

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs.C en D, beiden te E en in deze beiden vertegenwoordigd door F te G.
Zaak : Premie, prolongatie- en incassokosten
Zaaknummer : 2009.00329
Zittingsdatum : 6 mei 2009

Zaak: 2009.00329 (Premie, prolongatie- en incassokosten)

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, artt. 16, 17 en 18 Zvw, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1. C te E, hierna te noemen: de zorgverzekeraar, in deze vertegenwoordigd door F te G
en

2. D te E, hierna te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekeraar, in deze vertegenwoordigd door F te G, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 25 november 2008 € 1,95 per maand aan incasso- c.q. prolongatiekosten (verder: prolongatiekosten) in rekening te brengen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Verzoeker is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het Zorgplan (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de aanvullende ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Budget (AV1) en Budget (TV1) afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekeringen). Alle verzekeringen zijn een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3.2. Voor alle verzekeringen tezamen is verzoeker per maand een premie verschuldigd van € 99,90 en € 1,95 aan prolongatiekosten, derhalve in totaal een bedrag van € 101,85.

3.3. Verzoeker kan zich niet vinden in de prolongatiekosten van € 1,95 per maand en heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 3 februari 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar laten weten zijn standpunt voor wat betreft het in rekening brengen van de kosten te handhaven.

3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

3.5. Bij brief van 3 maart 2009 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar ge-

houden is alsnog met terugwerkende kracht geen prolongatiekosten voor de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekeringen in rekening te brengen (hierna: het verzoek).

- 3.6. 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 is een afschrift van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 1 april 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 april 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 16 april 2009 schriftelijk meegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 21 april 2009 schriftelijk meegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hem bij reclamebrief van 29 november 2008 een aanbod is gedaan voor een zorgverzekering met een maandpremie van € 99,90. Bij het eind 2008 via internet afsluiten van de zorgverzekering bleken daarbovenop prolongatiekosten van € 1,95 per maand in rekening gebracht te worden. Verzoeker stelt dat het in rekening brengen van prolongatiekosten bij zorgverzekeringen ongebruikelijk is, dat hij in de eerdergenoemde reclamebrief niet duidelijk is geïnformeerd over het in rekening brengen van prolongatiekosten, dat de in rekening gebrachte prolongatiekosten in relatie tot de daadwerkelijke kosten van incasso relatief hoog zijn, en dat bij het aangaan van een nieuwe zorgverzekering voor de duur van een jaar het maandelijks in rekening brengen van prolongatiekosten niet logisch is. Volgens verzoeker is sprake van misleiding en verkapte prijsverhoging
- 4.2. 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 zowel op het voorlopig polisblad, de premieberekening en in de brochure bij het verkorte vergoedingsoverzicht de kosten duidelijk zijn vermeld. Verder stelt de ziektekostenverzekeraar dat verzoeker na ontvangst van de polisbescheiden veertien dagen bedenktijd heeft om wel of niet akkoord te gaan met de verzekering.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar verklaart voorts dat hij de termen incassokosten en prolongatiekosten door elkaar gebruikt en dat deze termen beide betrekking hebben op hetzelfde, namelijk de kosten die door de afdeling prolongatie worden gemaakt voor het verwerken van de maandelijksse premiebetaling van de aanvullende ziektekostenverzekeringen.
- 5.3. Tenslotte verklaart de ziektekostenverzekeraar dat hij zich bewust is van het feit dat het in de markt ongebruikelijk is incasso- of prolongatiekosten apart in rekening te

brengen, aangezien de meeste maatschappijen deze kosten in de zorgpremie doorberekenen. Als reden voor het apart noemen van de kosten voert de ziektekostenverzekeraar aan dat hij zijn klanten wil informeren over het verschil in zorgkosten en overige kosten.

- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek van verzoeker dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. 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, bindend advies uit te brengen.

- 6.2. Een deel van het verzoek ziet op de handelwijze en de uitingen van de financieel adviseur die betrokken is geweest bij de totstandkoming van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekeringen. Te dien aanzien komt de commissie echter geen bevoegdheid toe.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar, naast de premie voor de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekeringen, prolongatiekosten in rekening mag brengen. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 7.2. Verzoeker heeft via de website van de financieel adviseur een aanvraag gedaan voor een zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekeringen bij de ziektekostenverzekeraar. Voor beide verzekeringen wordt tezamen per maand, € 99,90 aan premie en € 1,95 aan prolongatiekosten in rekening gebracht, in totaal derhalve € 101,85. In de uitdraai van de aanvraag, afkomstig van (de vertegenwoordiger van) de ziektekostenverzekeraar, wordt geen onderscheid gemaakt tussen de premie en de prolongatiekosten en wordt een (totaal)premie van € 101,85 vermeld. Op het polisblad wordt vermeld dat het maandelijks te betalen bedrag € 101,85 (inclusief prolongatiekosten) bedraagt.
- 7.3. De commissie gaat ervan uit dat de ziektekostenverzekeraar onder de naam prolongatiekosten, kosten in rekening wil brengen ter zake van de kosten die door hem worden gemaakt in verband met de administratieve verwerking van de betaling(en). Prolongatiekosten zijn kosten in verband met het voor een gelijke termijn verlengen of factureren van de verzekering. Voorts is in artikel 6:47 BW geregeld dat de kosten van de betaling ten laste komen van degene die de verbintenis nakomt.
- 7.4. De commissie constateert dat – hoewel het in rekening brengen van prolongatiekosten voor ziektekostenverzekeringen zeer ongebruikelijk is, hetgeen door de ziektekostenverzekeraar ook wordt erkend – door de (vertegenwoordiger van) de ziektekostenverzekeraar in zijn uitingen, waaronder de aanvraag en het polisblad, altijd melding is gemaakt, dan wel uit die uitingen kon worden afgeleid, dat bovenop de totaal verschuldigde maandpremie voor de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekeringen, € 1,95 aan extra prolongatiekosten in rekening wordt gebracht. Door desondanks toch de verzekeringen aan te gaan, heeft verzoeker deze extra

kosten expliciet geaccepteerd.

- 7.5. Verzoeker heeft nog gesteld dat op de voorzijde van de brief van de financieel adviseur in vette rode letters alleen gesproken wordt over een premie van € 99,90 en dat pas op de achterzijde in kleine letters de prolongatiekosten (aldaar: 'incassokosten') van € 1,95 worden genoemd. Wat daarvan overigens ook zij, de informatie afkomstig van de financieel adviseur kan niet aan de (vertegenwoordiger van) de ziektekostenverzekeraar worden toegerekend. Zoals in overweging 6.2 reeds aangegeven komt de commissie met betrekking tot de handelwijze van de financieel adviseur geen bevoegdheid toe.
- 7.6. Voorts is de commissie in de procedure niet gebleken dat het BW, de Wet op het financieel toezicht, dan wel de Zvw zich in deze verzet tegen het in rekening brengen van de vooraf overeengekomen prolongatiekosten.
- 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, 6 mei 2009,

Voorzitter