 oktober 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn besluit te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een andersluidend oordeel van de zorgverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 20 december 2007, aangevuld met brief van 15 januari 2008, heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de kosten die verband houden met de inschakeling van de deurwaarder van ruim € 300,00 voor eigen rekening te nemen en dat het door verzoeker betaalde bedrag niet moet strekken tot vermindering van de incassokosten, maar moet worden toegerekend aan de maand waarvoor de pre-

mie(betaling) bedoeld is (hierna: het verzoek).

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 1 februari 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 april 2008 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Bij brief van 24 april 2008 heeft verzoeker gereageerd op het door de zorgverzekeraar bij brief van 1 februari 2008 ingenomen standpunt. Een afschrift hiervan is op 6 mei 2008 aan de zorgverzekeraar gezonden.
- 3.9. Partijen zijn op 11 juni 2008 in persoon gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat sprake was van een betalingsachterstand en dat met de zorgverzekeraar een betalingsregeling is overeengekomen. In een later stadium zijn telefonisch aanvullende afspraken gemaakt. In afwijking van deze afspraken heeft de zorgverzekeraar de vordering aan de deurwaarder overgedragen. Verzoeker vindt dit onterecht en is dan ook van mening dat de zorgverzekeraar dit besluit terug dient te draaien en dat hij de kosten van het inschakelen van de deurwaarder voor zijn rekening dient te nemen. Verder is verzoeker van oordeel dat het door hem betaalde bedrag niet moet strekken tot vermindering van de incassokosten, maar moet worden toegerekend aan de maand waarvoor de (premie)betaling bedoeld is.
- 4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling het volgende aangevoerd dat hij tijdens het telefoongesprek van 3 mei 2007 heeft gesteld dat hij eind mei 2007 zou betalen, hetzij van zijn vakantiegeld, dan wel met een lening van de bank. Het vakantiegeld was echter niet tijdig uitbetaald en de lening liet ook langer op zich wachten. In juni 2007 is toen met de zorgverzekeraar een nadere afspraak gemaakt dat verzoeker pas in augustus 2007 hoefde te betalen.
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn 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 verzoeker de overeengekomen betalingsregeling, waaraan onder meer als voorwaarde was verbonden dat de maandelijks verschuldigde bedragen voldaan dienden te worden, niet is nagekomen. De telefonische afspraken waar verzoeker zich op beroept, zijn bij de zorgverzekeraar niet bekend. De zorgverzekeraar is dan ook van mening dat de vordering terecht is overgedragen aan de deurwaarder en dat verzoeker gehouden is de daaruit voortvloeiende kosten te betalen.
- 5.2. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hij zich beroept op de op 3 mei 2007 gemaakte, niet nagekomen afspraak. De zorgverzekeraar bestrijdt het bestaan van een daarvan afwijkende afspraak uit juni 2007.

- 5.3. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek van verzoeker dient te worden 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. In geschil is de vraag of de zorgverzekeraar terecht is overgegaan tot het treffen van incassomaatregelen. Ten aanzien daarvan overweegt de commissie het volgende.

- 7.2. Artikel 5 van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“a Krachtens de zorgverzekering is verzekeringnemer premie verschuldigd.

(...)

f Verzekeringnemer is verplicht de premie voor de premievervaldag te betalen.

(...)

h Wanneer verzekeringnemer na de premievervaldag vruchteloos is aangemaand tot betaling van de verschuldigde premie binnen een termijn van tenminste 14 dagen, aanvangende de dag na aanmaning, wordt de dekking geschorst vanaf de premievervaldag. Er bestaat vanaf die dag geen recht meer op verzekerde prestaties, gemaakt in de periode van schorsing van de dekking. Verzekeringnemer blijft verplicht de verschuldigde premie te voldoen.

i De dag nadat het volledig verschuldigde bedrag en de kosten genoemd onder j door zorgverzekeraar zijn ontvangen, zal de dekking onder eventueel nader te stellen administratieve voorwaarden weer van kracht worden, tenzij de zorgverzekering door zorgverzekeraar reeds is beëindigd wegens wanbetaling. Na het opnieuw van kracht worden van de dekking heeft verzekeringnemer en/of verzekerde over de periode van schorsing van de dekking geen recht op prestaties. Dit is ook het geval in de situatie dat er sprake is van reeds door zorgverzekeraar verleende toestemming (machtiging) en/of schriftelijke toezeggingen.

j Wanneer zorgverzekeraar maatregelen treft voor incasso, komen de kosten hiervan voor rekening van verzekeringnemer. Tevens maakt zorgverzekeraar aanspraak op vergoeding van de wettelijke rente.

(...)”

De hiervoor aangehaalde bepaling is in 2006 en 2007 gelijklopend.

Verder luidt artikel 6:44 van het Burgerlijk Wetboek (BW) als volgt:

”1. Betaling van een op een bepaalde verbintenis toe te rekenen geldsom strekt in de eerste plaats in mindering van de kosten, vervolgens in mindering van de verschenen rente en ten slotte in mindering van de hoofdsom en de lopende rente.

2. De schuldeiser kan, zonder daardoor in verzuim te komen, een aanbod tot betaling weigeren, indien de schuldenaar een andere volgorde voor de toerekening aanwijst.

3. De schuldeiser kan volledige aflossing van de hoofdsom weigeren, indien daarbij niet tevens de verschenen en lopende rente alsmede de kosten worden voldaan.”

- 7.3. Verzoeker heeft erkend dat sprake is van een betalingsachterstand. In verband hiermee is tussen partijen op 2 januari 2007 een betalingsregeling overeengekomen. Uit

de overgelegde stukken is de commissie gebleken dat verzoeker niet op de overeengekomen momenten de overeengekomen bedragen heeft voldaan.

- 7.4. Verzoeker heeft gesteld dat telefonisch met de zorgverzekeraar ten opzichte van de overeengekomen betalingsregeling afwijkende afspraken zijn gemaakt. In de procedure is echter gebleken dat op 3 mei 2007 is overeengekomen dat aan het eind van mei 2007 zou worden betaald. Dit is echter niet gebeurd. Het bestaan van een afspraak in juni 2007, zoals door verzoeker gesteld, is niet aannemelijk geworden.
- 7.5. Onder de gegeven omstandigheden is het overdragen van de vordering door de zorgverzekeraar aan de deurwaarder niet onredelijk te noemen. Op grond van artikel 5 sub j van de zorgverzekering komen de daaraan verbonden kosten voor rekening van verzoeker.
- 7.6. Voor zover de commissie verder uit de overlegde stukken kan opmaken, heeft de zorgverzekeraar de door verzoeker gedane betalingen overeenkomstig het geregelde in artikel 6:44 BW, op een juiste wijze verwerkt.
- 7.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 9 juli 2008

Voorzitter