

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C te D, in deze vertegenwoordigd door E te F
Zaak : Onterechte vordering, schadevergoeding
Zaaknummer : 2012.01094
Zittingsdatum : 31 oktober 2012

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, in deze vertegenwoordigd door E te F.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het Keuze Zorgplan (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering T Royaal afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een schadevergoeding van € 40,--, omdat ten onrechte een bedrag van € 151,74 van hem is gevorderd via een incassobureau (hierna: de aanspraak). Bij e-mailbericht van 21 november 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 26 april 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing 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 7 augustus 2012 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen (hierna: het verzoek). Verzoeker heeft hierbij zijn vordering verhoogd van € 40,-- naar € 100,--.
- 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 17 september 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 september 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 26 september 2012 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 1 oktober 2012 schriftelijk medegedeeld evenmin te willen worden gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
 - 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft ten onrechte op 1 juli 2011 via een incassobureau een bedrag van € 151,74 van verzoeker gevorderd. Volgens de betreffende brief is genoemd bedrag ondanks herhaalde verzoeken daartoe niet aan de ziektekostenverzekeraar voldaan. Verzoeker stelt dat hij niet eerder een nota of aanmaning heeft ontvangen. Bovendien heeft de ziektekostenverzekeraar helemaal geen vordering op hem. Verzoeker heeft daarom een klacht ingediend bij de ziektekostenverzekeraar en een bedrag van € 40,- gevorderd als compensatie voor de bestede tijd en gemaakte kosten. Hierop heeft hij evenwel geen reactie mogen ontvangen.
 - 4.2. Vervolgens heeft verzoeker nogmaals bij de ziektekostenverzekeraar geklaagd. Hierop heeft de ziektekostenverzekeraar hem bericht dat door een administratieve fout een bedrag van € 100,-, dat aan verzoeker zou worden betaald, als vordering is geboekt, welke vordering vervolgens aan een incassobureau is overgedragen. Deze vordering zou later weer zijn ingetrokken, maar hierover heeft verzoeker nooit bericht ontvangen. Het verzoek om compensatie is afgewezen.
 - 4.3. Verzoeker heeft aanspraak op compensatie, omdat hij voor deze vermeende achterstallige betaling is benaderd door het incassobureau van de ziektekostenverzekeraar en hij "beschuldigd [is] geweest van wanbetaling".
 - 4.4. Verzoeker heeft zijn vordering tot compensatie bij voorlegging van het geschil aan de commissie verhoogd naar € 100,-. Desgevraagd heeft verzoeker zijn vordering gespecificeerd als zijnde de tijdsbesteding van vijf uren. Verzoeker voert hierbij aan dat het incassobureau bij de eerste rekening al meer dan € 50,- in rekening bracht als administratiekosten.
 - 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
 - 5.1. In 2010 heeft verzoeker een klacht ingediend bij de Ombudsman Zorgverzekeringen betreffende het in rekening brengen van het vrijwillig eigen risico over de jaren 2006 en 2007. Hoewel deze vordering terecht was ingesteld, heeft de ziektekostenverzekeraar besloten uit coulance een bedrag van € 100,- te restitueren. Deze restitutie werd nadien - door een administratieve fout - als een vordering op verzoeker beschouwd, welke uiteindelijk is overgedragen aan een incassobureau. Voor deze fout heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker zijn excuses aangeboden.

5.2. Aangezien verzoeker reeds eerder voor een bedrag van € 100,-- is gecompenseerd, ziet de ziektekostenverzekeraar thans geen aanleiding hem opnieuw te compenseren.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 16 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 verzoeker aanspraak heeft op een bedrag van € 100,-- als compensatie voor het feit dat de ziektekostenverzekeraar via een incassobureau ten onrechte een bedrag van hem heeft gevorderd.

8. Toepasselijke regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil is de volgende regelgeving relevant.

8.2. Artikel 6:74 van het Burgerlijk Wetboek (hierna: BW) bepaalt wanneer sprake is van wanprestatie, en luidt:

“1. Iedere tekortkoming in de nakoming van een verbintenis verplicht de schuldenaar de schade die de schuldeiser daardoor lijdt te vergoeden, tenzij de tekortkoming de schuldenaar niet kan worden toegerekend.

2. Voor zover nakoming niet reeds blijvend onmogelijk is, vindt lid 1 slechts toepassing met inachtneming van hetgeen is bepaald in de tweede paragraaf betreffende het verzuim van de schuldenaar.”

9. Beoordeling van het geschil

9.1. De commissie begrijpt de stelling van verzoeker aldus dat de ziektekostenverzekeraar jegens verzoeker is tekort geschoten in de nakoming van een verbintenis uit hoofde van de tussen partijen bestaande overeenkomst door een niet-bestaande vordering over te dragen aan het incassobureau. In verband met deze overdracht heeft verzoeker tijd moeten besteden om een en ander gecorrigeerd te krijgen. Hij schat zijn gemaakte kosten op € 100,--.

9.2. Wil sprake zijn van schadevergoeding vanwege een tekortkoming in de nakoming van een verbintenis, dan moet zijn voldaan aan de volgende vereisten, 1) een tekortkoming, 2) toerekenbaarheid van de tekortkoming aan de schuldenaar, 3) schade, en 4) causaal verband tussen tekortkoming en de schade.

9.3. Tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar is een verzekeringsovereenkomst gesloten. Uit deze verzekeringsovereenkomst vloeit voor de ziektekostenverzekeraar onder andere de (neven)verplichting voort een deugdelijke administratie te voeren. Het overdragen van een niet-bestaande vordering aan het incassobureau door de ziektekostenverzekeraar vormt een gebrek in de nakoming van deze verbintenis.

- 9.4. Schadeplichtigheid is pas aan de orde als ook sprake is van verzuim. Dit houdt in dat de schuldenaar (i.c. de ziektekostenverzekeraar) in gebreke is gebleven, ook nadat hij op dit gebrek is geweest door de schuldeiser (i.c. verzoeker). Verzoeker had de ziektekostenverzekeraar derhalve een redelijke termijn moeten gunnen om het gebrek te herstellen. Pas na afloop van de gestelde termijn zonder herstel van het gebrek, treedt verzuim in.
- 9.5. In het onderhavige geval is een fout gemaakt door de ziektekostenverzekeraar en deze is op eerste mededeling van verzoeker gecorrigeerd, zodat geen schadeplichtigheid voor de ziektekostenverzekeraar is ontstaan. De gestelde vele – extra – tijd komt voor risico van verzoeker.

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, 21 november 2012,

Voorzitter