

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C en D beide te E
Zaak : Premie, premieachterstand: zesmaandsmelding, aanmelding
CVZ, aanbod Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekerings-
wet
Zaaknummer : 2012.00900
Zittingsdatum : 7 november 2012

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2006-2011, artt. 2, 16 en paragraaf 3.3 Zvw, artikel IX Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering, artikel 2.5.1 I&A-wet)

1. Partijen

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

tegen

1) C, en D beiden te E

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Verzoeker was tot en met 12 juni 2012 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Basis zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren tot en met 31 mei 2007 ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen [naam ziektekostenverzekeraar] Extra en Tand afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle hiervoor genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Bij brief van 23 maart 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van hemzelf van zes of meer maanden en dat hij zal worden aangemeld bij het College voor zorgverzekeringen (CVZ).

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormeld standpunt gevraagd. Bij brief van 5 april 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

3.4. Bij brief van 3 juli 2012 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat hij nooit een zorgverzekering en een aanvullende ziektekostenverzekering bij de ziektekostenverzekeraar heeft afgesloten, alsmede dat de ziektekostenverzekeraar hem ten onrechte heeft aangemeld bij het CVZ (hierna: het verzoek).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 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.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brieven van 24 augustus en 17 september 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Afschriften hiervan zijn op 9 oktober 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Verzoeker is in de gelegenheid gesteld te reageren op het in overweging 3.6 bedoelde standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Van de geboden mogelijkheid heeft verzoeker geen gebruik gemaakt.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 11 oktober 2012 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 19 oktober 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Verzoeker is op 7 november 2012 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen.
- 3.10. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld na te gaan of verzoeker vanaf 2006 tevens verzekerd was bij een andere zorgverzekeraar. Bij brief van 21 november 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie medegedeeld dat dit uit Vecozo niet is gebleken. Een afschrift van bedoelde brief is op 22 november 2012 aan verzoeker gezonden en deze is daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit stuk te reageren. Bij brief van 24 november 2012 heeft verzoeker van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een afschrift van deze reactie is op 30 november 2012 ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar stelt zich ten onrechte op het standpunt dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van hemzelf van zes of meer maanden. Verzoeker heeft nooit een zorgverzekering of een aanvullende ziektekostenverzekering bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten. Ondanks meerdere verzoeken daartoe, kan de ziektekostenverzekeraar geen bewijs overleggen dat verzoeker zich bij hem heeft aangemeld. Verzoeker vermoedt dan ook dat hij het slachtoffer is geworden van internet- of persoonsfraude.
- 4.2. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat hij in 2005 een ziekenfondsverzekering had bij een andere verzekeraar dan de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar. Deze verzekering heeft verzoeker eind 2005 opgezegd om zich vervolgens met ingang van 1 januari 2006 bij een andere zorgverzekeraar te verzekeren. Om hem moverende redenen heeft deze zorgverzekeraar verzoekers zorgverzekering in 2008 met terugwerkende kracht tot 1 januari 2006 beëindigd. Een en ander is verzoeker bij brief van 22 februari 2008 medegedeeld.
- 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. Eind 2005 is aan verzoeker, als bestaande verzekeringsrelatie, door de ziektekostenverzekeraar of diens rechtsvoorganger een aanbod voor een zorgverzekering gedaan. Verzoeker heeft dit aanbod niet tijdig verworpen zodat de ziekenfondsverzekering van verzoeker op 1 januari 2006 is geëindigd en aansluitend bij de ziektekostenverzekeraar een zorgverzekering tot stand is gekomen. Deze verzekering is niet schriftelijk vóór 1 maart 2006 ontbonden. Nadien heeft verzoeker aan de ziektekostenverzekeraar geen premie voldaan. Wel zijn in 2006 en 2007 enkele premievoorwaarden verrekend met de no-claimteruggaaf. In de afgelopen jaren zijn diverse pogingen ondernomen de betalingsachterstand bij verzoeker te incasseren, maar die hebben tot niets geleid. Dit komt doordat verzoeker volgens de Gemeentelijke Basisadministratie (hierna: GBA) over meerdere periodes als geëmigreerd stond geregistreerd. Uit de in deze periodes uitgevoerde debiteurencontroles is echter gebleken dat verzoeker steeds in Nederland woonachtig was.
- 5.2. Bij een onlangs uitgevoerde controle van de GBA is gebleken dat verzoeker – opnieuw – als geëmigreerd stond geregistreerd. Op basis van deze informatie heeft de ziektekostenverzekeraar besloten de zorgverzekering van verzoeker met ingang van 13 juni 2012 te beëindigen.
- 5.3. Volgens de ziektekostenverzekeraar is – naar de stand van 7 augustus 2012 – met betrekking tot de periode van 1 januari 2006 tot en met 12 juni 2012 sprake van een betalingsachterstand van € 6.546,37, exclusief incassokosten en rente. Aangezien op 1 april 2012 een premieachterstand van meer dan zes maanden bestond, heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker met ingang van die datum aangemeld bij het CVZ. Gelet op het feit dat de zorgverzekering van verzoeker met ingang van 13 juni 2012 is beëindigd, heeft de ziektekostenverzekeraar hem tevens met ingang van die datum afgemeld bij het CVZ.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat verzoeker in 2005 bij zijn rechtsvoorganger verzekerd was tegen ziektekosten. Het enige bewijs dat de ziektekostenverzekeraar hiervoor heeft is een schermprint, maar deze is naar zijn zeggen voor buitenstaanders niet te begrijpen.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het onderhavige verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A17 van de zorgverzekering 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, bindend advies uit te brengen.
- 6.2. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekeringen van vóór 1 januari 2008, en voor zover de vordering reeds onder de rechter is geweest.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of ten behoeve van verzoeker op 1 januari 2006 bij de ziektekostenverzekeraar een zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering tot stand is gekomen, en zo ja of de aanmelding van verzoeker bij het CVZ terecht is geweest.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van het geschil tussen partijen zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. Artikel 2.5.1 Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet regelt de verplichting voor de ziektekostenverzekeraar tot het doen van een aanbod tot het sluiten van een zorgverzekering, en luidt, voor zover hier van belang:

*“In afwijking van artikel 217 van Boek 6 van het Burgerlijk Wetboek en van artikel 41, eerste lid, van de Wet financiële dienstverlening, is een verzekeringsplichtige die voor 16 december 2005 van zijn ziekenfonds of zijn ziektekostenverzekeraar een aanbod heeft ontvangen tot het sluiten van een zorgverzekering met een in dat aanbod aangewezen zorgverzekeraar, met ingang van 1 januari 2006 volgens de in dat aanbod aangeduide variant van de zorgverzekering bij die zorgverzekeraar verzekerd, tenzij hij degene die het aanbod deed voor die datum heeft laten weten het aanbod te verwerpen.
(...)”*

- 8.3. Artikel A11 van de zorgverzekering regelt de verplichtingen van de verzekeringnemer en verzekerde, en luidt, voor zover hier van belang:

“A11 Waarover informeert u [naam ziektekostenverzekeraar]?”

*-- U informeert [naam ziektekostenverzekeraar] schriftelijk en binnen 30 dagen over verhuizing, overlijden, wijziging van (post) bankrekeningnummer, in diensttreding als militair in actieve dienst, begin en einde van detentie, het niet langer voldoen aan de voorwaarden om deel te nemen aan een collectiviteit, het vervallen van de verzekeringsplicht voor de Basisverzekering en wie uw nieuwe zorgverzekeraar is als u de verzekering bij [naam ziektekostenverzekeraar] heeft opgezegd.
(...)”*

- 8.4. De beëindiging van de zorgverzekering is geregeld in artikel A9 van de zorgverzekering (2012) en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“A9 Wanneer eindigt de Basisverzekering van rechtswege?”

*Uw Basisverzekering eindigt van rechtswege op de dag nadat:
-- uw verzekeringsplicht eindigt,
(...)”*

- 8.5. Ingevolge artikel 5 (2006-2007) respectievelijk A12 (2008-2012) van de zorgverzekering is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.

- 8.6. Artikel 16 Zvw regelt in welke gevallen voor de zorgverzekering (geen) premie verschuldigd is, en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“Artikel 16

- 1. Krachtens de zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd.
2. In afwijking van artikel 925 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek en van het eerste lid:*

- a. is geen premie verschuldigd tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin een verzekerde de leeftijd van achttien jaren heeft bereikt;*
- b. is geen premie verschuldigd over de periode, bedoeld in artikel 18d, eerste lid."*

- 8.7. Op 1 september 2009 is de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering (hierna: Wsmwz) in werking getreden. Vanaf dat moment is onder meer aan de Zvw een nieuwe afdeling toegevoegd die de gevolgen regelt van het niet (tijdig) betalen van de premie voor de zorgverzekering. De wet voorziet in een aantal beoordelingsmomenten waarop de zorgverzekeraar een aanbod, respectievelijk een mededeling moet doen aan de polishouder en/of de verzekerde. Is sprake van een premieschuld ter hoogte van zes of meer maandpremies, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, dan vindt in beginsel melding daarvan plaats aan het College voor zorgverzekeringen. De consequentie hiervan is dat een – hogere – bestuursrechtelijke premie van toepassing wordt, alsmede een ander incassoregime, waarbij onder andere bronheffing en incasso door het Centraal Justitieel Incasso Bureau mogelijk zijn.
- 8.8. Voor op 1 september 2009 reeds bestaande gevallen van premieachterstand is een overgangsregeling getroffen, die voorziet in een verkort traject. Hierbij is tevens voorzien in een regeling die bepaalt dat bepaalde handelingen die door de zorgverzekeraar vooruitlopend op de inwerkingtreding van de wet zijn verricht – voor zover deze handelingen voldoen aan het geregelde in de wet, al was deze reeds in werking getreden – worden aangemerkt als handelingen in het kader van de wet.
- 8.9. Voor zover hier van belang, bepalen artikel 18c Zvw en artikel IX Wsmwz het volgende:

"Artikel 18c

1. *Indien ten aanzien van een zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een premieschuld ter hoogte van zes of meer maandpremies is ontstaan, meldt de zorgverzekeraar dit, onder vermelding van de voor de heffing van de bestuursrechtelijke premie alsmede voor de uitvoering van artikel 34a noodzakelijke persoonsgegevens van de verzekeringnemer en de verzekerde, aan het College zorgverzekeringen, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, aan de verzekerde.*
 2. *De melding geschiedt niet:*
 - a. in geval van tijdige betwisting als bedoeld in artikel 18b, eerste lid, zolang de zorgverzekeraar zijn standpunt dienaangaande niet aan de verzekeringnemer en, indien dit een ander dan de verzekeringnemer is, aan de verzekerde heeft kenbaar gemaakt;*
 - b. gedurende de termijn, genoemd in artikel 18b, tweede lid;*
 - c. ingeval van tijdige voorlegging van het geschil aan een onafhankelijke instantie of aan de burgerlijke rechter als bedoeld in artikel 18b, tweede lid, zolang op het geschil niet onherroepelijk is beslist;*
- (...)"*

"Artikel IX

(...)

4. *Indien op de datum van inwerkingtreding van deze wet ten aanzien van een zorgverzekering volgens de administratie van de zorgverzekeraar reeds een premieschuld van vier of meer maanden bestaat, doet een zorgverzekeraar, in afwijking van artikel 18b, de daar bedoelde mededeling:*
 - a. zodra de termijn voor aanvaarding van het aanbod, bedoeld in het eerste lid, is verlopen zonder dat het aanbod is aanvaard, of*
 - b. het aanbod is aanvaard en desondanks toch nieuw vervallende termijnen van de premie niet voldaan worden.*
5. *Een voor de datum van inwerkingtreding van deze wet gedaan aanbod tot het treffen van*

een betalingsregeling, dat aan de eisen van artikel 18a van de Zorgverzekeringswet juncto het tweede lid van dit artikel zou hebben voldaan indien die bepalingen op de datum waarop het aanbod is gedaan reeds in werking zouden zijn getreden, en een voor de datum van inwerkingtreding van deze wet gedane mededeling die aan de eisen van artikel 18b van de Zorgverzekeringswet juncto het vierde lid van dit artikel zou hebben voldaan indien deze bepalingen op het moment van verzending van de mededeling in werking zouden zijn getreden en waartegen de verzekeringnemer of, indien dit een ander dan de verzekeringnemer is, de verzekerde, bij de verzekeraar en vervolgens bij een onafhankelijke instantie als bedoeld in artikel 114 van de Zorgverzekeringswet of de burgerlijke rechter heeft kunnen opkomen als ware artikel 18b van de Zorgverzekeringswet reeds in werking getreden, gelden voor de toepassing van artikel 18c van die wet en het gestelde bij en krachtens artikel 34a van die wet als aanbod en mededeling als bedoeld in artikel 18a respectievelijk 18b van die wet. (...).”

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Op 1 januari 2006 is een nieuw ziektekostenstelsel ingevoerd waardoor onder andere iedere Nederlands ingezetene in beginsel verplicht is tot het sluiten van een zorgverzekering. Ingevolge artikel 2.5.1 Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet (hierna: I&A-wet) hebben alle op dat moment verzekerde personen een aanbod tot het sluiten van een zorgverzekering gekregen van hun verzekeraar. Voor bestaande verzekeringsrelaties ging het hierbij tevens om de aanvullende ziektekostenverzekering. Volgens de ziektekostenverzekeraar is verzoeker eind 2005 een zodanig aanbod gedaan door zijn rechtsvoorganger. Door verzoeker is gesteld dat dit aanbod hem nooit heeft bereikt.
- 9.2. Artikel 2.5.1 van de I&A-wet bepaalt dat tussen de zorgverzekeraar en de verzekerde geacht wordt een verzekering te zijn overeengekomen indien de verzekerde niet op een aanbod van de zorgverzekeraar heeft gereageerd. Bij betwisting door de verzekerde van de ontvangst van een zodanig aanbod, dienen strenge eisen te worden gesteld aan de ziektekostenverzekeraar aangaande de bewijsvoering betreffende de verzending van vorenbedoeld aanbod, zoals bijvoorbeeld het overleggen van een bewijs van verzending. Na daartoe door de commissie uitdrukkelijk in de gelegenheid te zijn gesteld, heeft de ziektekostenverzekeraar niet aannemelijk gemaakt dat aan verzoeker een aanbod is verzonden, dan wel dat tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar langs een andere weg met ingang van 1 januari 2006 een verzekering tegen ziektekosten tot stand is gekomen.
- 9.3. Bovendien heeft verzoeker een brief – gedateerd 22 februari 2008 – overgelegd waaruit blijkt dat hij zich met ingang van 1 januari 2006 heeft aangemeld bij een andere zorgverzekeraar. Kennelijk is toen een verzekeringsovereenkomst tot stand gekomen, welke overeenkomst nadien nog geruime tijd is voortgezet.
- 9.4. Gelet op het voorgaande komt de commissie tot de conclusie dat het bestaan van wilsovereenstemming tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar, die noodzakelijk is voor de totstandkoming van een overeenkomst, onder de gegeven omstandigheden niet kan worden aangenomen.
- 9.5. Een en ander heeft tot gevolg dat verzoeker vanaf 1 januari 2006 niet bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd is geweest en dat partijen hetgeen over en weer is gepresteerd in het kader van de verzekering tegen ziektekosten ongedaan dienen te maken. Voor zover verzoeker premie heeft voldaan - hiervan is overigens tot op heden niet gebleken -, heeft hij aanspraak op restitutie daarvan. Onduidelijk is of kosten

zijn vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Mocht dit het geval zijn, dan heeft de ziektekostenverzekeraar recht op teruggave daarvan. De ziektekostenverzekeraar mag overgaan tot verrekening van een en ander.

Aanmelding CVZ

- 9.6. Gelet op het vorenoverwogene kan geen achterstand van ten minste zes maandpremies voor de zorgverzekering zijn opgebouwd en is verzoeker ten onrechte aangemeld bij het CVZ. Omdat de melding van verzoeker bij het CVZ onterecht heeft plaatsgevonden, is de ziektekostenverzekeraar gehouden de hiermee voor verzoeker gepaard gaande financiële gevolgen ongedaan te maken.
- Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker dient te vergoeden al hetgeen door of namens het CVZ in het kader van de bestuursrechtelijke premieheffing als bedoeld in artikel 18d Zvw is geheven en (wordt) geïnd, een en ander van het moment van aanmelding tot de eerste van de maand volgende op de maand waarin dit bindend advies is uitgebracht, en uitsluitend voor zover door het CVZ (in het kader van de eindafrekening) nog geen restitutie van de geïnde bestuursrechtelijke premie heeft plaatsgevonden of zal plaatsvinden.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, met de voor verzoeker eventuele negatieve consequenties zoals hiervoor geschetst in 9.5.
- 9.8. Aangezien het verzoek dient te worden toegewezen, ligt het – mede indachtig artikel 17 van het reglement van de commissie – in de rede dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker vergoedt.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 19 december 2012,

Voorzitter