



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A, vertegenwoordigd door mevrouw B, beiden te C, tegen D te E
Zaak : Premie, vrijwillig eigen risico, bereiken achttienjarige leeftijd, premieruggave
Zaaknummer : 201302288
Zittingsdatum : 5 maart 2014



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 2012-2013, art. 20 Zvw)



1. Partijen



De heer A te C, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door mevrouw B te C, tegen

D te E 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 verzekering [naam zorgverzekeraar] Basis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).



3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding



3.1. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar op 28 augustus 2013 verzocht met terugwerkende kracht tot 1 juli 2012 het vrijwillig eigen risico van € 500,- per jaar toe te passen. Bij e-mailbericht van 29 augustus 2013 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld hiertoe niet over te gaan.



3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 18 september 2013 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven, en voorgesteld hem met ingang van 1 september 2013 als verzekeringnemer aan te merken voor een eigen polis met een vrijwillig eigen risico van € 500,-.



3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de zorgverzekeraar coulancehalve € 125,- aan verzoeker heeft betaald, welk bedrag zou overeenkomen met de misgelopen premiekorting vanwege het vrijwillig eigen risico.



3.4. Bij brief van 2 november 2013 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is het vrijwillig eigen risico van € 500,- per jaar over de periode van 1 juli 2012 tot en met december 2013 alsnog toe te passen (hierna: het verzoek).



3.5. 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.



3.6. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 9 januari 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 21 januari 2014 aan verzoeker gezonden.



- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 22 januari 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 13 februari 2014 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 5 maart 2014 in persoon gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker is met ingang van 1 januari 2011 bij de zorgverzekeraar verzekerd. Vanaf voornoemde datum stond hij als verzekerde op een gezinspolis, waarbij zijn moeder als verzekeringnemer optrad. De overige vier gezinsleden hadden een vrijwillig eigen risico van € 500,--.
- 4.2. Op 12 april 2012 ontving de moeder van verzoeker een brief van de zorgverzekeraar in verband met het feit dat verzoeker op 23 juni 2012 de leeftijd van achttien jaar zou bereiken. Hierin schrijft de zorgverzekeraar dat verzoeker binnenkort een brief krijgt met uitleg wat er allemaal verandert, dat hij, als geen wijzigingen gewenst zijn, niets hoeft te doen, en dat in dat geval een polis met daarop de nieuwe premie wordt verstuurd.
- 4.3. Verzoeker stelt thans dat deze polis nimmer door hem is ontvangen. Pas op het moment dat de verzekering van een gezinslid van verzoeker door de verzekeringnemer werd beëindigd (2013) werd duidelijk dat bij verzoeker geen vrijwillig eigen risico met de bijbehorende premiekorting was toegepast. Na onderzoek bleek deze situatie reeds vanaf de datum van het bereiken van de achttienjarige leeftijd te bestaan. Verzoeker ging er van uit dat, aangezien alle gezinsleden een vrijwillig eigen risico hadden, dit in zijn geval met terugwerkende kracht zou worden gecorrigeerd. De zorgverzekeraar heeft een fout gemaakt in de communicatie met verzoeker. De nieuwe polis - vanaf 1 juli 2012 - is niet verstuurd. Daarnaast is nimmer aan verzoeker medegedeeld dat de verzekering ook online kan worden aangepast. De zorgverzekeraar dient daarom met terugwerkende kracht tot 1 juli 2012 het vrijwillig eigen risico van € 500,-- per jaar toe te passen.
- 4.4. Verzoeker verklaart zich door de zorgverzekeraar bestolen te voelen. Hij is te goed van vertrouwen geweest. Volgens verzoeker was het niet aan hem te verklaren dat hij een vrijwillig eigen risico van € 500,-- per jaar wilde, maar juist dat hij toestemming had moeten geven dit eigen risico aan te passen. Het is onbillijk dat de zorgverzekeraar thans weigert over te gaan tot het alsnog toepassen van het vrijwillig eigen risico met de bijbehorende premiekorting. Voorts voert verzoeker aan zeer bewust te hebben gekozen voor de zorgverzekering bij de zorgverzekeraar in verband met de lage premie. Hij heeft namelijk weinig financiële mogelijkheden.
- 4.5. Het is vreemd dat de zorgverzekeraar op 18 september 2013 voorstelt de polis met ingang van 1 september 2013 aan te passen, aangezien verzoeker is medegedeeld dat wijzigingen met terugwerkende kracht niet mogelijk zijn. Als dit voorstel kan worden gedaan, kan volgens verzoeker ook zijn verzoek worden ingewilligd. Na bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen is de zorgverzekeraar overgegaan tot het uit coulance vergoeden van een bedrag van € 125,--. Verzoeker waardeert dit, maar het bedrag is niet hetgeen waarop hij recht heeft. In de brief van de zorgverzekeraar aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 22 oktober 2013 worden de gemaakte fouten toegegeven en worden verzoeker excuses aangeboden. Toch is de zorgverzekeraar niet bereid de teveel betaalde premie terug te betalen. Een onderbouwing hiervan ontbreekt. Verzoeker stelt dat over de maanden juli 2012 tot en met december 2013 (achttien maanden) te veel premie (€ 24,-- per maand) is betaald. Zodoende heeft hij recht op € 432,-- (18 x € 24,--). Een bedrag van € 125,-- is reeds vergoed, zodat nog € 307,-- dient te worden nabetaald.
- 4.6. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat december 2012 sowieso te laat was om een wijziging door te geven, aangezien hij reeds in juni 2012 achttien jaar was geworden. De zorgverzekeraar heeft verzoeker niet geïnformeerd. Voor de aangeboden excuses koopt hij niets en de betaalde tegemoetkoming ziet niet op het jaar 2013. Overigens is deze tegemoetkoming onjuist, omdat zes maal € 25,-- (= € 150,--) had moeten worden betaald. Voorts stelt verzoeker dat hij de polis zonder vrijwillig eigen risico nooit heeft geaccepteerd. Het had de zorgverzekeraar moeten zijn opgevallen dat van het hele gezin, enkel verzoeker geen vrijwillig eigen risico had. Er is een fout gemaakt en die is bewust verzwegen. Tot slot verklaart verzoeker dat zijn moeder de polis

2013 op het moment van afgifte in november 2012 niet heeft gezien. Pas in mei/juni 2013 is de fout met betrekking tot de polis van verzoeker opgemerkt.

4.7. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. Verzoeker staat op de polis van zijn moeder, die in dit verband optreedt als verzekeringnemer. Op 23 juni 2012 is hij achttien jaar geworden.

5.2. In de brief van 12 april 2012 aan de moeder van verzoeker, die ging over het bereiken van de achttienjarige leeftijd, is haar onder andere medegedeeld dat een brief aan verzoeker zou worden gestuurd. Verzoeker stelt de betreffende brief nimmer te hebben ontvangen. De zorgverzekeraar erkent dat deze inderdaad niet is verstuurd. Voorts is in de brief van 12 april 2012 aan de moeder van verzoeker medegedeeld dat een nieuwe polis wordt verstuurd. De zorgverzekeraar verklaart dat deze zorgpolis eveneens niet is verstuurd. Aan verzoeker zijn hiervoor excuses aangeboden. Gelet op deze fout, is de teveel in rekening gebrachte premie (ten opzichte van een polis met een vrijwillig eigen risico van € 500,- per jaar) aan verzoeker vergoed. Het gaat om een korting van € 25,- per maand. Derhalve is € 125,- aan verzoeker betaald.

5.3. Op de polis voor 2013, die is afgegeven op 10 november 2012, is te zien dat verzoeker ook in dat jaar geen vrijwillig eigen risico had. De moeder van verzoeker heeft hierop geen actie ondernomen. Pas in augustus 2013 is verzocht een vrijwillig eigen risico van € 500,- voor verzoeker toe te passen. De zorgverzekeraar stelt dat het vrijwillig eigen risico nooit automatisch wordt aangepast, ook niet bij het bereiken van de achttienjarige leeftijd. Dit wordt enkel aangepast op verzoek van de verzekeringnemer. Daarnaast is het niet mogelijk wijzigingen met terugwerkende kracht uit te voeren.

5.4. Ingevolge artikel A5 van de zorgverzekering kan een polis per 1 januari worden gewijzigd. Artikel 7 lid 2 Zvw bepaalt dat een verzekeringnemer die een ander heeft verzekerd, de zorgverzekering kan opzeggen indien de verzekerde krachtens een andere verzekering wordt verzekerd. Verzekerden die door een ander zijn verzekerd mogen zich te allen tijde elders (laten) verzekeren. De zorgverzekeraar zal dan de verzekering beëindigen.

5.5. Voorts stelt de zorgverzekeraar dat indien kosten zouden zijn vergoed ten laste van de zorgverzekering, verzoeker anders zou hebben gereageerd. Het is evenwel begrijpelijk dat verzoeker het als vervelend ervaart dat niet volledig aan zijn verzoek tegemoet wordt gekomen.

5.6. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het versturen van de polis in november 2012 te laat was. Daarom is vijf maal € 25,- vergoed. Het zouden echter zes maanden moeten zijn, zodat nog een bedrag wordt nabetaald. De zorgverzekeraar stelt dat voor het jaar 2013 geldt dat verzoeker zelf verantwoordelijk is.

5.7. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A17 van de zorgverzekering (2012-2013) is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar met terugwerkende kracht tot 1 juli 2012 het vrijwillig eigen risico van € 500,- per jaar dient toe te passen op de verzekering van verzoeker.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. Artikel B8 van de zorgverzekering (2012) betreft het eigen risico. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

tU heeft een verplicht eigen risico van € 220 per kalenderjaar als u 18 jaar of ouder bent. U kunt naast uw verplicht eigen risico kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar. In dat geval krijgt u een korting op de premiegrondslag. Deze korting bedraagt per maand (...) bij een eigen risico van € 500 een bedrag van € 25. (...)"

Artikel B8 van de zorgverzekering (2013) is gelijkloidend, met dien verstande dat het verplicht eigen risico in dat jaar op € 350,- was bepaald, en daarbij een vrijwillig eigen risico van € 500,- de korting op de premiegrondslag € 24,- bedroeg.

8.3. Artikel A5 van de zorgverzekering (2012) betreft het wijzigen van de zorgverzekering. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

"Als u verzekeringnemer bent, kunt u uw verzekering wijzigen per 1 januari van ieder jaar. U kunt uw eigen risico wijzigen of een andere aanvullende verzekering of tandartsverzekering kiezen. [Naam zorgverzekeraar] moet uw verzoek dan op zijn laatst op 31 december ontvangen hebben. U ontvangt ieder jaar van [naam zorgverzekeraar] daarvoor een wijzigingsformulier. U kunt ook bellen met onze Klantenservice (...)."

In 2013 luidde dit artikel als volgt:

tAls u verzekeringnemer bent, kunt u uw verzekering wijzigen per 1 januari van ieder jaar. U kunt uw eigen risico wijzigen of een andere aanvullende verzekering of tandartsverzekering kiezen. [Naam zorgverzekeraar] moet uw verzoek dan op zijn laatst op 31 december ontvangen hebben. U kunt deze wijzigingen online doorvoeren (...). U kunt ook bellen met onze Klantenservice (...) of een wijzigingsformulier invullen."

8.4. De artikelen A5 en B8 van de zorgverzekering (2012-2013) zijn volgens artikel A1 van de zorgverzekering (2012-2013) gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.5. Artikel 20 Zvw bepaalt dat een verzekerde kan kiezen voor een vrijwillig eigen risico van maximaal € 500,- waartegenover een korting op de premiegrondslag staat.

9. Beoordeling van het geschil

9.1. Verzoeker vordert dat de zorgverzekeraar met terugwerkende kracht tot 1 juli 2012 het vrijwillig eigen risico van € 500,- per jaar toepast op zijn verzekering, op de grond dat zijn moeder verzekeringnemer is van een gezinspolis waarop alle overige gezinsleden een dergelijk vrijwillig eigen risico hebben. Hoewel zulks was toegezegd, zijn verzoeker bij het bereiken van de achttienjarige leeftijd geen informatiebrief en nieuwe polis gezonden, zodat hij niet tijdig kennis heeft kunnen nemen van het beleid van de zorgverzekeraar dat bij verzekerden die achttien jaar worden een eventueel vrijwillig eigen risico niet wordt overgenomen. De zorgverzekeraar heeft in dit kader gesteld dat verzoeker pas ruim een jaar na het bereiken van de achttienjarige leeftijd heeft verzocht om het toepassen van het vrijwillig eigen risico. Eind 2012 is aan zijn moeder een nieuwe polis gestuurd en hierop is door haar geen actie ondernomen. De zorgverzekeraar erkent evenwel dat een fout is gemaakt door verzoeker geen informatiebrief en nieuwe polis te sturen in verband met het bereiken van de achttienjarige leeftijd.

9.2. Wat betreft de situatie in 2012 staat naar het oordeel van de commissie voldoende vast dat door de zorgverzekeraar fouten zijn gemaakt en dat de hieruit voor verzoeker voortvloeiende nadelige financiële consequenties dienen te worden opgeheven. De vraag is alleen op welke wijze dit moet gebeuren.

- 9.3. Door de zorgverzekeraar is verklaard dat wijzigingen met terugwerkende kracht niet mogelijk zijn. Dit leidt er naar het oordeel van de commissie toe dat aanleiding bestaat verzoeker een tegemoetkoming toe te kennen in verband met de gedeelde premiekorting over de periode van 1 juli 2012 tot en met 31 december 2012. Ingevolge artikel B8 van de zorgverzekering (2012) bedraagt bij een vrijwillig eigen risico van € 500,- per jaar de premiekorting € 25,- per maand. Derhalve dient de zorgverzekeraar aan verzoeker voor het jaar 2012 een vergoeding van € 150,- (6 maanden x € 25,-) te verlenen. De zorgverzekeraar heeft reeds € 125,- aan verzoeker betaald, zodat nog een te betalen bedrag van € 25,- resteert. Ter zitting is door de zorgverzekeraar toegezegd dat voornoemd bedrag aan verzoeker zal worden vergoed.
- 9.4. Voor het jaar 2013 geldt dat door verzoeker een vergoeding van € 288,- (12 x € 24,-) is gevorderd. Met betrekking tot deze vordering oordeelt de commissie dat op de verzekeringnemer de verantwoordelijkheid rust de door hem afgesloten verzekering regelmatig te controleren en zo nodig te wijzigen. De zorgverzekeraar stuurt jaarlijks een polis naar de verzekeringnemer en er zijn diverse mogelijkheden om de zorgverzekering te wijzigen. Verdergaande inspanningen in dit kader kunnen niet van de zorgverzekeraar worden verwacht. Verzoeker onderscheidenlijk zijn moeder als verzekeringnemer hadden in november 2012 kennis kunnen nemen van het feit dat sprake was van een zorgverzekering zonder vrijwillig eigen risico, aangezien op 10 november 2012 de polis 2013 is afgegeven door de zorgverzekeraar. Vast staat dat deze door de moeder van verzoeker is ontvangen, aangezien dit stuk door haar in de procedure is overgelegd. In een oogopslag is te zien dat voor verzoeker een vrijwillig eigen risico van € 0,- van toepassing is, terwijl voor de drie andere verzekerden een vrijwillig eigen risico van € 500,- is vermeld. Nu noch door verzoeker noch door zijn moeder hierop tijdig actie is ondernomen, dienen de nadelige gevolgen hiervan voor rekening van verzoeker te blijven.
- 9.5. Verzoeker heeft nog gesteld dat hem nimmer is medegedeeld dat de zorgverzekering online kon worden gewijzigd. De commissie overweegt hiertoe in de eerste plaats dat ingevolge de polisvoorwaarden enkel in het jaar 2013 de mogelijkheid van online wijzigen bestond. Voorts geldt ook hiervoor dat het aan de verzekeringnemer is om, indien deze de verzekering zou willen wijzigen, zich te verdiepen in de mogelijkheden daartoe. Als gezegd, is in de verzekeringsvoorwaarden voor 2013 expliciet vermeld dat dit ook online kan. De zorgverzekeraar hoefde verzoeker of zijn moeder hierop niet uitdrukkelijk te wijzen.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 9.7. Gelet op de gang van zaken acht de commissie termen aanwezig te bepalen dat de zorgverzekeraar het betaalde entreegeld aan verzoeker dient te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag van € 37,-.

Zeist, 19 maart 2014,

Voorzitter