

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D en E te F, vertegenwoordigd door G te H
Zaak : Opzegging bij niet ontvangen aankondiging premieverhoging, niet
kunnen inroepen zorg, financiële vergoeding
Zaaknummer : 2010.00285
Zittingsdatum : 8 september 2010

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2009 en 2010, artt. 7, 16 e.v. Zvw, artt. 3:37 en 7:933 BW, voorwaarden aanvullende verzekering 2009 en 2010)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te D, en

2) E te F,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door G te H, hierna te noemen: de gevolmachtigde.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 15 januari 2010 inzake het niet kunnen beëindigen van de verzekering met ingang van 1 januari 2010 in verband met een premieverhoging, alsmede tegen het niet kunnen inroepen van zorg eind 2009.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zvw Basis, variant mix (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Tandartskostenverzekering Basis afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Bij e-mailbericht van 15 januari 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij de verzekering niet meer kon beëindigen met ingang van 1 januari 2010 en dat het hem speet dat verzoeker eind 2009 niet de benodigde zorg heeft kunnen inroepen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij e-mailbericht van 10 februari 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 28 april 2010 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is hem een financiële compensatie toe te kennen van vier maandpremies,

hetgeen neerkomt op € 428,- (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 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 7 juli 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 juli 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn uitgenodigd voor de hoorzitting van 11 augustus 2010. Op verzoek van de ziektekostenverzekeraar is deze zitting verzet.
- 3.9. Partijen zijn op 8 september 2010 in persoon gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt dat hij in december 2009 problemen heeft ondervonden bij het inroepen van de door hem benodigde GGZ-zorg, doordat op dat moment zijn verzekeringsgegevens door de zorgverleners niet raadpleegbaar waren. Bovendien is de zorgpas 2010 pas op 28 januari 2010 verstrekt, zodat pas vanaf dat moment weer zorg genoten kon worden.
- 4.2. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar per 1 januari 2010 de premie voor de zorgverzekering verhoogd. Verzoeker stelt niet vooraf op de hoogte te zijn gesteld van de premieverhoging, maar uitsluitend een polisblad te hebben ontvangen. Eerst toen daadwerkelijk de premie voor januari 2010 in rekening werd gebracht, werd duidelijk dat de premie gestegen was.
- 4.3. Verzoeker stelt, onder verwijzing naar het bepaalde in artikel 16.2 lid 3 van de voorwaarden van de zorgverzekering, dat hij binnen dertig dagen vanaf 1 januari 2010 de overeenkomst alsnog had kunnen opzeggen, hetgeen hij ook heeft geprobeerd, maar aan welke opzegging de ziektekostenverzekeraar geen gevolg heeft willen geven. Aangezien het nu niet meer mogelijk is over te stappen naar een andere verzekeraar, verlangt verzoeker een financiële compensatie ter hoogte van vier maandpremies, zijnde een bedrag van € 428,-.
- 4.4. Ter zitting is desgevraagd door verzoeker verklaard dat hij in november 2009 het polisblad – gedateerd 14 november 2009 – heeft ontvangen en dat later nog een polisblad is ontvangen voor de aanvullende ziektekostenverzekering. Voorts heeft verzoeker ter zitting aangevoerd dat hij op 7 december 2009 via een 030-nummer telefonisch contact heeft opgenomen met de ziektekostenverzekeraar over een afrekening die niet duidelijk was. De ziektekostenverzekeraar kon hem echter geen duidelijkheid verschaffen vanwege de overgang naar de gevolmachtigde. In december 2009 heeft een zorgverlener hem – toen hij zijn zorgpas toonde – verteld dat hij niet verzekerd was. Het gevolg hiervan is dat de benodigde GGZ-behandeling ernstig is vertraagd. Verzoeker verlangt in ieder geval terugbetaling van de premie over de maand januari 2010, omdat hij over deze maand geen zorg heeft gehad.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoeker bij brief van 14 november 2009 op de hoogte is gebracht van de premieverhoging. Deze brief is met het polisblad 2010 verzonden. Verzoeker heeft verklaard het polisblad 2010 te hebben ontvangen. Verder is de afgifte van zorgpassen een extra service. Ook met het polisblad kan worden aangetoond waar men verzekerd is. Indien het Vecozo portaal tijdelijk niet benaderbaar is, mag dat voor een zorgverlener nooit een belemmering zijn redelijk dringende zorg alsnog te verlenen.
- 5.2. Ter zitting is door de gevolmachtigde ter aanvulling aangevoerd dat verzoeker in december 2009 nog niet bij hem verzekerd was. Verder heeft verzoeker, gelet op het door hem genoemde telefoonnummer, in december 2009 geen contact met gevolmachtigde opgenomen. Indien dit wel het geval zou zijn geweest, dan zou informatie zijn gegeven over de opzegmogelijkheid per 1 januari. In dit geval volgde de opzegging pas op 8 januari 2010. De opzegtermijn was toen al verstreken. Indien sprake is van een wachtlijstsituatie voor de door verzoeker benodigde zorg, zou daarin bemiddeld kunnen worden.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het 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. Daarbij maakt het niet uit of het geschil betrekking heeft op 2009 of 2010, aangezien in beide kalenderjaren de ziektekostenverzekeraar de risicodragers is.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden was in januari 2010 alsnog de verzekeringen die verzoeker in verband met een premieverhoging had opgezegd te beëindigen, of het niet kunnen invoeren van zorg eind 2009 de ziektekostenverzekeraar kan worden tegengeworpen, en of de ziektekostenverzekeraar – indien op voorgaande ten gunste van verzoeker beslist wordt – gehouden is verzoeker een financiële compensatie van € 428,- (corresponderend met vier maandpremies) toe te kennen.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. In artikel 16.2 lid 3 van de zorgverzekering 2009 en 2010 en artikel 13 van de aanvullende ziektekostenverzekering 2009 en 2010 is geregeld dat bij wijziging van de (grondslag van de) premie ten nadele van de verzekeringnemer, de verzekering kan worden opgezegd binnen 30 dagen nadat de wijziging is meegedeeld.
- 8.3. Verder is in artikel 16.2 lid 1 van de zorgverzekering 2009 en 2010 en artikel 14 van de aanvullende ziektekostenverzekering 2009 en 2010 geregeld dat de verzekering

jaarlijks – met een eventuele opzegtermijn – per 1 januari van het volgende kalenderjaar kan worden opgezegd.

8.4. Artikel 7:933 BW luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“1. Alle mededelingen waartoe de bepalingen van deze titel of de overeenkomst de verzekerder aanleiding geven, geschieden schriftelijk. De verzekeraar kan zich daarbij houden aan de laatste bij hem bekende woonplaats van de geadresseerde.

2. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen van lid 1 afwijkende regels worden gesteld ten aanzien van mededelingen langs elektronische weg.(...)”

8.5. Artikel 3:37 BW regelt de vorm en werking van verklaringen. Voor zover hier van belang, luidt laatstgenoemd artikel als volgt:

“1. Tenzij anders is bepaald, kunnen verklaringen, met inbegrip van mededelingen, in iedere vorm geschieden, en kunnen zij in een of meer gedragingen besloten liggen. (...)

3. 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 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”

9. Beoordeling van het geschil

9.1. Verzoeker stelt dat hij in december 2009 GGZ-zorg nodig had, maar deze zorg niet kreeg omdat de zorgverlener het polisnummer op de zorgpas niet kon terugvinden in het 'systeem'. Nog daargelaten dat de toegang tot de zorg in Nederland ten algemene niet afhankelijk is van de vraag of men ook verzekerd is, heeft verzoeker niet onderbouwd om welke zorg het ging en wat de noodzaak daarvan was. Zodoende kan niet worden vastgesteld of de door verzoeker benodigde zorg sowieso viel onder de dekking van de zorgverzekering en of hij jegens de ziektekostenverzekeraar überhaupt aanspraak kon maken op enige vergoeding.

Bovendien omvat de dekking van GGZ-zorg in de zorgverzekering een aanspraak op vergoeding van kosten (restitutie), zodat verzekerde binnen de grenzen van de verzekeringsvoorwaarden ook ervoor had kunnen kiezen – ervan uitgaande dat zulks financieel haalbaar zou zijn – de kosten voor te schieten. Verder is gesteld noch gebleken dat verzoeker een beroep heeft gedaan op zorgbemiddeling door de ziektekostenverzekeraar, zoals geregeld in de artikelen 3 en 20 van de zorgverzekering 2009. Tijdens de hoorzitting is door de gevolmachtigde nog aangeboden te bemiddelen indien sprake is van een wachtlijstsituatie.

Het enkele feit dat de zorgverlener in een 'systeem' het polisnummer op de zorgpas niet kon terugvinden waardoor verzoeker mogelijk langer op zorg heeft moeten wachten – nog daargelaten of dat aan de ziektekostenverzekeraar kan worden toegerekend – is, mede gezien het voorgaande, onvoldoende om te komen tot het oordeel dat verzoeker recht zou hebben op vergoeding van enige schade, zo al geleden, en dus ook niet, zoals door verzoeker verzocht, op financiële compensatie. Dit klemmt te meer nu de compensatie door hem is berekend op basis van een aantal maandpremies. De commissie vermag het verband tussen deze maandpremies en de gestelde schade – zo al aanwezig, hetgeen niet is gebleken en door verzoeker ook niet aanmerkelijk is gemaakt – niet in te zien.

- 9.2. Verder heeft verzoeker gesteld dat hij voor het kalenderjaar 2010 alleen een polisblad heeft ontvangen en niet vooraf op de hoogte is gesteld van een premieverhoging per 1 januari 2010 en dat hij om die reden de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering nog kan opzeggen tot 30 dagen nadat de verhoogde premie daadwerkelijk bij hem werd geïncasseerd.
- 9.3. De commissie constateert dat op het polisblad 2010 – waarvan verzoeker heeft verklaard dat hij deze heeft ontvangen en hetwelk is gedateerd op 14 november 2009 – de nieuw verschuldigde premie en het (verplicht) eigen risico per 1 januari 2010 staan vermeld. Gesteld noch gebleken is dat verzoeker het polisblad eerst op of na 1 december 2009 heeft ontvangen. Derhalve wist verzoeker al in november 2009 dat de premie met ingang van 1 januari 2010 omhoog ging, althans had hij deze verhoging redelijkerwijs kunnen opmaken uit het polisblad 2010 in combinatie met de premie die hij tot dat moment maandelijks betaalde.
Gezien het voorgaande – en gelet op de artikelen 16 van de zorgverzekering, 13 en 14 van de aanvullende ziektekostenverzekering en 3:37 lid 3 BW– moest de opzegging de ziektekostenverzekeraar uiterlijk 31 december 2009 hebben bereikt. Uit de stukken blijkt dat verzoeker pas op 8 januari 2010 – en derhalve te laat – de verzekeringen heeft getracht op te zeggen. Dit betekent dat verzoeker in 2010 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd is overeenkomstig de op het polisblad vermelde verzekeringen en dat hij daarvoor de op het polisblad vermelde premie verschuldigd is, tenzij vóór het eind van dat jaar sprake zou zijn van een mogelijkheid van tussentijdse beëindiging.
- 9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 september 2010,

Voorzitter