



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen Anderzorg N.V. te Wageningen
Zaak : Premie, hoogte betalingsachterstand, overdracht incassogemachtigde, schadevergoeding
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2015-2019, paragraaf 3.3 Zvw, 6:43 BW
Zaaknummer : 201900644
Zittingsdatum : 5 februari 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

1. Partijen

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

tegen

Anderzorg N.V. te Wageningen, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij klachtenformulier van 13 november 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De zorgverzekeraar heeft in de brief van 12 december 2019 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 16 december 2019 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 5 februari 2020 gehoord.
- 2.4. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie de zorgverzekeraar gevraagd een en ander uit te zoeken ten aanzien van de informatievoorziening richting verzekerden op het moment dat een afgesproken betalingsregeling stopt en de verzekerde daarna nog betalingen doet. Bij brief van 13 februari 2020 heeft de zorgverzekeraar de vragen beantwoord. Een kopie van deze brief is op 17 februari 2020 samen met het ter zitting door de zorgverzekeraar overgelegde financiële overzicht aan verzoeker gestuurd. Deze is hierbij in de gelegenheid gesteld hierop te reageren. Van de geboden mogelijkheid heeft verzoeker geen gebruik gemaakt.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker is tot op heden bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Anderzorg Basis (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Verzoeker verschilt al geruime tijd met de zorgverzekeraar van mening over de door laatstgenoemde geconstateerde betalingsachterstand. Op 21 februari 2017 is hij door de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar gedagvaard. Deze incassogemachtigde verzuumde vervolgens verzoeker mee te delen dat de zaak was ingetrokken, waardoor hij voor niets naar de zitting is gegaan. De schade die verzoeker hierdoor heeft geleden, vordert hij van de (incassogemachtigde van de) zorgverzekeraar.
- 3.3. De incassogemachtigde van de zorgverzekeraar heeft verzoeker bij brieven van 21 en 31 maart 2017 meegedeeld dat hij de door verzoeker geleden schade niet vergoedt.
- 3.4. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Daarnaast heeft verzoeker de zorgverzekeraar bij diverse gelegenheden verzocht de hoogte van de betalingsachterstand correct te berekenen. Bij brieven en e-mailberichten van verschillende data heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissingen ten aanzien van de gevorderde schadevergoeding en de betalingsachterstand handhaaft.



4. Geschil



4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat:

- (i) de zorgverzekeraar de hoogte van de betalingsachterstand correct moet berekenen,
- (ii) de (incassogemachtigde van de) zorgverzekeraar ten onrechte incassokosten bij hem in rekening heeft gebracht, en
- (iii) de zorgverzekeraar aan hem een bedrag van € 312,50 moet vergoeden.



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 A.17 van de zorgverzekering.



6. Beoordeling



6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) over de verschuldigdheid van premie zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en de relevante bepaling uit het Burgerlijk Wetboek (BW) opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.



Hoogte betalingsachterstand



6.2. De zorgverzekeraar heeft een financieel overzicht naar de stand van 31 januari 2020 overgelegd. Uit dit overzicht blijkt dat door verzoeker met betrekking tot de periode van 1 januari 2015 tot en met 29 februari 2020 niet alle verschuldigde bedragen zijn betaald en dat per saldo nog € 655,90 exclusief rente en incassokosten openstaat.



6.3. Verzoeker heeft het door de zorgverzekeraar genoemde openstaande bedrag bestreden en aangevoerd dat de zorgverzekeraar niet alle betalingen conform zijn omschrijving heeft verwerkt. De commissie interpreteert deze stelling aldus dat de ziektekostenverzekeraar de betalingen van verzoeker niet overeenkomstig het bepaalde in artikel 6:43 BW heeft verwerkt. Op grond van dit artikel geldt als uitgangspunt dat betalingen moeten worden geboekt volgens de omschrijving die door de schuldenaar, in dit geval verzoeker, is meegegeven. Dit artikel is van regelend recht zodat de zorgverzekeraar hiervan mag afwijken mits dit in de overeenkomst is vastgelegd, hetgeen in dit geval is gebeurd. In artikel A12, eerste lid, vijfde bolletje, van de zorgverzekering is namelijk geregeld dat als de schuldeiser geen geldig betalingskenmerk gebruikt, de zorgverzekeraar bepaalt aan welke schuld de betaling wordt toegerekend.



6.4. Verzoeker en de zorgverzekeraar hebben op 25 februari 2017 een betalingsregeling afgesproken voor een openstaande vordering ter zake van het eigen risico van € 746,15. Afgesproken is dat er 9 keer een termijnbedrag van € 74,61 en 1 termijnbedrag van € 74,66 automatisch wordt geïncasseerd. Mocht het termijnbedrag niet kunnen worden geïncasseerd, dan vervalt de regeling. Omdat het eerste termijnbedrag niet automatisch kon worden geïncasseerd, heeft verzoeker op 6 mei 2017 een betalingsherinnering ontvangen. In deze betalingsherinnering wordt verzoeker gevraagd het termijnbedrag alsnog vóór 20 mei 2017 te voldoen, onder vermelding van kenmerk ***2554. Verzoeker heeft een betalingsbewijs overgelegd van een op 8 juni 2017 gedane betaling. Door de zorgverzekeraar is aangevoerd dat op 8 juni 2017 het betalingskenmerk al was vervallen, omdat de regeling reeds op 21 mei 2017 was beëindigd. De commissie kan de zorgverzekeraar hierin volgen. In de brief van 6 mei 2017 staat namelijk vermeld dat als het termijnbedrag niet vóór 20 mei 2017 wordt voldaan de regeling komt te vervallen. Met het vervallen van de regeling is het bijbehorende betalingskenmerk automatisch

buiten gebruik geraakt. Tevens werd hierdoor de onder 6.3 beschreven, in de voorwaarden opgenomen regeling weer onverkort van toepassing. Hierdoor stond het de zorgverzekeraar vrij de latere betalingen naar eigen inzicht te boeken daarbij rekening houdend met de aanvullende werking van de redelijkheid en billijkheid.

- 6.5. Verder constateert de commissie dat alle andere betalingen waar verzoeker bewijzen van heeft overgelegd, voorkomen op het financiële overzicht van de zorgverzekeraar van 31 januari 2020. Aangezien verzoeker daarnaast niet aannemelijk heeft gemaakt dat meer of andere betalingen zijn gedaan, is de commissie van oordeel dat dit financiële overzicht juist is. Dit betekent dat de betalingsachterstand over de periode van 1 januari 2015 tot en met 29 februari 2020 naar de stand van 31 januari 2020 totaal € 655,90 exclusief rente en incassokosten bedraagt.

Terughalen incassodossiers

- 6.6. Verzoeker heeft de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar de aan de incassogemachtigde overgedragen vorderingen dient terug te halen. Het is de commissie niet duidelijk welke argumentatie aan dit verzoek ten grondslag ligt. Om die reden interpreteert de commissie de stelling van verzoeker aldus dat de onbetaald gelaten vorderingen nooit overgedragen hadden mogen worden. Met betrekking hiertoe geldt dat uit het financieel overzicht van de zorgverzekeraar van 10 december 2019 blijkt dat verzoeker de verschuldigde bedragen niet (altijd) bij vooruitbetaling heeft voldaan. Indien de premie dan wel een ander door de verzekeringnemer verschuldigd bedrag niet (tijdig) wordt betaald, is dit direct en volledig opeisbaar. De zorgverzekeraar was daarom gerechtigd de ontstane vordering over te dragen aan het incassobureau, met als gevolg bijkomende (buitengerechtelijke) kosten. De commissie ziet geen aanleiding te bepalen dat de zorgverzekeraar de overgedragen vordering niet had mogen overdragen.

Schadevergoeding

- 6.7. Verzoeker maakt verder aanspraak op een schadevergoeding van € 312,50. Hij vordert dit bedrag omdat de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar hem op 21 februari 2017 heeft gedagvaard. Pas op de zitting hoorde verzoeker dat de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar de zaak had ingetrokken. Hij heeft hiervoor onnodig kosten moeten maken om op de zitting aanwezig te kunnen zijn. Deze kosten bestaan volgens opgave van verzoeker uit 1 uur bestede tijd (€ 250,-), 21% BTW hierover (€ 52,50) en reiskosten (€ 10,-).
- 6.8. De incassogemachtigde van de zorgverzekeraar heeft verzoeker op 20 februari 2017 een e-mailbericht gestuurd. In dit e-mailbericht wordt gemeld dat de zitting niet doorgaat als er vóór 20 februari 2017 om 17:00 uur een bedrag van € 60,- wordt betaald. Verzoeker heeft een betalingsbewijs overgelegd waaruit blijkt dat hij op 20 februari 2017 om 20:03 uur een bedrag heeft overgemaakt. Omdat dit na 17:00 uur was, moest verzoeker er van uitgaan dat de zitting doorgang zou vinden. Mochten bij verzoeker twijfels bestaan of de zitting - vanwege de te late betaling - alsdan niet door zou gaan, dan had het op zijn weg gelegen op 21 februari 2017, zijnde de datum van de zitting, hierover telefonisch contact op te nemen met de incassogemachtigde. Gesteld noch gebleken is dat verzoeker dit heeft gedaan. Nu verzoeker de onduidelijkheid zelf heeft veroorzaakt, en hij geen actie heeft ondernomen om deze weg te nemen, is de zorgverzekeraar niet gehouden de hieruit voortkomende kosten van € 312,50 te vergoeden.
- 6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 18 maart 2020,

H.A.J. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

A9 Wanneer eindigt de Basisverzekering van rechtswege?

Uw Basisverzekering eindigt van rechtswege op de dag nadat:

- uw verzekeringsplicht eindigt,
- u komt te overlijden,
- Anderzorg het werkgebied wijzigt en u buiten dat gebied woont,
- Anderzorg geen Basisverzekeringen meer mag aanbieden.

Uw Basisverzekering eindigt van rechtswege op de 1^e dag van de 2^e maand volgende op de dag waarop u ten gevolge van verhuizing komt te wonen buiten het werkgebied van Anderzorg. Als Anderzorg het werkgebied wijzigt of geen Basisverzekeringen meer mag aanbieden stelt Anderzorg u daarvan uiterlijk 2 maanden voordat uw Basisverzekering eindigt, op de hoogte.

A10 Bedenktijd

U heeft een verzekering bij Anderzorg afgesloten en u bedenkt zich. U kunt dan tot uiterlijk 14 dagen na ontvangst van uw zorgpolis de verzekering ontbinden. U hoeft hiervoor geen reden op te geven. Wanneer u binnen deze 14 dagen uw verzoek tot ontbinding aan Anderzorg heeft verzonden, zal de verzekering worden ontbonden. De verzekering wordt als niet afgesloten beschouwd. Dat betekent dat u geen premie of kosten hoeft te betalen. U krijgt ook geen kosten vergoed. U kunt de verzekering ontbinden op dezelfde wijze als genoemd in artikel A6.

A11 Waarover informeert u Anderzorg?

- U informeert Anderzorg schriftelijk en binnen 30 dagen over verhuizing, overlijden, wijziging van (post)bankrekeningnummer, in diensttreding als militair in actieve dienst, begin en einde van detentie, het niet langer voldoen aan de voorwaarden om deel te nemen aan een collectiviteit, het vervallen van de verzekeringsplicht voor de Basisverzekering en wie uw nieuwe zorgverzekeraar is als u de verzekering bij Anderzorg heeft opgezegd.
- U verleent uw medewerking als Anderzorg informatie nodig heeft. Bijvoorbeeld de reden van een opname, voor een onderzoek naar fraude, of voor controle. Als u niet meewerkt, kan het zijn dat uw recht op zorg of vergoeding van kosten vervalt.
- U informeert en helpt Anderzorg als u ziektekosten hebt gemaakt waarvoor iemand anders aansprakelijk is, bijvoorbeeld na een verkeersongeval of medische fout. U kunt dan bellen met onze Klantenservice of onze afdeling Verhaal. Anderzorg kan dan de schade verhalen en daarmee de premies zo laag mogelijk houden. U mag zelf geen regeling treffen met deze aansprakelijke derde of zijn verzekeraar als dit nadelig is voor Anderzorg.

Als Anderzorg op grond van de door u verstrekte gegevens tot de conclusie komt dat uw Basisverzekering eindigt of geëindigd is, informeert Anderzorg u daarover direct.

A12 Premie, manier van betalen en betaling eigen risico

1 Premie

- Per 1 januari 2017 bedraagt de premiegrondslag voor de Basisverzekering € 102 per kalendermaand. De te betalen premie is de geldende premiegrondslag verminderd met de eventueel van toepassing zijnde premiekorting bij deelname aan een collectiviteit en de premiekorting behorende bij een eventueel gekozen vrijwillig eigen risico. De te betalen premie vindt u in de zorgpolis.

- U bent verplicht voor de Basisverzekering premie te betalen als u 18 jaar of ouder bent. Tot de 1^e dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin u de leeftijd van 18 jaar bereikt, bent u voor de Basisverzekering geen premie verschuldigd.
- Anderzorg moet uw premie hebben ontvangen voor het begin van de periode waarop de premie betrekking heeft.
- U mag de premie niet verrekenen met een uitkering die u verwacht.
- Als u een betaling doet zonder vermelding van het betalingskenmerk van Anderzorg bepaalt Anderzorg waarop de betaling wordt afgeboekt.
- Als u niet per automatische incasso of accept-e-mail betaalt, ontvangt u van Anderzorg een papieren acceptgiro. Hiervoor wordt € 1,50 in rekening gebracht.
- Als u met Anderzorg een betalingsregeling heeft, kan Anderzorg kosten in rekening brengen.

2 Manier van betalen

Als u voor betaling van de premie Anderzorg machtigt tot automatische incasso, geldt deze machtiging ook voor alle andere bedragen die u moet betalen aan Anderzorg, zoals het eigen risico en eigen bijdragen. Als u via automatische incasso betaalt, blijft u verantwoordelijk voor tijdige en volledige betaling. De uiterste termijn waarop u geïnformeerd wordt voordat er een bedrag via automatische incasso wordt afgeschreven is 5 werkdagen. De zorgpolis geldt als aankondiging voor de automatische incasso van de premie voor het gehele kalenderjaar.

3 Betaling eigen risico en eigen bijdrage

- Anderzorg kan u het eigen risico en eigen bijdrage in rekening brengen van u en van alle verzekerden die u heeft verzekerd.
- Als u het eigen risico en eigen bijdrage niet per automatische incasso of accept-e-mail betaalt, ontvangt u van Anderzorg een papieren acceptgiro. Hiervoor wordt € 1,50 in rekening gebracht.

A13 Wat er gebeurt als u de premie niet betaalt

A13.1 Basisverzekering en aanvullende verzekering

1. Anderzorg stuurt u een aanmaning. Als u binnen 14 dagen alsnog de premie betaalt, blijft dit verder zonder gevolg.
2. Betaalt u niet binnen 14 dagen na deze aanmaning dan heeft dat de volgende gevolgen:
 - Anderzorg kan de dekking van alle verzekeringen schorsen. U krijgt dan geen vergoeding meer vanaf het begin van de periode waarop de niet door u betaalde premie betrekking heeft,
 - u blijft verplicht de premie te voldoen,
 - betalingskortingen vervallen,
 - u moet de incassokosten betalen, wegens de extra werkzaamheden van Anderzorg, zoals het sturen van een acceptgiro en de aanmaningen, en wegens de werkzaamheden van de deurwaarder,
 - u moet wettelijke rente betalen over de totale vordering.
3. Als Anderzorg de premie, incassokosten en de wettelijke rente heeft ontvangen, wordt de dekking de dag na ontvangst van de betaling weer van kracht. Kosten die zijn gemaakt tijdens de schorsing krijgt u niet vergoed. Ook niet als u van Anderzorg toestemming had voor een behandeling of verstrekking.
4. Als u, zelfs na aanmaning, de premie niet betaalt, kan Anderzorg de verzekeringen van alle verzekerden beëindigen.
5. Anderzorg kan het sturen van een aanmaning en het innen van een vordering overdragen aan een incassopartner. Mocht de vordering zijn overgedragen aan een incassopartner, dan kan Anderzorg

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.

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 43

1. Verricht de schuldenaar een betaling die zou kunnen worden toegerekend op twee of meer verbintenissen jegens een zelfde schuldeiser, dan geschiedt de toerekening op de verbintenis welke de schuldenaar bij de betaling aanwijst.
2. Bij gebreke van zodanige aanwijzing geschiedt de toerekening in de eerste plaats op de opeisbare verbintenissen. Zijn er ook dan nog meer verbintenissen waarop de toerekening zou kunnen plaatsvinden, dan geschiedt deze in de eerste plaats op de meest bezwarende en zijn de verbintenissen even bezwarend, op de oudste. Zijn de verbintenissen bovendien even oud, dan geschiedt de toerekening naar evenredigheid.