

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, en Menzis zorgverzekeraar N.V. te Wageningen en Menzis N.V. te Wageningen
Zaak : Collectiviteit, deelname en korting op premie met terugwerkende kracht
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2006-2017, art. 18 Zvw, art. 2.5.1 Invoerings- en
aanpassingswet Zorgverzekeringswet
Zaaknummer : 202200120
Zittingsdatum : 14 december 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

1) Menzis zorgverzekeraar N.V. te Wageningen,
2) Menzis N.V. te Wageningen,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij brief van 15 juni 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 28 juni 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 21 juli 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 22 juli 2022 aan verzoeker gestuurd. Bij e-mailberichten van 4 december 2022 heeft verzoeker de commissie aanvullende informatie doen toekomen. Afschriften hiervan zijn aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 14 december 2022 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 1 en TandVerzorgd 250 (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht hem met terugwerkende kracht te laten deelnemen aan een collectiviteit, en de bij deze collectiviteit bijbehorende collectiviteitskorting toe te passen. Bij brief van 19 januari 2021 bevestigt de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dat hij met ingang van 1 januari 2017 is toegelaten tot de collectiviteit 'Gezamenlijke Personeelsvereniging Belastingdienst Limburg' en dat hij verzoeker niet met terugwerkende kracht tot een eerder moment toelaat.
- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 9 februari 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker vraagt de commissie te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden hem vóór 1 januari 2017 te laten deelnemen aan genoemde collectiviteit en de daarbij behorende premiekorting met terugwerkende kracht toe te passen.
- 4.2. Verzoeker stelt in dit verband dat hij al jaren bij de (rechtsvoorganger van de) ziektekostenverzekeraar is verzekerd tegen ziektekosten. Enkele jaren geleden ontdekte verzoeker dat, bij lidmaatschap van een bepaalde personeelsvereniging, een korting mogelijk was op de premie. Verzoeker heeft zich hiervoor aangemeld, waarna hij met ingang van 1 januari 2017 werd toegelaten tot de collectiviteit en hij sindsdien ook de bijbehorende korting geniet. Omdat verzoeker vóór 2017 geen korting heeft genoten, heeft hij de ziektekostenverzekeraar verzocht hem met terugwerkende kracht te laten deelnemen aan de collectiviteit, en de bijbehorende collectiviteitskorting toe te passen. De ziektekostenverzekeraar heeft dit verzoek geweigerd, hetgeen verzoeker niet kan begrijpen. Dit omdat het niet gaat om een andere verzekering, maar alleen om een aanpassing van de premie. Dat de ziektekostenverzekeraar hiertoe bereid kan zijn blijkt uit de verschillende brieven die hij heeft ontvangen. In welke gevallen de ziektekostenverzekeraar met terugwerkende kracht een korting toepast blijft onduidelijk. Dat de ziektekostenverzekeraar dit zonder richtlijnen of beleid doet lijkt verzoeker niet logisch.
- 4.3. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoeker te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

5. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat hij ieder jaar in november zijn verzekerden een nieuw polisblad stuurt. Op het polisblad staat vermeld hoe iemand is verzekerd en welke premie hij verschuldigd is. Als iemand via een collectiviteit is verzekerd, staat dit op het polisblad met daarbij de premievoorwaarden die dat eventueel biedt. Volgens het geautomatiseerde systeem is verzoeker vanaf 2011 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten. Mogelijk dat verzoeker al eerder bij hem of een rechtsvoorganger was verzekerd, maar dit kan niet meer worden nagegaan.
Dit laatste neemt niet weg dat het in de situatie van verzoeker aan hem was te onderzoeken of kon worden deelgenomen aan een collectiviteit. De ziektekostenverzekeraar weet niet, en kan ook niet weten, of verzekerden willen of kunnen deelnemen aan een collectiviteit. Pas sinds 2017 neemt verzoeker deel aan de collectiviteit van de 'Gezamenlijke Personeelsvereniging Belastingdienst Limburg' en vanaf dat moment geniet hij ook een korting. De ziektekostenverzekeraar ziet geen aanleiding verzoeker met terugwerkende kracht te laten deelnemen aan deze collectiviteit. Dit zou slechts anders zijn geweest als de oorzaak van het niet deelnemen aan de ziektekostenverzekeraar was te wijten.
- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

6. **Bevoegdheid van de commissie**

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A.17 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

De commissie is slechts bevoegd ten aanzien van geschillen over de zorgverzekering vanaf 1 januari 2006 respectievelijk de aanvullende verzekeringen vanaf 1 januari 2008. Dit na de aanpassing van de desbetreffende polisvoorwaarden met ingang van genoemde data.

- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet (I & A-wet) en die uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) over deelname aan een collectief contract zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

- 7.2. Verzoeker wenst - voor zover het de zorgverzekering betreft - met terugwerkende kracht tot 1 januari 2006 een collectiviteitskorting te genieten. Gelet op hetgeen is opgemerkt over de bevoegdheid van de commissie kan het verzoek wat betreft de collectiviteitskorting op de aanvullende ziektekostenverzekering slechts door de commissie worden behandeld voor zover het gaat om terugwerkende kracht tot uiterlijk 1 januari 2008. Naar de commissie de stellingen van verzoeker begrijpt, vloeit bedoelde korting voort uit de deelname aan de collectiviteit van de 'Gezamenlijke Personeelsvereniging Belastingdienst Limburg', waarvan verzoeker lid is. Hieromtrent overweegt de commissie in de eerste plaats dat het bestaan van collectieve contracten en de hieraan verbonden voordelen - met name in de vorm van een premiekorting - een feit is van algemene bekendheid. Zoals door de ziektekostenverzekeraar terecht is opgemerkt is bij hem niet op voorhand bekend of een verzekerde wil en kan deelnemen aan een bepaalde collectiviteit.

Daarnaast is het aan de verzekerde om bij het aangaan van de verzekeringsovereenkomst en telkens tegen het eind van het kalenderjaar na te gaan of premie en dekking (nog) aansluiten bij de verzekeringsbehoefte. Dit geldt ook voor de keuze voor deelname aan een bepaalde collectiviteit, waarbij kan worden opgemerkt dat er - naast collectieve contracten die zijn geïnitieerd door de werkgever of een personeelsvereniging - tevens collectiviteiten van bijvoorbeeld consumenten of personen met een bepaalde hobby zijn. Het was dan ook aan verzoeker om met ingang van 2006 - toen hem door de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar een aanbod werd gedaan in het kader van de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet - en vervolgens jaarlijks na te gaan óf hij zich collectief wilde verzekeren en zo ja, bij welke collectiviteit hij in dat geval wilde toetreden en daartoe een verzoek aan de (rechtsvoorganger van de) ziektekostenverzekeraar te doen. Indien verzoeker heeft nagelaten zich op dit punt te oriënteren, kan hij de ziektekostenverzekeraar ter zake geen verwijt maken. Nog afgezien van het feit dat de ziektekostenverzekeraar onbekend is met de wensen en mogelijkheden van zijn verzekerden, kan van hem in redelijkheid niet worden verwacht dat hij hen jaarlijks individueel benadert om na te gaan of zij, gelet op de verzekeringsbehoefte, nog steeds op de juiste wijze zijn verzekerd, of zij mogelijk deel kunnen nemen aan een collectiviteit, en - indien er verschillende mogelijk zijn - welke collectiviteit dan voor hen de meest gunstige is.

- 7.3. Gezien het voorgaande ziet de commissie geen aanleiding te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden verzoeker met terugwerkende kracht toe te laten tot de collectiviteit van de 'Gezamenlijke Personeelsvereniging Belastingdienst Limburg'. Dat de ziektekostenverzekeraar in individuele zaken soms wel iemand met terugwerkende kracht toelaat tot een collectiviteit maakt het voorgaande niet anders. Door de ziektekostenverzekeraar is toegelicht, en door verzoeker is niet gemotiveerd betwist, dat dit weliswaar voorkomt, maar dat hiertoe alleen wordt besloten als de oorzaak van het niet deelnemen aan de collectiviteit aan de ziektekostenverzekeraar is te wijten. Deze situatie doet zich bij verzoeker niet voor.

Slotom

- 7.4. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 5 januari 2023,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet

Artikel 2.5.1

1. 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.
2. 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 het orgaan dat een publiekrechtelijke ziektekostenregeling voor ambtenaren voor hem uitvoert, 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 van het aanbod geen gebruik te willen maken.
3. Een verzekeringnemer kan een zorgverzekering volgens het aanbod, bedoeld in het eerste of tweede lid, zonder opgave van redenen en zonder dat een boete verschuldigd is tot 1 maart 2006 schriftelijk ontbinden, indien deze tot stand gekomen is:
 - a. ten gevolge van toepassing van het eerste of tweede lid;
 - b. ten gevolge van aanvaarding van het aanbod anders dan door middel van een expliciete wilsverklaring.
4. Een ontbinding als bedoeld in het derde lid werkt terug tot en met 1 januari 2006.
5. Een zorgverzekeraar waarbij een zorgverzekering onder toepassing van het derde lid is ontbonden, treedt, indien ten behoeve van een zelfde verzekerde voor 1 mei 2006 een zorgverzekering bij een andere zorgverzekeraar wordt gesloten, in de rechten die de verzekerde jegens deze andere zorgverzekeraar heeft, tot ten hoogste het bedrag van de waarde van de prestaties die hij op grond van de ontbonden zorgverzekering heeft geleverd.
6. Een zorgverzekeraar die ten gevolge van het vijfde lid een vordering op de nieuwe zorgverzekeraar heeft, meldt deze welk deel van het gevorderde bedrag in mindering dient te worden gebracht op de no claimteruggave en welk bedrag eerstbedoelde verzekeraar ten gevolge van een eigen risico voor rekening van de verzekerde heeft gelaten.
7. Onverminderd de uit de Wet financiële dienstverlening voortvloeiende informatieverplichtingen, komt een zorgverzekering slechts op grond van het eerste of tweede lid tot stand indien bij het aanbod:
 - a. de modelovereenkomst wordt gevoegd waarin de desbetreffende variant van de zorgverzekering is opgenomen;
 - b. wordt aangegeven welke bepalingen van de modelovereenkomst van toepassing zijn, indien de modelovereenkomst meerdere varianten van de zorgverzekering bevat;
 - c. wordt aangegeven hoe hoog de premie voor de desbetreffende variant is; en
 - d. wordt aangegeven dat een zorgverzekering, tot stand gekomen anders dan door middel van een expliciete wilsverklaring van de verzekeringnemer, tot 1 maart 2006 met terugwerkende kracht tot en met 1 januari 2006 kan worden ontbonden.

Zorgverzekeringswet

Artikel 18

1. De zorgverzekeraar kan met een werkgever overeenkomen dat hij een geldelijk voordeel verstrekt indien diens werknemers, voormalige werknemers of hun gezinsleden verzekerd worden op basis van een in die overeenkomst aan te wijzen modelovereenkomst.
2. Het voordeel bedraagt, per persoon die op basis van de desbetreffende modelovereenkomst verzekerd wordt, niet meer dan 10% van de grondslag van de bij die modelovereenkomst behorende premie.
3. In de overeenkomst, bedoeld in het eerste lid, wordt ten minste bepaald:
 - a. de hoogte van het voordeel, waarbij die hoogte mag variëren al naar gelang het aantal volgens de desbetreffende modelovereenkomst verzekerde personen;
 - b. de verdeling van het voordeel over de werkgever en de volgens de desbetreffende modelovereenkomst verzekerde personen.
4. Indien het voordeel of een deel daarvan aan de verzekeringnemer wordt verstrekt, geschiedt dit in de vorm van een korting op de grondslag van de premie.
5. Het eerste tot en met vierde lid zijn tevens van toepassing ten aanzien van een rechtspersoon, niet zijnde een werkgever, met betrekking tot de verzekering van natuurlijke personen wier belangen die rechtspersoon behartigt.
6. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen, om te voorkomen dat afbreuk wordt gedaan aan het sociale karakter van de verzekering, nadere en znodig afwijkende regels worden gesteld.
7. De zorgverzekeraar en de werkgever, bedoeld in het eerste lid, vermelden bij de verstrekking van persoonsgegevens aan elkaar met betrekking tot een werknemer die verzekeringnemer en een verzekerde is van een zorgverzekering op basis van de modelovereenkomst, bedoeld in het eerste lid, waarvoor die werkgever de verschuldigde premie aan die zorgverzekeraar betaalt, het burgerservicenummer van die werknemer.