

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : Premie, premieachterstand: zesmaandsmelding, aanmelding
CVZ, opzegging d.m.v. fax, wijziging verzekeringnemer
Zaaknummer : 2010.01851
Zittingsdatum : 23 februari 2011

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2007-2010, art. 16 en paragraaf 3.3 Zvw, artikel IX Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering, en artt. 3:37 en 6:159 BW)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Verzoekster is tot op heden bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis (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 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Met brief van 22 juni 2010 heeft de zorgverzekeraar verzoekster meegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van haarzelf van zes of meer maanden, en dat verzoekster om die reden is aangemeld bij het College voor zorgverzekeringen (CVZ).
- 3.2. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 7 oktober 2010 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 10 oktober 2010 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat verzoekster niet bij de zorgverzekeraar verzekerd is en dat de zorgverzekeraar gehouden is de in overweging 3.1 bedoelde brief in te trekken, alsmede te bepalen dat de zorgverzekeraar haar ten onrechte heeft aangemeld bij het CVZ (hierna: het verzoek).
- 3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.5. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 9 december 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 januari 2011 aan verzoekster gezonden.

- 3.6. Verzoekster is in de gelegenheid gesteld te reageren op het in overweging 3.5 bedoelde standpunt van de zorgverzekeraar. Van de geboden mogelijkheid heeft verzoekster geen gebruik gemaakt.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 12 januari schriftelijk meegedeeld mondeling te willen worden gehoord. De commissie heeft daarop een mondelinge zitting gepland, en partijen bij brief van 2 februari 2011 uitgenodigd voor de hoorzitting. Het exacte tijdstip voor deze hoorzitting is bij brief van 16 februari 2011 aan partijen kenbaar gemaakt.
- 3.8. De zorgverzekeraar heeft op 28 januari 2011 telefonisch medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.9. Ondanks daartoe deugdelijk te zijn uitgenodigd is verzoekster op de dag van de hoorzitting niet verschenen, waarna het secretariaat van de commissie telefonisch contact heeft gezocht met verzoekster. Tijdens dit gesprek heeft verzoekster verklaard dat zij niet in de gelegenheid was ter zitting te verschijnen aangezien zij in haar agenda had genoteerd dat de hoorzitting op een andere datum zou plaatsvinden. Hierop heeft de commissie verzoekster aangeboden telefonisch aan de hoorzitting deel te nemen waarop verzoekster heeft medegedeeld dat dit niet mogelijk was aangezien zij zich op dat moment op haar werk bevond. Hierop heeft de commissie besloten het bindend advies op basis van de aanwezige stukken uit te brengen.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt dat de zorgverzekeraar zich ten onrechte op het standpunt stelt dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van haarzelf van zes of meer maanden en dat zij daarom ten onrechte is aangemeld bij het CVZ.
- 4.2. Verzoekster voert in dit verband aan aan dat zij zowel eind 2005 als eind 2007 heeft geprobeerd de verzekering bij de zorgverzekeraar op te zeggen. Verzoekster heeft beide keren de opzegging door middel van een fax verzonden. Ondanks dat het verzendrapport "ok" vermeldt, is de verzekering niet beëindigd.
- 4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt dat een andere persoon op 1 januari 2007 voor verzoekster en haar minderjarige kinderen een zorgverzekering heeft afgesloten, waarbij deze ander optrad als verzekeringnemer. Toen deze andere persoon op 22 maart 2007 in detentie ging, heeft verzoekster een eigen polis gekregen en werd zij vanaf dat moment als verzekeringnemer zelf verantwoordelijk voor de premiebetaling. Verzoekster stelt dat zij meerdere malen heeft geprobeerd deze verzekering te beëindigen, onder andere eind 2007. Het eerste verzoek dat de zorgverzekeraar heeft ontvangen, dateert echter van december 2009. Opzegging was op dat moment niet mogelijk in verband met de toen bestaande betalingsachterstand.

5.2. Verder stelt de zorgverzekeraar dat – naar de stand van 9 december 2010 – met betrekking tot de periode van 22 maart 2007 tot en met 30 juni 2010 sprake is van een achterstand in de premiebetaling van € 2.813,52. Per saldo belooft de achterstand in de betaling van de premie voor de zorgverzekering van verzoekster ten minste zes maanden en daarom is zij met ingang van 1 juli 2010 aangemeld bij het CVZ.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of verzoekster bij de zorgverzekeraar een zorgverzekering heeft afgesloten en, zo ja, of deze op enig moment rechtsgeldig is opgezegd. Indien dit laatste niet het geval is, komt de vraag aan de orde of de zorgverzekeraar gehouden is de brief van 22 juni 2010 in te trekken.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van het hierboven omschreven geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. Ingevolge artikel 7 van de zorgverzekering (2007-2010) is de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.

8.3. Artikel 16 Zvw bepaalt dat krachtens de zorgverzekering de verzekeringnemer premie verschuldigd is.

8.4. Artikel 5 van de zorgverzekering 2007 bepaalt wanneer de verzekerde de verzekering kan opzeggen en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“Artikel 5 Duur van de zorgverzekering

lid 1

*De verzekeringnemer kan de zorgverzekering voor 1 november van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar opzeggen. Indien de verzekeringnemer de zorgverzekering niet opzegt, vindt stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar.
(...)”*

8.5. Artikel 3:37 lid 3 van het Burgerlijk Wetboek bepaalt dat een verklaring tot een persoon, om werking te hebben, die persoon ook moet bereiken. Voor zover hier van belang, luidt artikel 3:37 lid 3 als volgt:

“Een tot een bepaalde persoon gerichte verklaring moet, om haar werking te hebben, die persoon hebben bereikt. Nochtans heeft ook een verklaring die hem tot wie zij was gericht, niet of niet tijdig heeft bereikt, haar werking, indien dit niet of niet tijdig bereiken het gevolg is van zijn eigen handeling, van de handeling van personen voor wie hij aansprakelijk is, of van

andere omstandigheden die zijn persoon betreffen en rechtvaardigen dat hij het nadeel draagt.”

- 8.6. Contractsovername is geregeld in artikel 6:159 BW. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel als volgt:

“1. Een partij bij een overeenkomst kan haar rechtsverhouding tot de wederpartij met medewerking van deze laatste overdragen aan een derde bij een tussen haar en de derde opgemaakte akte.”

- 8.7. 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 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, als was deze reeds in werking getreden – worden aangemerkt als handelingen in het kader van de wet.
- 8.9. Voor zover hier van belang, bepaalt artikel 18c Zvw en artikel IX van de 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. Door verzoekster is in de eerste plaats gesteld dat zij nooit een verzekeringsovereenkomst is aangegaan met de zorgverzekeraar. Voorts heeft zij aangevoerd dat de zorgverzekering bij de zorgverzekeraar eind 2005 met ingang van 1 januari 2006 is beëindigd.

Ter onderbouwing van zijn stelling dat verzoekster vanaf 1 januari 2007 is verzekerd, heeft de zorgverzekeraar een aanmeldingsformulier in de procedure overgelegd waaruit blijkt dat een andere persoon voor verzoekster met ingang van 1 januari 2007 bij de zorgverzekeraar een zorgverzekering heeft afgesloten, waarbij deze andere persoon is opgetreden als verzekeringnemer. Dat deze zorgverzekering door de verzekeringnemer tegen verzoeksters wil is afgesloten, zoals zij stelt en de zorgverzekeraar betwist, heeft verzoekster onvoldoende aannemelijk gemaakt. Nu verzoekster bovendien niet heeft gesteld dat zij vanaf 1 januari 2007 elders een zorgverzekering heeft afgesloten, komt de commissie, gelet op hetgeen hiervoor is overwogen, tot het oordeel dat verzoekster eerst met ingang 1 januari 2007 bij de zorgverzekeraar verzekerd is tegen ziektekosten, waarbij de andere persoon is opgetreden als verzekeringnemer en deze derhalve op grond van artikel 7 van de zorgverzekering ook verantwoordelijk is voor de premiebetaling. De stelling dat eind 2005 met ingang van 1 januari 2006 is opgezegd kan, gelet op het voorgaande, worden gepasseerd.

- 9.2. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat op de verzekeringnemer 22 maart 2007 in detentie is gegaan. Vanaf dat moment heeft verzoekster van de zorgverzekeraar een eigen polis ontvangen en is zij als verzekeringnemer verantwoordelijk voor de premiebetaling, aldus de zorgverzekeraar.
- 9.3. Een (verzekerings)overeenkomst komt tot stand door een aanbod van de ene partij en aanvaarding hiervan door de andere partij. Niet gebleken is dat verzoekster op

enig moment een aanvraag heeft gedaan voor een eigen polis. Evenmin is gebleken dat verzoekster de verplichtingen uit de bestaande overeenkomst tussen de zorgverzekeraar en de andere verzekeringnemer – door middel van een akte – heeft overgenomen (artikel 6:159 BW).

Anders dan in de zaak van 6 oktober 2010 (GcZ 2010.00903) waarin verzekerde direct na de ongevraagde wijziging van verzekeringnemer hierover contact heeft opgenomen met de zorgverzekeraar, heeft verzoekster pas in de loop van de onderhavige procedure de stelling ingenomen dat zij nooit bij de zorgverzekeraar verzekerd is geweest. De commissie leidt uit het feit dat (i) de zorgverzekeraar na 22 maart 2007 zorgkostennota's ten behoeve van verzoekster heeft vergoed, en (ii) verzoekster eind 2007 heeft geprobeerd door middel van het versturen van een aantal faxen de verzekering bij de zorgverzekeraar op te zeggen, het bestaan van een overeenkomst van de zorgverzekering tussen verzoekster en de zorgverzekeraar af. Verzoekster heeft met hetgeen zij dienaangaande heeft aangevoerd het tegendeel daarvan niet aannemelijk gemaakt.

- 9.4. Ten aanzien van de opzegging die in de faxen is verwoord, geldt dat deze slechts werking heeft indien zij de zorgverzekeraar tijdig, dat wil zeggen: vóór 1 januari 2008, heeft bereikt (vgl. art. 3:37 lid 3 BW). De zorgverzekeraar ontkent de bewuste faxen te hebben ontvangen. Ter onderbouwing dat de faxen inderdaad zijn verstuurd heeft verzoekster enkele verzendrapporten in de procedure ingebracht waarop als resultaat staat vermeld “ok”. Het indienen van stukken per fax is op zich een toelaatbare wijze van verzending. De risico's bij verzenden per fax komen echter voor rekening van de verzender. Wanneer de ontvangst niet bevestigd kan worden, is het aan de verzender om aannemelijk te maken dat het bericht is verzonden. De mededeling “status OK” op het faxrapport is weliswaar een indicatie dat de fax is ontvangen, maar het vormt geen bewijs van de inhoud van de fax. Daarbij valt op dat slechts één pagina is verzonden, terwijl de opzeggingsbrief van verzoekster uit ten minste twee pagina's bestond. Evenmin is gebleken dat het niet tijdig bereiken van de faxen de zorgverzekeraar valt te verwijten of is toe te rekenen. Derhalve moet worden geoordeeld dat de verzekering niet vóór 1 januari 2008 rechtsgeldig is opgezegd. Andere redenen op grond waarvan kan worden geoordeeld dat de verzekering juridisch gezien alsnog als beëindigd dient te worden aangemerkt, zijn gesteld noch gebleken. Zulks leidt tot de conclusie dat de zorgverzekeraar zich terecht op het standpunt stelt dat de verzekering over het jaar 2008 in stand is gebleven en dat verzoekster, als verzekeringnemer, derhalve de premie daarvoor verschuldigd is.
- 9.5. Met betrekking tot de hoogte van de premieachterstand is door de zorgverzekeraar in de procedure een betalingsoverzicht – gedateerd op 9 december 2010 – overgelegd waaruit kan worden geconcludeerd dat over de periode van 22 maart 2007 tot en met 30 juni 2010 sprake is van een achterstand in de premiebetaling van € 2.813,52. Verzoekster heeft niet, althans onvoldoende, aannemelijk gemaakt dat de overeengekomen premie over genoemd tijdvak wél volledig is voldaan. Dat meer of andere betalingen zijn gedaan dan die welke uit eerder genoemde stukken blijken is niet, althans onvoldoende gebleken. De conclusie is dat sprake van een premieachterstand van ten minste zes maandpremies, zodat is voldaan aan het vereiste in artikel 18c Zvw en artikel IX Wsmwz. Van onjuiste verrekeningen of boekingen door de zorgverzekeraar is de commissie niet gebleken. Hetgeen door verzoekster is aangevoerd ter verklaring van de ontstane premieachterstand, kan niet leiden tot een ander oordeel.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 16 maart 2011,

Voorzitter