

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door E te F tegen C te D
Zaak : Premie, betalingsachterstand, aanmelding CVZ, beëindiging
Zaaknummer : 2011.01379
Zittingsdatum : 11 januari 2012

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2006-2011, paragraaf 3.3 Zvw, artikel IX Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door E te F
tegen

C te D hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Verzoeker is tot op heden bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam zorgverzekeraar] Basispolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Genoemde zorgverzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Bij brief van 11 maart 2010 heeft de zorgverzekeraar verzoeker medegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van hemzelf van zes of meer maanden, en dat verzoeker is aangemeld bij het College voor zorgverzekeringen (CVZ).
- 3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormeld standpunt gevraagd. Bij brief van 1 maart 2011 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 7 juni 2011 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat hij geen zorgverzekering bij de zorgverzekeraar heeft afgesloten; dat de zorgverzekeraar gehouden is de in overweging 3.1 bedoelde brief in te trekken, en dat hij wordt afgemeld bij het CVZ (hierna: het verzoek).
- 3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar 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.
- 3.5. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 8 augustus 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 29 augustus 2011 aan verzoeker gezonden.

- 3.6. Verzoeker is in de gelegenheid gesteld te reageren op het in overweging 3.5 bedoelde standpunt van de zorgverzekeraar. Van de geboden mogelijkheid heeft verzoeker geen gebruik gemaakt.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. De zorgverzekeraar heeft op 8 augustus 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. Verzoeker heeft op 6 september 2011 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 11 januari 2012 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.
- 3.9. Hiertoe in de gelegenheid gesteld, heeft verzoeker de commissie bij brief van 12 januari 2012 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt en stukken overgelegd. Afschriften hiervan zijn op 13 januari 2012 aan de zorgverzekeraar gezonden.
- 3.10. Ook de zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 12 januari 2012 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt en stukken overgelegd. Afschriften hiervan zijn op 13 januari 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.11. Na hierover door de commissie te zijn benaderd, heeft de zorgverzekeraar bij brief van 18 januari 2012 op de door verzoeker overgelegde informatie gereageerd. Een afschrift hiervan is op 19 januari 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.12. Verzoeker heeft op 23 januari 2012 en 30 januari 2012 gereageerd op het onder 3.10 en 3.11 genoemde nadere standpunt van de zorgverzekeraar. Afschriften hiervan zijn op 31 januari 2012 aan de zorgverzekeraar gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt dat de ziekenfondsverzekering die hij had afgesloten bij de rechtsvoorganger van de zorgverzekeraar is beëindigd met ingang van 1 maart 2005. Vanaf dat moment wenste hij zich niet meer te verzekeren bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar stelt zich dan ook ten onrechte op het standpunt dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van zes of meer maanden. Verzoeker heeft nooit premienota's en betalingsherinneringen ontvangen. Derhalve is de aanmelding bij het CVZ onterecht.
- 4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij al jaren onverzekerd is, althans volgens mededeling van zijn huisarts, apotheek en het ziekenhuis. Een en ander blijkt ook uit de overgelegde stukken. Hij heeft hiervoor aandacht gevraagd bij de zorgaanbieders en de zorgverzekeraar, maar zonder resultaat. Uiteindelijk heeft hij zich tot een advocaat gewend. Verzoeker stelt dat hij in 2005 heeft geïnformeerd naar een (zorg)verzekering bij een andere verzekeraar. Er is toen een inschrijving tot stand gekomen, maar dit is later ongedaan gemaakt omdat er nog een betalingsachterstand bestond bij de rechtsvoorganger van de zorgverzekeraar. Verzoeker voert aan dat hij van de zorgverzekeraar nooit een aanbod voor een zorgverzekering heeft gehad. Polisbladen en (eventuele) andere stukken heeft hij eveneens nooit ontvangen. Na 1 januari 2006 zijn geen kosten gedeclareerd. Zoals uit de specificatie van de zorgverzekeraar blijkt, had hij voor de jaren 2006 en 2007 recht op de no-claimteruggave. Hieruit kan de juistheid van zijn stelling worden afgeleid. De zorgver-

zekeraar heeft de afgelopen jaren geen kosten vergoed, terwijl verzoeker wel veel zorgkosten heeft gehad. Inmiddels heeft de zorgverzekeraar de vordering ter zake van de achterstallige premie overgedragen aan de incassogemachtigde. Dat sprake is geweest van bezoeken aan de verzekeringswinkel van de zorgverzekeraar, wordt door verzoeker bestreden. Ook heeft hij nooit gevraagd een eigen polis op te maken voor zijn voormalige echtgenote.

Verzoeker wenst dat de premievordering vervalt, dat de gemaakte kosten alsnog worden vergoed, en dat hij wordt afgemeld bij het CVZ. Hij verzoekt de commissie hiertoe te beslissen.

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. Volgens de zorgverzekeraar is sprake van een achterstand in de betaling van de premie voor de zorgverzekering van ten minste zes maanden. Derhalve is verzoeker terecht aangemeld bij het CVZ. De totale betalingsachterstand bedraagt naar de stand van 8 augustus 2011 € 5.806,09, exclusief rente en kosten.

5.2. De zorgverzekeraar stelt dat verzoeker sinds 2003 als ziekenfondsverzekerde bij zijn rechtsvoorganger was ingeschreven. Op 2 december 2005 is verzoeker een aanbod tot het sluiten van een zorgverzekering – in de zin van artikel 2.5.1 Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet – gedaan. Aangezien verzoeker hier niet op heeft gereageerd, is de zorgverzekering volgens het aanbod ingegaan op 1 januari 2006. Sinds deze datum heeft verzoeker geen betalingen uitgevoerd. Verzoeker is in maart 2010 aangemeld bij het CVZ, en derhalve vanaf 1 april 2010 de bestuursrechtelijke premie verschuldigd.

5.3. De zorgverzekeraar is bekend met het feit dat verzoeker (vóór 1 januari 2006) een aanmelding in het kader van de ziekenfondsverzekering heeft gedaan bij een andere verzekeraar. Aangezien hij een betalingsachterstand had bij de rechtsvoorganger van de zorgverzekeraar, kon de ziekenfondsverzekering van verzoeker niet worden beëindigd. De zorgverzekeraar stelt dat dit is gemeld aan de andere verzekeraar. In 2007 heeft de andere verzekeraar contact met hem opgenomen, bij welke gelegenheid de zorgverzekeraar heeft medegedeeld dat hij de oudste rechten heeft en niet over zal gaan tot beëindiging zolang sprake is van een premieachterstand.

5.4. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat door hem in de afgelopen jaren nota's van zorgaanbieders zijn voldaan. Het ging hierbij om rechtstreekse declaraties, van onder andere de huisarts van verzoeker en een DBC-code ter zake van poliklinische zorg. Verzoeker heeft zelf geen nota's gedeclareerd, en er zijn ook geen door hem ingediende declaraties afgewezen. De zorgverzekeraar stelt verder dat verzoeker op 12 juni 2007 de verzekeringswinkel heeft bezocht en verzocht heeft voor zijn voormalige echtgenote een eigen polis op te maken. Op 15 juni 2007 heeft verzoeker geïnformeerd naar de hoogte van de betalingsachterstand. In september 2009 heeft verzoeker verzocht om een betalingsregeling. Hij zat toen in een uitkeringssituatie. Sindsdien is niets meer van verzoeker vernomen tot het moment waarop zijn huidige advocaat de kwestie heeft opgepakt. Tot slot brengt de zorgverzekeraar in dat geen grond aanwezig is om een deel van de premie kwijt te schelden. Verzoeker is sinds 1 januari 2006 niet onverzekerd geweest. De zorgaanbieders hadden VECOZO kunnen raadplegen.

Dat bepaalde zorgkosten niet zijn vergoed, had een andere achtergrond. Het gaat deels om kosten die zijn gemaakt vóór 1 januari 2006, deels om kosten die niet onder de dekking vallen, en deels om kosten die zijn gemaakt in een periode van schorsing.

- 5.5. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het onderhavige verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
 - 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, voor zover dit de periode betreft ná 1 januari 2006.
7. Het geschil
 - 7.1. In geschil zijn het bestaan van de in overweging 3.1 omschreven verzekeringsrelatie, het verschuldigd zijn van de premie voor de afgesloten verzekering, de door de zorgverzekeraar genoemde premieachterstand, en de aanmelding bij het CVZ.
8. Beoordeling van het geschil
 - 8.1. Verzoeker en de zorgverzekeraar hebben verklaard dat zij op 2 maart 2012 tot overeenstemming zijn gekomen inzake de onderhavige kwestie. De ziektekostenverzekeraar laat zijn vordering op verzoeker vallen, welke vordering betrekking heeft op de premie voor de zorgverzekering vanaf 1 januari 2006 tot en met heden, en de in deze periode aan verzoeker of de door hem ingeschakelde zorgaanbieders vergoede ziektekosten. Verzoeker ziet af van zijn vordering tot vergoeding van alle niet-vergoede ziektekosten en de door hem gemaakte kosten van juridische bijstand. Voorts wordt de zorgverzekering van verzoeker met terugwerkende kracht tot 1 januari 2006 beëindigd.

Conclusie

- 8.2. De commissie constateert dat partijen overeenstemming hebben bereikt inzake onderhavige kwestie, in die zin dat zij elkaar finale kwijting hebben verleend. Derhalve hebben partijen thans over en weer niets meer van elkaar te vorderen, zodat over het verzoek geen inhoudelijke beslissing meer hoeft te worden genomen.
- 8.3. De commissie acht, gelet op de gang van zaken, wel termen aanwezig dat de zorgverzekeraar het entreegeld aan verzoeker vergoedt.
9. Het bindend advies
 - 9.1. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 4 april 2012,

Voorzitter