



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg
Zaak : Premie, zorgkosten, betalingsachterstand
Zaaknummer : 201600007
Zittingsdatum : 6 juli 2016

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2015)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Verzoeker was tot en met 31 december 2015 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 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. De kantonrechter te Helmond heeft verzoeker op 10 november 2010 veroordeeld tot betaling aan de zorgverzekeraar van een bedrag van € 128,29, te vermeerderen met de wettelijke rente, alsmede hem veroordeeld in de proceskosten.
- 3.2. Bij brief van 17 september 2014 heeft de zorgverzekeraar verzoeker een nota gezonden ten bedrage van € 140,- ter zake van het eigen risico.
- 3.3. Bij brief van 11 december 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker een financieel overzicht gezonden waaruit blijkt dat de betalingsachterstand € 315,47 bedraagt, welk bedrag ziet op het eigen risico 2014 (€ 220,-) en de premie voor december 2015 (€ 95,47).
- 3.4. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormeld standpunt gevraagd. Bij e-mailberichten van 28, 29 december 2015, 5 en 25 januari 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. Bij klachtenformulier van 3 januari 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is een bedrag van € 2.022,62 te restitueren (hierna: het verzoek).
- 3.6. 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.

3.7. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 5 april 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 april 2016 aan verzoeker gezonden.

3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 7 juni 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.

3.9. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 6 juli 2016 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. Verzoeker is vanaf 1 januari 2006 verzekeringnemer, en als zodanig gehouden de premie en overige kosten aan de zorgverzekeraar te betalen. Dit vloeit voort uit een gewezen vonnis. De zorgverzekeraar vordert echter vanaf maart 2005 betaling van verzoeker. Voorts is verzoeker vanaf 1 januari 2010 aangemeld als wanbetaler bij het toenmalige College voor zorgverzekeringen (thans het Zorginstituut).

Verzoeker heeft in januari 2015 telefonisch contact gehad met de zorgverzekeraar, bij welke gelegenheid aan hem werd medegedeeld dat tot 1 februari 2015 de achterstand totaal € 5.812,99 bedroeg. Dit bedrag heeft verzoeker betaald, waarna hij per 1 februari 2015 is afgemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut.

De zorgverzekeraar heeft diverse betalingen van verzoeker verrekend. Dit is niet terecht en verzoeker vordert derhalve teruggave. Hetgeen in rekening mag worden gebracht is de premie van 1 januari 2006 tot en met 31 december 2009 plus het verplicht eigen risico. Dit komt neer op een totaalbedrag van € 6.777,40, waarbij verzoeker is uitgegaan van een bedrag van € 466,80 aan incassokosten en rente. Verzoeker heeft totaal € 8.800,02 aan de zorgverzekeraar betaald, zodat € 2.022,62 dient te worden gerestitueerd.

4.2. Van bankrekening 12[....] zijn in 2009 en 2010 diverse betalingen aan de zorgverzekeraar uitgevoerd. Het betreft in ieder geval zes keer € 90,75 (= € 544,50). Deze betalingen zijn door de zorgverzekeraar niet verwerkt. Bij de zorgverzekeraar staat een andere bankrekening geregistreerd.

De zorgverzekeraar vordert premiebedragen uit 2010. Dat is onjuist, aangezien verzoeker dan dubbel premie zou betalen voor 2010. Tevens vordert de zorgverzekeraar ten onrechte € 220,-- aan wettelijk eigen risico, bovenop het reeds verschuldigde bedrag ter zake van het eigen risico ten bedrage van € 1.945,--. Daarnaast is op de betreffende factuur uit 2013 'eigen risico' veranderd in 'eigen bijdrage'.

Voorts brengt de zorgverzekeraar ten onrechte rente in rekening, gelet op het vonnis van de kantonrechter.

Overigens is het vreemd dat op de overgelegde facturen (uit 2012) een bankrekening van verzoeker is vermeld die al sinds april 2006 niet meer actief is.

In 2012 is door de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar beslag gelegd op de zorgtoeslag van verzoeker, alsmede op zijn salaris. Verzoeker heeft recent telefonisch contact gehad met de incassogemachtigde en uit dat contact bleek dat het dossier aldaar per 1 januari 2014 was gesloten.

4.3. De zorgverzekeraar hanteert onjuiste berekeningen. Dat niet wordt overgegaan tot teruggave van het teveel betaalde is voor verzoeker een teken dat de zorgverzekeraar niet oprecht is.

4.4. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald. Voorts heeft verzoeker toegelicht zich in maart 2015 bij de zorgverzekeraar te hebben aangemeld voor de zorgverzekering met als gewenste ingangsdatum 1 januari 2006. Dat in 2005 premiebetalingen aan de zorgverzekeraar zijn uitgevoerd is erin gelegen dat de niet van verzoeker financieel misbruik van hem heeft gemaakt. Waarschijnlijk heeft zij haar premie betaald vanaf de bankrekening van verzoeker. De zorgverzekeraar heeft de vordering over 2005 pas in 2009 ingesteld. Het gaat hierbij om twee verschillende polisnummers. Verzoeker heeft geen beroep ingesteld tegen het vonnis in verband met diverse problemen destijds.

Ter uitvoering van het vonnis is beslag gelegd op de zorgtoeslag en circa € 950,-- geïnd. In verband met nabetalings in 2015 van het UWV en zijn voormalige werkgever heeft verzoeker zijn schulden kunnen afbetalen. Tot slot heeft verzoeker gesteld dat de wet heel duidelijk bepaalt dat óf aan de zorgverzekeraar óf aan het Zorginstituut dient te worden betaald. De zorgverzekeraar brengt ten onrechte vertragsrente in rekening. Het eigen risico 2014 is dubbel betaald.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. Verzoeker was van 4 maart 2005 tot en met 31 december 2005 bij de zorgverzekeraar ingeschreven als ziekenfondsverzekerde. Indertijd zijn aan verzoeker de polis, rekeningen, herinneringen en aanmaningen gestuurd. De no-claimteruggave over 2005 is ingehouden op de gedeclareerde zorgkosten. Hierover is aan verzoeker een brief gestuurd. Het restant van de no-claimteruggave 2005 is verrekend met de premie van 2005. De resterende premieschuld van 2005 is overgedragen aan de incassogemachtigde. In verband hiermee is dossier 411107 aangemaakt en de incassogemachtigde heeft verzoeker hierover geïnformeerd.

Op 1 januari 2006 is de Zorgverzekeringswet ingevoerd. Vanaf genoemde datum is verzoeker ingeschreven voor de zorgverzekering bij de zorgverzekeraar.

5.2. Met betrekking tot de stelling van verzoeker dat hij in 2005 niet bij de zorgverzekeraar verzekerd zou zijn geweest, merkt de zorgverzekeraar het volgende op.

Verzoeker heeft een formulier van het Catharina ziekenhuis overgelegd als bewijs van inschrijving bij een andere verzekeraar. Dit formulier is ingevuld in het jaar 2000 en in 2001. Niet te begrijpen is op welke manier dit een bewijs kan zijn voor de situatie in het jaar 2005. De door verzoeker overgelegde bankafschriften, waaruit blijkt dat betalingen zijn gedaan aan de andere verzekeraar, tonen niet aan dat verzoeker ook verzekerd was bij die verzekeraar. Het kan bijvoorbeeld zijn dat verzoeker nog een premieachterstand had bij die verzekeraar en dat hij deze in 2005 in termijnen aan het afbetalen was. Uit de administratie van de zorgverzekeraar blijkt dat verzoeker zich in 2005 via internet heeft aangemeld. Het overeenkomstnummer is ook vermeld op de bankafschriften. Uit de betalingen die zijn gedaan blijkt dat verzoeker gewoon verzekerd was bij de zorgverzekeraar. Tevens heeft, als gezegd, nog een no-claimteruggave over het jaar 2005 plaatsgevonden. Een polisblad van het jaar 2005 kan niet worden overgelegd. Hiervoor geldt een bewaarplicht van zeven jaar. De stukken met betrekking tot het jaar 2005 zijn niet meer beschikbaar.

5.3. Op 5 april 2013 is een brief aan verzoeker gestuurd waarin hem is verzocht vóór 16 april 2013 een bedrag van € 200,-- te betalen. Dit betreft de eigen bijdrage voor GGZ die gold in 2012 (artikel B.19.2.2. van de zorgverzekering 2012). Het bedrag van € 595,-- dat is genoemd in het financiële overzicht ("Eigen risico gevorderd in 2015") ziet op het verplicht eigen risico 2014 van € 220,-- en het verplicht eigen risico 2015 van € 375,--.

5.4. Verzoeker heeft op 8 januari 2015 het bedrag van € 5.812,99 aan de zorgverzekeraar betaald. Dit bedrag is op 7 januari 2015 telefonisch aan verzoeker doorgegeven als zijnde de volledige betalingsachterstand. Op 12 januari 2015 heeft verzoeker nogmaals € 140,-- betaald voor de achterstand. Deze betaling is verrekend met de incassokosten die de incassogemachtigde in rekening had gebracht bij verzoeker. Deze incassokosten hadden geen betrekking op dossier 1000333 en waren daarom nog niet betaald. De incassokosten die buiten dossier 1000333 waren opgelegd, zijn niet genoemd in het telefoongesprek van 7 januari 2015. De zorgverzekeraar heeft besloten verzoeker op dit punt tegemoet te komen door de incassokosten van € 140,-- te laten vervallen. Deze kosten zijn op 28 december 2015 afgeboekt. Het door verzoeker betaalde bedrag van € 140,-- is verrekend met het openstaande eigen risico 2014 van € 220,--. Anders dan verzoeker meent, was dit eigen risico nog niet betaald.

De zorgverzekeraar heeft van bankrekeningnummer 12[.....] de volgende betalingen ontvangen:

- 15 mei 2009: € 10,81;
- 15 mei 2009: € 13,50;
- 21 mei 2009: € 90,75;
- 27 mei 2010: € 90,75;
- 29 juli 2010: € 90,75;
- 26 augustus 2010: € 90,75;
- 29 september 2010: € 90,75;
- 25 april 2012: € 7,67.

In de berekening van verzoeker van de betalingsachterstand ontbreekt de premie uit 2005 en 2015 alsmede de in 2012 verschuldigde eigen bijdrage voor GGZ van € 200,-. Verder rekent hij met een bedrag van € 466,80 aan incassokosten en rente. Dit zijn de incassokosten en rente die met de betaling van 8 januari 2015 ten bedrage van € 5.812,99 zijn verrekend. In totaal is echter € 549,50 aan incassokosten en rente berekend. Deze incassokosten en rente zijn conform de wettelijke bepalingen in rekening gebracht. De extra kosten in dossier 1000333 bij de incassogemachtigde was verzoeker verschuldigd ingevolge het vonnis van 10 november 2010.

Er is niet méér eigen risico in rekening gebracht dan de wettelijke maximumbedragen. Alle vorderingen ter zake van het eigen risico over de periode van 2008 tot en met 2015 tezamen belopen € 1.945,-. Dit is het wettelijk verplicht eigen risico voor de jaren 2008 tot en met 2015.

5.5. Op een factuur voor de eigen bijdrage is per abuis 'eigen risico' vermeld. Voor deze fout zijn excuses aangeboden aan verzoeker.

Verzoeker is zelf verantwoordelijk voor het tijdig doorgeven van de juiste gegevens. Op de factuur van 30 mei 2013 stond het bij de zorgverzekeraar laatst bekende bankrekeningnummer van verzoeker vermeld. Inmiddels vermeldt de zorgverzekeraar al geruime tijd geen bankrekeningnummer meer op de facturen.

5.6. Op 9 maart 2016 bedroeg het openstaande bedrag totaal € 175,47. Dit betrof een restant van het eigen risico 2014 (€ 80,-) en de maandpremie voor december 2015 (€ 95,47). Naar de stand van 15 maart 2016 is sprake van een betalingsachterstand van € 80,-.

De zorgverzekeraar gaat niet over tot teruggave van een bedrag aan verzoeker.

Tot slot merkt de zorgverzekeraar op dat de eventuele vordering van verzoeker over het jaar 2005 is verjaard. Verzoeker kan de door hem betaalde premies over het jaar 2005 thans daarom niet meer terugvorderen.

5.7. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat niet dubbel is betaald. Ziekenhuizen declareren achteraf, waardoor zorgkosten een jaar later van een verzekerde kunnen worden gevorderd. In het overhavige geval is in 2015 het eigen risico 2014 van verzoeker gevorderd, en in 2014 het eigen risico 2013. Verzoeker heeft hierover brieven gehad, maar wellicht had dit duidelijker kunnen worden gecommuniceerd. Het openstaande bedrag van € 80,- ziet op het eigen risico 2014. Voorts heeft de zorgverzekeraar verklaard dat onduidelijk is waar verzoeker zijn vordering op baseert. Tot slot heeft de zorgverzekeraar gesteld dat verzoeker zich op 4 maart 2005 via internet heeft aangemeld. De verzekering is toen ingegaan en in 2005 is premie betaald.

5.8. 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 A.22. van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.


6.2. De commissie is niet bevoegd ten aanzien van de verzekering tegen ziektekosten van vóór 1 januari 2006.


6.3. Voorts is de commissie niet bevoegd ten aanzien van het gedeelte van de kwestie waarover de rechter reeds heeft geoordeeld.


 7. Het geschil


7.1. In geschil is of verzoeker aanspraak heeft op teruggave van een bedrag van € 2.022,62.


 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden


 8.1. Voor de beoordeling van het geschil tussen partijen zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden relevant.


 8.2. Ingevolge artikel A.8. van de zorgverzekering dient de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling te voldoen.

 8.3. Artikel A.9. van de zorgverzekering bepaalt dat bij niet (tijdige) betaling de verzekeringnemer wettelijke rente en incassokosten is verschuldigd.


 9. Beoordeling van het geschil

 9.1. De zorgverzekeraar heeft in zijn brief van 5 april 2016 aan de commissie verklaard dat naar de stand van 15 maart 2016 sprake is van een betalingsachterstand van € 80,--. Genoemd bedrag ziet op, naar de commissie begrijpt, het restant van het verplicht eigen risico 2014 van € 220,--. Dit restant van het eigen risico is door verzoeker niet voldaan, maar het door verzoeker in januari 2015 betaalde bedrag van € 140,-- ter zake van incassokosten is hierop afgeboekt, nadat de zorgverzekeraar deze incassokosten had laten vervallen. Verzoeker heeft niet aannemelijk gemaakt dat het resterende bedrag wèl is voldaan, zodat de commissie de achterstand vaststelt op € 80,-- (€ 220,-- - € 140,--).

 9.2. Een gedeelte van het door verzoeker gevorderde bedrag van € 2.022,62 ziet op premie uit 2005. Hiertoe is de commissie, als gezegd, niet bevoegd, zodat de vraag of sprake is van verjaring onbeantwoord dient te blijven. Daarnaast ziet een gedeelte van het door verzoeker gevorderde bedrag op volgens hem teveel betaalde incassokosten en rente. Hieraan ten grondslag ligt echter een vonnis uit 2010. Gelet op het feit dat dit vonnis gezag van gewijsde heeft, wordt hetgeen in het vonnis is bepaald door de commissie als vaststaand aangenomen. Het is de commissie voorts niet gebleken dat de zorgverzekeraar ter zake van incassokosten en rente meer van verzoeker vordert, dan waartoe hij gerechtigd was. Verder heeft verzoeker gesteld dat de zorgverzekeraar ter zake van het wettelijk verplicht eigen risico over de jaren 2008 tot en met 2015 een te hoog bedrag van hem vordert. De zorgverzekeraar heeft dit bestreden. Dat in de betreffende jaren geen zorgkosten zijn gemaakt dan wel dat de gemaakte zorgkosten geheel of gedeeltelijk zijn uitgesloten van de eigen risicoregeling, is gesteld noch gebleken. Het is de commissie voorts niet gebleken dat de zorgverzekeraar, uitgaande van de in de betreffende jaren geldende bedragen, te veel aan eigen risico van verzoeker vordert. Tot slot is in 2013 een eigen bijdrage van € 200,-- van verzoeker gevorderd. Dit is de eigen bijdrage die in 2012 was verschuldigd voor GGZ. Dat deze zorg is genoten en dat hiervoor destijds een eigen bijdrage gold, is door verzoeker niet bestreden.

 9.3. Gelet op het voorgaande, is naar de stand van 15 maart 2016 sprake van een betalingsachterstand (€ 80,--), en bestaat geen aanleiding te beslissen dat de zorgverzekeraar aan verzoeker een bedrag dient te restitueren.

 **Conclusie**

 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, 21 juli 2016,



A.I.M. van Mierlo

