

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door G te H vs. C te D vertegenwoordigd door E te F
Zaak : Begin en einde verzekering, dubbele verzekering
Zaaknummer : 2010.00832
Zittingsdatum : 8 september 2010

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2008 en 2009, artt. 2 t/m 9, 16 Zvw, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008 en 2009)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door G te H
tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door E te F

2. De verzekeringssituatie

Verzoeker, alsmede vijf gezinsleden, waren in 2008 en (een deel van) 2009 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam vertegenwoordiger] Natura Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was in 2008 en (een deel van) 2009 ten behoeve van verzoeker, alsmede zijn vijf gezinsleden, bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [naam vertegenwoordiger ziektekostenverzekeraar] Den Haag afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

Alle hiervoor genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in juni 2009 besloten om met terugwerkende kracht tot 1 januari 2008 de verzekeringen, waarvoor hij verzoeker en zijn gezinsleden als verzekerden heeft geaccepteerd (hierna: de acceptatie), zonder dat daarbij uitvoering is gegeven aan het verzoek van verzoeker de verzekeringen bij de 'vorige' ziektekostenverzekeraar per genoemde datum op te zeggen, weer te beëindigen, ten gevolge waarvan verzoeker met diverse vorderingen is geconfronteerd.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van de beslissing van juni 2009 gevraagd. Bij brief van 26 april 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven en een eerder verzonden kostenoverzicht volledig te laten vervallen.
- 3.3. Bij brief van 7 april 2010, nader gepreciseerd bij brief van 28 mei 2010, heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten te vergoeden die het gevolg zijn van de aanvankelijke acceptatie van hem en zijn gezinsleden als verzekerden door de ziektekostenverzekeraar en het vervolgens met terugwerkende kracht tot en met 1 januari 2008 weer beëindigen van de verzekering (hierna: het verzoek).
- 3.4. 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 waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 26 juli 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 augustus 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.6. Partijen zijn op 8 september 2010 telefonisch gehoord.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld in vervolg op de hoorzitting aanvullende informatie over te leggen. Verzoeker is daarbij de mogelijkheid geboden de door hem geclaimde schade nader te onderbouwen en de ziektekostenverzekeraar is gevraagd een overzicht te verstrekken van de door verzoeker verschuldigde en betaalde premie over de kalenderjaren 2008 en 2009, alsmede een nadere specificatie van de verrekende zorgkosten. Verzoeker heeft bij brief van 14 september 2010 gereageerd. Een afschrift hiervan is op 15 september 2010 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 13 september 2010, aangevuld bij brief van 11 oktober 2010, aanvullende informatie overgelegd. Afschriften hiervan zijn op 15 september 2010 respectievelijk 19 oktober 2010 aan verzoeker gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker had eind 2007 een betalingsachterstand bij zijn 'vorige' ziektekostenverzekeraar en kon daarom niet met ingang van 1 januari 2008 overstappen naar de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft klaarblijkelijk de VECOZO-database niet geraadpleegd voordat de acceptatie plaatsvond, hetgeen hij wel had moeten doen. Gedurende anderhalf jaar is niet geconstateerd dat de acceptatie ten onrechte is geschied, terwijl in die anderhalf jaar wel de premie is voldaan.
- 4.2. Mede door de acceptatie door de ziektekostenverzekeraar, zijn grote schulden ontstaan. Afgezien van niet betaalde premie, moeten onder meer hoge incassokosten worden betaald. De ziektekostenverzekeraar is mede verantwoordelijk voor het hoog oplopen van de schulden en dient derhalve de kosten te vergoeden die het gevolg zijn van de onterechte acceptatie en het vervolgens met terugwerkende kracht weer beëindigen van de verzekeringen.
- 4.3. Bij brief van 14 september 2010 verklaart verzoeker alsnog akkoord te gaan met de beëindiging van de verzekering met terugwerkende kracht tot en met 1 januari 2008, waarbij hij zich evenwel het recht voorbehoudt de schade die hij heeft geleden ten gevolge van het niet per die datum opzeggen door de ziektekostenverzekeraar van de verzekering bij de 'vorige' ziektekostenverzekeraar – volgens verzoeker in ieder geval bestaande uit het verschil in premie tussen de twee verzekeringen, alsmede de opgekomen rente en incassokosten – te vorderen.
- 4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoeker zich in december 2007 met zijn gezinsleden bij hem heeft gemeld als aspirant-verzekerden en dat deze aanmelding is geaccepteerd. Verzoeker heeft door middel van het aanmeldingsformulier, dat is gedateerd op 23 november 2007 en door de ziektekostenverzekeraar ontvangen op 19 december 2007, opdracht gegeven de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekeringen bij de 'vorige' ziektekostenverzekeraar per 1 januari 2008 op te zeggen, hetgeen echter niet is gebeurd en waardoor verzoeker en zijn gezinsleden ingeschreven bleven bij de 'vorige' ziektekostenverzekeraar. Omdat de 'vorige' ziektekostenverzekeraar de oudste rechthebbende zorgverzekeraar is, zijn de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker en zijn gezinsleden in juni 2009 met terugwerkende kracht tot de ingangsdatum beëindigd.
- 5.2. Verzoeker heeft gedurende de periode waarin hij bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd was niet of nauwelijks premie betaald. Voor zover dit wel is gebeurd is de betaalde premie aan verzoeker teruggestort. Door diverse zorgverleners zijn rechtstreeks nota's ingediend, die aan deze zorgverleners zijn vergoed. In verband hiermee heeft verzoeker een kostenoverzicht gekregen, wat in feite ten onrechte is, omdat verzoeker doorlopend bij de 'vorige' verzekeraar was verzekerd. Het kostenoverzicht komt dan ook te vervallen en er zijn geen vorderingen meer ten opzichte van verzoeker.
- 5.3. Tijdens de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar desgevraagd verklaard dat de zorgkosten die door hem aan de diverse zorgverleners zijn vergoed, voor rekening komen van de 'vorige' ziektekostenverzekeraar.
- 5.4. In vervolg op de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar een overzicht in het geding ingebracht van de verschuldigde en betaalde premie in de verzekerde periode. Voor zover door verzoeker in deze periode premie is betaald, is deze door de ziektekostenverzekeraar teruggestort. Tevens vermeldt het overzicht dat in 2008 en 2009 door zorgaanbieders in totaal € 5.046,27 is gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard deze kosten eventueel te verrekenen met de 'vorige' ziektekostenverzekeraar.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het 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, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.
7. Het geschil
 - 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar schadeplichtig is door de acceptatie en de latere, met terugwerkende kracht tot en met 1 januari 2008, beëindig van de in overweging 2 genoemde verzekeringen.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. Artikel 3 van de van de zorgverzekering 2008 regelt dat de verzekeringnemer verplicht is de premie giraal en bij vooruitbetaling te voldoen.
- 8.3. De ingang, duur en beëindiging van de zorgverzekering zijn geregeld in artikel 6 van de zorgverzekering 2008. Voor zover hier van belang luidt artikel 6 van de zorgverzekering als volgt:

“6.1. Begin en duur

6.1.1. De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek van de verzekeringnemer tot het sluiten van de verzekeringsovereenkomst heeft ontvangen. (...).

6.1.5. Als de vorige verzekering met ingang van 1 januari van een kalenderjaar of door wijziging van de voorwaarden is beëindigd, gaat de verzekering bij de nieuwe verzekeraar in per de beëindigingsdatum van de oude verzekering. (...)

6.3. Opzegging door de verzekeringnemer

6.3.1. De verzekeringnemer kan de [zorgverzekering] opzeggen:

- uiterlijk 31 december van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar; (...)

6.3.2. De opzegmogelijkheden zoals opgenomen in lid 6.3.1 gelden niet nadat de zorgverzekeraar de verzekeringnemer heeft aangemaand tot betaling van een of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie, gedurende de tijd dat de verschuldigde premie en incassokosten niet zijn voldaan. Deze uitzondering geldt niet als de zorgverzekeraar (...)

- binnen twee weken aan de verzekeringnemer te kennen geeft de opzegging te bevestigen. (...)

6.4. Opzegging, ontbinding of schorsing door de zorgverzekeraar

De zorgverzekeraar kan de [zorgverzekering] opzeggen, ontbinden of schorsen:

- wegens het niet-tijdig betalen van de verschuldigde premie zoals vermeld in artikel 3.7; (...)

6.6. Wijze van opzeggen

Zowel de verzekeringnemer als de zorgverzekeraar kan de [zorgverzekering] slechts schriftelijk opzeggen.

6.7. Bewijs van einde

Als de [zorgverzekering] eindigt, verstrekt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer en, als deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde een bewijs van het einde van de [zorgverzekering], waarop wordt aangetekend: (...)

- 8.4. De zorgverzekering is gebaseerd op de Zvw. Artikel 2 Zvw regelt wie verplicht een zorgverzekering moet sluiten. Artikel 3 Zvw bepaalt dat een zorgverzekeraar verplicht is met of ten behoeve van iedere verzekeringsplichtige (...) desgevraagd een zorgverzekering te sluiten. Artikel 7 lid 1 Zvw regelt dat de verzekeringnemer de zorgverzekering uiterlijk 31 december van ieder jaar met ingang van 1 januari het volgende kalenderjaar kan opzeggen. Vanaf 21 december 2007 is in artikel 8a Zvw, voor zover hier van belang, geregeld dat een verzekeringnemer een zorgverzekering in beginsel niet kan opzeggen indien sprake is van een premieachterstand voor de zorgverzeke-

ringen waarvoor hij is aangemaand, totdat de premie, rente en incassokosten zijn voldaan.

- 8.5. De aanmelding, acceptatie, looptijd en de beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering zijn geregeld in de Algemene bepalingen van de aanvullende ziektekostenverzekering 2008, respectievelijk 2009.

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. De stelling dat de ziektekostenverzekeraar de aanmelding niet had mogen accepteren vanwege het bestaan van een premieachterstand bij de 'vorige' zorgverzekeraar dient te worden verworpen. Ingevolge artikel 3 Zvw geldt voor de ziektekostenverzekeraar – behoudens de hier niet aan de orde zijnde uitzonderingen, zoals verwoord in artikel 3 lid 4 Zvw – acceptatieplicht. Deze acceptatieplicht geldt onverkort, dus ook in de situatie dat de zorgverzekering bij de 'vorige' zorgverzekeraar niet is of kon worden opgezegd.

Anders dan verzoeker kennelijk meent, betekent het bestaan van een premieachterstand in december 2007 niet per definitie dat de zorgverzekering bij de 'vorige' zorgverzekeraar niet met ingang van 1 januari 2008 kon worden beëindigd. Enerzijds geldt de opzegbeperking bij een premieachterstand eerst sedert 21 december 2007 – zodat op het moment van de ontvangst van het aanmeldingsformulier nog rechtsgeldig had kunnen worden opgezegd – en anderzijds biedt artikel 8a lid 2 Zvw de 'vorige' ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid een opzegging alsnog binnen twee weken te accepteren.

Zowel formeel als materieel bestond voor de ziektekostenverzekeraar derhalve geen enkele aanleiding verzoeker en zijn gezinsleden niet met ingang van 1 januari 2008 te accepteren.

- 9.2. Uit het door verzoeker ingediende aanmeldingsformulier blijkt dat hij de ziektekostenverzekeraar heeft verzocht de bestaande zorgverzekering, inclusief de aanvullende verzekeringen, met de in het aanmeldingsformulier nader genoemde inschrijf-, c.q. polisnummers, bij de 'vorige' ziektekostenverzekeraar op te zeggen. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij hieraan geen uitvoering heeft gegeven.

Verder is in de kwestie tussen verzoeker en de 'vorige' ziektekostenverzekeraar (GcZ, 6 oktober 2010, SKGZ2010.00801) gebleken dat verzoeker tot en met 31 december 2007 niet de volledige premie voor de (zorg)verzekering aan de 'vorige' ziektekostenverzekeraar heeft voldaan; dat hij over de periode 1 januari 2008 tot en met september 2009 in het geheel geen premie aan de 'vorige' ziektekostenverzekeraar heeft betaald, en voorts dat verzoeker door de 'vorige' ziektekostenverzekeraar – met het op 1 september 2009 van kracht worden van de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering – met ingang van 1 oktober 2009 terecht gemeld is bij het College voor zorgverzekeringen (verder: CVZ). Vanwege het bestaan van de hiervoor beschreven premieachterstand voor de zorgverzekering was het voor de ziektekostenverzekeraar, met de inwerkingtreding op 21 december 2007 van artikel 8a Zvw (beperking opzegmogelijkheid bij premieachterstand zorgverzekering), in beginsel ook niet meer mogelijk zijn fout te herstellen door met ingang van de eerstvolgende opzegmogelijkheid, dat wil zeggen met ingang van 1 januari 2009 of 1 januari 2010, de zorgverzekering van verzoeker en zijn gezinsleden bij de 'vorige' ziektekostenverzekeraar op te zeggen.

In de eerdergenoemde kwestie tussen verzoeker en de 'vorige' ziektekostenverzekeraar is geconcludeerd dat verzoeker (en zijn gezinsleden) doorlopend is (zijn) verze-

kerd gebleven bij de 'vorige' ziektekostenverzekeraar en dat (verzoeker) daarvoor premie is verschuldigd.

- 9.3. De consequentie van het voorgaande is dat verzoeker en zijn gezinsleden vanaf 1 januari 2008 dubbel verzekerd zijn, waarbij verzoeker als verzekeringnemer voor elk van de beide verzekeringen premie verschuldigd is. De wet- en regelgeving staan niet in de weg aan een dergelijke dubbele (zorg)verzekering. Zo valt bijvoorbeeld in de memorie van toelichting op het vierde lid van artikel 5 van de Zvw (TK 2003-2004, 27 763, nr. 3, pag. 91) te lezen:

"Het vierde lid ziet op de situatie waarin een verzekeringnemer aansluitend op het einde van een oude zorgverzekering, een nieuwe zorgverzekering wenst te sluiten. Het verzoek hiertoe zal hij veelal doen op een moment waarop de oude zorgverzekering nog niet is afgelopen (hij dient de zorgverzekeringen immers, indien hij een boete wegens te laat verzekeren wenst te voorkomen, op elkaar aan te laten sluiten). Om een periode van dubbele verzekering (en derhalve dubbele premiebetaling) te voorkomen, geeft het vierde lid hem de mogelijkheid de verzekering in te laten gaan op een door hem te bepalen latere datum dan de datum waarop hij de zorgverzekeraar verzoekt een zorgverzekering te sluiten.

- 9.4. Op 5 juni 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker en zijn gezinsleden met terugwerkende kracht tot en met 1 januari 2008 beëindigd. Verzoeker heeft bij brief van 14 september 2010 alsnog met deze beëindiging ingestemd, zodat de beëindiging van de ziektekostenverzekeringen niet langer onderwerp van geschil is. Zodoende komt met terugwerkende kracht een einde aan de situatie waarbij verzoeker en zijn gezinsleden een dubbele ziektekostenverzekering hadden. In vervolg hierop zullen in beginsel ook over en weer de ontvangen prestaties ongedaan moeten worden gemaakt. De ziektekostenverzekeraar heeft in dat verband verklaard de premie, voor zover deze door verzoeker is voldaan, inmiddels te hebben gerestitueerd. Niet gebleken is dat verzoeker dit bedrag niet heeft ontvangen. Verzoeker heeft zijn stelling dat hij aan de ziektekostenverzekeraar meer aan premie heeft betaald, dan dat hij van de ziektekostenverzekeraar gerestitueerd heeft gekregen niet aannemelijk gemaakt, zodat de conclusie moet zijn dat verzoeker ten aanzien van de premie niets meer van de ziektekostenverzekeraar te vorderen heeft.
- 9.5. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de door hem aan zorgverleners voldane kosten ten behoeve van verzoeker en zijn gezinsleden voor rekening komen van de 'vorige' ziektekostenverzekeraar en dat deze kosten door hem zullen worden verrekend met de 'vorige' ziektekostenverzekeraar. Voor zover er over vorengenoemde periode onverhoopt nog nota's nakomen die onder de dekking van de – inmiddels met terugwerkende kracht beëindigde – ziektekostenverzekeringen vallen, meent de commissie dat de ziektekostenverzekeraar deze nota's op dezelfde wijze dient af te handelen als de reeds aan de diverse zorgaanbieders vergoede zorgkosten. Gezien het voorgaande en mede gelet op de verklaring van de ziektekostenverzekeraar, komt de commissie tot het oordeel dat de ziektekostenverzekeraar, wat betreft zorgkosten uit de periode 1 januari 2008 tot 5 juni 2009, niets meer heeft te vorderen van verzoeker.
- 9.6. Verzoeker heeft vergoeding gevorderd van door hem beweerdelijk geleden schade, onder meer bestaande uit: opgekomen rente, incassokosten, kosten voor juridische bijstand en boetes. Verzoeker heeft deze schade echter, ook niet nadat hij daartoe

nadrukkelijk is uitgenodigd, op geen enkele wijze geconcretiseerd, dan wel gespecificeerd hoe de door hem geclaimde kosten zijn opgebouwd. Dit klemmt temeer, daar uit de eerdergenoemde zaak tussen verzoeker en de 'vorige' ziektekostenverzekeraar zou kunnen worden afgeleid dat een deel van de in de onderhavige procedure geclaimde (incasso)kosten stamt uit de periode dat tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar in het geheel nog geen rechtsverhouding bestond. Derhalve dient dit deel van de vordering te worden afgewezen.

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat partijen, zij het met inachtneming van het bepaalde in de voorlaatste volzin van overweging 9.5 en uitsluitend voor zover zij dit ter beoordeling aan de commissie hebben voorgelegd, over en weer niets meer van elkaar te vorderen hebben en dat het, voor zover dat resteert na het met wederzijds goedvinden met terugwerkende kracht tot en met 1 januari 2008 beëindigen van de ziektekostenverzekering, dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek, voor zover dat resteert na het met wederzijds goedvinden met terugwerkende kracht tot en met 1 januari 2008 beëindigen van de ziektekostenverzekering en met inachtneming van het bepaalde in de voorlaatste zin van overweging 9.5, af.

Zeist, 3 november 2010,

Voorzitter