



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A, feitelijk verblijvend te B, tegen FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak : Beëindiging verzekering, zorgkosten, schadevergoeding
Zaaknummer : 201402316
Zittingsdatum : 25 maart 2015



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014)

1. Partijen

De heer A, feitelijk verblijvend te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden, en
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Verzoeker is vanaf 1 januari 2006 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Ziektekostenverzekering (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 Module Buitenland afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten 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. Verzoeker heeft medio augustus 2014 de ziektekostenverzekeraar verzocht om vergoeding van een darmonderzoek, uit te voeren in Argentinië.
- 3.2. Bij e-mailbericht van 22 augustus 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij geen recht meer heeft op een zorgverzekering, zodat deze met ingang van 1 september 2014 wordt beëindigd.
- 3.3. Bij brief van 23 augustus 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een uitschrijfbewijs voor de zorgverzekering gezonden.
- 3.4. Verzoeker heeft zich bij e-mailbericht van 25 augustus 2014 bij de ziektekostenverzekeraar beklagd over voornoemd standpunt.
- 3.5. Verzoeker heeft zich op 31 augustus 2014 tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen gewend, waarna zijn zaak in behandeling is genomen door de Ombudsman Zorgverzekeringen.
- 3.6. Bij e-mailbericht van 14 oktober 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie), naar de commissie begrijpt, verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte is overgegaan tot beëindiging van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 september 2014, althans dat de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering tot 1 juli 2015 van kracht blijven, onder toekenning van een door de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker te betalen schadevergoeding (hierna: het verzoek).

- 3.7. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoeker op 15 oktober 2014 medegedeeld de bemiddeling op zijn verzoek te staken en het dossier over te dragen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.
- 3.8. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 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.
- 3.9. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 7 januari 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 29 januari 2015 aan verzoeker gezonden.
- 3.10. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 18 februari 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 11 maart 2015 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.11. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat, gebruik makend van de haar op grond van artikel 22 van dit reglement toekomstende bevoegdheid, de onderhavige zaak in afwijking van het bepaalde in artikel 13, lid 5 onder a van bedoeld reglement enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.12. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 maart 2015 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker is sinds 1 januari 2006 verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar. Hij staat ingeschreven in Nederland en doet hier jaarlijks aangifte voor de Inkomstenbelasting. In 2010 heeft verzoeker besloten zijn huis te verkopen en een lange wereldreis te maken. Vanaf juli 2015 zal hij weer in Nederland verblijven. De ziektekostenverzekeraar is hiervan vooraf op de hoogte gesteld. Deze heeft nadrukkelijk medegedeeld dat het niet nodig was eenmaal per jaar in Nederland te zijn om het recht op de zorgverzekering te blijven behouden. Verzoeker heeft destijds diverse verzekeringen afgesloten bij de ziektekostenverzekeraar, afgestemd op zijn nieuwe situatie. Zo is naast de zorgverzekering, de aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten en heeft verzoeker een reisverzekering met de module Lang op reis. In november 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar desgevraagd nog bevestigd dat alles in orde is en dat verzoeker - uitgaande van zijn situatie - goed verzekerd is. Gedurende de jaren dat verzoeker in het buitenland verbleef, heeft de ziektekostenverzekeraar diverse zorgkostennota's vergoed.
- 4.2. Medio augustus 2014 heeft verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar een verzoek ingediend voor vergoeding van een darmonderzoek, uit te voeren in Argentinië. Tot zijn ontsteltenis gaf de ziektekostenverzekeraar hiervoor geen akkoordverklaring af. Uit een hierop volgende e-mailwisseling bleek dat de ziektekostenverzekeraar had besloten de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 september 2014 te beëindigen. Het darmonderzoek is toch uitgevoerd en verzoeker heeft de kosten hiervan zelf betaald.
- 4.3. De handelwijze van de ziektekostenverzekeraar is onacceptabel. Er heeft altijd goed overleg plaatsgevonden. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker nooit geïnformeerd over de voorwaarden die gelden voor de zorgverzekering. De afgelopen jaren is de premie voor de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering gewoon geïncasseerd door de ziektekostenverzekeraar en zijn buitenlandse zorgkostennota's vergoed. Dat tien dagen na het verzoek om vergoeding van het darmonderzoek tot eenzijdige beëindiging wordt overgegaan is schandalig. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker laten vallen.

4.4. Verzoeker stelt dat een overeenkomst met de ziektekostenverzekeraar is gesloten. Beide partijen zijn gehouden de hieruit voortvloeiende verplichtingen (betaling van premie respectievelijk vergoeding van zorgkosten) na te komen. Volgens de wet bepaalt de Sociale Verzekeringsbank (hierna: SVB) of iemand verzekeringsplichtig is. De ziektekostenverzekeraar bepaalt dit niet. Deze informatie was verzoeker ten tijde van zijn vertrek naar het buitenland niet bekend. Hierdoor komen de destijds gemaakte afspraken met de ziektekostenverzekeraar in een ander daglicht te staan. In de beleving van verzoeker zijn bindende afspraken gemaakt over de verzekering en het verblijf in het buitenland. De ziektekostenverzekeraar heeft destijds niet gerefereerd aan de SVB en het begrip Nederlands ingezetene. Er werd zelfs medegedeeld dat verzoeker zonder twijfel tot de kring der verzekerden behoorde. Was dit anders geweest, dan had verzoeker contact opgenomen met de SVB in verband met zijn verblijf in het buitenland en zijn bezoeken aan Nederland. De destijds met de ziektekostenverzekeraar gemaakte afspraken lijken thans betekenisloos.

Er is sprake van wanprestatie. Verzoeker heeft erop vertrouwd dat hij goed verzekerd was en hoefde geen rekening te houden met beëindiging. De commissie zou de handelwijze van de ziektekostenverzekeraar moeten afkeuren. Verzoeker wenst dat de beëindiging met ingang van 1 september 2014 ongedaan wordt gemaakt, dan wel dat de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering tot zijn terugkomst naar Nederland in juli 2015 zullen doorlopen. Voorts wenst verzoeker een schadevergoeding te ontvangen. Dit als compensatie voor de stress en onzekerheid die de kwestie heeft opgeleverd. Hij is ineens onverzekerd geraakt tijdens zijn verblijf in het buitenland en heeft juridisch advies moeten inwinnen.

4.5. Ter zitting voert verzoeker ter aanvulling aan dat de ziektekostenverzekeraar impliciet erkent dat meer onderzoek had moeten worden gedaan naar zijn situatie. Verzoeker heeft zich aan de regels gehouden. Zo is het darmonderzoek vooraf aangevraagd. Als de kosten hiervan als spoedhulp waren gedeclareerd, had de ziektekostenverzekeraar deze zonder meer vergoed. Verzoeker is onder behandeling van een cardioloog. Hij kreeg te horen dat hij binnen tien dagen geen zorgverzekering meer zou hebben. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker niet gewezen op de mogelijkheid de kwestie voor te leggen aan de commissie. Desgevraagd is door verzoeker verklaard dat hij niet tussentijds is teruggekomen naar Nederland. Elk jaar heeft telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar plaatsgevonden over de verzekering, en er was geen probleem. Zijn verblijf in het buitenland is bij die gelegenheden genoemd, en daarnaast zijn zorgkostennota's uit het buitenland gedeclareerd en door de ziektekostenverzekeraar vergoed. De aanvullende ziektekostenverzekering en de reisverzekering werden telkens stilzwijgend verlengd. Voorts heeft verzoeker verklaard niet terug te willen naar de ziektekostenverzekeraar. Intussen is door hem ter plaatse een ziektekostenverzekering afgesloten, ingaande 1 november 2014. De kosten hiervan bedragen € 170,- per maand. Het aanvankelijk gevorderde herstel van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is daarom niet meer aan de orde en het verzoek aan de commissie blijft beperkt tot de schadevergoeding vanwege de stress en onzekerheid waarmee verzoeker is geconfronteerd. Tevens vordert hij dat de ziektekostenverzekeraar op deze wijze op de vingers wordt getikt. Daarnaast vordert verzoeker vergoeding van de gemaakte zorgkosten. Daarnaast gevraagd, verklaart verzoeker dat deze bestaan uit de kosten van het darmonderzoek, uitgevoerd op 22 september 2014.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Verzoeker heeft vanaf 1 januari 2006 een zorgverzekering bij de ziektekostenverzekeraar. Naast de zorgverzekering heeft verzoeker de aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten. Vanaf 5 augustus 2009 is de doorlopende reisverzekering actief. Naast de basisdekking is de module Werelddekking en Lang-op-reis afgesloten. Deze dekkingen zijn actief voor een aaneengesloten periode van maximaal 365 dagen. Voorwaarde is dat een verzekerde Nederlands ingezetene is.

Voor de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering gelden als eisen dat de verzekerde Nederlands ingezetene dient te zijn en dat in Nederland sprake moet zijn van een sociaal economisch leven. Deze eisen zijn voor de ziektekostenverzekeraar lastig te bepalen. De Sociale Verzekeringsbank (SVB) kan dit toetsen.

In het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekering is voorgesteld de SVB te laten onderzoeken of verzoeker AWBZ-gerechtigd is, en derhalve verzekeringsplichtig in het kader van de Zvw. Verzoeker dient zelf een dergelijk onderzoek aan te vragen; de ziektekostenverzekeraar kan dit niet doen. De ziektekostenverzekeraar realiseert zich dat dit een vervelend verzoek is, gelet op het verblijf van verzoeker in het buitenland.

Verzoeker heeft evenwel verklaard geen onderzoek door de SVB naar zijn verzekeringsplicht te willen laten uitvoeren.

- 5.2. Verzoeker heeft verklaard dat in 2010 afspraken zijn gemaakt met de ziektekostenverzekeraar over zijn verblijf in het buitenland. De ziektekostenverzekeraar kan in zijn systeem bij zowel de zorgverzekering als de reisverzekering echter niets terugvinden van speciale afspraken.
- 5.3. Verzoeker heeft vanaf april 2010 voor totaal € 3.789,52 aan buitenlandse zorgkosten gedeclareerd. Dit wil niet zeggen dat dit bedrag ook daadwerkelijk is vergoed. Ieder jaar zijn buitenlandse zorgkosten gedeclareerd, variërend van € 172,15 tot € 2.213,27 per jaar. Naar aanleiding van de ingediende declaraties heeft de afdeling Zorg op een gegeven moment - en dit was blijkbaar in augustus 2014 - besloten de zorgverzekering met ingang van 1 september 2014 te beëindigen. Wellicht gaf de communicatie in augustus 2014 hiertoe aanleiding, maar de ziektekostenverzekeraar kan dit niet nagaan. Het enige dat is terug te vinden is een telefonisch contact tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar op 14 augustus 2014. Verzoeker heeft toen gesproken met een medewerker van de afdeling Klantcontact en deze heeft hem doorverbonden naar het Zorgteam. Hierover is verder niets terug te vinden in het systeem van de ziektekostenverzekeraar. Het Zorgteam maakt alleen aantekeningen als er uitzonderingen of bijzonderheden worden besproken.
- 5.4. In 2012 is e-mailcontact geweest tussen verzoeker en de afdeling Zorg. De afdeling Zorg heeft toen aan verzoeker gevraagd waarom hij in het buitenland verblijft. Verzoeker heeft hierop geantwoord dat hij in Nederland is ingeschreven en dat hij de twee modules heeft afgesloten. Daarnaast gaf verzoeker aan dat hij onder behandeling was van een cardioloog en dat dit bekend was bij de ziektekostenverzekeraar. Destijds heeft de medewerker van de ziektekostenverzekeraar dit akkoord bevonden. Wellicht dat toen meer onderzoek naar de situatie van verzoeker had moeten plaatsvinden. Dit is echter een constatering achteraf.
- 5.5. Verzoeker verblijft al vier jaar in het buitenland in verband met een langdurige reis. Hierdoor heeft hij geen recht meer op een zorgverzekering in Nederland. De ziektekostenverzekeraar is daarom overgegaan tot beëindiging van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering per eerst mogelijke datum, te weten 1 september 2014. In de maanden juli en augustus 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar drie buitenlandse declaraties verwerkt:
- 4 juli 2014 - ziekenhuiskosten - 709,50 ARS - € 64,15 - vergoeding zorgverzekering - verrekening met eigen risico
 - 24 juli 2014 - ziekenhuiskosten - 390 ARS - € 35,44 - vergoeding zorgverzekering - verrekening met eigen risico
 - 5 augustus 2014 - ziekenhuiskosten - 390 ARS - € 35,44 - vergoeding zorgverzekering - verrekening met eigen risico

De buitenlandse nota van 22 september 2014 die verzoeker aan de commissie heeft overgelegd is de ziektekostenverzekeraar niet bekend. Uiteraard kan verzoeker deze nota op de hem bekende wijze declareren bij de afdeling Zorg.

Als uit de toetsing van de SVB blijkt dat verzoeker voldoet aan alle gestelde eisen, zal de ziektekostenverzekeraar de zorgverzekering met ingang van 1 september 2014 activeren.

5.6. Ter zitting voert de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aan dat hij afhankelijk is van de GBA. In de GBA staat verzoeker op een adres in Nederland ingeschreven. Er was dus geen reden tot twijfel over zijn verzekeringsstatus. Verzoeker stelt dat hij steeds schriftelijk heeft aangegeven hoe zijn situatie is. Hiervan is echter niets terug te vinden bij zowel de zorgverzekering als de reisverzekering (module Lang op reis). Deze laatste geldt voor maximaal 365 dagen en verzoeker verblijft nu al enkele jaren in het buitenland. Van telefonische contacten met verzoeker waarbij over het verblijf in het buitenland is gesproken, is de ziektekostenverzekeraar evenmin iets bekend, met uitzondering van het telefoongesprek op 14 augustus 2014. De datum klopt, gezien de problemen die er toen waren. Volgens verzoeker is door de ziektekostenverzekeraar erkend dat een fout is gemaakt. Dit betreft echter de afdeling Zorg. De communicatie rond de reisverzekering staat hier los van.

5.7. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het onderhavige verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 18 van de zorgverzekering en artikel 20 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is thans uitsluitend nog of de ziektekostenverzekeraar is gehouden aan verzoeker een schadevergoeding toe te kennen en de gemaakte zorgkosten te vergoeden.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden

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

8.2. Artikel 2 van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"Wat verzekert de basisverzekering (vergoedingen) en voor wie is deze bedoeld?

2.2 Met deze basisverzekering heeft u recht op de vergoeding van kosten van zorg. De overheid bepaalt welke zorg verzekerd is. De verzekering kan worden afgesloten met of voor:

a) verzekeringsplichtigen die in Nederland woonachtig zijn;

b) verzekeringsplichtigen die in het buitenland wonen.

(...)

2.2 Aanmelding en Inschrijving

Als u zich aanmeldt, gaan wij na of u voldoet aan de voorwaarden voor inschrijving volgens de Zorgverzekeringswet. Voldoet u hieraan? Dan geven wij een polisblad af. U ontvangt ook een zorgpas van ons. Het polisblad of de zorgpas moet u aan de zorgverlener tonen bij het inroepen van zorg. Daarna bestaat recht op de vergoeding van kosten van zorg volgens deze wet.

(...)"

8.3. Artikel 5 van de zorgverzekering betreft de verplichtingen van de verzekeringnemer. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

5.6 Verplichting: geef wijzigingen in uw situatie binnen 1 maand aan ons door

Verandert er iets in uw persoonlijke situatie? Of in die van een van de andere verzekerden? Dan moet u (verzekeringnemer) dat binnen 1 maand aan ons doorgeven. Het gaat hierbij om alle gebeurtenissen die van betekenis kunnen zijn voor een juiste uitvoering van de basisverzekering. Denk aan eindigende verzekeringsplicht, verhuizing, echtscheiding, overlijden en langdurig verblijf in het buitenland. Als wij aan u (verzekeringnemer) een bericht sturen aan uw laatst bekende adres, dan gaan wij ervan uit dat dit bericht u (verzekeringnemer) heeft bereikt."

8.4. Artikel 14 van de zorgverzekering betreft de beëindiging, en luidt, voor zover hier van belang:

"14.1 In sommige gevallen beëindigen wij uw basisverzekering:

a) met ingang van de dag die volgt op de dag waarop u niet meer voldoet aan de eisen voor inschrijving in de basisverzekering;

b) op het tijdstip waarop u niet meer verzekerd bent op basis van de AWBZ;

(...)

Beëindigen wij uw verzekering? Dan ontvangt u (verzekeringnemer) daar van ons een bericht van. In dit bericht leest u, waarom wij uw verzekering beëindigen en op welke datum deze eindigt.

14.2 Basisverzekering vervalt ook bij onrechtmatige inschrijving

Komt voor u een verzekeringsovereenkomst tot stand op grond van de Zorgverzekeringswet, en blijkt later dat u geen verzekeringsplicht had? Dan vervalt de verzekeringsovereenkomst met terugwerkende kracht tot het moment waarop u niet langer verzekeringsplicht had. Heeft u (verzekeringnemer) premie betaald, terwijl u geen verzekeringsplicht meer had? Dan verrekenen wij die premie met de vergoeding van de kosten van de zorg die u (verzekeringnemer) sindsdien heeft ontvangen. Wij betalen het saldo aan u (verzekeringnemer) uit, als u (verzekeringnemer) meer premie heeft betaald dan dat u (verzekeringnemer) aan vergoeding heeft ontvangen. Heeft u (verzekeringnemer) meer vergoeding ontvangen dan u (verzekeringnemer) aan premie heeft betaald? Dan brengen wij die kosten bij u (verzekeringnemer) inrekening. Wij gaan hierbij uit van een maand van 30 dagen.

(...)

14.3.2 Wij zijn bevoegd een met u gesloten verzekeringsovereenkomst te vernietigen vanwege dwaling, als achteraf blijkt dat u op dat moment niet verzekeringsplichtig was. Hiermee wijken wij af van artikel 931, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

(...)"

8.5. Artikel 6 van de aanvullende ziektekostenverzekering betreft opzegging, en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

Lid 6 Beëindiging als u langer dan een jaar niet meer in Nederland bent

Bent u, of is een verzekerde, langer dan 12 maanden achter elkaar buiten Nederland? Dan kunnen wij de verzekeringsdekking voor u of die verzekerde beëindigen.

Lid 7 Woont u niet langer in Nederland? Dan beëindigen wij de overeenkomst met ingang van de datum dat u niet meer in Nederland woont."

8.6. Artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering betreft verhuizing, en luidt:

"Wat verwacht FBTO van u, als u verhuist?

Lid 1 Gaat u verhuizen? Stuur ons dan voordat u verhuist een adreswijziging.

Lid 2 Bent u, of is een verzekerde, langer dan 12 maanden in een aaneengesloten periode niet in Nederland? Dan moet u dat aan ons laten weten. (Zie ook artikel 6 lid 6 en lid 7.)"

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Het antwoord op de vraag of iemand in 2014 AWBZ-gerechtigd was, en daarmee verzekeringsplichtig in de zin van de Zvw, is voorbehouden aan de SVB. De commissie is te dien aanzien niet bevoegd.
- 9.2. Verzoeker heeft gesteld dat in 2010, bij aanvang van zijn verblijf in het buitenland, afspraken zijn gemaakt met de ziektekostenverzekeraar over de af te sluiten verzekeringen, waarbij is gekozen voor de reisverzekering, de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. De ziektekostenverzekeraar bestrijdt dat in 2010 dergelijke speciale afspraken zijn gemaakt met verzoeker.
De commissie is van oordeel dat aannemelijk is geworden dat tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar in 2010 een verzekeringsovereenkomst tot stand is gekomen op basis van de op dat moment gewijzigde situatie van verzoeker, namelijk verblijf in het buitenland. Echter, niet gesteld is dat op dat moment de geplande duur van het verblijf buiten Nederland is besproken, laat staan dat kon worden voorzien dat dit uiteindelijk ruim vier jaar zou worden.
- 9.3. Niet in geschil is dat in 2012 e-mailcontact tussen de ziektekostenverzekeraar en verzoeker heeft plaatsgevonden. Bij die gelegenheid heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker gevraagd waarom hij in het buitenland verblijft. Verzoeker heeft hierop geantwoord dat hij in Nederland staat ingeschreven en dat hij de reisverzekering met de modules Lang op reis en Wereld heeft. Daarnaast verklaarde verzoeker onder behandeling te zijn van een cardioloog en dat dit bekend was bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft een en ander in 2012 kennelijk geaccepteerd.
Daaruit kan worden afgeleid dat de ziektekostenverzekeraar, bekend met de verzekeringssituatie van verzoeker en het op dat moment reeds langdurige verblijf in het buitenland, het niet bezwaarlijk achtte de verzekering voort te zetten. Zoals door de ziektekostenverzekeraar in de procedure ook is erkend, bestond in 2012 weliswaar gereede aanleiding tot onderzoek, doch is dit nagelaten.
- 9.4. In augustus 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar besloten tot beëindiging van de zorgverzekering met ingang van 1 september 2014. Volgens verzoeker was de aanleiding tot dit besluit zijn verzoek om vergoeding van de kosten van een darmonderzoek. Medio augustus 2014 heeft hij hiervoor toestemming gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat naar aanleiding van alle (buitenlandse) declaraties op een gegeven moment - kennelijk in augustus 2014 - is besloten de zorgverzekering met ingang van 1 september 2014 te beëindigen. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat op 14 augustus 2014 telefonisch contact met verzoeker heeft plaatsgevonden.
Naar het oordeel van de commissie valt niet in te zien waarom de ziektekostenverzekeraar in (augustus) 2014 heeft besloten de zorgverzekering met ingang van 1 september 2014 te beëindigen. Van een wijziging van de feitelijke situatie van verzoeker was immers geen sprake, althans een dergelijke wijziging is gesteld noch gebleken. Zo het langdurige verblijf van verzoeker voor de ziektekostenverzekeraar reden was de zorgverzekering te beëindigen, had het op diens weg gelegen hiertoe eerder over te gaan. Verzoeker verbleef namelijk reeds sinds 2010 in het buitenland, terwijl het langdurige karakter van dit verblijf in ieder geval in 2012 vast stond. In de jaren 2010 tot en met 2014 hadden diverse signalen (vergoedingen, contacten) de ziektekostenverzekeraar tot actie kunnen aanzetten, maar dit is uitgebleven.
- 9.5. Het vorenoverwogene leidt tot de conclusie dat de ziektekostenverzekeraar de verzekering van verzoeker ten onrechte per 1 september 2014 heeft beëindigd, hetgeen zou hebben geleid tot toewijzing van het initiële verzoek tot herstel van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering, ware het niet dat verzoeker zijn verzoek ter zitting heeft gewijzigd, in die zin dat door hem nog uitsluitend een schadevergoeding in combinatie met vergoeding van de gemaakte zorgkosten wordt gevorderd. Verzoeker wenste zich niet langer bij de ziektekostenverzekeraar te verzekeren en heeft zich intussen in Argentinië tegen ziektekosten

verzekerd. De gevorderde schadevergoeding ziet feitelijk op de premie die is verschuldigd voor de hiervoor bedoelde verzekering met betrekking tot de periode van 1 november 2014 tot 1 juli 2015 en de kosten van het darmonderzoek, uitgevoerd te Argentinië, die voor rekening van verzoeker zijn gekomen.

9.6. De commissie overweegt dat de vordering tot schadevergoeding door verzoeker voldoende is gespecificeerd en gesubstantieerd voor zover het de voornoemde punten betreft. Daarnaast heeft verzoeker verklaard dat hij genoegdoening wenst voor de stress en de onzekerheid waarmee hij is geconfronteerd, en dat hij meent dat de ziektekostenverzekeraar op de vingers moet worden getikt. Voor het toekennen van financiële compensatie op deze basis, ziet de commissie evenwel geen grond.

9.7. De premie voor de ziektekostenverzekering in Argentinië bedraagt volgens opgave van verzoeker € 170,-- per maand, hetgeen voor de periode van 1 november 2014 tot 1 juli 2015 neerkomt op totaal € 1.360,--. Deze kosten had hij niet hoeven maken als de ziektekostenverzekeraar niet tot - de hiervoor reeds door de commissie als niet terecht bestempelde - beëindiging van de verzekering per 1 september 2014 was overgegaan. In dat verband merkt de commissie wat betreft de omvang van de toe te kennen schadevergoeding nog het volgende op. Zou de ziektekostenverzekeraar de zorgverzekering hebben voortgezet tot 1 juli 2015, dan had verzoeker hiervoor aan de ziektekostenverzekeraar premie moeten betalen. Deze premie bedraagt € 106,76 (2014)/€ 98,50 (2015, restitutie) per maand. Aangezien verzoeker het tegendeel niet heeft gesteld, gaat de commissie ervan uit dat de plaatselijke ziektekostenverzekering van verzoeker een dekking kent die ten minste gelijk is aan die van de zorgverzekering. Derhalve dient de schadevergoeding ter zake van de premie te worden verminderd met de premie voor de zorgverzekering over de periode van 1 september 2014 tot en met 1 juli 2015, te weten € 1.018,04 (€ 427,04 + € 591,--). Dit betekent dat de schadevergoeding ter zake van premie € 341,96 bedraagt (€ 1.360,-- - € 1.018,04).

9.8. De kosten van het darmonderzoek zijn voor rekening van verzoeker gekomen. Dit betreft een bedrag van 6.125,50 ARS (Argentinië peso), hetgeen omgerekend € 556,63 is. Dat deze kosten voor vergoeding in aanmerking zouden zijn gekomen als de zorgverzekering was gecontinueerd, is door de ziektekostenverzekeraar niet bestreden. De kosten van het darmonderzoek zou verzoeker dan ook niet hoeven maken als de ziektekostenverzekeraar niet tot beëindiging van de verzekering was overgegaan.

9.9. De commissie stelt derhalve vast dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een schadevergoeding dient toe te kennen van € 898,59 (€ 341,96 + € 556,63).

Conclusie

9.10. Het voorgaande leidt ertoe dat verzoek tot schadevergoeding gedeeltelijk dient te worden toegewezen. De ziektekostenverzekeraar dient aan verzoeker een bedrag van € 898,59 te betalen.

9.11. Aangezien het verzoek gedeeltelijk wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek toe op de wijze als onder 9.10 is omschreven.



10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.



Zeist, 8 april 2015,



mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester

