



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem
Zaak : Premie, beëindiging, schadevergoeding, verrekening
Regelgeving : Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020, art. 6:162 BW
Zaaknummer : 202002272
Zittingsdatum : 18 augustus 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. A.I.M. van Mierlo, L. Ritzema en M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,
tegen

VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 14 mei 2021 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Op 16 juni 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 juli 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 16 juli 2021 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 21 juli 2021 respectievelijk 29 juli 2021 verklaard niet te willen worden gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker is bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering VGZ Ruime Keuze (Natura) (hierna: de zorgverzekering) en (na herstel) de aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ Aanvullend Beter en VGZ Tand Beter (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Begin 2020 is op de polis van verzoeker een betalingsachterstand ontstaan. Vanwege deze betalingsachterstand heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker met ingang van 1 mei 2020 beëindigd. Kort daarna heeft verzoeker de ontstane betalingsachterstand ingelopen.
- 3.3. Op 22 mei 2020 (gedateerd 22 mei 2019) heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar per brief verzocht de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht tot 1 mei 2020 te herstellen. Hierop heeft verzoeker van de ziektekostenverzekeraar geen reactie ontvangen.
- 3.4. In het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker uit coulance met terugwerkende kracht tot 1 mei 2020 hersteld. Nadien heeft de ziektekostenverzekeraar bij verzoeker de vanaf deze datum voor de aanvullende ziektekostenverzekering verschuldigde premie bij verzoeker in rekening gebracht.
- 3.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht de bij hem vanaf 1 mei 2020 in rekening gebrachte premie te verrekenen met de kosten ter zake van rechtsbijstand. De

ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker, via de Ombudsman Zorgverzekeringen, meegedeeld dit verzoek niet in te willigen.

4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden aan hem een vergoeding voor materiële (groot € 500,- exclusief BTW) en immateriële schade toe te kennen.

4.2. De ziektekostenverzekeraar 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 7 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de verzekeringsvoorwaarden en het Burgerlijk Wetboek (BW) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunt verzoeker

6.2. Verzoeker voert aan dat hij door een misverstand de premie voor de maand maart 2020 niet tijdig heeft betaald. Ondanks dat er maar één maandpremie niet was voldaan, heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 mei 2020 beëindigd. Toen hij erachter kwam dat sprake was van een betalingsachterstand, heeft verzoeker het openstaande bedrag direct betaald en heeft hij de ziektekostenverzekeraar verzocht de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht tot 1 mei 2020 te herstellen. Omdat dit niet het gewenste resultaat opleverde, heeft verzoeker een beroep op rechtsbijstand moeten doen. Pas in het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering hersteld. De kosten voor de rechtsbijstand bedragen € 500,-, exclusief BTW. Daarnaast vordert verzoeker van de ziektekostenverzekeraar een immateriële schadevergoeding. Dit vanwege het feit dat hij lange tijd in onzekerheid heeft geleefd of de aanvullende ziektekostenverzekering zou worden hersteld.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

6.3. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat verzoeker de verschuldigde premie voor de maanden februari en maart 2020 niet tijdig heeft voldaan. Door middel van verschillende betalingsherinneringen is verzoeker op de ontstane betalingsachterstand gewezen. Omdat betaling van het openstaande bedrag uitbleef is de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker met ingang van 1 mei 2020 beëindigd. In het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen is evenwel besloten uit coulance de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht tot 1 mei 2020 te herstellen. Verzoeker vordert thans een schadevergoeding omdat hij een beroep heeft gedaan op rechtsbijstand. De ziektekostenverzekeraar is niet bereid deze kosten te vergoeden. Dit omdat in artikel 1.11 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat de ziektekostenverzekeraar geen kosten vergoedt van schriftelijke verklaringen of bemiddelingskosten.

Overwegingen van de commissie

6.4. Verzoeker vordert vergoeding van materiële en immateriële schade. Hiertoe geldt dat de commissie op grond van artikel 15, derde lid, van het toepasselijke reglement geen vergoeding kan toekennen voor immateriële schade. Voor zover het verzoek hierop ziet wordt het om die reden afgewezen.

De commissie kan wel een vergoeding toekennen voor materiële schade. Hiertoe moet aan een aantal voorwaarden zijn voldaan. In de eerste plaats moet sprake zijn van een verbintenis daartoe die voortvloeit uit (a) een overeenkomst of (b) de wet, waarbij met name valt te denken aan een onrechtmatige daad. Is dat het geval, dan moet daarnaast zijn voldaan aan de 'dubbele redelijkheidstoets'. Dit houdt in dat (i) het redelijk is dat de kosten zijn gemaakt en dat (ii) de omvang van de kosten eveneens redelijk is.

6.5. Een verbintenis tot schadevergoeding, voortvloeiend uit een overeenkomst, ontstaat als sprake is van een toerekenbare tekortkoming in de nakoming aan de zijde van de wederpartij. In de onderhavige kwestie spitst dit zich toe op de vraag of de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 mei 2020 mocht beëindigen. Op grond van artikel 3.5 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering staat het de ziektekostenverzekeraar vrij deze verzekering eenzijdig te beëindigen in geval van een betalingsachterstand. Voorwaarde hierbij is wel dat de ziektekostenverzekeraar de verzekerde heeft aangemaand voor de bestaande betalingsachterstand. Door de ziektekostenverzekeraar is in dit verband gesteld dat verzoeker de verschuldigde premies voor de maanden februari en maart 2020 niet tijdig heeft voldaan en dat hiervoor aan verzoeker ook – door de zorgverzekeraar overgelegde - betalingsherinneringen zijn gezonden. Verzoeker heeft erkend dat sprake was van een betalingsachterstand. Door hem is niet gesteld terwijl ook niet anderszins is gebleken dat hij voornoemde betalingsherinneringen niet heeft ontvangen. Consequentie hiervan is dat het de ziektekostenverzekeraar onder deze omstandigheden vrij stond de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 mei 2020 te beëindigen. Van een toerekenbare tekortkoming in de nakoming door de ziektekostenverzekeraar is in deze geen sprake, terwijl ook anderszins van een zodanige tekortkoming niet is gebleken.

6.6. Voor het ontstaan van een verbintenis uit de wet, met name voortvloeiend uit een onrechtmatige daad, is in de eerste plaats vereist dat sprake is van een onrechtmatige daad, waaronder in dit verband wordt verstaan (i) de inbreuk op een recht of (ii) een doen of nalaten in strijd met een wettelijke plicht dan wel (iii) een doen nalaten in strijd met hetgeen volgens ongeschreven recht in het maatschappelijk verkeer betaamt. Dat door de ziektekostenverzekeraar een onrechtmatige daad is gepleegd, is door verzoeker op geen enkele wijze onderbouwd. Of aan de overige, in artikel 6:162 BW genoemde voorwaarden voor een schadevergoeding uit onrechtmatige daad is voldaan kan daarmee in het midden blijven.

Dit leidt tot de conclusie dat in casu noch uit de overeenkomst noch uit de wet een verbintenis tot schadevergoeding is ontstaan, en dat een beoordeling van de gevorderde vergoeding voor materiële schade aan de hand van eerder genoemde 'dubbele redelijkheidstoets' achterwege kan blijven.

6.7. Het vorenstaande leidt tot de conclusie dat in casu noch uit de overeenkomst noch uit de wet een verbintenis tot schadevergoeding is ontstaan. Een beoordeling van de gevorderde vergoeding voor materiële schade aan de hand van eerder genoemde 'dubbele redelijkheidstoets' kan om die reden achterwege blijven.

6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 18 augustus 2021,

A.I.M. van Mierlo

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 162

1. Hij die jegens een ander een onrechtmatige daad pleegt, welke hem kan worden toegerekend, is verplicht de schade die de ander dientengevolge lijdt, te vergoeden.
2. Als onrechtmatige daad worden aangemerkt een inbreuk op een recht en een doen of nalaten in strijd met een wettelijke plicht of met hetgeen volgens ongeschreven recht in het maatschappelijk verkeer betaamt, een en ander behoudens de aanwezigheid van een rechtvaardigingsgrond.
3. Een onrechtmatige daad kan aan de dader worden toegerekend, indien zij te wijten is aan zijn schuld of aan een oorzaak welke krachtens de wet of de in het verkeer geldende opvattingen voor zijn rekening komt.



5. Het (niet-) bindend advies bevat, naast de beslissing, in ieder geval:
 - a. de naam of de namen van het lid onderscheidenlijk de leden van de Geschillencommissie ten overstaan van wie de hoorzitting onderscheidenlijk door wie de beslissing op basis van stukken heeft plaatsgevonden,
 - b. de namen, en de woon- c.q. statutaire vestigingsplaats van partijen,
 - c. de standpunten van partijen;
 - d. de motivering van de beslissing;
 - e. de vermelding of het advies bindend dan wel niet-bindend is;
 - f. de dagtekening van het (niet-) bindend advies,
6. De Geschillencommissie zendt aan elk der partijen een vanwege de Geschillencommissie ondertekend afschrift van het (niet-) bindend advies. Verzending van het (niet-) bindend advies geschiedt per post, tenzij een partij heeft verklaard digitaal met de Geschillencommissie te willen corresponderen. In dat geval ontvangt deze partij het (niet-) bindend advies langs elektronische weg. Het origineel blijft onder de Geschillencommissie berusten.
7. Voorts zendt de Geschillencommissie een afschrift van het (niet-) bindend advies aan het Zorginstituut Nederland, in die gevallen waarin dit instituut advies als bedoeld in artikel 10 heeft uitgebracht.
8. De Geschillencommissie stelt haar adviezen geanonimiseerd beschikbaar voor publicatie.

Artikel 15 Kosten

1. De kosten die partijen voor de behandeling van het Verzoek door de Geschillencommissie maken, waaronder het entreegeld zoals genoemd in artikel 9, eerste lid, de aan de zaak bestede tijd, de reis- en verblijfkosten, en de kosten die van door hen voorgedragen getuigen en/of deskundigen, zijn voor rekening van de betrokken partij.
2. In afwijking van artikel 15, eerste lid, kan de Geschillencommissie evenwel in het bindend advies bepalen dat het door de consument betaalde entreegeld geheel of gedeeltelijk wordt gerestitueerd. Daarnaast kan de Geschillencommissie in het bindend advies opnemen dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld geheel of gedeeltelijk aan de consument dient te vergoeden, onder meer in het geval de consument geheel of grotendeels in het gelijk wordt gesteld.
3. Eveneens in afwijking van artikel 15, eerste lid, kan de Geschillencommissie in het bindend advies bepalen dat de ziektekostenverzekeraar een schadevergoeding dient te betalen, althans voor zover het kosten betreft waarvan het redelijk is dat deze door de consument zijn gemaakt en waarvan ook de omvang redelijk is. De Geschillencommissie kent geen vergoeding toe voor immateriële schade.

Artikel 16 Verbetering kennelijke fouten

1. De Geschillencommissie kan, op verzoek van een partij of ambtshalve, binnen een termijn van vier weken na verzending van het (niet-) bindend advies, besluiten tot verbetering van een kennelijke rekenfout, schrijffout of andere kennelijke fout die zich voor eenvoudig herstel leent, in het (niet-) bindend advies.
2. De Geschillencommissie gaat niet tot de verbetering over dan na partijen in de gelegenheid te hebben gesteld zich daarover uit te laten.

met uw bank. Het automatisch te incasseren bedrag voor eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen is maximaal € 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.

3.4. Verrekening

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

3.5. Niet-tijdig betalen

- 3.5.1.** Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen bijdragen, het eigen risico 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 aanvullende verzekering(en) 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. Wij mogen de aanvullende verzekering(en) beëindigen als u niet op tijd betaalt. Bij beëindiging van de verzekeringsovereenkomst kan de aanvullende verzekering weer aangevraagd worden na betaling van het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten. Als wij u accepteren dan gaat de aanvullende verzekering in per 1 januari van het eerstvolgende kalenderjaar.
- 3.5.2.** Wij brengen de volgende kosten bij u in rekening als u niet tijdig betaalt:
- wettelijke rente vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de oorspronkelijke factuur;
 - incassokosten vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de aanmaning.
- 3.5.3.** 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.
- 3.5.4.** 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.
- 3.5.5.** Als wij de aanvullende verzekering(en) 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.

Artikel 4. Overige verplichtingen

U bent verplicht:

- ons te informeren over feiten, die ervoor (kunnen) zorgen dat kosten kunnen worden verhaald op (mogelijk) aansprakelijke derden en ons in dat verband de benodigde inlichtingen te verstrekken. Denk aan kosten die wij zouden kunnen verhalen op de aansprakelijkheidsverzekering van de veroorzaker van een ongeval. 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 aanvullende verzekering(en);
- de zorgverlener 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 aanvullende verzekering(en) van belang zijn. Dat zijn onder meer 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) zorg schorsen.