



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen NV Univé Zorg te Arnhem
Zaak : Premie, aanpassing verzekeringen met terugwerkende kracht, premierestitutie
Zaaknummer : 201801687
Zittingsdatum : 5 juni 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2012-2019, paragraaf 3.3 Zvw, voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012-2019)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,
tegen

NV Univé Zorg te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Verzoekster is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Univé Zorg Geregeld Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Tand Best afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle hiervoor 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. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om terugbetaling van de voor de aanvullende ziektekostenverzekering betaalde premies vanaf 1 december 2012, en van het verschil in premie voor de zorgverzekering, eveneens vanaf 1 december 2012 omdat verzoekster bij juiste informatie zou hebben gekozen voor het hoogste vrijwillig eigen risico en de laagste premie. Bij brief van 28 september 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld niet tot terugbetaling over te gaan.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormeld standpunt gevraagd. Bij e-mailbericht van 8 oktober 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoekster medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.

3.4. Bij brief van 2 januari 2019 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen (i) dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is alsnog tegemoet te komen aan haar verzoek tot premierestitutie met betrekking tot de periode vanaf 1 december 2012. Daarnaast heeft verzoekster de commissie verzocht te bepalen (ii) dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de voor de jaren 2017 en 2018 berekende collectiviteitskorting te corrigeren (hierna: het verzoek).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 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 11 maart 2019 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 maart 2019 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 14 maart 2019 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 27 maart 2019 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch 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.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 juni 2019 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is zes jaren geleden met haar echtgenoot van Nederland naar verhuisd. Voorafgaand aan deze verhuizing en ook later heeft zij verschillende keren telefonisch contact gehad met medewerk(st)ers van de ziektekostenverzekeraar. Omdat verzoekster in Nederland is blijven werken, wilde zij zich graag goed laten informeren. De ziektekostenverzekeraar is hiervoor de meest aangewezen instantie. Tijdens de verschillende telefonische contacten is verzoekster telkens geadviseerd de bestaande verzekeringen te behouden en geen wijzigingen aan te brengen. Naar nu blijkt is deze informatie niet juist. Omdat verzoekster tot op de dag van vandaag van de ziektekostenverzekeraar geen passend advies heeft gekregen, heeft deze ernstige fouten gemaakt. Het ligt immers op zijn weg om verzekerden op een juiste wijze te informeren en te adviseren. De informatie en de adviezen die verzoekster van de ziektekostenverzekeraar heeft ontvangen, zijn onjuist en onvolledig gebleken.
- 4.2. Het enige advies dat verzoekster van de ziektekostenverzekeraar heeft gekregen, is dat zij zich bij aankomst in moest aanmelden bij een Krankenkasse. Dit heeft verzoekster ook gedaan. Daarnaast zou zij haar huidige verzekeringen bij de ziektekostenverzekeraar in stand moeten laten, omdat zij dan goed verzekerd zou zijn tegen ziektekosten. Dit heeft tot gevolg gehad dat verzoekster ook in Nederland zorg heeft genoten. Indien zij goed was geïnformeerd, had zij bijvoorbeeld geen tandartsverzekering in Nederland afgesloten, en had zij ervoor gekozen de tandheelkundige zorg in te genieten, voor rekening van de Krankenkasse.
- 4.3. Door de onjuiste en onvolledige voorlichting van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster onnodige verzekeringen afgesloten en te veel premie betaald. Daarom vordert verzoekster terugbetaling van de voor de aanvullende ziektekostenverzekering betaalde premies vanaf 1 december 2012. Hierop mag in mindering worden gebracht het door de ziektekostenverzekeraar gelopen risico als bedoeld in artikel 7:938, eerste lid, BW. Daarnaast had verzoekster, met de huidige kennis, in december 2012 gekozen voor het hoogste vrijwillig eigen risico. Indien zij hiervoor had gekozen waren de verschuldigde premies voor de zorgverzekering lager geweest. Het verschil vordert verzoekster eveneens terug.
- 4.4. Daarnaast is het verzoekster opgevallen dat de ziektekostenverzekeraar voor de jaren 2017 en 2018 een onjuiste berekening van de premies voor de aanvullende ziektekostenverzekering heeft gemaakt. In plaats van een bedrag van € 10,94 per maand aan collectiviteitskorting te verlenen is dit bedrag bij de premie opgeteld. Mocht de commissie besluiten dat de premies voor de aanvullende

ziektekostenverzekering niet met terugwerkende kracht tot 1 december 2012 worden gerestitueerd, dan vordert verzoekster dat de collectiviteitskorting over beide jaren juist wordt berekend. De alsdan teveel betaalde bedragen vordert verzoekster terug. Het al door de ziektekostenverzekeraar ontvangen bedrag mag hierop in mindering worden gebracht.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Verzoekster heeft contact gehad met medewerkers van het zorgloket van de ziektekostenverzekeraar. Tijdens deze gesprekken is de verhuizing van verzoekster en haar echtgenoot naar aan de orde geweest. De ziektekostenverzekeraar stelt vast dat aan verzoekster toen geen onjuiste en onvolledige informatie is gegeven. Wanneer een verzekerde namelijk naar het buitenland verhuist, maar blijft werken in Nederland, moet de Nederlandse zorgverzekering worden aangehouden. Wel bestaat de mogelijkheid om daarnaast een verzekering tegen ziektekosten in het buitenland af te sluiten. Als een verzekerde hiervoor kiest, kan zowel zorg worden genoten in het woonland als in Nederland. De ziektekostenverzekeraar constateert dat verzoekster ook in Nederland zorg heeft genoten. Gelet op het voorgaande is de ziektekostenverzekeraar niet bereid de door verzoekster volgens haar teveel betaalde premie over de afgelopen jaren te restitueren.

5.2. De stelling van verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar bij het maken van dit soort keuzes een adviserende rol heeft wordt door hem bestreden. De ziektekostenverzekeraar heeft namelijk alleen een informerende rol. Dit omdat verzekerden te allen tijde zelf verantwoordelijk blijven voor de verzekeringen die zij afsluiten en de keuzes die zij daarbij maken. Eén van de keuzes is of een verzekerde al dan niet een vrijwillig eigen risico wil afsluiten. Om verzoekster enigszins tegemoet te komen is de ziektekostenverzekeraar bereid aan haar een bedrag van totaal € 360,- terug te storten. Dit bedrag is gebaseerd op de korting op de premie die verzoekster zou hebben gekregen als zij in de jaren 2017 en 2018 had gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 500,-. Tot een verdere tegemoetkoming in de kosten ziet de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding.

5.3. Op 30 november 2018 heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar een brief gestuurd waarin zij aangaf dat voor de jaren 2017 en 2018 maandelijks een bedrag van € 21,88 (2 x € 10,94) te veel is berekend. Naar aanleiding hiervan heeft een medewerker van de ziektekostenverzekeraar op 24 december 2018 telefonisch contact gehad met verzoekster, waarna is besloten haar het te veel betaalde bedrag van € 525,12 (24 x € 21,88) terug te betalen. Destijds heeft verzoekster verklaard dat hiermee haar klacht was opgelost.

5.4. 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 10 van de zorgverzekering en artikel 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 de ziektekostenverzekeraar gehouden is (i) alsnog tegemoet te komen aan het verzoek van verzoekster tot terugbetaling van premie over de periode vanaf 1 december 2012 van enerzijds de premies voor de aanvullende ziektekostenverzekering en anderzijds van de te veel betaalde premies voor de zorgverzekering indien zij had gekozen voor het hoogste vrijwillig eigen risico. Daarnaast is in geschil of (ii) de ziektekostenverzekeraar gehouden is de voor de jaren 2017 en 2018 berekende collectiviteitskorting te corrigeren (hierna: het verzoek).

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. Artikel 8 van de zorgverzekering (2012) regelt de mogelijkheid tot het kiezen van een vrijwillig eigen risico. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"8.1. Varianten vrijwillig eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, kunt u kiezen uit een Univé Zorg Geregeld polis met een vrijwillig eigen risico van: € 0, € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Afhankelijk van de hoogte van het gekozen vrijwillig eigen risico ontvangt u een korting op de grondslag van de premie. Het gekozen vrijwillig eigen risico en de eventuele korting is vermeld op het polisblad.

(...)

8.4. Wijziging vrijwillig eigen risico

U kunt het vrijwillig eigen risico jaarlijks per 1 januari wijzigen.

U moet ons de wijziging uiterlijk op 31 december van het voorafgaande kalenderjaar schriftelijk of per e-mail doorgeven. "

In de verzekeringsvoorwaarden van 2013 en verder is een soortgelijke bepaling opgenomen.

8.3. Artikel 6.1 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering (2012) regelt het begin en de duur van de verzekering, en luidt, voor zover hier van belang:

"6.1. Begin en duur

De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop de Univé Zorg Samen polis aanvangt of op 1 januari van een kalenderjaar. Als u bij ons een zorgverzekering aanvraagt, geeft u ons toestemming uw oude zorgverzekering bij een Nederlandse zorgverzekeraar op te zeggen. Deze toestemming geldt ook voor de aanvullende verzekeringen. Als de aanvullende verzekering(en) niet moet(en) worden opgezegd, moet u dat op het aanvraagformulier vermelden.

De aanvullende verzekering wordt gesloten voor het kalenderjaar waarin de aanvullende verzekering is ingegaan. Na afloop van deze termijn wordt de verzekering telkens stilzwijgend verlengd voor de periode van een kalenderjaar."

In de verzekeringsvoorwaarden van 2013 en verder is een soortgelijke bepaling opgenomen.

8.4. Artikel 11, derde lid, van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang:

"Behoudens de artikelen 12 tot en met 16:

a) geldt voor degene die werkzaamheden als dan niet in loondienst verricht in een lidstaat, de wetgeving van die lidstaat, (...)"

8.5. Artikel 17 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang:

"Een verzekerde en zijn gezinsleden die in een andere lidstaat dan de bevoegde lidstaat wonen, hebben in de lidstaat van hun woonplaats recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de woonplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof zij krachtens die wetgeving verzekerd waren."

8.6. Artikel 18, eerste lid, van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang:

"Tenzij anders is bepaald in lid 2, kunnen de in artikel 17 bedoelde verzekerden en hun gezinsleden de verstrekkingen eveneens tijdens een verblijf in de bevoegde lidstaat verkrijgen. De verstrekkingen worden verleend door en voor rekening van het bevoegde orgaan, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof de betrokkene in die lidstaat woonde; (...)"

8.7. In artikel 24, eerste lid, van Vo. nr. 987/2009 is bepaald:


"Voor de toepassing van artikel 17 van de basisverordening zijn de verzekerde en/of zijn gezinsleden verplicht zich te laten inschrijven bij het orgaan van de woonplaats. Hun recht op verstrekkingen in de lidstaat van de woonplaats blijkt uit een verklaring die door het bevoegde orgaan op verzoek van de verzekerde of op verzoek van het orgaan van de woonplaats is verstrekt."

9. Beoordeling van het geschil



9.1. Verzoekster werkt in Nederland en woont in . Zij is op grond van artikel 1, onder f, van Vo. nr. 883/2004 te beschouwen als grensarbeider. Vanwege het werkland-beginsel van artikel 11, derde lid, van genoemde verordening is zij in Nederland verzekeringsplichtig. Nederland is daarmee de bevoegde staat met betrekking tot de financiering van de zorg. Omdat verzoekster in woont kan zij echter, op grond van de artikel 17 van de verordening, kiezen of zij wil gebruikmaken van de zorg in Nederland volgens het Nederlandse wettelijke stelsel, dan wel in volgens het Duitse wettelijke stelsel. Ingevolge artikel 24, eerste lid, van Vo. nr. 987/2009 dient zij zich met een van de Nederlandse zorgverzekeraar verkregen S1-formulier (voorheen E106-formulier) aan te melden bij een Krankenkasse, hetgeen verzoekster kennelijk ook heeft gedaan.

9.2. Verzoekster heeft terugbetaling gevorderd van enerzijds de vanaf 1 december 2012 betaalde premies voor de aanvullende ziektekostenverzekering en anderzijds de vanaf 1 december 2012 te veel betaalde premies voor de zorgverzekering, ervan uitgaande dat zij zou hebben gekozen voor het hoogste vrijwillig eigen risico. Met betrekking hiertoe geldt dat de bestaande verzekeringen ieder jaar stilzwijgend worden verlengd, tenzij de verzekeringnemer deze vóór 1 januari schriftelijk opzegt. Ook kunnen vóór 1 januari van ieder kalenderjaar wijzigingen zoals de verhoging of verlaging van het vrijwillig eigen risico aan de ziektekostenverzekeraar worden doorgegeven. Nu niet is gebleken dat verzoekster de ziektekostenverzekeraar heeft verzocht de aanvullende ziektekostenverzekering te beëindigen dan wel het vrijwillig eigen risico voor de zorgverzekering aan te passen, gaat de commissie ervan uit dat verzoekster in ieder geval tot halverwege 2018 de intentie heeft gehad de aanvullende ziektekostenverzekering en het gekozen vrijwillig eigen risico voort te zetten. Dat deze intentie nadien is veranderd, is in dit verband van geen belang. Ook het feit dat de ziektekostenverzekeraar in het kader van de onderhavige procedure zich bereid heeft verklaard verzoekster een bedrag van € 360,-- - zijnde de korting die verzoekster zou hebben ontvangen als zij voor de jaren 2017 en 2018 zou hebben gekozen voor een vrijwillig eigen risico - terug te betalen, maakt het voorgaande niet anders.

9.3. De stelling van verzoekster dat zij verschillende keren onjuist en onvolledig door de ziektekostenverzekeraar is voorgelicht, kan niet ertoe leiden dat de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht tot 1 december 2012 dient te worden beëindigd. Hetzelfde geldt voor de aanpassing van het vrijwillig eigen risico voor de zorgverzekering met terugwerkende kracht tot 1 december 2012. Zoals onder 9.1 is uiteengezet, is Nederland de bevoegde staat. Dit betekent dat de (Nederlandse) ziektekostenverzekeraar uitsluitend geacht mag worden juiste en volledige informatie te verstrekken over de dekking die hier in Nederland bestaat. De ziektekostenverzekeraar is daarbij niet bekend met de dekking in het woonland; met vragen daarover dient betrokkene zich te wenden tot het betreffende uitvoeringsorgaan. In dat verband is verzoekster verteld dat zij zich dient aan te melden bij de Duitse Krankenkasse. Als grensarbeider heeft verzoekster de keuze de zorg te betrekken in Nederland dan wel in . Nog daargelaten of de Duitse Krankenkasse inderdaad de zelfde kosten dekt als de aanvullende ziektekostenverzekering, ligt het op de weg van een verzekerde om bij verlenging van de verzekering na te gaan of die nog steeds voldoet aan de verzekeringsbehoefte. Het zijn van grensarbeider maakt dit niet anders.



Dat bij verzoekster op enig moment twijfels ontstonden over de noodzaak van een aanvullende verzekering en het niet hebben van een hoog vrijwillig eigen risico, is de ziektekostenverzekeraar daarom niet aan te rekenen. Van een ziektekostenverzekeraar kan namelijk niet worden gevergd dat deze zijn verzekerden adviseert welke keuzes zij op deze onderdelen moeten maken. Gezien het voorgaande bestaat geen aanleiding te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is verzoekster de volgens haar te veel betaalde premies terug te betalen.

- 
- 
- 9.4. Verzoekster heeft verder gesteld dat de ziektekostenverzekeraar over de jaren 2017 en 2018 de collectiviteitskorting verkeerd heeft berekend. In plaats van maandelijks een bedrag van € 10,94 korting te geven, is dit bedrag bij de premie geteld. Bij brief van 11 maart 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij de korting inderdaad onjuist heeft berekend. Na correctie hiervan heeft verzoekster in december 2018 een bedrag van € 525,12 vergoed gekregen, hetgeen door haar niet is weersproken. Gelet hierop laat de commissie dit onderdeel van het verzoek verder rusten. Wel bestaat hierdoor voor de ziektekostenverzekeraar de verplichting het entreegeld van € 37,- aan verzoekster te vergoeden.




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.

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



Zeist, 12 juni 2019,



L. Ritzema