



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg

Zaak : Aanvullende verzekering, vervallen collectiviteit gemeente, aanbod en aanvaarding, onrechtmatige daad, schadevergoeding

Zaaknummer : 201801323

Zittingsdatum : 20 maart 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018)

1. Partijen

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

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, en
 - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar 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). Verder was tot 17 mei 2018 ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Gemeenten Extra Uitgebreid afgesloten. Met ingang van 17 mei 2018 is deze verzekering omgezet naar de aanvullende verzekeringen Basis en Tandarts (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 26 juni 2018 medegedeeld dat hij met ingang van 17 mei 2018 geen recht meer had op de collectieve verzekering van de gemeente. Daarom is zijn verzekering omgezet in de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. Met ingang van 17 mei 2018 is de premie voor beide verzekeringen door de ziektekostenverzekeraar automatisch geïncasseerd van de rekening van verzoeker.
- 3.2. Verzoeker is het niet eens met de automatische incasso van het volledige premiebedrag, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij twee e-mailberichten van 16 augustus 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de afgeschreven bedragen correct zijn. Bij die gelegenheid is verzoeker het aanbod gedaan de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht tot 17 mei 2018 te beëindigen.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten een beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht nog te accepteren als verzoeker expliciet vóór 31 december 2018 aan de ziektekostenverzekeraar liet weten dat hij hierop prijs stelde. Indien dit niet gebeurde, kwam het aanbod te vervallen.

- 3.4. Bij brief van 16 december 2018 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar (i) de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering niet automatisch van zijn rekening mocht incasseren, (ii) hij door dit wel te doen een onrechtmatige daad pleegt en (iii) hij gehouden is verzoeker een schadevergoeding te betalen van € 15.000,- (hierna: het verzoek).
- 3.5. 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.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 14 februari 2019 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 februari 2019 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 15 februari 2019 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 13 maart 2019 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Op grond van artikel 114, derde lid, Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11 Zvw, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker had tot 17 mei 2018 recht op een collectiviteitskorting via de gemeente. Omdat hij met ingang van 17 mei 2018 werk heeft gevonden, verviel zijn recht hierop. Hij is daarna door de ziektekostenverzekeraar geïnformeerd dat met ingang van 17 mei 2018 de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering voor hem werden afgesloten.
- 4.2. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar een machtiging verleend voor het automatisch incasseren van de premie voor de zorgverzekering. Bij de machtiging heeft hij een begeleidend schrijven gevoegd, waarin hij mededeelde dat slechts een bedrag van € 116,66 mocht worden afgeschreven en dat hij voor de aanvullende ziektekostenverzekering een aparte rekening wenste te ontvangen. De ziektekostenverzekeraar heeft evenwel niet op de brief van verzoeker gereageerd, maar heeft het volledige premiebedrag van € 144,15 van zijn rekening afgeschreven, zonder verzoeker hiervan vooraf in kennis te stellen. Hierdoor heeft verzoeker financiële en psychische problemen gekregen. Hij is nierpatiënt en heeft maandelijks hoge kosten. Zijn inkomen is niet hoog. Door het afschrijven van het volledige bedrag had hij geen geld om bijvoorbeeld eten te kopen.
- 4.3. Verzoeker is van mening dat de ziektekostenverzekeraar met het afschrijven van het volledige bedrag een onrechtmatige daad heeft gepleegd zoals omschreven in artikel 6:162 BW. De schade die verzoeker hierdoor heeft geleden bedraagt € 15.000,-. De ziektekostenverzekeraar is gehouden hem deze schade te vergoeden. Dit klemt temeer aangezien de aanvullende ziektekostenverzekering, anders dan de zorgverzekering, in Nederland niet verplicht is.
- 4.4. 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 heeft verzoeker bij brief van 26 juni 2018 geïnformeerd dat de collectiviteitskorting via de gemeente kwam te vervallen met ingang van 17 mei 2018. Verzoeker had tot die datum via de gemeente de aanvullende verzekering Extra Uitgebreid Gemeenten afgesloten. Aangezien deze verzekering niet buiten de collectiviteit om wordt aangeboden, heeft de ziektekostenverzekeraar deze aanvullende verzekering omgezet in de aanvullende ziektekostenverzekering. Deze verzekering komt qua dekking het meest overeen met de voorheen door verzoeker afgesloten aanvullende verzekering. In de brief van 26 juni 2018 is medegedeeld dat verzoeker binnen 30 dagen moest reageren als hij een andere aanvullende verzekering wilde afsluiten.
- 5.2. Op 4 juli 2018 ontving de ziektekostenverzekeraar van verzoeker een ondertekend formulier voor automatische incasso. Achter dit formulier zat een begeleidend schrijven van verzoeker, waarin hij vraagt slechts een bedrag van € 116,25 (de premie voor de zorgverzekering) automatisch te incasseren en het hem te vertellen als hij meer moest betalen. Met dit bericht is per abuis niets gebeurd. De ziektekostenverzekeraar heeft de automatische incasso geregistreerd en het volledige premiebedrag van de rekening van verzoeker afgeschreven. Voor deze vergissing heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker bij e-mailbericht van 13 augustus 2018 excuses aangeboden. Daarbij is verzoeker de mogelijkheid geboden de aanvullende ziektekostenverzekering te behouden of met terugwerkende kracht tot 17 mei 2018 te laten vervallen. Verzoeker heeft naar aanleiding hiervan niet duidelijk gemaakt wat zijn keuze was. Het beëindigen van de aanvullende ziektekostenverzekering kan alleen met de expliciete instemming van verzoeker hiertoe. Ook na bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoeker geen verzoek gedaan de aanvullende ziektekostenverzekering alsnog te beëindigen. Het aanbod daartoe heeft de ziektekostenverzekeraar daarom inmiddels laten vervallen.
- 5.3. Omdat de ziektekostenverzekeraar de automatische incasso heeft laten doorlopen, is over de periode ná 17 mei 2018 een kleine premieachterstand ontstaan, naar aanleiding van de premiecorrectie die direct na het omzetten van de polis is opgelegd. Als verzoeker financieel krap zit, kan hij een betalingsregeling treffen met de ziektekostenverzekeraar en de deurwaarder (als het dossier daar al ligt). Hierover is verzoeker geïnformeerd.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A.22. van de zorgverzekering en van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar (i) de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering automatisch van de rekening van verzoeker mocht incasseren, (ii) en zo niet, of hij hierdoor een onrechtmatige daad heeft gepleegd en (iii) hij in dat geval is gehouden aan verzoeker een schadevergoeding te betalen van € 15.000,--.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. Artikel A.8. van de zorgverzekering regelt de betaling van premie en kosten en luidt, voor zover hier van belang:

"A.8.1. Wie betaalt de premie en kosten?"

U (verzekeringnemer) bent verantwoordelijk voor de volledige en tijdige betaling van de verschuldigde kosten.

A.8.2. Vooruit betalen

U (verzekeringnemer) moet de verschuldigde kosten vooruit betalen. Wij hebben met u (verzekeringnemer) afgesproken voor welke periode u deze kosten vooruit betaalt. Die periode noemen wij de 'betalingsperiode'. De betalingsperiode kan één maand, één kwartaal, één halfjaar of één jaar zijn. U (verzekeringnemer) hebt tijdig voldaan aan uw betalingsverplichting als het totale verschuldigde bedrag over de met u afgesproken betalingsperiode in ons bezit is:

- uiterlijk op de datum die op de acceptgiro of premienota staat, als u betaalt door middel van een acceptgiro of op basis van een premienota;*
- door middel van automatische incasso. Automatische incasso vindt plaats in de 1^e 7 dagen van de met u afgesproken betalingsperiode. Op uw verzoek kunt u met ons een ander moment voor automatische incasso afspreken;*
- uiterlijk vóór de 1^e dag van de met u afgesproken betalingsperiode, als u op een andere manier betaalt dan door middel of op grond van een acceptgiro, een premienota of automatische incasso.*

A.8.3. Manier van betalen

U (verzekeringnemer) hebt met ons afgesproken hoe u alle verschuldigde kosten betaalt. Dat kan zijn door een automatische incasso, een acceptgirobetaling (op papier of via e-mail), internetbankieren of een premienota. Hebt u met ons afgesproken digitaal te communiceren, dan is alleen automatische incasso, acceptgirobetaling via email of in bepaalde gevallen betaling via internetbankieren mogelijk. Bij een zorgverzekering "Natura direct" is alleen automatische incasso mogelijk. Als wij via automatische incasso de verschuldigde kosten van uw bankrekening afschrijven, blijft u verantwoordelijk voor tijdige en volledige betaling. U ontvangt een vooraankondiging voordat het bedrag van de bankrekening afgeschreven wordt. (...)"

8.3. Artikel A.8. van de zorgverzekering is volgens artikel A.2.4. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.4. De premie, de gevolgen van het niet betalen van de premie en de bestuursrechtelijke premie zijn geregeld in paragraaf 3.3 Zvw.

8.5. Artikel 6:162 BW luidt:

"1. Hij die jegens een ander een onrechtmatige daad pleegt, welke hem kan worden toegerekend, is verplicht de schade die de ander dientengevolge lijdt, te vergoeden.

2. Als onrechtmatige daad worden aangemerkt een inbreuk op een recht en een doen of nalaten in strijd met een wettelijke plicht of met hetgeen volgens ongeschreven recht in het maatschappelijk verkeer betaamt, een en ander behoudens de aanwezigheid van een rechtvaardigingsgrond.

3. Een onrechtmatige daad kan aan de dader worden toegerekend, indien zij te wijten is aan zijn schuld of aan een oorzaak welke krachtens de wet of de in het verkeer geldende opvattingen voor zijn rekening komt."

8.6. Artikel 6:217 BW luidt, voor zover hier van belang:

"1. Een overeenkomst komt tot stand door een aanbod en de aanvaarding daarvan. (...)"

9. Beoordeling van het geschil

9.1. Vast staat dat verzoeker tot 17 mei 2018 bij de ziektekostenverzekeraar de zorgverzekering en de aanvullende verzekering Gemeenten Extra Uitgebreid had afgesloten en dat hierover tussen partijen wilsovereenstemming bestond. Niet in geschil is dat het recht op de collectiviteitskorting met ingang van 17 mei 2018 is komen te vervallen. Het vervallen van deze korting vormt op zich geen reden voor de ziektekostenverzekeraar de verzekering eenzijdig op te zeggen.

9.2. Door de ziektekostenverzekeraar is in dit verband gesteld - en door verzoeker niet bestreden - dat de aanvullende verzekering Gemeenten Extra Uitgebreid niet wordt aangeboden in een individuele situatie, dat wil zeggen buiten de collectiviteit om. Daarom heeft de ziektekostenverzekeraar ervoor gekozen verzoeker het aanbod te doen met ingang van 17 mei 2018 ten behoeve van hem de aanvullende ziektekostenverzekering af te sluiten. Hierbij heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat verzoeker binnen 30 dagen kon verzoeken om een andere aanvullende verzekering. Het stond hem ook vrij de aanvullende ziektekostenverzekering op te zeggen. Vervolgens heeft verzoeker op 4 juli 2018 een machtigingsformulier voor automatische incasso afgegeven aan de ziektekostenverzekeraar. In het begeleidend schrijven bij de machtiging heeft verzoeker medegedeeld alleen een machtiging te geven voor automatische incasso van de premie voor de zorgverzekering tot een bedrag van € 116,66. Voor overige kosten wilde hij een aparte nota ontvangen.

Hieruit maakt de commissie op dat verzoeker het aanbod van de ziektekostenverzekeraar voor de aanvullende ziektekostenverzekering heeft aanvaard en dat hij enkel een voorbehoud heeft gemaakt ten aanzien van de wijze van het betalen van de premie hiervoor. Dat verzoeker het aanbod van de ziektekostenverzekeraar heeft aanvaard blijkt ook uit het feit dat hij - hoewel hier diverse malen door de ziektekostenverzekeraar om is gevraagd - nimmer heeft verklaard dat hij de aanvullende ziektekostenverzekering wilde beëindigen.

9.3. Aangezien wilsovereenstemming bestond aangaande het afsluiten van de aanvullende ziektekostenverzekering, dient verzoeker de hiervoor verschuldigde premie bij vooruitbetaling te voldoen. Verzoeker heeft ervoor gekozen de premiebedragen te splitsen, in die zin dat hij de premie voor de zorgverzekering per automatische incasso wilde voldoen en die voor de aanvullende ziektekostenverzekering met een acceptgiro. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat dit technisch niet mogelijk is.

De ziektekostenverzekeraar had verzoeker hierover per ommegaande moeten informeren in plaats van de premie voor de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering door middel van een automatische incasso bij verzoeker te incasseren. Hiervoor was door hem immers geen toestemming gegeven. Als hierdoor een betalingsachterstand is ontstaan waarvoor de ziektekostenverzekeraar incassokosten in rekening heeft gebracht, dient hij deze kwijt te schelden. Voor het vervolg dient de ziektekostenverzekeraar op korte termijn met verzoeker af te stemmen of hij alsnog een machtiging afgeeft voor automatische incasso voor het volledige premiebedrag, dat wil zeggen voor de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. Wil hij dat niet, dan staat het de ziektekostenverzekeraar vrij verzoeker voor het gehele premiebedrag maandelijks een acceptgiro te sturen.

9.4. Verzoeker meent dat de ziektekostenverzekeraar met zijn handelen een onrechtmatige daad heeft gepleegd en dat hij hierdoor schade heeft geleden, door hem gecijferd op € 15.000,-. In dit verband heeft verzoeker aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar een aanvullende ziektekostenverzekering heeft afgesloten, terwijl dit niet verplicht is en hij hiervoor geen toestemming heeft gegeven. In reactie hierop heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker de mogelijkheid geboden de aanvullende ziektekostenverzekering - met terugwerkende kracht - te beëindigen. Omdat verzoeker van deze mogelijkheid geen gebruik heeft gemaakt, kan niet

worden gezegd dat de ziektekostenverzekeraar onrechtmatig heeft gehandeld door de aanvullende ziektekostenverzekering te handhaven.

Verzoeker heeft verder aangevoerd dat de ziektekostenverzekering de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering van zijn rekening heeft afgeschreven, zonder dat hij hiervoor toestemming heeft gegeven. Zoals onder 9.3 is overwogen had de ziektekostenverzekeraar deze premie niet mocht incasseren en moet hij eventuele incassokosten die samenhangen met het uitblijven van de betaling van de premie kwijtschelden.

De commissie kent geen schadevergoeding toe voor immateriële schade, waaronder eventuele psychische en/of emotionele schade die verzoeker heeft geleden. Een dergelijke vergoeding is op grond van artikel 15, derde lid van het Reglement Geschillencommissie Zorgverzekeringen expliciet uitgesloten. Anders dan de eventuele incassokosten die de ziektekostenverzekeraar in rekening heeft gebracht - en in dit verband moet kwijtschelden - heeft verzoeker derhalve geen recht op de door hem gevorderde schadevergoeding.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 20 maart 2019

G.R.J. de Groot