



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A. en DSW Ziektekostenverzekeringen N.V. beide te Schiedam

Zaak : Premie, premieachterstand, beëindiging aanvullende ziektekostenverzekering, postontvangst

Regelgeving : Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019

Zaaknummer : 202002445

Zittingsdatum : 22 september 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (Prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,
tegen

1) Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A., en
2) DSW Ziektekostenverzekeringen N.V. beide te Schiedam,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 6 mei 2021 heeft verzoekster per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Op 24 mei 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 2 juli 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 5 juli 2021 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 september 2021 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de DSW basisverzekering (hierna: de zorgverzekering). Daarnaast was verzoekster van 1 januari 2018 tot en met 30 oktober 2019 bij de ziektekostenverzekeraar aanvullend verzekerd op grond van de verzekering AV-compact (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster betalingsherinneringen gezonden in verband met een premieachterstand voor de maanden juli 2019 (€ 119,30), augustus 2019 (€ 119,50) en november 2019 (€ 112,-). Nadat betaling van deze bedragen uitbleef heeft hij met ingang van 1 november 2019 de aanvullende ziektekostenverzekering beëindigd.
- 3.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster bij verschillende gelegenheden meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.4. Verzoekster is op 22 juli 2020 door de rechtbank Gelderland veroordeeld tot het betalen van een bedrag van € 270,50, te vermeerderen met de wettelijke rente en proceskosten.

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar:
- (i) haar aanvullende ziektekostenverzekering ten onrechte met ingang van 1 november 2019 heeft beëindigd, en

(ii) aan haar een schadevergoeding dient te betalen.

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, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 14 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 13 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunten partijen

6.2. Verzoekster heeft gesteld dat zij op 1 oktober 2019 is verhuisd. Sinds deze verhuizing heeft verzoekster van de ziektekostenverzekeraar geen post meer ontvangen. Pas half november 2019 is een en ander kennelijk gecorrigeerd waarna verzoekster op het juiste adres weer post ontving. In de tussentijd heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster onder meer rekeningen en polisbladen gestuurd. Daarnaast is in de periode tussen 1 oktober 2019 en half november 2019 de aanvullende ziektekostenverzekering beëindigd, aangezien sprake zou zijn van een betalingsachterstand. Dit laatste is volgens verzoekster onjuist, omdat alle verschuldigde bedragen aantoonbaar zijn betaald. Door het ten onrechte beëindigen van de aanvullende ziektekostenverzekering heeft verzoekster niet de zorg kunnen krijgen die zij, als gevolg van een incident in 2018, wél nodig had. Naast herstel van de aanvullende ziektekostenverzekering vordert verzoekster van de ziektekostenverzekeraar daarom een schadevergoeding.

6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat het geschil zich met name toespitst op de beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering in combinatie met de adresgegevens die door hem zijn gehanteerd. Hiertoe geldt dat op 26 september 2018 via MijnDSW het correspondentieadres is gewijzigd naar een adres in Uitgeest. Daarnaast is op genoemde datum de correspondentievoorkeur gewijzigd van papier naar digitaal. Door een systeemfout bij de ziektekostenverzekeraar is echter halverwege 2019 het correspondentieadres van verzoekster gewijzigd van het adres in Uitgeest naar het laatste bij hem bekende woonadres. Dit was een adres in Beekbergen. Om die reden is de post tot en met 7 oktober 2019 naar het adres in Beekbergen gestuurd. Op 17 oktober 2019 is de ziektekostenverzekeraar achter de systeemfout gekomen en heeft hij alles gecorrigeerd. Hierbij is het correspondentieadres teruggezet op het oorspronkelijke adres in Uitgeest. Over deze terugzetting is verzoekster op 17 oktober 2019 per e-mail geïnformeerd. Op 22 oktober 2019 heeft verzoekster gesproken met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar. Tijdens dit gesprek heeft verzoekster meegedeeld dat zij de op het adres in Uitgeest ontvangen brieven nog wel, zij het met vertraging, leest, maar dat zij de post in het vervolg op haar nieuwe woonadres in B wenst te ontvangen. Omdat de betreffende medewerker de adreswijziging niet mocht doorvoeren, is het adres pas op 15 november 2019 in de administratie gewijzigd van Uitgeest naar B. Dit naar aanleiding van het feit dat de ziektekostenverzekeraar op 13 november 2019 post retour kreeg.

De aanvullende ziektekostenverzekering van verzoekster is met ingang van 1 november 2019 beëindigd vanwege het bestaan van een betalingsachterstand. Deze bedroeg op dat moment € 350,80 en had betrekking op de premies voor de maanden juli 2019 (€ 119,30), augustus 2019 (€ 119,50) en november 2019 (€ 112,-). Dat verzoekster de verstuurdde betalingsherinneringen niet zou hebben ontvangen, acht de ziektekostenverzekeraar niet waarschijnlijk. Dit omdat verzoekster tijdens het telefonisch contact op 22 oktober 2019 heeft verklaard de naar het adres in Uitgeest verstuurdde brieven nog wel, zij het met vertraging, te lezen. Daarnaast kon verzoekster in MijnDSW

nagaan of post was verzonden. Gelet op het voorgaande concludeert de ziektekostenverzekeraar dat de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 november 2019 terecht is beëindigd.

Overwegingen commissie

- 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft met ingang van 1 november 2019 de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoekster beëindigd. Op grond van artikel 8, tweede lid, van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering mag de ziektekostenverzekeraar de verzekering beëindigen indien sprake is van (i) een premieachterstand, en (ii) de verzekerde voor deze achterstand een tweetal aanmaningen heeft ontvangen.
- 6.5. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband op 2 juli 2021 verklaard dat ten tijde van de beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering sprake was van een betalingsachterstand van totaal € 350,80 waarvoor verzoekster werd aangemaand. Genoemd bedrag had betrekking op de openstaande premies voor de maanden juli 2019 (€ 119,30), augustus 2019 (€ 119,50) en november 2019 (€ 112,-). Verzoekster heeft het bestaan van deze achterstand bestreden, evenals de ontvangst van de aanmaningen. In de procedure is een vonnis van de rechtbank Gelderland van 22 juli 2020 overgelegd. Uit dit vonnis blijkt dat verzoekster is gedagvaard vanwege de op dat moment openstaande premies voor de maanden juli en augustus 2019. Verzoekster heeft bij de kantonrechter aangevoerd dat sprake is geweest van verkeerde adressering van de verzonden betalingsherinneringen. Dit verweer is door de rechter verworpen en verzoekster is veroordeeld tot het betalen van de nog (deels) openstaande premies voor de maanden juli en augustus 2019, vermeerderd met de wettelijke rente en proceskosten. De commissie stelt vast dat het vonnis intussen kracht van gewijsde heeft, hetgeen inhoudt dat dit onherroepelijk is geworden. De onderhavige procedure kan niet tot doel hebben een onherroepelijke uitspraak te toetsen, zoals ook is vastgelegd in het toepasselijke reglement. Het vonnis vormt daarmee voor de commissie een gegeven. Dit betekent dat als vaststaand wordt aangenomen (i) dat sprake was van een betalingsachterstand met betrekking tot de maanden juli en augustus 2019, en (ii) dat verzoekster hiervoor vruchteloos werd aangemaand door de ziektekostenverzekeraar. Hiermee is voldaan aan de voorwaarden voor beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 november 2019. Gelet op dit oordeel is geen sprake van een toerekenbare tekortkoming aan de zijde van de ziektekostenverzekeraar zodat geen aanleiding bestaat tot toekenning van een schadevergoeding.
- 6.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 6 oktober 2021,

L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Artikel 7 Fraude

De Verzekeringnemer is verplicht de Verzekeraar alle relevante en juiste informatie te geven. Indien de Verzekeringnemer een verkeerde voorstelling van zaken geeft, valse of misleidende stukken overlegt of een onware opgave doet met betrekking tot de ingediende declaratie of anderszins heeft gehandeld met het opzet de Verzekeraar te benadelen dan:

- a. vervalt het recht op vergoeding van de gehele declaratie, waaronder alle ingediende declaraties van het declaratieformulier, en ook voor dat deel waarover geen onware opgave is gedaan en/of een verkeerde voorstelling van zaken is gegeven;
- b. zal de Verzekeraar een onderzoek (laten) instellen om het vermoeden van fraude en/of misleiding vast te stellen. Gedurende dit onderzoek gaat de Verzekeraar niet over tot uitbetaling van de vergoeding van de declaratie(s);
- c. vordert de Verzekeraar reeds uitgekeerde vergoeding(en), (onderzoeks)kosten, respectievelijk alle kosten die verband houden met de vaststelling van de Fraude terug;
- d. heeft de Verzekeraar bij vastgestelde Fraude en/of misleiding het recht de Verzekering met onmiddellijke ingang te beëindigen;
- e. zal de Verzekeraar de vastgestelde Fraude intern registreren en - indien proportioneel - inschrijven in het Extern Verwijzingsregister en aangifte doen bij Justitie; zal de Verzekeraar gedurende vijf jaar geen nieuwe Zorgverzekering en/of Verzekering met de Verzekeringnemer sluiten.

Het bovenstaande geldt eveneens als iemand anders namens de Verzekeringnemer de genoemde handelingen uitvoert, zoals een Verzekerde of een derde.

Artikel 8 Premiebetaling

- lid 1** De Verzekeringnemer is verplicht de premie en kosten bij vooruitbetaling te voldoen op de dag waarop zij verschuldigd zijn. Op de Verzekering kan een door de Verzekeraar vast te stellen gedifferentieerd premiesysteem van toepassing zijn in de vorm van kortingen of toeslagen.
- lid 2** Als de Verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de betalingsverplichtingen zullen wij na de premievervaldag de Verzekeringnemer schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen, te rekenen vanaf de dag na de aanmaning. Als er geen betaling plaatsvindt binnen deze periode zullen wij een tweede aanmaning versturen onder de mededeling dat bij niet voldoening binnen de gestelde termijn de Verzekering wordt beëindigd.
- lid 3** Indien de Verzekeraar maatregelen treft tot incassering van zijn vordering, komen alle buitengerechte-lijke en gerechtelijke kosten van de invordering voor rekening van de Verzekeringnemer. De Verzekering wordt eerst weer van kracht op de dag volgend op de dag waarop het verschuldigde bedrag en de invorderingskosten door de Verzekeraar zijn ontvangen.
- lid 4** Het is de Verzekeringnemer niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met een van de Verzekeraar te vorderen vergoeding.