



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen Agis Zorgverzekeringen N.V. te Amersfoort
Zaak : Premie, zorgkosten, betalingsachterstand, incassokosten, schadevergoeding
Zaaknummer : 201401221
Zittingsdatum : 11 februari 2015



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)



(Voorwaarden zorgverzekering 2013, art. 5, paragraaf 3.3 Zvw)

1. Partijen



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



Agis Zorgverzekeringen N.V. te Amersfoort, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie



2.1. Verzoeker was in 2013 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de TCN Internetbasispolis met een vrijwillig eigen risico van € 500,-- (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 15 februari 2013 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker een betalingsherinnering gezonden voor de premie van januari en februari 2013, ten bedrage van € 217,50.



3.2. Bij brief van 20 maart 2013 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van ten minste twee maanden.



3.3. Bij brief van 31 december 2013 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat bedragen voor de zorgverzekering zijn verrekend, en dat hij nog € 48,97 is verschuldigd.



3.4. Bij brief van 19 maart 2014 heeft de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar verzoeker geïnformeerd over de openstaande vordering van € 285,08.



3.5. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormeld standpunt gevraagd. Bij brieven van 15 april 2014 en 15 mei 2014 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.



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



3.7. Bij brief van 9 september 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat geen sprake is van een betalingsachterstand, en dat de zorgverzekeraar is gehouden aan hem een financiële compensatie toe te kennen (hierna: het verzoek).



3.8. 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.

3.9. Bij faxberichten van 16 oktober 2014, 17 november 2014, 26 november 2014 en 5 december 2014 heeft verzoeker de commissie aanvullende informatie gezonden. Afschriften hiervan zijn aan de wederpartij gestuurd.

3.10. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 5 december 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 december 2014 aan verzoeker gezonden.

3.11. Verzoeker heeft op 30 december 2014 gereageerd op het onder 3.10 bedoelde standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is aan de wederpartij gezonden.

3.12. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de zorgverzekeraar hebben op 30 december 2014 respectievelijk 14 januari 2015 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. In november 2012 ontving verzoeker van de zorgverzekeraar de polis voor 2013. Bij brief van 19 december 2012 heeft verzoeker deze polis geannuleerd, omdat het gelet op zijn financiële situatie onmogelijk was de voorgestelde premie te voldoen. Hierop werd door hem geen reactie ontvangen. Bij brief van 6 januari 2013 heeft verzoeker de annulering van de voorgestelde polis voor 2013 opnieuw bij de zorgverzekeraar onder de aandacht gebracht. Op 28 januari 2013 heeft telefonisch contact met de zorgverzekeraar plaatsgevonden en op 31 januari 2013 een e-mailconversatie. Bij die gelegenheden is de polis voor 2013 aan de orde geweest. Verzoeker heeft in zijn e-mailbericht aan de zorgverzekeraar van 6 februari 2013 de voor hem acceptabele voorwaarden voor de polis voor 2013 opgesomd. Wederom werd door hem geen reactie ontvangen. Bij brief van 19 maart 2013 heeft verzoeker dan ook verklaard dat geen zorgverzekeringsovereenkomst tot stand is gekomen en heeft hij de zorgverzekeraar in de gelegenheid gesteld de polis voor 2013, onder de genoemde voorwaarden, te bevestigen. Uiteindelijk is in april 2013 overeenstemming met de zorgverzekeraar bereikt. Vanaf april 2013 is maandelijks de premie (€ 78,84) door middel van bankoverschrijving betaald. De zorgverzekeraar heeft echter vanaf januari 2013 premie geïncasseerd. Verzoeker heeft nimmer zijn akkoord gegeven voor automatische incasso. Met betrekking tot de polis voor 2012 was overeengekomen dat de zorgverzekeraar aan verzoeker digitale nota's zou sturen. De zorgverzekeraar heeft het versturen hiervan echter gestaakt.

In juli en augustus 2013 ontving verzoeker betalingsherinneringen van de zorgverzekeraar. Hierin wordt de premie voor januari, februari en maart 2013 opgevoerd. Dit is onjuist, aangezien voor die maanden geen overeenkomst bestond en dus geen premie verschuldigd is. Verzoeker voert in dit verband aan dat de Nederlandse wet het toestaat dat voor een periode van maximaal drie maanden geen verzekering tegen ziektekosten is afgesloten. Pas na drie maanden wordt namelijk een boete opgelegd.

Tevens vorderde de zorgverzekeraar € 256,60, € 136,61 en € 57,40 aan zorgkosten. Deze bedragen zijn door verzoeker voldaan.

De zorgverzekering is met ingang van 1 januari 2014 beëindigd. De premie voor januari 2014 werd toch door de zorgverzekeraar geïncasseerd, maar nadien werd verklaard dat dit berustte op een fout.

Uit al het voorgaande blijkt dat de administratie van de zorgverzekeraar niet op orde is.

4.2. Verzoeker stelt dat geen sprake kan zijn van een betalingsachterstand. Alle verschuldigde bedragen zijn voldaan. Verzoeker heeft voor totaal € 1.160,07 aan betalingen uitgevoerd, en hiervan zijn betaalbewijzen overgelegd. De zorgverzekeraar heeft nimmer gereageerd op brieven en e-mailberichten van verzoeker. In plaats daarvan werden talloze betalingsherinneringen verstuurd en werd de incassogemachtigde ingeschakeld. Het financiële overzicht van de zorgverzekeraar is verwarrend en misleidend. De hierop vermelde betalingen van verzoeker

kloppen niet. Daarnaast betreft het geschil uitsluitend het jaar 2013, zodat financiële gegevens uit 2012 niet relevant zijn.

4.3. Lopende de procedure bij de commissie heeft de (incassogemachtigde van de) zorgverzekeraar verzoeker gedagvaard voor een betalingsachterstand. Deze zou zien op zorgkosten (€ 136,61 en € 57,40) en de premie van december 2013 en januari 2014. Verzoeker heeft zich hierover beklagd, en ondanks de toezegging van de zorgverzekeraar van 21 oktober 2014, werd de gerechtelijke procedure doorgezet. Nog daargelaten dat de dagvaarding inhoudelijk onjuist is, is de gerechtelijke procedure een verspilling van tijd en geld van verzoeker. Hij wordt immers geacht tijdig en correct te reageren en daardoor komt hij aan zijn dagelijkse werkzaamheden niet toe. Een extra moeilijkheid is dat verzoeker de Nederlandse taal niet machtig is. Een financiële compensatie voor de gemaakte kosten en geleverde inspanningen is aangewezen.

4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. Verzoeker is vanaf 2006 bij de zorgverzekeraar verzekerd. In januari 2013 heeft e-mailcontact met verzoeker plaatsgevonden omdat hij de premie voor de zorgverzekering erg hoog vond. Naar aanleiding van dit contact heeft verzoeker gekozen voor een andere zorgverzekering met een vrijwillig eigen risico van € 500,- per kalenderjaar. Voor deze verzekering was een lagere premie verschuldigd van € 78,84 per maand. Op 7 februari 2013 is een aangepaste polis aan verzoeker gestuurd.

5.2. Verzoeker neemt het standpunt in dat hij van januari 2013 tot en met maart 2013 geen premie is verschuldigd. Dit is niet juist. Verzoeker is wel degelijk premie over deze periode verschuldigd. Omdat verzoeker de premie van januari 2013 en februari 2013 niet had betaald, is op 15 februari 2013 een betalingsherinnering aan hem gestuurd. Helaas was de premie die vanaf 1 januari 2013 verschuldigd was nog niet aangepast van € 108,75 naar € 78,84. In de herinnering werd daarom per abuis verzocht de premie van € 217,50 (2 x € 108,75) te betalen.

5.3. Doordat verzoeker de automatische incasso's van de premie en zorgkosten steeds storneerde en zelf betalingen overmaakte zonder vermelding van een juist kenmerk, zijn betalingen mogelijk anders geboekt dan bedoeld. Dit kan de zorgverzekeraar niet worden verweten. Op 10 augustus 2013 is opdracht gegeven € 256,60 van de bankrekening van verzoeker te incasseren. De bank heeft doorgegeven dat dit niet is gelukt. Dit betekent dat het bedrag weer op de bankrekening van verzoeker is bijgeschreven. Dit zou zichtbaar moeten zijn op een rekeningafschrift. De betalingen van verzoeker van 31 december 2013 (€ 136,61) en 7 april 2014 (€ 57,40) zijn ontvangen en verwerkt. De zorgverzekering is met ingang van 1 januari 2014 beëindigd. Door een verwarrende correctie leek het erop dat de premie voor januari 2014 bij verzoeker in rekening werd gebracht. Deze correctie is aangepast. Verzoeker is geen premie verschuldigd voor januari 2014. De zorgverzekeraar biedt zijn excuses aan voor het ongemak.

5.4. Het totaalbedrag dat verzoeker zegt te hebben betaald komt overeen met het bedrag aan betalingen zoals vermeld in het financiële overzicht, namelijk € 1.160,07. Hieruit blijkt dat de zorgverzekeraar alle betalingen van verzoeker heeft ontvangen en heeft verwerkt op zijn polis. Naar de stand van 5 december 2014 is sprake van een betalingsachterstand van € 326,52. Verzoeker was totaal € 1.501,59 aan premie, zorgkosten en incassokosten verschuldigd over het jaar 2013. Als gezegd heeft hij totaal € 1.160,07 betaald, en een bedrag van € 15,- is verrekend. De betalingsachterstand ziet op zorgkosten (€ 57,40, € 136,61 en € 33,67), incassokosten (€ 10,-), een gedeelte van de premie voor november 2013 (€ 10,-) en de premie voor december 2013 (€ 78,84). De vordering is uit handen gegeven aan de incassogemachtigde en de communicatie verloopt ook via deze. Zolang verzoeker de vordering niet voldoet, zal hij correspondentie krijgen van de

incassogemachtigde. Dit is de normale gang van zaken. De zorgverzekeraar wijst elke vorm van compensatie af.

5.5. Nadat verzoeker de procedure bij de commissie was gestart, is verzocht de gerechtelijke procedure op te schorten. Helaas is dit door een miscommunicatie niet gebeurd. De zorgverzekeraar heeft de gerechtelijke procedure alsnog laten opschorten tot na het bindend advies in onderhavig geschil.

5.6. 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 18 van de 'Algemene Voorwaarden' 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 de door de zorgverzekeraar gestelde betalingsachterstand en het verzoek om financiële compensatie.

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 14 van de 'Algemene Voorwaarden' van de zorgverzekering is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd. Voorts is in dit artikel bepaald dat indien de verschuldigde premie en andere bedragen niet (tijdig) zijn voldaan, incassokosten en wettelijke rente bij de verzekeringnemer in rekening kunnen worden gebracht.

8.3. Artikel 5 Zvw luidt, voor zover hier van belang:

"1. De zorgverzekering gaat in op de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek, bedoeld in artikel 3, eerste lid, en, indien het tweede of vijfde lid van dat artikel van toepassing is, de aanduiding van de variant waar de verzekeringnemer voor kiest, heeft ontvangen.

(...)

4. Indien degene ten behoeve van wie de zorgverzekering wordt gesloten op de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek, bedoeld in het eerste lid, ontvangt reeds op grond van een zorgverzekering verzekerd is, en de verzekeringnemer aangeeft de zorgverzekering te willen laten ingaan op een door hem aangegeven, latere dag dan de dag, bedoeld in het eerste of tweede lid, gaat de verzekering op die latere dag in.

5. De zorgverzekering werkt, zonodig in afwijking van artikel 925, eerste lid, van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, terug:

a. indien zij ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, tot en met de dag waarop die plicht ontstond;

b. indien zij ingaat binnen een maand nadat een eerdere zorgverzekering met ingang van 1 januari van een kalenderjaar of wegens wijziging van de voorwaarden met toepassing van artikel 940, vierde lid, van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek is geëindigd door opzegging, tot en met de dag na die waarop de eerdere zorgverzekering is geëindigd."

8.4. Op 1 september 2009 is de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering (hierna: de 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

ziekttekostenverzekeraar een aanbod, respectievelijk een mededeling moet doen aan de polishouder en/of de verzekerde. Is sprake van een premieschuld voor de zorgverzekering ter hoogte van zes of meer maandpremies, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, dan vindt in beginsel melding daarvan plaats aan het Zorginstituut Nederland. De consequentie hiervan is dat voor de nieuw opkomende maanden een – hogere – bestuursrechtelijke premie van toepassing wordt (in plaats van de premiebetaling aan de ziektekostenverzekeraar), alsmede een ander incassoregime, waarbij onder andere bronheffing en incasso door het CJIB mogelijk zijn. Aan het regime bij het Zorginstituut Nederland komt doorgaans weer een einde zodra de schuld uit de zorgverzekering is ingelost of een schuldregeling wordt getroffen.

8.5. Voor zover hier van belang, bepaalt artikel 18a Zvw het volgende:

“Artikel 18a

1. Uiterlijk tien werkdagen nadat ten aanzien van een zorgverzekering een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van twee maandpremies is geconstateerd, doet de zorgverzekeraar de verzekeringnemer een aanbod tot het treffen van een betalingsregeling.

2. De betalingsregeling bestaat ten minste uit de volgende elementen:

a. een machtiging van de verzekeringnemer aan de zorgverzekeraar tot maandelijke automatische incasso van nieuw vervallende termijnen van de premie dan wel een opdracht aan een derde van wie de verzekeringnemer periodieke betalingen ontvangt, om namens hem en onder inhouding van de desbetreffende bedragen op deze betalingen, periodiek rechtstreeks aan de zorgverzekeraar het bedrag van nieuw vervallende termijnen van de premie te betalen,

b. afspraken inzake de afwikkeling van de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden van de verzekeringnemer aan de zorgverzekeraar, inclusief rente en incassokosten, en de termijnen waarbinnen betaling zal plaatsvinden, en

c. een toezegging van de zorgverzekeraar, inhoudende dat hij de zorgverzekering of de dekking daarvan gedurende de looptijd van de betalingsregeling niet om reden van het bestaan van de schulden, bedoeld in onderdeel b, zal beëindigen, schorsen of opschorten, zolang de verzekeringnemer de machtiging of de opdracht, bedoeld in onderdeel a, niet intrekt en de afspraken, bedoeld in onderdeel b, nakomt.

3. Indien de verzekeringnemer een ander heeft verzekerd en ten aan zien van diens verzekering een premieachterstand als bedoeld in het eerste lid is ontstaan, omvat het aanbod, bedoeld in het eerste lid, tevens een bereidverklaring opzegging van deze verzekering met ingang van de dag waarop de betalingsregeling van kracht wordt, te aanvaarden, mits:

a. de verzekerde zichzelf uiterlijk met ingang van dezelfde dag krachtens een andere zorgverzekering verzekerd heeft, en

b. deze, indien deze zorgverzekering bij dezelfde zorgverzekeraar is gesloten, terzake van de premie voor deze verzekering een volmacht of opdracht als bedoeld in het tweede lid, onderdeel a, heeft gegeven.

4. Tegelijk met het aanbod deelt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer schriftelijk mee dat deze een termijn van vier weken heeft om het te aanvaarden, waarbij de verzekeraar bovendien aangeeft wat de gevolgen zullen zijn indien het aanbod niet wordt aanvaard en de premieschuld, rente en incassokosten buiten beschouwing gelaten, tot zes of meer maandpremies zal zijn opgelopen, en wijst hij de verzekeringnemer op de mogelijkheid van schuldhelpverlening, waarbij hij tevens informatie verstrekt over de vormen hiervan en wijze waarop deze kan worden verzocht.

5. Indien het derde lid van toepassing is, zendt de zorgverzekeraar de verzekerde tegelijk met de verzending van de in het eerste tot en met vierde lid bedoelde stukken aan de verzekeringnemer, afschriften van deze stukken.”

8.6. Uit de memorie van toelichting op het Wetsvoorstel Structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering (TK 2008-2009, 31736, nr. 3, pag. 28) kan worden afgeleid dat de premieachterstand als bedoeld in artikel 18a Zvw, ziet op de premieachterstand per zorgverzekering en niet per polis (waarop meerdere zorgverzekeringen c.q. verzekerden vermeld kunnen staan). Verder is voor toepassing van de regeling als opgenomen in artikel 18a Zvw uitsluitend de premie voor de zorgverzekering van belang.

9. Beoordeling van het geschil

Betalingsachterstand

- 9.1. Verzoeker heeft vanaf 2006 een verzekeringsovereenkomst met de zorgverzekeraar. Tot 2012 bestonden geen betalingsproblemen. Verzoeker heeft gesteld dat door hem vanaf 1 april 2013 een nieuwe overeenkomst met de zorgverzekeraar is gesloten, zodat hij pas vanaf deze datum premieplichtig is. De zorgverzekeraar heeft dit bestreden; vanaf 1 januari 2013 is sprake van een gewijzigde overeenkomst, aansluitend aan de voorgaande. De commissie merkt hiertoe op dat de wet, anders dan verzoeker stelt, geen ruimte biedt te kiezen voor een onverzekerde periode. Vaststaat dat verzoeker op grond van de Nederlandse wet doorlopend verzekeringsplichtig was, en derhalve gehouden was een zorgverzekering af te sluiten en in stand te houden. De ingangsdatum van de wijziging van de zorgverzekering, te weten 1 januari 2013, heeft dan ook, gelet op artikel 5 Zvw, als juist te gelden.
- 9.2. Door de zorgverzekeraar is een financieel overzicht bij zijn brief van 5 december 2014 overgelegd. Hieruit blijkt dat verzoeker over de periode van 1 januari 2013 tot en met 31 december 2013 - de einddatum van de zorgverzekering - totaal € 1.501,59 is verschuldigd ter zake van premie, zorgkosten en incassokosten. Verzoeker heeft totaal € 1.160,07 betaald. Dat meer of andere betalingen zijn gedaan is gesteld noch gebleken. Een bedrag van € 15,- is verrekend/afgeboekt. Derhalve is sprake van een betalingsachterstand van € 326,52 (€ 1.501,59 - € 1.160,07 - € 15,-). Van onjuiste boekingen of verrekeningen is de commissie niet gebleken.
- 9.3. Voornoemde betalingsachterstand is door de zorgverzekeraar overgedragen aan zijn incassogemachtigde. Dit stond hem ingevolge artikel 14 van de 'Algemene Voorwaarden' van de zorgverzekering vrij. Verzoeker is derhalve gehouden de achterstand inclusief bijkomende kosten en rente te voldoen aan de incassogemachtigde.

Schadevergoeding

- 9.4. Verzoeker wenst aanspraak te maken op een schadevergoeding in verband met gemaakte kosten en geleverde inspanningen. Van een onrechtmatig handelen van de zorgverzekeraar is niet gebleken, zodat het verzoek tot schadevergoeding dient te worden afgewezen.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 11 februari 2015,

Voorzitter