

Bindend advies

Partijen : A te B, als wettelijk vertegenwoordiger van C, vs D te E
Zaak : Ingangsdatum verzekering
Zaaknummer : 2007.02466
Zittingsdatum : 13 augustus 2008

BINDEND ADVIES

Zaak: 2007.02466 (Ingangsdatum verzekering)

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, artt. 2, 5, 10 Zvw)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, als wettelijk vertegenwoordiger van C, hierna te noemen: verzekerde,

tegen

D te E, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

De bestreden beslissingen

2.

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar de zorgverzekering te laten ingaan op 4 mei 2006, en de beslissing de in april 2006 aangevangen KNO-behandeling van verzekerde niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Verzekerde is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg geregeld polis (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Tevens is ten behoeve van verzekerde een aanvullende verzekering afgesloten.

3.2. De aanvraag voor de zorgverzekering is op 6 maart 2006 ondertekend. De ingangsdatum van deze verzekering is door de zorgverzekeraar gesteld op 4 mei 2006, zijnde de datum van afgifte van de verblijfsvergunning. In april 2006 is verzekerde behandeld in het ziekenhuis. De kosten daarvan, te weten € 771,82, wil de zorgverzekeraar niet vergoeden, omdat deze zijn gemaakt vóór de ingangsdatum van de verzekering.

3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij e-mail van 25 oktober 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn besluit te handhaven.

3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft hierop bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar .

3.5. Bij brief van 18 december 2007 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de ingangsdatum van de verzekering te verzetten naar maart 2006 en de kosten van de behandeling van verzekerde te vergoeden, ten laste van de zorgverzeke-

2007.02466

ring (hierna: het verzoek).

- 3.6. De commissie heeft verzoeker verzocht om toezending van het polisblad, doch aan dat verzoek is niet voldaan.
- 3.7. 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.
- 3.8. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 22 mei 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 3 juni 2008 aan verzoeker gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 13 augustus 2008 gehoord, waarbij de zorgverzekeraar telefonisch aan de hoorzitting heeft deelgenomen.
- 3.10. In vervolg op de hoorzitting is de zorgverzekeraar op 14 augustus 2008 een kopie van de pagina's 14 tot en met 18 van verzoekers paspoort gezonden, met het verzoek daarop te reageren. Bij brief van 22 augustus 2008 heeft de zorgverzekeraar de commissie meegedeeld zijn standpunt te handhaven. Een afschrift van deze brief is op 17 september 2008 aan verzoeker gezonden. Verzoeker is in de gelegenheid gesteld uiterlijk 1 oktober 2008 te reageren. Van deze mogelijkheid heeft verzoeker geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de zorgverzekeraar de aanmelding voor de zorgverzekering van maart 2006 niet heeft geweigerd. Het kantoor in Eindhoven heeft meegedeeld dat alles goed was. Verzoeker is daarom van mening dat de verzekering per maart 2006 dient in te gaan en dat de zorgverzekeraar de kosten van de in april 2006 aangevragen KNO-behandeling van verzekerde ten bedrage van € 771,82, dient te vergoeden.
- 4.2. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de aanvraag voor de zorgverzekering op 9 maart 2006 is ontvangen, doch dat deze onvolledig was. Op 7 april 2006 is telefonisch gevraagd om toezending van de ontbrekende documenten. Deze informatie is op 5 juli 2006 ontvangen. Uit de gegevens van de Gemeentelijke Basis Administratie blijkt dat de verblijfsvergunning op 4 mei 2006 is afgegeven. Op grond van de Zvw gaat de zorgverzekering op zijn vroegst in op het moment dat een verblijfsvergunning is afgegeven. Aangezien de KNO-behandeling van verzekerde is gestart vóór de ingangsdatum van de zorgverzekering, komen de daaraan verbonden kosten niet voor vergoeding in aanmerking.
- 5.2. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden 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. In geschil is op welke datum de zorgverzekering is ingegaan en - in het verlengde daarvan - of de kosten die in verband met een in april 2006 begonnen KNO-behandeling van verzekerde voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komen. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie het volgende

7.2. Artikel 2 Zvw regelt de verzekeringsplicht. Artikel 2 lid 1 Zvw luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"1. Degene die ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de daarop gebaseerde regelgeving van rechtswege verzekerd is, is verplicht zich krachtens een zorgverzekering te verzekeren of te laten verzekeren tegen het in artikel 10 bedoelde risico. "

Artikel 5 Zvw regelt de ingangsdatum van de zorgverzekering. Lid 2 van laatstgenoemd artikel bepaalt dat indien de zorgverzekeraar op basis van het in het eerste lid bedoelde verzoek niet kan vaststellen of hij verplicht is voor de te verzekeren persoon een zorgverzekering te sluiten, en hij de persoon die de verzekering wenst te sluiten in verband daarmee uitnodigt de voor deze vaststelling noodzakelijke gegevens te verschaffen, de zorgverzekering, in afwijking van het eerste lid, ingaat op de dag waarop laatstbedoelde persoon aan dit verzoek heeft voldaan .

In Hoofdstuk 2 van de AWBZ wordt de "Kring der verzekerden" geregeld. Ten aanzien van vreemdelingen die in Nederland verblijven gelden speciale regels.

7.3 In artikel 2.7 van de zorgverzekering is, voor zover hier van belang, bepaald:

" 2.7. Aanvang en duur zorgverzekering

Lid 1 De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop [zorgverzekeraar] het verzoek van de verzekeringsnemer tot het sluiten van de verzekeringsovereenkomst heeft ontvangen.

*Lid 2 Indien [zorgverzekeraar] op basis van het verzoek conform lid 1 niet kan vaststellen of zij verplicht is voor de te verzekeren persoon een zorgverzekering te sluiten, en [zorgverzekeraar] de persoon die de verzekeringsovereenkomst wenst te sluiten in verband daarmee uitnodigt de voor deze vaststelling noodzakelijke gegevens te verschaffen, gaat de verzekeringsovereenkomst, in afwijking van het vorige lid, in op de dag waarop laatstbedoelde persoon aan dit verzoek heeft voldaan.
(. . .)*

Lid 4 Indien de verzekeringsovereenkomst ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, werkt deze terug tot en met de dag waarop die plicht ontstond. (. . .)"

Voorts bepaalt artikel 2.3 lid 1 van de zorgverzekering:

"De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van het ingevulde aanvraagformulier en de schriftelijke gegevens die daarbij afzonderlijk zijn verstrekt."

Artikel 2.2 van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"2.2. Conformiteit Zorgverzekeringswet

Lid 1 De modelovereenkomst [zorgverzekeraar] Zorg Geregeld polis moet worden uitgelegd en toegepast conform de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de daarbij behorende Regeling zorgverzekering. "

- 7.4. De in de polis opgenomen regeling met betrekking tot de aanvang van de zorgverzekering strookt met het bepaalde in de Zvw.
- 7.5. Door verzoeker is niet bestreden dat verzekerde verzekeringsplichtig is. Verder maakt de commissie uit de overgelegde stukken op dat de zorgverzekeraar op 5 juli 2006 over een complete aanvraag beschikte. Ingevolge artikel 2.7 lid 4 van de zorgverzekering, werkt de verzekeringsovereenkomst terug tot en met de dag waarop de verzekeringsplicht ontstond, indien de verzekeringsovereenkomst ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan.
- 7.6. Volgens de zorgverzekeraar is de verzekeringsplicht ontstaan op 4 mei 2006, zijnde de datum van afgifte van de verblijfsvergunning. Verzoeker heeft daarentegen gesteld dat hij onder de Kennismigrantenregeling naar Nederland is gekomen en dat hij met officiële toestemming van de IND in Nederland verbleef. Deze stelling is echter op geen enkele wijze onderbouwd, zodat de commissie heeft uit te gaan van de enige datum die wel vaststaat, te weten de afgiftedatum van de verblijfsvergunning van 4 mei 2006.
- 7.7. Verzoeker heeft nog gesteld dat met het aannemen van de aanvraag begin maart 2006 de verzekering is geaccepteerd. Deze stelling deelt de commissie - mede gezien het voorgaande - niet. Op het aanvraagformulier staat namelijk duidelijk vermeld dat bij het niet hebben van de Nederlandse nationaliteit een kopie van de voor- en achterzijde van een geldig verblijfsdocument moet worden meegezonden. Van het ontbreken van deze informatie is verzoeker op 7 april 2006 door de zorgverzekeraar telefonisch op de hoogte gesteld. Ook overigens is de commissie niet gebleken dat door de zorgverzekeraar in afwijking van het bepaalde in de Zvw toezeggingen zijn gedaan over een ingangsdatum welke zou zijn gelegen op of rond 9 maart 2006, althans vóór de datum van de start van de KNO-behandeling van verzekerde.
- 7.8. Gezien het voorgaande dient de ingangsdatum van de zorgverzekering gesteld te worden op 4 mei 2006.
- 7.9. Rest de vraag of de nota voor de KNO-behandeling van verzekerde die is begonnen in april 2006 (gedeeltelijk) voor vergoeding in aanmerking komt. Ten aanzien daarvan overweegt de commissie het volgende.
- 7.10. In de zorgverzekering is, onder voorwaarden, een aanspraak opgenomen op medisch-specialistische zorg in een ziekenhuis. De hoogte van de vergoeding is geregeld in artikel 2.5 van de zorgverzekering. Sinds 1 januari 2005 worden behandelingen in ziekenhuizen gedeclareerd via zogenoemde diagnosebehandelcombinaties (DBC's). Een DBC is het totale traject vanaf de diagnose van de specialist tot en met de (eventuele) ziekenhuisbehandeling die hieruit volgt. Diagnose en behandeling leiden samen tot één prijs die het ziekenhuis in rekening brengt. Deze prijs wordt door het CTG/ZAio (thans Nederlandse Zorgautoriteit) vastgesteld op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg (thans Wet marktordening gezondheidszorg).

In de "Beleidsregel declaratiebepalingen DBC-bedragen en overige bedragen medisch specialistische zorg door of vanwege de zorginstelling" van het CTG/ZAio, is geregeld dat declaratie plaatsvindt wanneer een hele DBC is afgesloten. Het DBC-tarief kan worden gedeclareerd aan de patiënt of aan de ziektekostenverzekeraar, en wel bij die waar de patiënt op het moment van opening van de te declareren DBC verzekerd was.

Gelet op vorengenoemde beleidsregel is het bepalende moment voor de declaratie van de DBC het moment van de opening daarvan. In dit geval is de DBC geopend, te weten op 28 april 2006, derhalve vóór de ingangsdatum van de zorgverzekering van verzekerde. Overigens was verzoeker, gelet op het telefoongesprek van 7 april 2006 met de zorgverzekeraar, vóór aanvang van de KNO-behandeling van verzekerde op de hoogte van het feit dat voor de beoordeling van de aanvraag voor de zorgverzekering nog aanvullende informatie nodig was en dat dus (nog) geen dekking bestond. Mitsdien komt de onderhavige nota niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking.

7.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 12 november 2008,

Voorzitter