

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D en E te F
Zaak : Premie, herstel aanvullende ziektekostenverzekering, tandarts-
kosten
Zaaknummer : 2010.00076
Zittingsdatum : 27 oktober 2010

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, artt. 16 en 19 Zvw, artt. 2.7 en 2.17 Bzv, 2.4 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te D en

2) E te F

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissingen van de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen met ingang van 1 januari 2008 te beëindigen wegens een betalingsachterstand, de in 2009 gemaakte kosten voor tandheelkundige hulp niet te vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, en de gedeclareerde kosten van farmaceutische zorg uit 2009 te verrekenen met het verplicht eigen risico van € 155,--.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster was ten tijde van de onderhavige kwestie bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster tot en met – in ieder geval – 31 december 2007 en vanaf 1 januari 2010 bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Plus Polis 4 sterren en Tandarts Polis 4 sterren afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissingen gevraagd. Bij brief van 30 juni 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster 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 22 mei 2010 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen, althans zo begrijpt de commissie de stellingen van verzoekster, dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is verzoekster een redelijke betalingsregeling aan te bieden, alsmede de met ingang van 1 januari 2008 beëindigde aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht te herstellen, de gemaakte tandartskosten te vergoeden ten laste van de aanvullende

ziektekostenverzekering, en af te zien van verrekening van het bedrag van € 155,-- (hierna: het verzoek).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 26 juli 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 augustus 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 13 augustus en 9 oktober 2010 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Verzoekster (tijdens de zitting vertegenwoordigd door haar partner) en de ziektekostenverzekeraar zijn op 27 oktober 2010 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt dat zij, bij haar aanmelding eind 2007, een machtiging heeft afgegeven voor het automatisch incasseren van de verschuldigde maandpremies. In april 2008 werd door de ziektekostenverzekeraar voor het eerst automatisch geïncasseerd. Dit bedrag (€ 668,40) heeft verzoekster direct laten storneren aangezien zij het bedrag niet kon missen. In maart 2008 zijn verzoekster en haar partner verhuisd. Dit hebben zij doorgegeven aan de ziektekostenverzekeraar. Nadien ontving haar partner wel post van de ziektekostenverzekeraar. Bij verzoekster duurde dit tot november 2008. Het gevolg van dit alles is dat een betalingsachterstand is ontstaan waardoor haar aanvullende ziektekostenverzekering is beëindigd, de gemaakte tandartskosten niet voor vergoeding in aanmerking komen, en een bedrag van € 155,-- extra bij haar in rekening wordt gebracht.
- 4.2. Ter zitting is namens verzoekster benadrukt dat zij eind 2007 is gewisseld van ziektekostenverzekeraar. Bij de aanmelding heeft zij een machtiging afgegeven voor het automatisch incasseren van de verschuldigde maandpremies. Voor verzoekster is de verhuizing in 2008 niet goed doorgelopen. Dit, in combinatie met het feit dat de premies niet automatisch werden geïncasseerd, heeft geleid tot een betalingsachterstand. Het is verzoekster niet opgevallen dat de premies niet werden afgeschreven. Inmiddels is de achterstand ingelopen. Verder heeft verzoekster verklaard dat de beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 januari 2008 niet langer in geschil is, aangezien zij in onderling overleg met de ziektekostenverzekeraar heeft besloten dat deze terecht met ingang van 1 januari 2008 is beëindigd. Zij kan de premie hiervan niet voldoen.
- 4.3. Verzoekster 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 verzoekster een machtiging heeft afgegeven voor het automatisch incasseren van de verschuldigde maandpremies. In februari 2008 is geprobeerd het premiebedrag van € 334,20 (premie voor de maanden januari en februari 2008) af te schrijven. Dit bleek niet mogelijk. Ook in maart 2008 is geprobeerd de premie automatisch te incasseren, maar ook toen mislukte dit. Uiteindelijk zijn in april 2008 de vier maandpremies van haar rekening afgeschreven, maar door verzoekster is dit bedrag weer gestorneerd. Als gevolg van deze betalingsachterstand is de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoekster met ingang van 1 januari 2008 beëindigd. Vanwege de beëindiging hiervan blijven de in 2009 door verzoekster gemaakte tandartskosten voor haar rekening. Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar dat verzoekster op 27 februari en 1 mei 2009 farmaceutische zorg afgeleverd heeft gekregen. De kosten van deze zorg ad € 174,49 zijn voldaan door de ziektekostenverzekeraar. Van genoemd bedrag komt € 155,- ten laste van het wettelijk verplicht eigen risico. De kosten ter hoogte van € 155,- zijn daarom terecht bij verzoekster in rekening gebracht.
- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar erkend dat de hele situatie rond het automatisch incasseren van de premie en de verhuizing niet de schoonheidsprijs verdient. Dit neemt niet weg dat iedereen premie is verschuldigd en het eigen risico moet voldoen. Inmiddels is alle premie voldaan en is de vordering teruggehaald bij het incassobureau. Voorts is met verzoekster afgesproken dat de beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering niet langer in geschil is aangezien verzoekster niet in staat is de premie daarvoor (tijdig) te voldoen. Een en ander heeft wel tot gevolg dat de in 2009 gemaakte tandartskosten niet voor vergoeding in aanmerking komen.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek terecht is 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.

7. Het geschil

- 7.1. De hoogte van de door de ziektekostenverzekeraar genoemde premieachterstand is tussen partijen niet in geschil. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden is de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht tot 1 januari 2008 te herstellen, de in 2009 gemaakte tandartskosten te vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, alsmede of de ziektekostenverzekeraar gerechtigd is ter zake van het wettelijk verplicht eigen risico een bedrag ter hoogte van € 155,- bij verzoekster te vorderen.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

- 8.2. In de ‘Algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering is een bepaling (artikel 9) opgenomen omtrent de premie(betaling). In alle genoemde jaren was de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.
- 8.3. Artikel 16 Zvw regelt dat iedereen van 18 jaar en ouder premie is verschuldigd.
- 8.4. Artikel 7 van de ‘Algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden het wettelijk verplicht eigen risico is verschuldigd. De bepaling luidt, voor zover hier van belang:
- “7.1. Voor iedere verzekerde die premie verschuldigd is voor de zorgverzekering, is het verplicht eigen risico van toepassing. De hoogte van het verplicht eigen risico bedraagt € 155,- per verzekerde per kalenderjaar.*
- 7.2. Het verplicht eigen risico wordt in mindering gebracht op de vergoeding waarop volgens de zorgverzekering aanspraak kan worden gemaakt.*
- 7.3 Op de vergoeding van zorg kosten die in de loop van het kalenderjaar vanuit de zorgverzekering gemaakt worden, wordt het verplicht eigen risico van € 155,- ingehouden. Het verplicht eigen risico wordt niet ingehouden op:*
- *de kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden (...);*
 - *de kosten van het gebruik van zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed;*
 - *de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleend. (...);*
 - *de kosten van tandheelkundige zorg als bedoeld in artikel 2.7, vierde lid van het Besluit zorgverzekering (...).”*
- 8.5. Artikel 40 van de ‘Aanspraken’ van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen en luidt, voor zover hier van belang:
- “U heeft aanspraak op een tandheelkundige behandeling in gevallen waarin:*
- *u een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft, dat u zonder die behandeling geen tandheelkundige functie kunt behouden of krijgen, gelijkwaardig aan die u gehad zou hebben als de aan-doening zich niet zou hebben voorgedaan. (...).”*
- 8.6. Het wettelijk verplicht eigen risico is geregeld in artikel 19 Zvw en verder uitgewerkt in artikel 2.17 van het Besluit zorgverzekering (Bzv).
- 8.7. Mondzorg is geregeld in artikel 2.7 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.4 van de Regeling zorgverzekering (Rzv)
- 8.8. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.9. De (wijze van) premiebetaling voor de aanvullende verzekering is geregeld in artikel 5 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Hierbij is onder meer geregeld dat de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering bij vooruitbetaling is verschuldigd.
- 8.10. Artikel 5.2. van de aanvullende ziektekostenverzekering (2008) regelt de gevolgen van niet-tijdige betaling van de premie. Dit artikel luidt, voor zover van belang:

“5.2 niet-tijdige betaling

In aanvulling op artikel 9.3.1 en 9.3.2 van de Beter Af Polis geldt dat aanspraken vervallen, als de premie niet is betaald binnen de gestelde betalingstermijn van de tweede schriftelijke aanmaning van ons. De aanspraken vervallen dan automatisch met ingang van de eerste dag van de maand na het verstrijken van de genoemde betalingstermijn. De betalingsplicht blijft bestaan. Bij premieachterstand beëindigen wij de Beter Af Polis en de eventuele aanvullende verzekering. Aan het afsluiten van de aanvullende verzekering gaat een medische acceptatie vooraf. Als de aanvraag akkoord is dan wordt de aanvullende verzekering per de eerste van de maand volgend op de maand van de aanvraag afgesloten.”

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Uit de overgelegde polisbladen blijkt dat verzoekster verzekeringnemer is. Ingevolge artikel 9 van de zorgverzekering en artikel 5 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd. Verzoekster is dus verantwoordelijk voor de betaling hiervan. Zij heeft hieraan invulling proberen te geven door het afgeven van een incassomachtiging. Het afgeven van een machtiging tot automatische incasso ontslaat verzoekster evenwel niet van haar verantwoordelijkheid voor tijdige betaling van de termijnen. Incasso van de premie in februari en in maart 2008 is door onvoldoende saldo niet gelukt. Het is aan verzoekster ervoor te zorgen dat ten tijde van de automatische incasso voldoende saldo aanwezig is. Aan de hand van de afschriften of door middel van internetbankieren had verzoekster kunnen vaststellen dat geen premie was afgeschreven. Uit de brief van de ziektekostenverzekeraar van 1 februari 2008, die wel naar het juiste adres is verstuurd, had verzoekster kunnen opmaken dat op korte termijn een bedrag van haar rekening zou worden geïncasseerd.

Beeindiging aanvullende ziektekostenverzekering en tandartskosten

- 9.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn nader commentaar van 26 juli 2010 gesteld dat de aanvullende ziektekostenverzekering is beëindigd met ingang van 1 januari 2008. In eerste instantie heeft verzoekster de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering ten onrechte heeft beëindigd. Ter zitting heeft verzoekster echter verklaard dat de beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering niet langer in geschil is. Nu partijen het met betrekking tot de beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 januari 2008 eens zijn laat de commissie dit punt verder rusten. Het voorgaande brengt echter wel met zich dat de in 2009 gemaakte tandartskosten die betrekking hebben op reguliere tandheelkundige zorg en die gelet op artikel 40 van de ‘Aanspraken’ van de zorgverzekering, niet onder de dekking van de zorgverzekering vallen, voor rekening van verzoekster blijven.

Eigen risico

- 9.3. Op grond van de polisvoorwaarden is verzoekster voor het jaar 2009 een bedrag van maximaal € 155,- aan wettelijk verplicht eigen risico verschuldigd. Tussen partijen is niet in geschil dat ten tijde van de terhandstelling van de farmaceutische zorg het maximaal verschuldigde bedrag aan eigen risico voor dat jaar nog volledig open stond. Uit het overzicht van de ziektekostenverzekeraar van 27 juli 2009 blijkt dat de kosten van de farmaceutische zorg ter grootte van € 174,49 onder de dekking van de zorgverzekering vielen en dat deze door de ziektekostenverzekeraar aan de apotheek zijn vergoed, zodat – ingevolge artikel 7 van de zorgverzekering – deze kosten

meetellen bij de bepaling van het wettelijk verplicht eigen risico. Gelet op het voorgaande komt de commissie tot het oordeel het bedrag ter grootte van € 155,- terecht bij verzoekster in rekening is gebracht.

Conclusie

- 9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 9.5. Gelet op de gang van zaken rond de verhuizing, de automatische incasso van de premie, en de communicatie daaromtrent, acht de commissie tevens termen aanwezig de ziektekostenverzekeraar te verplichten het door verzoeker betaalde entreegeld ad € 37,- te vergoeden.
10. Het bindend advies
 - 10.1. De commissie wijst het verzoek af.
 - 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,-.

Zeist, 3 november 2010,

Voorzitter