

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs. C te D
Zaak	: No-claim, premie
Zaaknummer	: 2008.00625
Zittingsdatum	: 28 januari 2009

Zaak: 2008.00625 (No-claim, premie)

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, artt. 16 en 22 Zvw, 2.18 en 2.19 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar de no-claimteruggave voor het jaar 2007 te verrekenen met de achterstallige premie over dat jaar.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. In het jaar 2007 was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam zorgverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW) en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Voorts was ten behoeve van verzoeker bij de zorgverzekeraar een aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten.
- 3.2. Volgens informatie van de zorgverzekeraar is de automatische incasso van de premie een aantal maken geweigerd, waardoor een achterstand van € 372,76 is ontstaan. Deze is verhoogd met € 15,00 incassokosten, zodat in totaal € 387,76 verschuldigd is. De zorgverzekeraar heeft hier een premiebetaling uit januari 2008 op in mindering gebracht, alsmede een deel van de no-claimteruggave voor het jaar 2007. Hierdoor resteert nog € 28,94. De restantvordering is overgedragen aan een incassobureau. Verzoeker stelt geen betalingsachterstand te hebben en vordert uitkering van het verrekenende no-claimbedrag (hierna: de aanspraak). De zorgverzekeraar heeft verzoeker meegedeeld dat zijn aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 8 april 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft er toe geleid dat de nog verschuldigde premie over het jaar 2007 is afgeboekt. De eveneens gevorderde administratiekosten zijn verrekend met de resterende no-claimteruggave over genoemd jaar. De zorgverzekeraar heeft de door het incassobureau gemaakte kosten voor zijn rekening genomen. Tevens heeft de zorgverzekeraar aangegeven dat een nieuwe vordering was ontstaan ter zake van aan verzoeker afgeleverde geneesmiddelen ad € 76,42. Voorts beëindigt de zorgverzekeraar alsnog per 1 januari

2008 de zorgverzekering van verzoeker en zijn gezinsleden. De aanvullende ziektekostenverzekering was eerder al per 1 januari 2008 beëindigd.

- 3.5. Bij brief van 2 augustus 2008 heeft verzoeker bij de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) uitbetaling van de no-claimteruggave over het jaar 2007 gevorderd, alsmede verrekening van het bedrag ad € 76,42. Met zijn huidige zorgverzekeraar en vergoeding van de gemaakte kosten, door hem begroot op € 15,32 (hierna: het verzoek).
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek was een afschrift van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 22 oktober 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 27 oktober 2008 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft per email medegedeeld niet gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 23 januari 2009 eveneens medegedeeld niet gehoord te willen worden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat volgens verklaring van de zorgverzekeraar alle premies zijn voldaan.
- 4.2. Met betrekking tot de aan hem afgeleverde geneesmiddelen verklaart verzoeker dat hij, ondanks zijn verzoek daartoe, nog geen opgave heeft mogen ontvangen van de zorgverzekeraar. Hij verwijst hierbij verder naar een brief van 13 augustus 2008 waarin niet wordt gerept over door de zorgverzekeraar betaalde kosten. Ook staat in het schrijven dat "als de zorgverzekering is beëindigd, (hiervan) geen gebruik meer (kan) worden gemaakt." Verzoeker meent daarom recht te kunnen doen gelden op terugbetaling van de no-claimteruggave over het jaar 2007.
- 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. Met betrekking tot de no-claimteruggave over het jaar 2007 licht de zorgverzekeraar toe dat op het bedrag ad € 255,00 zorgkosten ter grootte van € 53,68 in mindering zijn gebracht, zodat recht bestaat op € 201,32.
Ter zake van de premie geldt dat 12 maal € 186,38 (= € 2.236,56) verschuldigd was, en dat in totaal in het jaar 2007 € 1.863,80 is voldaan. Op 23 januari 2008 volgde nog een betaling van € 186,38. Verhoogd met de incassokosten ad € 15,00 beliep de achterstand in de betalingen derhalve € 201,38.
De zorgverzekeraar heeft er aanvankelijk voor gekozen laatstgenoemd bedrag te verreken met een deel van de no-claimteruggave over het jaar 2007, te weten € 172,44, zodat nog een schuld van € 28,94 resteerde. Uiteindelijk is het deel van de schuld dat betrekking heeft op de premie (€ 13,94) echter kwijtgescholden en zijn de administratiekosten ad € 15,00 verrekend met de restant no-claimteruggave van € 28,88.

- 5.2. De zorgverzekeraar stelt voorts dat verzoeker zich bij de aflevering van geneesmiddelen door de apotheek heeft gelegitimeerd als een van zijn verzekerden, terwijl verzoeker op dat moment al niet meer bij hem was verzekerd. Om die reden wordt betaling van € 76,42 gevorderd. Bij brief van 22 oktober 2008 heeft de zorgverzekeraar verklaard dat laatstgenoemd genoemd bedrag inmiddels is opgelopen tot € 95,73.
- 5.3. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekering.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Teneinde de omvang van het voorgelegde geschil te bepalen, stelt de commissie allereerst vast dat door verzoeker het bestaan van de achterstand in de premiebetalingen niet, dan wel onvoldoende gemotiveerd is bestreden. Voorts constateert de commissie dat verzoeker bij herhaling over deze achterstand is aangeschreven en dat bij die gelegenheid is aangekondigd dat bij verder uitblijven van de betaling een bedrag ad € 15,00 voor administratiekosten zou worden berekend. Een en ander leidt tot de conclusie dat de zorgverzekeraar een rechtens te honoreren vordering op verzoeker had van € 387,76.
- 7.2. Omdat zijn opzegging met ingang van 1 januari 2008 in eerste instantie door de zorgverzekeraar werd geweigerd, verkeerde verzoeker kennelijk in de veronderstelling dat hij ook in 2008 premie diende te betalen. Gezien de hoogte van het op 23 januari van dat jaar betaalde bedrag, mocht de zorgverzekeraar evenwel aannemen dat het hier ging om een (premie)betaling voor het jaar 2007. Er heeft dan ook terecht verrekening plaatsgevonden met de vordering ad € 387,76. Deze kwam daardoor op € 201,38.
- 7.3. Met betrekking tot de no-claimteruggave voor het jaar 2007 stelt de commissie vast dat partijen niet van mening verschillen over de hoogte van het bedrag (€ 201,32). Slechts de vraag naar de bevoegdheid van de zorgverzekeraar deze vordering van verzoeker te mogen verrekenen met diens onder 7.2 genoemde schuld, houdt hen verdeeld.
- De commissie constateert in dit verband dat in artikel 7 van de zorgverzekering geen regeling ter zake is opgenomen. Voorts wordt in de 'Beschikking No-claim teruggave' gesteld:

"Uw No-claim teruggave zullen wij overmaken op het bij ons bekende rekeningnummer (.....)".

Op grond van artikel 6:127 BW kan een schuldenaar – in dit geval de zorgverzekeraar – onder omstandigheden overgaan tot verrekening. Hiertoe is in de eerste plaats een verklaring vereist. Deze is vormvrij. De commissie leest de brief van de zorgverzekeraar d.d. 8 april 2008, gericht aan verzoeker, aldus dat hij van zijn bevoegdheid tot verrekening gebruik wenst te maken. Nu er sprake is van wederkerig schulde-

naarschap; de prestatie beantwoordt aan de schuld; de zorgverzekeraar bevoegd is tot betaling, en de nakoming van de vordering afdwingbaar is, is ook aan de overige vereisten voldaan.

- 7.4. De zorgverzekeraar heeft er in eerste instantie voor gekozen een deel van de no-claimteruggave over het jaar 2007 – te weten € 172,44 – te verrekenen. Nadien heeft hij besloten het restant ad € 28,88 eveneens te verrekenen, en wel met de administratiekosten. Zodoende resteerde nog € 13,88. Dit bedrag is door de zorgverzekeraar volgens diens verklaring op 23 juni 2008 aan verzoeker overgemaakt. Verzoeker heeft dit laatste niet bestreden.
De commissie concludeert dat partijen, waar het de no-claimteruggave en de premie betreft, over en weer niets meer van elkaar te vorderen hebben.
- 7.5. Door de zorgverzekeraar is ingebracht dat aan verzoeker en/of zijn gezinsleden in 2008 geneesmiddelen zijn afgeleverd door de apotheek.
De commissie meent dat door de zorgverzekeraar aannemelijk is gemaakt dat aflevering van de geneesmiddelen ten behoeve van verzoeker en/of zijn gezinsleden heeft plaatsgehad. Aangezien zijn verzekering per 1 januari 2008 is beëindigd, dient verzoeker aan de zorgverzekeraar te vergoeden een bedrag van € 95,73 (aanvankelijk ging het om een bedrag van € 76,42). Na voldoening hiervan dient de zorgverzekeraar een verklaring af te geven waaruit blijkt dat genoemd bedrag door hem ten laste van de zorgverzekering aan de apotheker is vergoed, en dat verzoeker dit desgevraagd heeft terugbetaald. Verzoeker kan op basis van die verklaring aan zijn huidige zorgverzekeraar vragen de kosten te vergoeden.
- 7.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 5 februari 2009,

Voorzitter