

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C te D
Zaak : Premie, betalingsachterstand, incassokosten, opzegging
Zaaknummer : 2012.02523
Zittingsdatum : 12 juni 2013

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, 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 [naam zorgverzekeraar] Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Genoemde zorgverzekering 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. Bij brief van 21 maart 2012 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker de betalingsregeling voor de achterstand van € 92,50 bevestigd.
- 3.2. Bij brief van 5 mei 2012 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de premie voor de maand april 2012 niet van zijn bankrekening kon worden afgeschreven, en hem verzocht alsnog over te gaan tot betaling.
- 3.3. Bij brief van 9 mei 2012 is door de zorgverzekeraar aan verzoeker uitstel van betaling verleend tot 31 mei 2012.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 13 juni 2012 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de betalingsachterstand € 84,67 bedraagt.
- 3.5. Bij brief van 21 juni 2012 heeft de zorgverzekeraar verzoeker een betalingsherinnering gezonden voor het bedrag van € 84,67.
- 3.6. Bij brief van 7 juli 2012 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de openstaande vordering is overgedragen aan de incassogemachtigde.
- 3.7. Bij brieven van 13 juli 2012 en 10 augustus 2012 heeft de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de openstaande vordering € 99,67 bedraagt, inclusief administratiekosten.
- 3.8. Bij brief van 21 september 2012 heeft de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de openstaande vordering € 144,20 bedraagt, inclusief rente en incassokosten.

- 3.9. Verzoeker heeft – door tussenkomst van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen – aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormeld standpunt gevraagd. Bij brief van 24 oktober 2012 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.10. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.11. Bij e-mailbericht van 22 januari 2013 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat geen sprake is van een betalingsachterstand, en de zorgverzekeraar dientengevolge ten onrechte een vordering heeft overgedragen aan de incassogemachtigde (hierna: het verzoek).
- 3.12. 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.
- 3.13. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 28 maart 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 april 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.14. Verzoeker heeft op 11 april 2013 gereageerd op het in overweging 3.13 bedoelde standpunt van de zorgverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
- 3.15. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 12 april 2013 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 10 juni 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.16. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 12 juni 2013 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De premie wordt automatisch geïncasseerd door de zorgverzekeraar. Er is sprake geweest van een betalingsachterstand van twee maandpremies. Hiervoor is een betalingsregeling getroffen. De vervallen termijnbedragen in het kader van deze regeling zijn telkens handmatig overgeboekt naar de bankrekening van de zorgverzekeraar. Zodoende kan van een betalingsachterstand thans geen sprake (meer) zijn.
- 4.2. Op 25 mei 2012 is een bedrag van € 162,-- betaald. Dit bedrag bestaat uit de premie voor de maand april 2012 – die niet automatisch kon worden geïncasseerd – en twee termijnbedragen (à € 30,83) in het kader van de overeengekomen betalingsregeling. Voornoemd bedrag is overgemaakt onder vermelding van het polisnummer. Verzoeker gaat ervan uit dat dit nummer uniek is. De opmerking van de zorgverzekeraar dat een incorrect betalingskenmerk is vermeld en de betaling zodoende niet traceerbaar is, is daarom onbegrijpelijk.

- 4.3. Volgens de zorgverzekeraar is de maand januari 2012 onbetaald gebleven. Verzoeker heeft hiervoor nooit brieven en/of aanmaningen gehad. Ook voor de zogenaamde betalingsachterstand van € 246,67 heeft verzoeker nimmer een nota en/of aanmaning gehad.
- 4.4. Verzoeker heeft bij de incassogemachtigde meermalen er op aangedrongen het geschil te laten beslechten door de rechter. Dit is geweigerd. Volgens verzoeker impliceert dit dat de incassogemachtigde weet dat geen sprake is van een reële vordering. De zorgverzekeraar blijft evenwel stug volhouden dat een betalingsachterstand bestaat.
- 4.5. Verzoeker wenst de zorgverzekering bij de zorgverzekeraar met ingang van 1 januari 2013 op te zeggen. De opzegging wordt echter niet gehonoreerd omdat sprake zou zijn van een betalingsachterstand.
- 4.6. Ter zitting is door verzoeker zijn standpunt herhaald. Voorts heeft hij ter aanvulling aangevoerd dat niet drie, maar twee keer een bedrag is gestorneerd. Dit blijkt uit de aanmaningen van de zorgverzekeraar en de berichten van de incassogemachtigde. Verzoeker heeft door de bank een overzicht laten opstellen van alle betalingen aan de zorgverzekeraar in 2012. Hierop zijn eveneens maar twee storneringen vermeld. Verzoeker stelt dat hij bij de betalingen steeds een notanummer en/of polisnummer vermeldt. Het is dan duidelijk waar de betalingen op zien. Tot slot voert verzoeker aan dat hij zich met ingang van 1 januari 2013 elders zou willen verzekeren tegen ziektekosten. Dat zou hem veel geld schelen. Zijn opzegging is echter niet gehonoreerd door de zorgverzekeraar.
- 4.7. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. Met verzoeker is een betalingsregeling getroffen voor de premie voor de maand januari 2012. Er is in dit kader één maandtermijn ten bedrage van € 30,83 betaald op 30 maart 2012. De tweede en derde maandtermijn zijn nimmer door de zorgverzekeraar ontvangen. Zodoende blijft nog een bedrag open staan voor de premie van januari 2012 van € 61,67 (€ 92,50 - € 30,83). Verzoeker heeft € 162,-- betaald op 25 mei 2012. Hierbij was geen betalingskenmerk vermeld. Het bedrag is daarom geboekt op de premie voor de maand februari 2012 en € 69,50 op de premie voor de maand april 2012. Voor de maand april 2012 blijft dan een restantbedrag van € 23,-- (€ 92,50 - € 69,50) open staan. De gehele betalingsachterstand bedraagt derhalve € 84,67 (€ 61,67 + € 23,--). De betalingsregeling is inmiddels beëindigd wegens het niet voldoen aan de voorwaarden. Verzoeker is voor de vordering van € 84,67 aangemaand. Deze vordering is vervolgens terecht overgedragen aan de incassogemachtigde.
- 5.2. Voor de premie met betrekking tot de maanden januari, februari en april 2012 heeft een storno plaatsgevonden. Hierover is verzoeker geïnformeerd. In de betaalbewijzen van verzoeker staan evenwel slechts twee storno's vermeld. Verzoeker dient dit nauwkeurig na te gaan.
- 5.3. Er is herhaaldelijk geprobeerd verzoeker duidelijk te maken dat de door hem betaalde bedragen niet toereikend zijn om de achterstand te voldoen. Verzoeker is verplicht

het nog openstaande bedrag te betalen. Indien verzoeker er tevens voor zorgt dat in de komende maanden geen nieuwe achterstand ter zake van de premiebetaling ontstaat, staat het hem vrij om aan het einde van het jaar te wisselen van verzekeraar.

5.4. Ter zitting is door de zorgverzekeraar zijn standpunt herhaald. Voorts is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat naar aanleiding van de betaalbewijzen van verzoeker contact is opgenomen met de afdeling Administratie. Hierbij is gebleken dat op 2 januari 2012 een betaling is ontvangen. Deze premie voor de maand januari is gestorneerd op 21 februari 2012. Er is derhalve wel degelijk sprake van drie storneringen.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 15.5 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil zijn het bestaan van een betalingsachterstand en de overdracht van de betreffende vordering aan de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar, alsmede de weigering de zorgverzekering van verzoeker met ingang van 1 januari 2013 te beëindigen.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van het geschil tussen partijen zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. Ingevolge artikel 5 van de zorgverzekering is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.

8.3. Artikel 6 van de zorgverzekering regelt de gevolgen van (te) late premiebetaling. Hierin is bepaald dat incassokosten en wettelijke rente in rekening kunnen worden gebracht.

8.4. In artikel 3.9 van de zorgverzekering is bepaald dat de zorgverzekering per jaar kan worden opgezegd. De opzegging dient uiterlijk 31 december te zijn ontvangen door de zorgverzekeraar. Artikel 3.10 van de zorgverzekering bepaalt dat de zorgverzekering niet kan worden opgezegd indien de premie niet is betaald en de verzekerde daarvoor is aangemaand. In artikel 3.11 van de zorgverzekering is vastgelegd dat de opzegging door middel van een door de verzekerde ondertekende brief dient te geschieden.

8.5. De toerekening van betalingen is geregeld in artikel 6:43 BW. Dit artikel luidt:

“Artikel 6:43

1. Verricht de schuldenaar een betaling die zou kunnen worden toegerekend op twee of meer verbintenissen jegens een zelfde schuldeiser, dan geschiedt de toerekening op de verbintenis welke de schuldenaar bij de betaling aanwijst.
2. Bij gebreke van zodanige aanwijzing geschiedt de toerekening in de eerste plaats op de opeisbare verbintenissen. Zijn er ook dan nog meer verbintenissen waarop de toerekening zou kunnen plaatsvinden, dan geschiedt deze in de eerste plaats op de meest bezwarende en zijn de verbintenissen even bezwarend, op de oudste. Zijn de verbintenissen bovendien even oud, dan geschiedt de toerekening naar evenredigheid.”

9. Beoordeling van het geschil

Financiële stand van zaken

- 9.1. Onomstreden is dat verzoeker met betrekking tot 2012 negen keer de overeengekomen maandpremie van € 92,50 heeft voldaan. Voorts is door hem een bedrag van € 162,-- betaald, welk bedrag niet was voorzien van een betalingskenmerk en daarom door de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 6:43 BW, is toegerekend aan de oudste openstaande posten, te weten de premie voor februari 2012 en – deels – voor april 2012. Verder betaalde verzoeker in het kader van de betalingsregeling € 30,83. Dit bedrag is volgens opgave van de zorgverzekeraar geboekt op de premie van januari 2012. Per saldo stond over januari 2012 nog € 61,67 open en over april 2012 nog € 23,00, in totaal derhalve € 84,67. Een bedrag van € 15,41 betreffende het eigen risico vormt geen onderwerp van geschil. Hetgeen partijen verdeeld houdt is een betaling van € 92,50 die op 2 januari 2012 door verzoeker werd verricht en op 21 februari 2012 zou zijn gestorneerd. Met betrekking hiertoe overweegt de commissie dat door verzoeker een overzicht is overgelegd waaruit deze storno niet blijkt. De commissie hecht er aan dat dit overzicht is opgesteld door de bank van verzoeker, een onafhankelijke derde in deze procedure. Voorts heeft de zorgverzekeraar geen goede verklaring kunnen geven voor de woorden “dubbel betaald”, die bij de storno zijn vermeld. Als er al een bedrag is gestorneerd, heeft het er de schijn van dat dit bedrag tweemaal werd betaald, zodat na stornering nog steeds sprake is van één betaling van € 92,50. De stelling van de zorgverzekeraar dat genoemd bedrag niet is voldaan, treft derhalve geen doel. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat verzoeker voldoende aannemelijk heeft gemaakt dat op 2 januari 2012 een bedrag van € 92,50 werd betaald. Aangezien hiervoor werd geconcludeerd dat per saldo een achterstand bestond van € 84,67, resteert na verrekening een door verzoeker te veel betaald bedrag van € 7,83 (€ 92,50 - € 84,67).

Overdracht aan incassogemachtigde

- 9.2. Uit de door de zorgverzekeraar overgelegde stukken blijkt dat verzoeker de premie niet steeds tijdig heeft betaald. Het stond de zorgverzekeraar daarom ingevolge artikel 6 van de zorgverzekering vrij de ontstane vordering over te dragen aan zijn incassogemachtigde, en incassokosten en wettelijke rente bij verzoeker in rekening te brengen.

Opzegging

- 9.3. Verzoeker wenst de zorgverzekering bij de zorgverzekeraar op te zeggen met ingang van 1 januari 2013. De zorgverzekeraar heeft dit geweigerd vanwege de bestaande premieachterstand. Hiervan was echter geen sprake (zie 9.1).
Het is de commissie echter gebleken dat verzoeker de zorgverzekering niet door middel van een ondertekende brief heeft opgezegd, zodat niet is voldaan aan de voorwaarde van artikel 3.11 van de zorgverzekering. De zorgverzekeraar heeft de opzegging zodoende terecht geweigerd.

Conclusie

- 9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen wat betreft de betalingsachterstand, in die zin dat verzoeker over de periode van 1 januari 2012 tot en met 31 december een bedrag van € 7,83 te veel heeft betaald, en voor het overige dient te worden afgewezen.
- 9.5. Aangezien het verzoek deels dient te worden toegewezen, ligt het – mede indachtig artikel 17 van het reglement van de commissie – in de rede dat de zorgverzekeraar het entreegeld aan verzoeker vergoedt.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe op de wijze als onder 9.4 omschreven.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 26 juni 2013,

Voorzitter