

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C te D
Zaak : No-claimteruggave, correctie
Zaaknummer : 2009.00934
Zittingsdatum : 23 september 2009

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 13 februari 2009 de no-claimteruggave 2007 te corrigeren en € 214,74 terug te vorderen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de uitbetaling van de no-claimteruggave 2007 was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Een zorgverzekering is een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).
- 3.2. Met brief van 19 februari 2009 heeft de zorgverzekeraar verzoeker medegedeeld dat de no-claimteruggave 2007 is gecorrigeerd, en dat verzoeker met het oog daarop € 214,74 dient terug te betalen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar enkele malen om heroverweging gevraagd, stellende dat een juridisch grondslag voor de vordering ontbreekt, en dat deze om die reden dient te vervallen (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 19 maart en 9 juni 2009 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 19 juni 2009 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen (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 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.

- 3.7. De zorgverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 30 juli 2009 aangegeven zijn standpunt te handhaven. Een afschrift hiervan is op 30 juli 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de zorgverzekeraar hebben medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.9. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 23 september 2009 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij ten tijde van het verzoek om terugbetaling al niet meer bij de zorgverzekeraar was verzekerd. Niet alleen ontbreekt een overeenkomst, maar ook heeft de zorgverzekeraar de termijn, die eindigde op 31 maart 2008, verlengd, en kan hij niet aangeven waar een en ander in de polis is geregeld. Van een normaal burger kan volgens verzoeker niet worden verwacht dat deze of de hoogte is van de bepalingen van de Zorgverzekeringswet.
- 4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij bekend is met het bestaan van de algemene voorwaarden maar dat hij graag een bindend advies wil over de vraag of de polisvoorwaarden in overeenstemming zijn met de regelgeving.
- 4.3. 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, onder verwijzing naar de regelgeving, dat hij er zorg voor diende te dragen dat de no-claimteruggave 2007 uiterlijk 31 maart 2008 aan verzoeker werd overgemaakt. Vervolgens zijn nota's nagekomen en deze mochten tot 31 maart 2009 worden verrekend met de no-claimteruggave. De betreffende nota's zien op het jaar 2007 en verzoeker was toen nog bij de zorgverzekeraar verzekerd. De juridische basis voor de terugvordering ligt in de polis en de wet. Overigens heeft de teruggave in 2008 plaatsgevonden. Toen werd daartegen door verzoeker geen bezwaar gemaakt, hoewel hij op dat moment niet meer bij de zorgverzekeraar was verzekerd.
- 5.2. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is 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.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar gerechtigd is de no-claimteruggave 2007 te corrigeren, respectievelijk terugbetaling te vorderen van hetgeen teveel aan verzoeker werd uitgekeerd. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 7.2. In artikel 9 lid 1 van de zorgverzekering is bepaald dat indien gedurende een kalenderjaar de waarde van de op basis van de zorgverzekering verzekerde zorg minder bedraagt dan € 255,--, de verzekerde jegens de zorgverzekeraar recht heeft op betaling van een bedrag, de zogenoemde no-claimteruggave. Deze is gelijk aan het verschil tussen € 255,-- en de waarde van de eerder genoemde, ontvangen zorg. Vervolgens is in lid 3, voor zover hier van belang, het volgende opgenomen:
- “Voor de toepassing van deze regeling als bedoeld in het eerste lid is de situatie op 31 december van het betreffende kalenderjaar doorslaggevend. Op basis hiervan vindt de vaststelling van het recht op de no-claimteruggave plaats en geschiedt uitbetaling vóór 1 april van het daaropvolgende kalenderjaar. Als ná 1 april blijkt dat voor het voorgaande kalenderjaar alsnog kosten van zorg ten laste van de zorgverzekeraar worden gebracht, wordt het recht op de no-claimteruggave opnieuw door de zorgverzekeraar vastgesteld en ontstaat een vordering ter hoogte van het verschil tussen het uitgekeerde en het nieuw berekende bedrag. Deze vordering kan worden gecompenseerd met alle betalingen uit hoofde van deze verzekering aan de verzekeringnemer.”*
- 7.3. Artikel 9 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 lid 1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering (Rzv), met inbegrip van de daarbij behorende toelichting, en het door de verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier.
- 7.4. Artikel 22 Zvw geeft de wijze waarop de no-claimteruggave wordt berekend. In artikel 2.18 Bzv is de hoogte van de no-claim vastgelegd en de wijze waarop deze wordt geïndexeerd. Artikel 2.19 Bzv regelt welke zorgvormen voor de toepassing van de no-claimregeling zijn uitgesloten, wanneer de no-claimteruggave wordt overgemaakt, en op welk tijdstip deze, indien nodig, uiterlijk door de zorgverzekeraar moet zijn gecorrigeerd.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. De commissie stelt allereerst vast dat door verzoeker niet is bestreden dat aan hem, in het kader van de no-claimteruggave 2007 een bedrag van € 214,74 is uitgekeerd. Voorts is door verzoeker niet bestreden dat door hem in het jaar 2007 kosten zijn gemaakt, welke kosten ten laste zijn gekomen van de zorgverzekering, en waarvan de waarde meer bedroeg dan € 214,74. Verder is door verzoeker niet aangevoerd dat het daarbij ging om kosten in verband met zorgvormen die van de no-claimregeling zijn uitgesloten. De kwestie blijft daarom beperkt tot de vraag of de zorgverzekeraar tot de onderhavige correctie gerechtigd was.
- 7.7. In dat verband constateert de commissie dat op grond van artikel 9 lid 3 van de zorgverzekering correctie mogelijk is indien ná 1 april van het jaar, volgend op het kalenderjaar waarop de teruggave betrekking heeft (2007) alsnog kosten ten laste van de zorgverzekeraar worden gebracht, zoals in de situatie van verzoeker. Het artikel noemt geen einddatum, maar in artikel 2.19 lid 3 Bzv is vastgelegd dat in voorkomende geval “de no-claimteruggave uiterlijk op 31 maart van het tweede kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop de no-claimteruggave betrekking heeft, (wordt)

gecorrigeerd.” De brief waarin van de correctie mededeling wordt gedaan dateert van 13 februari 2009 en was derhalve tijdig.

- 7.8. De commissie merkt nog op dat ten tijde van de correctie verzoeker al niet meer bij de zorgverzekeraar tegen ziektekosten was verzekerd, zodat het niet mogelijk was deze te compenseren met een uitkering. Derhalve resteerde slechts de mogelijkheid van terugvordering. De basis daarvoor ligt in de zorgverzekering en leidt voor de verzoeker derhalve tot een verplichting voortvloeiend uit overeenkomst die ook een eventuele beëindiging van de verzekeringsovereenkomst overleeft.
- 7.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 7 oktober 2009,

Voorzitter