

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A, in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger
van B, beiden te C, tegen D en E, beide te F
Zaak : Declaratie, uitbetaling, terugvordering
Zaaknummer : 2012.01144
Zittingsdatum : 10 oktober 2012

1. Partijen

De heer A, hierna te noemen: verzoeker, in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van B, hierna te noemen: verzekerde, beiden te C,

tegen

1) D te F en

2) E te F,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen [naam ziektekostenverzekeraar] Uitgebreed en [naam ziektekostenverzekeraar] TanddenGaaf 500 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Op 24 januari 2012 heeft verzoeker een declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar, ten bedrage van € 150,--, ter zake van behandelingen eurythmietherapie ten behoeve van verzekerde.

3.2. Bij brief van 31 januari 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de uitbetaling van de declaratie niet rechtstreeks aan de zorgverlener zal geschieden, maar aan hem.

3.3. Bij brief van 7 maart 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat verzoeker het bedrag van € 150,-- tweemaal heeft ontvangen, en dat om die reden € 150,-- bij hem in rekening wordt gebracht.

3.4. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van de onder 3.3 genoemde beslissing gevraagd. Bij brieven van 23 maart 2012, 5 april 2012 en 27 april 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

- 3.5. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.6. Bij brief van 10 juli 2012 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is af te zien van de vordering van € 150,-- (hierna: het verzoek).
- 3.7. 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.
- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 29 augustus 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 30 augustus 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 3 september 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 10 oktober 2012 in persoon gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Op 24 januari 2012 heeft verzoeker twee zorgkostennota's (totaal € 150,--) gedeclareerd door middel van een declaratieformulier. Op dit formulier heeft hij medegedeeld dat rechtstreeks aan de zorgverlener diende te worden betaald. Uitbetaling aan de zorgverlener bleek echter niet mogelijk. Hierop heeft de ziektekostenverzekeraar het gedeclareerde bedrag uitbetaald aan verzoeker. Dit is echter geschied naar een verkeerd rekeningnummer. Op de door de ziektekostenverzekeraar gebruikte rekening is namelijk beslag gelegd. Verzoeker kan derhalve niet over het bedrag beschikken, zodat het feitelijk niet aan hem is betaald.
- 4.2. Het declaratieformulier is te beschouwen als een overeenkomst. Aangezien de ziektekostenverzekeraar niet handelt conform deze overeenkomst – er is immers, anders dan door verzoeker verzocht, niet rechtstreeks aan de zorgverlener betaald – komen de gevolgen hiervan voor zijn rekening.
- 4.3. Reeds lange tijd is bij de ziektekostenverzekeraar bekend dat verzoekers rekeningnummer is gewijzigd. Kennelijk is door een fout deze wijziging alleen gerealiseerd voor de incasso van de premie. Van een betaling op een onjuist, op het declaratieformulier vermeld rekeningnummer – zoals de ziektekostenverzekeraar stelt – is dan ook geen sprake.
- 4.4. Op 8 februari 2012 heeft verzoeker telefonisch contact gehad met een bij naam genoemde medewerker van de ziektekostenverzekeraar. Deze medewerker deelde verzoeker mede dat de ziektekostenverzekeraar een fout had gemaakt met het wijzigen van het rekeningnummer in het verleden, en dat het bedrag van € 150,-- alsnog op het juiste rekeningnummer zou worden overgemaakt. Verzoeker heeft nog expliciet gevraagd naar de onjuist uitgevoerde betaling. De medewerker deelde verzoeker

daarop mede dat dit een probleem was van de ziektekostenverzekeraar, en niet van hem. Uiteindelijk ontving verzoeker op 7 maart 2012 het bedrag van € 150,-- op zijn – correcte – rekening.

- 4.5. Verzoeker is niet bereid € 150,-- aan de ziektekostenverzekeraar terug te betalen. Feitelijk heeft hij dit bedrag immers maar één keer ontvangen. Achteraf is gebleken dat de toezegging van de betreffende medewerker niets waard is.
- 4.6. In het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar beweerd dat verzoeker op 2 juli 2012 de premie voor de maanden april en juni 2012 nog niet had voldaan. Dit bevreemdt verzoeker, aangezien hij op voornoemde datum volledig bij was met de betaling van de lopende maandpremie. Verzoeker had slechts het bedrag van € 150,-- niet betaald, en dit was met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar afgesproken en schriftelijk bevestigd. De ziektekostenverzekeraar dient excuses aan te bieden voor het feit dat verzoeker hierdoor in een kwaad daglicht is gesteld.
- 4.7. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij op 8 februari 2012 telefonisch contact heeft opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Reden hiervoor was dat € 150,-- was gestort op een verkeerde rekening. Hij heeft toen medegedeeld dat was betaald op een rekening waarop beslag was gelegd. Eerder had hij al zijn juiste rekeningnummer doorgegeven. De betreffende medewerker vertelde hem tijdens dit gesprek “dat hij zich geen zorgen hoefde te maken”. Het bedrag werd op de juiste rekening overgemaakt, maar later werd het bedrag teruggevorderd door de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker nooit medegedeeld dat er problemen waren met de betaling aan de zorgverlener. Verzoeker brengt in dat de ziektekostenverzekeraar het teveel betaalde bedrag van € 150,-- kan terughalen van de geblokkeerde rekening. Het beslag is op deze rekening gelegd vóór de storting van € 150,--.
- 4.8. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Verzoeker heeft op het declaratieformulier vermeld dat de vergoeding rechtstreeks aan de zorgverlener diende te worden betaald. Zorgverleners moeten hun bankrekeningnummer schriftelijk aan de ziektekostenverzekeraar doorgeven. De zorgverlener van verzekerde kreeg hiertoe een schriftelijk verzoek, maar reageerde hier niet op. Omdat de ziektekostenverzekeraar de afhandeling van de nota's niet wilde vertragen, is de vergoeding toen aan verzoeker overgemaakt.
- 5.2. De eerste betaling is overgemaakt op [rekeningnummer 1]. Na deze betaling heeft verzoeker telefonisch contact opgenomen met de mededeling dat het rekeningnummer was gewijzigd in [rekeningnummer 2]. Om verzoeker van dienst te zijn is een (tweede) betaling van € 150,-- overgemaakt naar dit nieuwe rekeningnummer. De ziektekostenverzekeraar heeft hierna contact opgenomen met de bank om de eerste betaling op [rekeningnummer 1] terug te vorderen. Er wordt namelijk nooit méér vergoed dan het bedrag op de nota. De bank bevestigde dat [rekeningnummer 1] nog op naam van verzoeker stond. Dit betekent dat het bedrag twee keer is overgemaakt aan verzoeker.

- 5.3. Verzoeker heeft gesteld dat op [rekeningnummer 1] beslag is gelegd. Hierdoor heeft hij de eerste betaling niet ontvangen. Daarnaast was het gewijzigde rekeningnummer volgens verzoeker al lang bekend bij de ziektekostenverzekeraar. Waarschijnlijk is hierbij sprake van een misverstand. De wijziging van het rekeningnummer was namelijk niet tijdig bekend. Het verzoek tot wijziging ontving de ziektekostenverzekeraar eerst op 8 februari 2012. Vóór oktober 2010 betaalde verzoeker de premie en kosten per acceptgiro van [rekeningnummer 1] (het incassonummer). Vanaf oktober 2010 betaalt verzoeker vanaf [rekeningnummer 2]. Als een verzekerde vanaf een ander rekeningnummer betaalt, betekent dit niet dat het rekeningnummer voor betalingen aan diegene (het excassonummer) automatisch ook wijzigt. Wijziging van het excassonummer is pas mogelijk nadat daartoe een verzoek is ontvangen van de verzekeringnemer. Een dergelijk wijzigingsverzoek wordt beoordeeld, waarbij onder meer wordt geverifieerd of sprake is van schuldhulpverlening of bewindvoering.
- 5.4. Verzoeker heeft diverse malen telefonisch contact opgenomen over de vergoeding van € 150,-. Bij de tweede betaling is de ziektekostenverzekeraar ervan uitgegaan dat het oude rekeningnummer niet meer op verzoekers naam stond. Onbewust heeft verzoeker verkeerde informatie doorgegeven. Het [rekeningnummer 1] staat immers nog steeds op naam van verzoeker. De vergoeding is overgemaakt op het rekeningnummer dat in de administratie van de ziektekostenverzekeraar was opgenomen. Pas op 13 maart 2012 is de ziektekostenverzekeraar bekend geworden met de beslaglegging.
- 5.5. Een zorgverzekering is een schadeverzekering. Een schadeverzekering vergoedt de kosten van geleden schade. Op grond van het indenniteitsbeginsel mag een verzekerde bij uitkering van een vergoeding niet financieel erop vooruit gaan. Bij een dubbele betaling gaat een verzekerde financieel erop vooruit en dit is niet toegestaan. De vergoeding van de onderhavige zorgkosten heeft verzoeker onbedoeld tweemaal ontvangen. Deze dubbele betaling is op 7 maart 2012 vastgesteld. Daarom is verzoeker op die datum een brief gezonden en wordt € 150,- van hem teruggevorderd.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar betreurt dat verwarring is ontstaan.
- 5.7. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat als verzoeker van mening is dat aan de zorgverlener had moeten worden betaald, sprake is van onverschuldigde betaling. Het rekeningnummer dat verzoeker heeft doorgegeven is gebruikt voor het storten van het bedrag. De medewerker aan de telefoon is er vanuit gegaan dat een fout was gemaakt. Dit is niet gecontroleerd. De toezegging heeft echter niet geleid tot een doen of nalaten aan de zijde van verzoeker. Bovendien is deze toezegging gedaan op basis van onjuiste informatie.
- 5.8. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op artikel A.21. van de zorgverzekering en 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 terecht € 150,- van verzoeker vordert.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. Artikel A.15. van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering betreft het doorgeven van informatie. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

(...)

A.15.2. Belangrijke gebeurtenissen

U (verzekeringnemer) bent verplicht om gebeurtenissen die voor ons belangrijk zijn om de zorgverzekering goed uit te kunnen voeren, binnen 30 dagen aan ons door te geven. Het gaat om zaken zoals:

- a. verhuizing, wijziging van postadres of ander communicatieadres;*
- b. geboorte of adoptie;*
- c. overlijden;*
- d. echtscheiding;*
- e. begin en einde van hechtenis/verblijf in gevangenis;*
- f. begin en einde van deelname aan een collectieve overeenkomst;*
- g. verandering van gezinsamenstelling.*

Doet u dat op tijd, dan gaat de aanpassing in op het moment van de verandering. Doet u dit niet op tijd, dan gaat de aanpassing van de verzekering in op een moment dat wij bepalen.

(...)"

Artikel A.19. van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering betreft nota's, en luidt, voor zover hier van belang:

"A.19.1. Wie ontvangt de nota?

Bepaalde zorgverleners kunnen nota's rechtstreeks bij ons indienen. Gaat u naar andere zorgverleners, dan ontvangt u van hen de nota. Die dient u vervolgens bij ons in.

(...)

A.19.3. Rechtstreekse betaling aan de zorgverlener U geeft ons toestemming om met zorgverleners afspraken te maken over de betaling van nota's. Wij kunnen onder andere afspreken dat zij alle, of bepaalde nota's rechtstreeks bij ons indienen en dat wij deze rechtstreeks aan hen betalen. U bent verplicht hieraan mee te werken. Als wij van een dergelijke zorgverlener een nota ontvangen die voor vergoeding in aanmerking komt, wordt u dus geacht aan ons toestemming te hebben gegeven om die nota rechtstreeks aan die zorgverlener te betalen. Als wij de nota aan de zorgverlener betalen, vervalt daarmee onze plicht de kosten aan u te vergoeden.

(...)"

8.3. Artikel 3:35 BW luidt:

"Tegen hem die eens anders verklaring of gedraging, overeenkomstig de zin die hij daaraan onder de gegeven omstandigheden redelijkerwijze mocht toekennen, heeft opgevat als een door die ander tot hem gerichte verklaring van een bepaalde strekking, kan geen beroep worden gedaan op het ontbreken van een met deze verklaring overeenstemmende wil."

8.4. Artikel 6:203 leden 1 en 2 BW luidt:

*“1. Degene die een ander zonder rechtsgrond een goed heeft gegeven, is gerechtigd dit van de ontvanger als onverschuldigd betaald terug te vorderen.
2. Betreft de onverschuldigde betaling een geldsom, dan strekt de vordering tot teruggave van een gelijk bedrag.”*

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. De ziektekostenverzekeraar heeft twee betalingen uitgevoerd, te weten € 150,- omstreeks 31 januari 2012 op [rekeningnummer 1], en € 150,- omstreeks 7 maart 2012 op [rekeningnummer 2]. Volgens de ziektekostenverzekeraar is, waar het gaat om laatstgenoemde betaling, sprake van onverschuldigde betaling, aangezien verzoeker maar recht heeft op éénmaal € 150,-. Verzoeker stelt dat hij voornoemd bedrag slechts éénmaal heeft ontvangen, aangezien op [rekeningnummer 1] beslag ligt en hij daarom niet vrijelijk over het betaalde bedrag kan beschikken. Daarnaast is het volgens verzoeker hoe dan ook onjuist dat de ziektekostenverzekeraar de declaratie aan hem heeft uitbetaald, en niet, conform zijn verzoek, aan de zorgverlener. Hiertoe overweegt de commissie als volgt.
- 9.2. De commissie is met de zorgverzekeraar van oordeel dat de tweede betaling onverschuldigd is geschied. Betaling op [rekeningnummer 1] is bevrijdend. Het feit dat op deze rekening ten tijde van de betaling een – aan de zorgverzekeraar onbekend – beslag rustte, maakt het vorenstaande niet anders. In dat verband acht de commissie tevens van belang dat het ingevolge artikel A.15. van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering op de weg van verzoeker ligt de ziektekostenverzekeraar tijdig te informeren van eventuele wijziging in rekeningnummer waarop betalingen dienen plaats te vinden. Desondanks meent de commissie dat voor verzoeker in deze geen terugbetalingsverplichting bestaat van wege het navolgende.
- 9.3. Op 8 februari 2012 heeft verzoeker telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker stelt dat een bij naam genoemde medewerker van de ziektekostenverzekeraar hem tijdens dit telefonisch contact heeft medegedeeld dat het incassonummer is aangepast, maar het excassonummer niet. Voorts is hem medegedeeld dat de betaling is geschied op het excassonummer, zijnde [rekeningnummer 1], en dat dit een fout was. De medewerker van de ziektekostenverzekeraar zou zorg dragen voor aanpassing van het excassonummer, en zodoende betaling op het correcte rekeningnummer. Over de betaling naar het verkeerde rekeningnummer hoefde verzoeker zich volgens de betreffende medewerker geen zorgen te maken..
- 9.4. De ziektekostenverzekeraar bestrijdt niet dat in februari 2012 diverse telefonisch contacten met verzoeker hebben plaatsgevonden, maar wel de inhoud van de gesprekken. Hiertoe overweegt de commissie als volgt.
- 9.5. In de procedure is aangetoond en aannemelijk gemaakt dat van de zijde van de zorgverzekeraar een bepaalde telefonische toezegging is gedaan. Daarbij hecht de commissie belang aan het feit dat door verzoeker is aangegeven wanneer en met wie hij heeft gesproken. De ziektekostenverzekeraar heeft de betreffende telefoonnotities overgelegd. Uit de door verzoeker en de ziektekostenverzekeraar overgelegde informatie blijkt dat de ziektekostenverzekeraar op 8 februari 2012 wist dat verzoeker (nog) niet over het bedrag van € 150,- kon beschikken. Hierop is toegezegd dat het

excassonummer zo snel mogelijk zou worden aangepast en dat daarna de betaling zou geschieden op het correcte rekeningnummer. Op 27 februari 2012 blijkt het excassonummer te zijn aangepast en is de declaratie van verzoeker opnieuw in behandeling genomen. Tijdens de diverse telefonische contacten is blijkens de overgelegde informatie niet gesproken over terugvordering van de eerste betaling van € 150,-- op het verkeerde rekeningnummer, alhoewel verzoeker hier nog wel specifiek naar heeft gevraagd.

- 9.6. De commissie is van oordeel dat verzoeker om die reden erop mocht vertrouwen dat met de ontvangst van het bedrag van € 150,-- op 7 maart 2012 op het correcte rekeningnummer, de kwestie was afgehandeld. De ziektekostenverzekeraar heeft met zijn diverse uitlatingen het vertrouwen gewekt dat de ziektekostenverzekeraar de eerste betaling van € 150,-- niet van hem zou terugvorderen.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.8. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 31 oktober 2012,

Voorzitter