

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs. C en E. te D
Zaak : Premie, declaraties
Zaaknummer : 2009.00164
Zittingsdatum : 9 september 2009

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C. en E te D, hierna te noemen de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 29 augustus 2008 de gedeclareerde zorgkosten niet te verrekenen met de bestaande premieachterstand.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker is bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam zorgverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de aanvullende ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen [naam zorgverzekeraar] Uitgebreid en Tandengaaf 500 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Op enig moment is een achterstand in de premiebetalingen ontstaan. De aanvullende ziektekostenverzekering van verzoekers zoon is vervolgens met ingang van 30 april 2007 beëindigd. De dekking van de aanvullende ziektekostenverzekeringen van verzoeker is vanaf 12 oktober 2007 opgeschort. Verzoeker heeft zich bereid verklaard de achterstallige premie te voldoen, mits de ziektekostenverzekeraar de na 12 oktober 2007 gemaakte zorgkosten alsnog zou vergoeden (hierna: de aanspraak). Bij brief van 29 augustus 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat zijn aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 21 oktober 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven. Naar aanleiding van een mailbericht van 25 november 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar zich bereid verklaard de door het deurwaarders- en incassobureau berekende rente en kosten voor zijn rekening te nemen indien verzoeker de achterstallige premie alsnog vóór 10 januari 2009 zou voldoen. Verzoeker heeft hier geen gehoor aan gegeven.

- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar zijn aanbod heeft verlengd tot 15 april 2009. Verzoeker heeft dit aanbod niet geaccepteerd en heeft de achterstallige premie tot op heden niet voldaan.
- 3.5. Bij brief van 10 mei 2009 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht te beëindigen (hierna: het verzoek).
- 3.6. 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 7 juli zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 juli 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 9 september 2009 in persoon gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
 - 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij door problemen in de privésfeer niet in staat was de premie steeds tijdig te voldoen. De premieachterstand zou evenwel door een betaling in augustus 2008 volledig zijn ingelopen. Aanvankelijk heeft verzoeker daarom gepleit voor herstel, met terugwerkende kracht, van de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekeringen van hem en zijn echtgenote. Na verrekening van de gemaakte zorgkosten zou volgens verzoeker een vordering van hem op de ziektekostenverzekeraar resteren. Uiteindelijk heeft verzoeker evenwel een andere stelling ingenomen. Zijns inziens had de ziektekostenverzekeraar hem voor verdere kosten moeten behoeden door de aanvullende ziektekostenverzekering niet te schorsen, maar deze te beëindigen, zoals ook in het geval van zijn zoon was gebeurd. Verzoeker verwijst in dit verband naar artikel 4.6 van de verzekeringsvoorwaarden van de aanvullende verzekering uit 2008 (verzoeker noemt zelf artikel 6.4 doch dit artikel bestaat niet) en tekent daarbij aan dat hij de ziektekostenverzekeraar tijdig over zijn situatie heeft geïnformeerd.
 - 4.2. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald. Daarnaast stelt verzoeker dat hij eind 2007 telefonisch contact heeft opgenomen met de ziektekostenverzekeraar om de aanvullende ziektekostenverzekering te beëindigen. Verzoeker heeft het een en ander telefonisch medegedeeld, maar nooit een schriftelijke bevestiging aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
 - 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, en onder verwijzing naar de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden dat de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering vanwege de bestaande premieachterstand is geschorst. De gedurende de periode van schorsing gemaakte zorgkosten zullen dan ook niet met terugwerkende kracht worden vergoed. Uit het door de ziektekostenverzekeraar overgelegde 'Gespecificeerd Overzicht' d.d. 23 februari 2009 blijkt dat op dat moment een bedrag van € 570,14 openstond aan achterstallige premie, administratiekosten, incassokosten en rente.
- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat geen bewijs in het dossier aanwezig is dat eerder is opgezegd, en dat voorts geen telefoonnotities zijn gemaakt van een eventueel gesprek dat eind 2007 zou hebben plaatsgevonden.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Gezien de verzekeringsvoorwaarden, het reglement van de commissie en/of de door de ziektekostenverzekeraar ondertekende verklaring, is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering met betrekking tot het jaar 2008, bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker met terugwerkende kracht te beëindigen ter verlaging van de ontstane premieschuld. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 7.2. Allereerst dient te worden bepaald of sprake is van een achterstand in de premiebetalingen, en zo ja, wat de omvang daarvan is. De commissie constateert in dat kader dat door de ziektekostenverzekeraar een 'Gespecificeerd Overzicht' is overgelegd, waaruit blijkt dat de premie van november en december 2006, alsmede de premie van januari 2007, niet door verzoeker werd voldaan. Ook de in verband hiermede berekende administratiekosten werden door hem niet betaald. Het betreft hier een bedrag van € 401,78. Voorts werd over de periode van juli 2007 tot en met december 2008 door verzoeker niet de volledige premie betaald. Per ultimo 2008 stond per saldo nog een bedrag van € 48,11 open. De ziektekostenverzekeraar heeft aangeboden de opgekomen rente en incassokosten (€ 120,25) te laten vervallen indien verzoeker de achterstallige premie vóór 15 april 2009 zou voldoen. Verzoeker is niet op dit aanbod ingegaan, zodat de vordering, naar de stand per 23 februari 2009 € 570,14 bedraagt.
- 7.3. Verzoeker is in de gelegenheid gesteld op de vordering van de ziektekostenverzekeraar te reageren. Hij heeft deze vordering niet gemotiveerd bestreden, doch enkel aangevoerd dat hij aannam dat met de betaling in augustus 2008 de gehele achterstand was ingelopen. Blijkens het 'Gespecificeerd Overzicht' is op 1 september 2009 een bedrag ad € 143,06 ingeboekt, en op 2 september 2009 een bedrag ad

€ 1.114,84. De juistheid van genoemde bedragen is door verzoeker niet ter discussie gesteld. Verder heeft hij niet ingebracht dat door hem nog andere betalingen zijn verricht, die ten onrechte niet op de vordering zijn afgeboekt. De commissie concludeert daarom dat de onder 7.2 beschreven vordering van de ziektekostenverzekeraar -waarbij rekening is gehouden met eerder genoemde betalingen- voor toewijzing gereed ligt.

- 7.4. De vraag is vervolgens of de ziektekostenverzekeraar nalatig is geweest, in die zin dat hij de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker niet met ingang van 12 oktober 2007 had moeten schorsen, maar direct tot beëindiging had moeten besluiten om een verder oplopen van de premieachterstand te voorkomen.
- De commissie merkt hierover op dat de beslissing tot schorsing in het jaar 2007 is genomen. Geschillen omtrent de aanvullende ziektekostenverzekering kunnen echter alleen aan de commissie ter bindende advisering worden voorgelegd indien deze zijn ontstaan na 1 januari 2008. Hieruit volgt dat de beslissing tot schorsing niet het onderwerp van de onderhavige procedure kan zijn. Ten algemene geldt dat een schorsing wegens wanbetaling niet per definitie tot een royement hoeft te leiden, en ook niet direct mag leiden. Immers, de verzekeringnemer moet eerst een reële mogelijkheid hebben gehad de achterstallige premie alsnog te voldoen. In het specifieke geval van verzoeker komt daar bij dat hij de aanvullende verzekering desgewenst met ingang van 1 januari 2008 regulier had kunnen opzeggen. Hoewel hij bekend was met de gevolgen van de schorsing heeft hij dit evenwel nagelaten, dan wel heeft hij onvoldoende aannemelijk gemaakt dat bij de aanvullende verzekering daadwerkelijk heeft opgezegd, zoals hij ter zitting heeft betoogd.
- 7.5. Verzoeker heeft nog een beroep gedaan op artikel 4.6 van de voorwaarden van de aanvullende verzekering uit 2008. Hierin worden de gevolgen van niet betalen van deelnemers aan een collectief contract geregeld. Uit de polisbladen is derhalve niet gebleken dat verzoeker deelnam aan een collectief contract. Artikel 4.6 is dan ook niet op verzoeker van toepassing.
- 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, 23 september 2009

Voorzitter