



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen N.V. Univé Zorg te Arnhem
Zaak : Premie, betalingsachterstand, schadevergoeding
Zaaknummer : 201700635
Zittingsdatum : 6 december 2017

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2016-2017, 6:96 BW)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

N.V. Univé Zorg te Arnhem, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Verzoeker was ten tijde van de onderhavige kwestie bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Univé Zorg Vrij polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Tevens had verzoeker bij de zorgverzekeraar ten behoeve van één andere persoon een zorgverzekering afgesloten. 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. Op 1 mei 2015 is ten behoeve van verzoeker een stabilisatieovereenkomst tot stand gekomen en vanaf 1 januari 2016 is op verzoeker een Minnelijke Schuldsanering Natuurlijke Personen (hierna: MSNP) van toepassing. Namens verzoeker is op 18 november 2015 aan de zorgverzekeraar een schuldregeling aangeboden voor de tot 1 mei 2015 openstaande vordering. De zorgverzekeraar heeft hiermee omstreeks maart 2016 ingestemd.
- 3.2. De zorgverzekeraar heeft verzoeker omstreeks mei 2016 betalingsherinneringen gestuurd en hem medegedeeld dat sprake is van een betalingsachterstand. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar hierover in 2016 per e-mail meerdere malen om opheldering verzocht en het bestaan van een achterstand betwist.
- 3.3. Voorts heeft verzoeker bij e-mailbericht van 28 februari 2017 - vanwege het door de zorgverzekeraar met terugwerkende kracht per 1 januari 2017 beëindigen van de zorgverzekering van verzoeker en de door hem verzekerde andere persoon - de betaalde premie voor de maanden januari en februari 2017 teruggevorderd. Tevens heeft hij bij de zorgverzekeraar een vordering tot schadevergoeding ingediend.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 17 maart 2017 heeft de zorgverzekeraar verzoeker geïnformeerd dat de premie voor januari en februari 2017 is verrekend met een openstaande vordering van na 1 mei 2015, dat € 105,52 aan verzoeker is overgemaakt en dat nog € 147,74 - welk bedrag betrekking heeft op niet-betaalde zorgkosten - open staat. Voorts heeft de zorgverzekeraar de vordering tot schadevergoeding afgewezen.
- 3.5. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar bij e-mailbericht van 17 maart 2017 gesommeerd de door hem bij e-mailbericht van 28 februari 2017 ingediende vordering te voldoen, inclusief de door hem gevorderde schadevergoeding. Bij e-mailbericht van 23 maart 2017 heeft de zorgverzekeraar aan

verzoeker medegedeeld zijn vordering van € 147,74 te handhaven en niet over te gaan tot restitutie van de voor januari en februari 2017 betaalde premie en betaling van een schadevergoeding.

- 3.6. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Hierbij zijn zowel door verzoeker als door de zorgverzekeraar diverse financiële overzichten overgelegd. De bemiddeling heeft ertoe geleid dat de zorgverzekeraar uiteindelijk heeft besloten het door verzoeker op 7 juni 2017 overgelegde financieel overzicht aan te houden en hem tegemoet te komen door een bedrag van € 200,92 te betalen. De zorgverzekeraar handhaaft evenwel zijn afwijzende standpunt ten aanzien van de door verzoeker gevorderde schadevergoeding.
- 3.7. Bij brief van 16 juli 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is aan hem een schadevergoeding van, naar de stand van die datum, € 5.840,-- te betalen (hierna: het verzoek).
- 3.8. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 10 oktober 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 oktober 2017 aan verzoeker gezonden.
- 3.10. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 30 oktober 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 3 november 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.11. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 6 december 2017 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt dat door de zorgverzekeraar veel fouten zijn gemaakt met het verwerken van door hem verrichte betalingen en dat hij meerdere keren onjuist is geïnformeerd over de hoogte van de betalingsachterstand. Voorts heeft de zorgverzekeraar aanvankelijk ten onrechte geweigerd de zorgverzekering van verzoeker en de door hem verzekerde andere persoon te beëindigen per 1 januari 2017, terwijl dit al eerder schriftelijk aan hem was bevestigd. Volgens verzoeker heeft de zorgverzekeraar de te veel betaalde premie voor de maanden januari en februari 2017 - gelet op de van toepassing zijnde MSNP - ten onrechte verrekend met een openstaande vordering, terwijl hem telefonisch was toegezegd dat het bedrag eind februari 2017 zou worden overgemaakt. Bovendien is hij door de zorgverzekeraar niet ervan op de hoogte gebracht dat een verrekening zou plaatsvinden. Verzoeker heeft diverse keren per e-mail contact gehad met een medewerker van de afdeling klachtenmanagement om tot een oplossing te komen. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn er samen echter niet uitgekomen.
- 4.2. Verzoeker vindt dat de zorgverzekeraar aan hem een schadevergoeding dient te betalen om de volgende redenen: (i) door medewerkers van de zorgverzekeraar zijn meerdere keren verschillende, en onjuiste bedragen genoemd ter zake van de hoogte van de betalingsachterstand, (ii) het heeft enkele maanden geduurd voordat de zorgverzekeraar het bedrag waarop verzoeker naar zijn mening recht had aan hem heeft betaald, (iii) door de zorgverzekeraar zijn veel fouten gemaakt, en (iv) de zorgverzekeraar heeft gedreigd met het beëindigen van de MSNP - hetgeen bij verzoeker en zijn echtgenote veel stress en frustratie heeft opgeleverd. De door verzoeker gevorderde schadevergoeding bedraagt, volgens het door hem aan de commissie bij brief van 16 juli 2017 overgelegde overzicht, naar de stand van die datum € 5.840,--. De vordering is als volgt opgebouwd: € 160,-- voor de periode tot en met 8 maart 2017 (zijnde € 40,-- per zorgverzekering per maand), € 3.080,-- voor de periode van 9 maart tot en met 25 mei

2017 (zijnde € 40,-- per dag dat de vordering niet is voldaan) en € 2.600,-- voor de periode van 26 mei tot en met 16 juli 2017 (zijnde € 50,-- per dag dat de vordering niet is voldaan).

4.3. Verzoeker merkt op dat de zorgverzekeraar zijn vordering tot schadevergoeding ten onrechte afwijst met een beroep op artikel 1.11 van de polisvoorwaarden. De polisvoorwaarden gelden namelijk alleen voor hen die bij de zorgverzekeraar zijn verzekerd en voor verzoeker is dit vanaf 1 januari 2017 niet langer het geval. Bovendien geldt dat uit genoemd artikel volgt dat de zorgverzekeraar geen schade vergoedt die het 'indirecte' gevolg is van zijn handelen of nalaten. De schade die verzoeker heeft geleden is echter het 'directe' gevolg hiervan, aangezien de zorgverzekeraar heeft nagelaten het bedrag waar verzoeker recht op had tijdig aan hem te betalen.

4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de financiële overzichten van de zorgverzekeraar nog steeds niet kloppen. De door de zorgverzekeraar genoemde tegemoetkoming beschouwt verzoeker dan ook niet als zodanig maar als een bedrag waar hij recht op had. De schade die verzoeker heeft geleden is bestaat voornamelijk uit immateriële schade en wordt veroorzaakt doordat hij en zijn echtgenote steeds in de stress schieten. Daarnaast heeft verzoeker ook moeite gehad met solliciteren.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. De zorgverzekeraar erkent dat door hem fouten zijn gemaakt bij het beëindigen van de verzekering en bij het verwerken van door verzoeker verrichte betalingen. Voorts is aan hem tegenstrijdige informatie verstrekt over de hoogte van de betalingsachterstand. De zorgverzekeraar begrijpt dat dit bij verzoeker voor verwarring heeft gezorgd en dat ten onrechte verwachtingen bij hem zijn gewekt. Hiervoor zijn verzoeker reeds excuses aangeboden en op 28 april 2017 is de op dat moment openstaande vordering van € 119,08 kwijtgescholden. Voorts is besloten uit te gaan van de juistheid van het door verzoeker op 7 juni 2017 overgelegde financieel overzicht en op grond hiervan is op 6 juli 2017 een (rest)bedrag van € 200,92 aan verzoeker betaald.

5.2. Verzoeker vordert als compensatie voor de onduidelijkheden en gezien de looptijd van zijn klacht een schadevergoeding, berekend per dag. In artikel 1.11 van de polisvoorwaarden is bepaald dat een verzekerde geen recht heeft op vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van het handelen of nalaten van de zorgverzekeraar. Het is juist dat verzoeker per 1 januari 2017 niet langer bij de zorgverzekeraar is verzekerd. Dit betekent echter niet dat de polisvoorwaarden en de rechten en plichten die hieruit voortvloeien in juridisch opzicht geen werking meer hebben. Tijdens de periode dat verzoeker wél bij de zorgverzekeraar was verzekerd, zijn namelijk financiële verplichtingen ontstaan richting de zorgverzekeraar waaraan verzoeker (nog) niet heeft voldaan. Dit geldt zowel voor de periode vóór, als na de MSNP. De zorgverzekeraar merkt in dit verband op dat de vordering die is opgenomen in de MSNP € 9.200,02 bedraagt en thans nog open staat. De zorgverzekeraar is van mening dat verzoeker door zijn handelen of nalaten niet aantoonbaar (financieel) is benadeeld. Noch daargelaten of artikel 1.11 van toepassing is, wordt het verzoek om schadevergoeding om die reden verworpen. Voor een verdere financiële tegemoetkoming dan de reeds aan verzoeker betaalde € 200,92 ziet de zorgverzekeraar geen aanleiding.

5.3. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt herhaald. Daarnaast heeft de zorgverzekeraar zich bereid verklaard het door verzoeker aan de commissie betaald entreegeld van € 37,-- te vergoeden.

5.4. De zorgverzekeraar 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 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 of de zorgverzekeraar is gehouden de door verzoeker gevorderde schadevergoeding te voldoen.

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 1.11 van de zorgverzekering (2016) regelt de 'Uitsluitingen' en luidt, voor zover hier van belang:

"U hebt geen recht op:

(...)

- vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van ons handelen of nalaten;

(...)."

Artikel 1.11 van de zorgverzekering (2017) is van gelijke strekking.

8.3. Artikel 6:96 BW bevat de regeling inzake vermogensschade en luidt, voor zover hier van belang:

"1. Vermogensschade omvat zowel geleden verlies als gederfde winst.

2. Als vermogensschade komen mede voor vergoeding in aanmerking:

a. redelijke kosten ter voorkoming of beperking van schade die als gevolg van de gebeurtenis waarop de aansprakelijkheid berust, mocht worden verwacht;

b. redelijke kosten ter vaststelling van schade en aansprakelijkheid;


c. redelijke kosten ter verkrijging van voldoening buiten rechte.

(...)"


9. Beoordeling van het geschil

9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker met ingang van 1 januari 2017 niet meer is verzekerd bij de zorgverzekeraar, dat de zorgverzekeraar niet alle door verzoeker - vanaf 1 mei 2015 - verrichte betalingen - correct heeft verwerkt, en dat aan verzoeker foutieve informatie is verstrekt over de hoogte van de betalingsachterstand. Voorts staat vast dat de zorgverzekeraar op 6 juli 2017 aan verzoeker een bedrag van € 200,92 heeft betaald, zodat niet langer sprake is van over en weer openstaande vorderingen, ontstaan ná 1 mei 2015. Voor de vorderingen die dateren van vóór deze datum is een traject in het kader van de MSNP gestart. Tussen partijen is thans nog in geding of de zorgverzekeraar de door verzoeker gevorderde schade dient te vergoeden. Hiertoe overweegt de commissie als volgt.


9.2. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij recht heeft op een schadevergoeding omdat de zorgverzekeraar veel fouten heeft gemaakt, de klachtafhandeling - en daarmee het betalen van het bedrag dat de zorgverzekeraar hem verschuldigd was - enkele maanden in beslag heeft genomen, en er door een medewerker is gedreigd de minnelijke schuldregeling te beëindigen. De zorgverzekeraar heeft in dit verband aangevoerd dat verzoeker geen concreet financieel nadeel heeft geleden als gevolg van




zijn handelen of nalaten en dat het recht op vergoeding van schade is uitgesloten in artikel 1.11 van de polisvoorwaarden.




9.3. De commissie overweegt dat in dit geval sprake is van algemene voorwaarden in een consumentenovereenkomst waarop afdeling 3 van boek 6 BW van toepassing is. Op grond van artikel 6:237, sub f, BW wordt een beding dat de gebruiker of een derde geheel of ten dele bevrijdt van een wettelijke verplichting tot schadevergoeding vermoed onredelijk bezwarend te zijn. Het bestaande vermoeden kan door de gebruiker - in dit geval de zorgverzekeraar - worden weerlegd. De commissie stelt vast dat de zorgverzekeraar daar in dit geval niet in is geslaagd. Daarom blijft artikel 1.11 van de zorgverzekering buiten toepassing en kan de uitsluiting verzoeker niet worden tegengeworpen.



9.4. Wat betreft de gevorderde schadevergoeding overweegt de commissie dat op grond van het toepasselijke reglement geen vergoeding voor immateriële schade kan worden toegekend. Voor zover het de vergoeding van materiële schade betreft is de commissie wel bevoegd en geldt het volgende. Door verzoeker is een berekening gemaakt van de schade per polis per maand onderscheidenlijk per dag. De in dat verband genoemde bedragen zijn door hem op geen enkele wijze onderbouwd. Daarbij valt niet in te zien hoe sprake kan zijn van schade die is ontstaan na 1 januari 2017. Vanaf deze datum is verzoeker immers niet meer bij de zorgverzekeraar verzekerd en zijn uit hoofde van de verzekeringsovereenkomst geen nieuwe verplichtingen ontstaan. Indien verzoeker meent dat sprake is van een voordien ontstane vordering, ter zake waarvan kosten in rekening mogen worden gebracht, lag het op zijn weg deze vordering te onderbouwen en voor de kosten het wettelijk stelsel in acht te nemen. Verzoeker heeft echter een noch het ander gedaan, zodat het verzoek tot schadevergoeding dient te worden afgewezen. De commissie heeft er goede nota van genomen dat de zorgverzekeraar ter zitting heeft verklaard het door verzoeker aan de commissie betaalde entreegeld van € 37,- te vergoeden.



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 20 december 2017,



H.A.J. Kroon