



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem
Zaak : Premie, beëindiging zorgverzekering in verband met vertrek naar het buitenland, hoogte betalingsachterstand
Zaaknummer : 201701802
Zittingsdatum : 4 april 2018

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 2006-2014, artt. 2 en 6, en paragraaf 3.3 Zvw, voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011-2013)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Volgens de ziektekostenverzekeraar was verzoeker - met uitzondering van de periode van 2 juli 2009 tot en met 22 juni 2010 - van 1 januari 2006 tot en met 31 december 2013 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de VGZ Zorgverzekering, en vanaf 1 januari 2014 tot en met 31 maart 2014 op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren van 1 januari 2011 tot en met 31 december 2013 ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar een of meerdere aanvullende ziektekostenverzekeringen (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) afgesloten. Alle hiervoor genoemde verzekeringen zijn een 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. Bij brieven van verschillende data heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat sprake is van een betalingsachterstand.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormeld standpunt gevraagd. Bij brief van 28 september 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 14 januari 2018 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen (i) dat tussen hem en de ziektekostenverzekeraar met ingang van 23 juni 2010 geen nieuwe verzekeringsovereenkomst tot stand is gekomen, alsmede (ii) dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de betalingsachterstand correct te berekenen (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 27 februari 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 1 maart 2018 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Verzoeker is in de gelegenheid gesteld te reageren op het onder 3.6 bedoelde standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Van de geboden mogelijkheid heeft verzoeker geen gebruik gemaakt.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 5 en 14 maart 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. De ziektekostenverzekeraar is op 4 april 2018 telefonisch gehoord. Verzoeker was ten tijde van de hoorzitting telefonisch niet bereikbaar op het door hem opgegeven nummer, zodat de mogelijkheid om te worden gehoord is komen te vervallen.
- 3.10. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar verzocht het ter zitting gedane voorstel op schrift te stellen. Bij brief van 4 april 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar de vraag van de commissie beantwoord. Een afschrift van deze brief is op 9 april 2018 aan verzoeker gezonden. Verzoeker is daarbij in de gelegenheid gesteld op dit stuk te reageren, hetgeen hij bij e-mailbericht 12 april 2018 heeft gedaan. Een afschrift van deze reactie is op dezelfde datum ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft zich ten onrechte op het standpunt gesteld dat sprake is van een betalingsachterstand van € 5.698,-. Later is dit weliswaar door de ziektekostenverzekeraar teruggebracht naar € 2.495,50 maar ook dit bedrag is onjuist. In dit verband voert verzoeker aan dat hij met ingang van 2 juli 2009 naar het buitenland is geëmigreerd. In 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar dit in zijn administratie verwerkt en heeft verzoeker ook een brief, gedateerd 15 april 2013, ontvangen dat de verzekering bij de ziektekostenverzekeraar is beëindigd. Aangezien nadien geen nieuwe overeenkomst tot stand is gekomen kan van openstaande vorderingen die zijn ontstaan na 2 juli 2009 geen sprake zijn. De vorderingen die zijn ontstaan vóór 2 juli 2009 zijn hetzij betaald hetzij verjaard.
- 4.2. In reactie op hetgeen de ziektekostenverzekeraar aanvoert, stelt verzoeker dat een nieuwe overeenkomst enkel kan worden aangegaan als hiervoor een aanvraag is ingediend. Aangezien verzoeker in 2010 geen aanvraag voor een verzekering tegen ziektekosten heeft gedaan kan van een nieuwe overeenkomst geen sprake zijn. Daar komt bij dat verzoeker uit alles heeft opgemaakt dat hij niet meer bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd was. Zo heeft hij zich in april 2014 moeiteloos kunnen aanmelden bij een andere zorgverzekeraar en ook heeft verzoeker van de ziektekostenverzekeraar geen nota's meer ontvangen.
- 4.3. In reactie op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 4 april 2018 stelt verzoeker dat hij met veel feitelijke bewijzen heeft aangetoond dat hij niet meer verzekerd is bij de ziektekostenverzekeraar. Om die reden gaat verzoeker dan ook niet akkoord met het door de ziektekostenverzekeraar gedane voorstel.
- 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. Verzoeker heeft in 2013 contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar teneinde mede te delen dat hij van 2 juli 2009 tot en met 22 juni 2010 in het buitenland verbleef. Uit het nadien door verzoeker ingevulde toetsingsformulier is de ziektekostenverzekeraar gebleken dat verzoeker gedurende genoemde periode inderdaad in het buitenland verbleef. De ziektekostenverzekeraar

was hiervan niet eerder op de hoogte aangezien verzoeker niet had gemeld dat hij in 2009 Nederland metterwoon had verlaten.

5.2. Voordat de ziektekostenverzekeraar in 2013 het toetsingsformulier ontving was verzoeker vanaf 1 januari 2006 doorlopend verzekerd op een polis met nummer [...]905. Na ontvangst van het toetsingsformulier in 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar deze polis met terugwerkende kracht tot 2 juli 2009 beëindigd. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker met terugwerkende kracht tot 23 juni 2010 ingeschreven op een polis met nummer [...]038. Het beëindigen van de lopende verzekering, gevolgd door het opnieuw inschrijven, is technisch gezien de enige mogelijkheid om een verzekering te onderbreken.

5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft ervoor gekozen de verzekering van verzoeker niet te beëindigen, zoals verzoeker thans wenst, maar deze te onderbreken. Hiervoor is in de eerste plaats gekozen omdat verzoeker pas in 2013 heeft laten weten dat hij gedurende de periode van 2 juli 2009 tot en met 22 juni 2010 in het buitenland verbleef. Daarnaast was verzoeker vanaf 23 juni 2010 weer verzekeringsplichtig. Indien de ziektekostenverzekeraar ervoor had geopteerd de verzekering te beëindigen, had dit tot gevolg gehad dat verzoeker vanaf die datum onverzekerd was. Dat verzoeker aanvankelijk met deze keuze heeft ingestemd, blijkt ook uit zijn reactie op een e-mailbericht van de ziektekostenverzekeraar van 15 april 2013 waarin hem wordt medegedeeld dat de verzekering enkel wordt onderbroken. Voorts heeft verzoeker over de periode van 23 juni 2010 tot en met 31 maart 2014 zorgkosten gedeclareerd die ook door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed.

5.4. Bij brief van 16 juni 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker verzocht de op dat moment openstaande premies voor de periode van 1 januari 2009 tot en met 31 maart 2014 ten bedrage van totaal € 5.698,06 te voldoen. Kort daarna is gebleken dat een groot deel van deze vordering is verjaard, zodat de ziekenkostenverzekeraar heeft besloten de openstaande vorderingen over de periode van 1 januari 2009 tot en met 31 mei 2012 ten bedrage van totaal € 3.227,56 kwijt te schelden. Naar de stand van 26 februari 2018 bedraagt de betalingsachterstand over de periode van 1 januari 2006 tot en met 31 maart 2014 totaal € 2.470,50, exclusief incassokosten en rente.

5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hij bereid is de vordering op verzoeker te verlagen tot € 2.000,-- op voorwaarde dat verzoeker voor dit bedrag een betalingsregeling afspreekt.

Bij brief van 4 april 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar dit voorstel op schrift gesteld.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op de artikelen 10 van de zorgverzekering en 7 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 (i) ten behoeve van verzoeker met ingang van 23 juni 2010 bij de ziektekostenverzekeraar een nieuwe zorgverzekering tot stand is gekomen alsmede (ii) het bestaan en de hoogte van de betalingsachterstand.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. Ingevolge artikel 3 van de zorgverzekering is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.

8.3. Artikel 4 van de zorgverzekering regelt de overige verplichtingen van de verzekeringnemer en luidt, voor zover hier van belang:

"4.1. Verplichting

De verzekeringnemer en de verzekerde zijn verplicht:

(...)

Zorgverzekeraar VGZ zo spoedig mogelijk maar uiterlijk binnen twee maanden na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, op de hoogte te brengen van alle feiten en omstandigheden die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn. Wijzigingen zijn onder meer huwelijk, samenwoning, (echt)scheiding, geboorte, adoptie of wijziging bank- of gironummer. Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde, draagt Zorgverzekeraar VGZ geen enkel risico."

8.4. Artikel 6 van de zorgverzekering bepaalt wanneer de zorgverzekering van rechtswege eindigt en luidt als volgt:

"6.2. Einde van rechtswege

De VGZ Zorgverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop:

6.2.1. Zorgverzekeraar VGZ door wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren;

6.2.2. de verzekerde overlijdt;

6.2.3. de verzekeringsplicht van de verzekerde eindigt."

8.5. De (wijze van) premiebetaling voor de aanvullende verzekering is geregeld in artikel 3 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Hierbij is onder meer geregeld dat de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering bij vooruitbetaling is verschuldigd.

8.6. Artikel 2, eerste lid, Zvw luidt:

"1 Degene die ingevolge de Wet langdurige zorg en de daarop gebaseerde regelgeving van rechtswege verzekerd is, is verplicht zich krachtens een zorgverzekering te verzekeren of te laten verzekeren tegen het in artikel 10 bedoelde risico."

8.7. Artikel 6 Zvw luidt, voor zover hier van belang:

"1 De zorgverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag volgende op de dag waarop: (...)

d. de verzekeringsplicht van de verzekerde eindigt. (...)"

8.8. Artikel 16 Zvw regelt in welke gevallen voor de zorgverzekering geen premie verschuldigd is, en luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 16

1. Krachtens de zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd.

2. In afwijking van artikel 925 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek en van het eerste lid:

a. is geen premie verschuldigd tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin een verzekerde de leeftijd van achttien jaren heeft bereikt;

b. is geen premie verschuldigd over de periode, bedoeld in artikel 18d, eerste lid."

8.9. Artikel 3:307, eerste lid, BW luidt:

"Een rechtsvordering tot nakoming van een verbintenis uit overeenkomst tot een geven of een doen verjaart door verloop van vijf jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waarop de vordering opeisbaar is geworden."

9. Beoordeling van het geschil

Totstandkoming verzekering


9.1. Op grond van artikel 4.1 van de zorgverzekering (2009) heeft de verzekeringnemer de verplichting belangrijke wijzigingen door te geven. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker zijn vertrek uit Nederland in 2009 niet heeft gemeld aan de ziektekostenverzekeraar. Pas na een bericht van verzoeker van begin 2013 is de ziektekostenverzekeraar bekend geworden dat verzoeker van 2 juli 2009 tot en met 22 juni 2010 niet in Nederland verzekeringsplichtig was. In reactie hierop heeft de ziektekostenverzekeraar de bestaande zorgverzekering van verzoeker met terugwerkende kracht tot 2 juni 2009 beëindigd en een nieuwe polis opgemaakt met als ingangsdatum 23 juni 2010. Door verzoeker is gesteld dat voor deze nieuwe polis van zijn kant geen wilsovereenstemming bestaat, zodat deze niet tot stand is gekomen. Met betrekking tot deze stelling overweegt de commissie het volgende.

9.2. Niet in geschil is dat verzoeker vanaf 23 juni 2010 weer in Nederland verzekeringsplichtig is. Met deze wetenschap had het op de weg van verzoeker gelegen zich bij terugkomst in Nederland op die datum te melden bij de ziektekostenverzekeraar, dan wel bij een andere zorgverzekeraar een zorgverzekering af te sluiten. Vast staat dat verzoeker het een noch het ander heeft gedaan en dat hij eerst in 2013 bij de ziektekostenverzekeraar heeft gemeld dat hij van 2 juli 2009 tot en met 22 juni 2010 niet in Nederland woonachtig was onderscheidenlijk vanaf laatstgenoemde datum wederom hier te lande was komen wonen. Ook nadat de ziektekostenverzekeraar een en ander had gecorrigeerd, is verzoeker hier niet tegenop gekomen. Sterker nog, door het indienen van declaraties heeft verzoeker gehandeld als ware hij vanaf 23 juni 2010 weer bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten. Gelet op het voorgaande en gegeven het feit dat verzoeker anders onverzekerd zou worden vanaf 23 juni 2010 ziet de commissie aanleiding te bepalen dat verzoeker met ingang van genoemde datum opnieuw bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd is geworden tegen ziektekosten.


Hoogte betalingsachterstand

9.3. Door de ziektekostenverzekeraar is in de procedure een betalingsoverzicht overgelegd – naar de stand van 26 februari 2018 – waaruit blijkt dat over de periode van 1 januari 2006 tot en met 31 maart 2014 nog een bedrag openstaat van € 2.470,50, exclusief incassokosten en rente.

9.4. De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar bij brief van 27 februari 2018 heeft verklaard dat de vorderingen die dateren van vóór 1 juni 2012 (totaal € 3.227,56) zijn verjaard en derhalve worden kwijtgescholden. Met betrekking tot de vorderingen die dateren van ná 1 juni 2012 geldt dat artikel 3:307 BW bepaalt dat een vordering vijf jaar na het opeisbaar worden verjaart, behoudens in geval van stuiting. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld dat hij verzoeker bij brief van 16 juni 2017 heeft verzocht de op dat moment openstaande vordering van € 5.698,06 te voldoen. Genoemd bedrag is inclusief het nadien kwijtgescholden deel, groot € 3.227,56. Aangezien verzoeker de ontvangst van deze brief niet heeft bestreden zijn uitsluitend de vorderingen die dateren van 1 juni 2012 tot en met 16 juni 2012 verjaard. De vorderingen van na 16 juni 2012 zijn daarentegen tijdig gestuit.




9.5. Dat verzoeker meer of andere betalingen heeft gedaan dan die welke uit het financieel overzicht van 26 februari 2018 blijken, is in de procedure niet gebleken. Evenmin heeft verzoeker aannemelijk gemaakt dat de verschuldigde bedragen over genoemd tijdvak wél steeds tijdig en volledig zijn betaald. Gezien het voorgaande is de commissie van oordeel dat bedoeld overzicht als juist heeft te gelden en dat de betalingsachterstand met betrekking tot de periode van 1 januari 2006 tot en met 31 maart 2017 naar de stand van 26 februari 2018 € 2.470,50 (€ 5.698,06 - € 3.227,56), exclusief rente en incassokosten, bedraagt.




Ten overvloede merkt de commissie nog op dat verzoeker bij e-mailbericht van 12 april 2018 het na afloop van de hoorzitting door de ziektekostenverzekeraar aanbod de vordering te verlagen naar € 2.000,- op voorwaarde dat hiervoor een betalingsregeling wordt afgesproken heeft verworpen zodat de commissie dit verder laat rusten.




Conclusie



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




10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 18 april 2018,



J.A.M. Strens-Meulemeester