



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V.
te Arnhem
Zaak : Schadevergoeding
Zaaknummer : 201800387
Zittingsdatum : 10 oktober 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2018, 6:96 BW)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Verzoeker was tot en met 31 december 2017 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Zuid-Limburgpakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide 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. Bij brief van 9 januari 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een factuur gestuurd voor een bedrag van € 1.338,86. Dit bedrag is automatisch geïncasseerd van de rekening van verzoeker. Verzoeker heeft deze incasso laten storneren door zijn bank.
- 3.2. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar een klacht ingediend over het afschrijven van het bedrag van € 1.338,86. Bij e-mailbericht van 29 januari 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker zijn excuses aangeboden voor het onterecht afschrijven van genoemd bedrag.
- 3.3. Omdat verzoeker van de ziektekostenverzekeraar tevens een schadevergoeding vordert, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen nadien bemiddeld. Dit heeft niet ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar is overgegaan tot betaling van een schadevergoeding aan verzoeker.
- 3.4. Bij brief van 26 juni 2018 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te verklaren voor recht dat de ziektekostenverzekeraar onjuist heeft gehandeld, dat de ziektekostenverzekeraar geen beroep op artikel 1.11 van de voorwaarden van de zorgverzekering toekomt, alsmede te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is hem een schadevergoeding toe te kennen (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 3 september 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 september 2018 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 5 september 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 18 september 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. 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.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 10 oktober 2018 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De problemen tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn ontstaan als gevolg van de keuze die verzoeker heeft gemaakt om bij het afsluiten van de aanvullende ziektekostenverzekering het eigen risico niet te verzekeren. Daarna ontving verzoeker echter nog steeds premie-nota's van de ziektekostenverzekeraar die uitgingen van de hogere premie die geldt als het eigen risico wel is verzekerd. Hieruit werd duidelijk dat de ziektekostenverzekeraar zijn administratie niet op orde had. Er werden diverse keren bedragen ten onrechte en zonder toestemming van verzoeker van zijn rekening afgeschreven. De opzegging van de verzekeringen met ingang van 1 januari 2018 is niet goed door de ziektekostenverzekeraar verwerkt, hetgeen erin resulteerde dat voor de maand januari 2018 toch premie werd afgeschreven.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft onzorgvuldig gehandeld door bij herhaling premiebedragen af te schrijven waarvoor geen grondslag bestond. Het ging daarbij onder andere om een zodanig hoog bedrag (€ 1.338,86) dat de ziektekostenverzekeraar zich had moeten realiseren dat dit niet een normale verzekeringspremie kon zijn en dat verzoeker hierdoor in financiële problemen zou komen. Dit bedrag is bovendien zonder enige kennisgeving vooraf van de rekening van verzoeker afgeschreven.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar komt een beroep op artikel 1.11 van de zorgverzekering niet toe, omdat een dergelijke exoneratieclausule niet geldt bij opzet en/of grove schuld, en een beroep op een dergelijke clausule in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. Het handelen van de ziektekostenverzekeraar en het niet op orde hebben van de administratie zijn aan te merken als opzet dan wel grove schuld. Het is onredelijk dat de gevolgen van een dergelijk onzorgvuldig handelen voor rekening van verzoeker en zijn gezin blijven.
- 4.4. Verzoeker vordert van de ziektekostenverzekeraar een schadeloosstelling voor de immateriële schade en voor het door hem inschakelen van juridische bijstand. Wat betreft de hoogte van deze schadevergoeding conformeert verzoeker zich aan het oordeel van de commissie.
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker opgemerkt dat de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat hij in januari premie heeft ingehouden, omdat de betreffende verzekering niet was opgezegd, niet juist is. Dit blijkt uit een e-mailbericht van de ziektekostenverzekeraar van 29 december 2017. De gang van zaken bij de ziektekostenverzekeraar geeft blijk van onzorgvuldigheid. De ziektekostenverzekeraar dient daarom de kosten van rechtsbijstand te vergoeden en kan zich in dit verband niet beroepen op artikel 1.11 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Op 12 januari 2018 heeft een automatische incasso plaatsgevonden voor een bedrag van € 1.338,86. Dit bedrag bestaat uit een deel van € 332,44 in verband met de premie voor de maand januari 2018 en een deel van € 1.198,26 in verband met een correctie over de periode van januari 2016 tot en met januari 2018. Deze correctie is onterecht geweest, omdat is gebleken dat verzoeker gedurende genoemde periode niet de verzekering Herverzekeren Eigen Risico had afgesloten en daarom de hierbij behorende premie niet is verschuldigd.

De opzegging van de verzekering met ingang van 1 januari 2018 is niet goed doorgekomen via 'Mijn VGZ'. Als gevolg hiervan is de verzekering van de vrouw en kinderen van verzoeker beëindigd, maar die van verzoeker niet. Zijn verzekering is doorgelopen, zodat de premie voor de maand januari 2018 bij verzoeker in rekening is gebracht. De ziektekostenverzekeraar is evenwel bereid de verzekering van verzoeker alsnog met terugwerkende kracht te beëindigen, zodat hij de premie voor de maand januari 2018 niet hoeft te voldoen.

5.2. Op 9 januari 2018 is verzoeker met een factuurspecificatie geïnformeerd over de afschrijving die op 12 januari 2018 plaatsvond. Deze incasso is door verzoeker op 16 januari 2018 gestorneerd. Omdat verzoeker hierdoor in de financiële problemen is gekomen, vordert hij van de ziektekostenverzekeraar een schadevergoeding. Aangezien verzoeker de kosten die hij heeft moeten maken niet nader heeft gespecificeerd, gaat de ziektekostenverzekeraar niet over tot betaling van een schadevergoeding. Met betrekking tot het verzoek om immateriële schadevergoeding beroept de ziektekostenverzekeraar zich op artikel 1.11 van de zorgverzekering. Hierin is bepaald dat de ziektekostenverzekeraar geen vergoeding verleent voor schade die het indirecte gevolg is van zijn handelen of nalaten. Op het moment van de afschrijving was voor verzoeker nog een verzekering actief, zodat ook de hierbij geldende voorwaarden van toepassing waren en de ziektekostenverzekeraar hierop met succes een beroep kan doen.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat het verzoek tot schadeloosstelling niet nader is gespecificeerd, zodat dit verzoek moet worden afgewezen. De commissie heeft eerder geoordeeld dat deze kosten vanwege het laagdrempelige karakter van de onderhavige procedure voor rekening moeten blijven van de partij die de kosten heeft gemaakt (201502662). Ook heeft de commissie eerder geoordeeld dat geen vergoeding kan worden toegekend voor immateriële schade (201700476).

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 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 de ziektekostenverzekeraar onjuist heeft gehandeld, of hem een beroep op artikel 1.11 van de voorwaarden van de zorgverzekering toekomt, alsmede of de ziektekostenverzekeraar gehouden is verzoeker een schadevergoeding toe te kennen.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarde en regelgeving

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

8.2. Artikel 1.11 van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

*“U hebt geen recht op: (...)
- vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van ons handelen of nalaten; (...)”*

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 en zijn gezinsleden met ingang van 1 januari 2018 niet langer verzekerd wensten te zijn bij de ziektekostenverzekeraar en dat hij tijdig heeft opgezegd. Voorts staat vast dat de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 1.338,86 - welk bedrag betrekking heeft op de premie voor een verzekering die door verzoeker niet werd afgesloten en op de premie die verzoeker bij voortzetting van zijn verzekering verschuldigd zou zijn met betrekking tot de maand januari 2018 - ten onrechte automatisch van de rekening van verzoeker heeft geïncasseerd. Tussen partijen is thans nog in geding of de ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar veel fouten heeft gemaakt, waaronder het automatisch incasseren van voornoemd bedrag zonder hem hierover vooraf in kennis te stellen. Hierdoor heeft hij een weekend lang niet de beschikking gehad over geld, hetgeen hem in financiële moeilijkheden heeft gebracht. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband gesteld dat verzoeker geen direct financieel nadeel heeft geleden, althans dat hij het bestaan hiervan niet aannemelijk heeft gemaakt. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat vergoeding van indirecte schade als gevolg van zijn handelen of nalaten is uitgesloten in artikel 1.11 van de zorgverzekering.

9.3. De commissie overweegt dat - anders dan de ziektekostenverzekeraar stelt - op het moment van de incasso op 12 januari 2018 tussen partijen geen verzekeringsovereenkomst (meer) bestond. Vast staat immers dat verzoeker de verzekering tijdig heeft opgezegd, maar dat deze opzegging door de ziektekostenverzekeraar niet goed is verwerkt, zodat de verzekering van verzoeker aanvankelijk na 1 januari 2018 is voortgezet. Dit ligt evenwel in de risicosfeer van de ziektekostenverzekeraar. Bovendien heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat na constatering van de gemaakte fout de verzekering van verzoeker met terugwerkende kracht tot 1 januari 2018 is beëindigd. Achteraf bezien bestond daarom ten tijde van de incasso geen verzekeringsovereenkomst, zodat een beroep van de ziektekostenverzekeraar op artikel 1.11 van de zorgverzekering faalt. Overigens geldt dat, indien op dat moment nog wel een verzekeringsovereenkomst had bestaan, sprake is van een algemene voorwaarde 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 ziektekostenverzekeraar - worden weerlegd. Gelet op het hetgeen

hiervoor is overwogen ten aanzien van de opzegging, wordt aan de mogelijkheid van vernietiging van artikel 1.11 van de zorgverzekering niet toegekomen. Het voorgaande leidt ertoe dat het recht op schadevergoeding moet worden beoordeeld aan de hand van artikel 6:96 BW.

- 9.4. Wat betreft de gevorderde schadevergoeding overweegt de commissie dat op grond van artikel 15, derde lid, 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 niet onderbouwd waaruit zijn materiële schade bestaat, anders dan uit de kosten van rechtsbijstand. Het inroepen van juridische deskundigheid is evenwel een keuze geweest van verzoeker. In de onderhavige procedure hoefde hij zich niet te laten vertegenwoordigen. Mede gelet op het laagdrempelige karakter van de procedure bij de commissie kan niet licht worden besloten de kosten van rechtsbijstand bij de wederpartij te leggen. Hiertoe is vereist dat deze kosten in omvang redelijk zijn en dat zij ook in redelijkheid zijn gemaakt. Aan laatstgenoemde eis is niet voldaan, en daarom dient verzoeker de betreffende kosten zelf te dragen. Aangezien hij, als gezegd, zijn vordering tot schadevergoeding overigens niet nader heeft onderbouwd, dient zijn verzoek daartoe geheel te worden afgewezen. Dit laatste neemt niet weg dat de commissie begrip heeft voor het ongenoegen dat bij verzoeker is ontstaan over de gang van zaken. Hierin ziet de commissie aanleiding te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- dient te vergoeden.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen. Wel acht de commissie termen aanwezig te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker dient te vergoeden.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker dient te vergoeden.

Zeist, 31 oktober 2018,

L. Ritzema