



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen
Zaak : Premie, premieachterstand: aanmelding CAK, totstandkoming zorgverzekering
Zaaknummer : 201700639
Zittingsdatum : 25 oktober 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015-2017, art. 5 en paragraaf 3.3 Zvw)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Verzoeker is, althans volgens de zorgverzekeraar, tot op heden bij hem verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Genoemde zorgverzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst 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. De zorgverzekeraar heeft verzoeker met ingang van 1 april 2017 aangemeld als wanbetaler bij het CAK vanwege een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van zes of meer maanden.
- 3.2. Bij klachtenformulier van 26 maart 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen (i) dat hij nooit zelf de zorgverzekering bij de zorgverzekeraar heeft afgesloten, alsmede (ii) dat de zorgverzekeraar hem ten onrechte heeft aangemeld als wanbetaler bij het CAK (hierna: het verzoek).
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van het onder 3.1 bedoelde standpunt gevraagd. Bij brief van 13 juni 2017 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. 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.
- 3.5. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 15 augustus 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 augustus 2017 aan verzoeker gezonden.
- 3.6. Verzoeker heeft op 17 september 2017 gereageerd op het onder 3.5 bedoelde standpunt van de zorgverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 17 september 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 23 oktober 2017 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Partijen zijn op uitgenodigd voor de hoorzitting van 25 oktober 2017. Ondanks daartoe deugdelijk te zijn uitgenodigd is verzoeker niet verschenen. Daarnaast heeft de commissie verzoeker op en rond de in de uitnodiging vermelde tijdstip tweemaal op het in de stukken gevonden telefoonnummer keren gebeld. Bij al deze gelegenheden was verzoeker telefonisch niet bereikbaar. De ziektekostenverzekeraar is op 25 oktober 2017 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De zorgverzekeraar stelt zich ten onrechte op het standpunt dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van zes of meer maanden. Hiertoe voert verzoeker aan dat zijn broer op 6 november 2015 voor hem bij de zorgverzekeraar de zorgverzekering heeft aangevraagd. De verschuldigde premie werd sindsdien automatisch geïncasseerd. Toen verzoeker hier achter kwam heeft hij de machtiging tot automatische incasso direct ingetrokken en de zorgverzekeraar verzocht de zorgverzekering met terugwerkende kracht tot de ingangsdatum te beëindigen. De zorgverzekeraar weigert tot op heden aan dit verzoek gevolg te geven.
- 4.2. Voor zover de zorgverzekeraar stelt dat hij op 6 november 2015 allerlei gegevens van verzoeker heeft ontvangen geldt dat niet hij, maar zijn broer deze gegevens heeft verstrekt. Dit blijkt uit het feit dat zijn e-mailadres op genoemde datum was geblokkeerd en dat hij in Nederland geen bankrekening had. Voorts was verzoeker op genoemde datum niet in Nederland ingeschreven. Eerst in december 2015 heeft de gemeente Hof van Twente verzoeker met terugwerkende kracht ingeschreven in de Basisregistratie Personen (BRP).
- 4.3. 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 heeft op 6 november 2015 om 21:09 uur via zijn website een aanmelding voor de zorgverzekering ontvangen. Op dit aanmeldingsformulier waren onder ander verzoekers naam, geboortedatum, burgerservicenummer, nationaliteit, adres, telefoonnummer, e-mailadres, bankrekeningnummer en de reden van inschrijving vermeld. Aangezien de zorgverzekeraar bij een online aanvraagformulier niet kan verifiëren of de persoon die de aanmelding doet ook daadwerkelijk een zorgverzekering wenst af te sluiten, hanteert de zorgverzekeraar de werkwijze dat de ingevulde persoonsgegevens - burgerservicenummer en adresgegevens - worden gecontroleerd aan de hand van de BRP.
- 5.2. Tijdens de bij verzoeker uitgevoerde controle bleek dat hij op dat moment niet stond ingeschreven in de BRP. Om die reden heeft de zorgverzekeraar hem bij brief van 9 november 2015 gevraagd hiervoor alsnog zorg te dragen. Niet lang daarna ontving de zorgverzekeraar van de gemeente het bericht dat verzoeker was ingeschreven in de BRP. Gelet hierop heeft de zorgverzekeraar hem met terugwerkende kracht tot de datum van inschrijving, te weten 26 oktober 2015, geaccepteerd voor de zorgverzekering.
- 5.3. Dat verzoeker zich thans op het standpunt stelt dat geen verzekering tot stand is gekomen verbaast de zorgverzekeraar, aangezien verzoeker tot en met juni 2016 regelmatig de verschuldigde premie heeft betaald. Daarnaast is er verschillende keren telefonisch contact geweest, onder ander over de collectiviteitskorting. Weliswaar staat nu vast dat de broer van verzoeker namens hem de zorgverzekering heeft aangevraagd, maar dit maakt niet dat de zorgverzekering met terugwerkende kracht moet worden beëindigd. Het komt namelijk wel vaker voor dat iemand voor een familielid een

verzekering afsluit en bovendien was verzoeker op grond van de Zvw verplicht een zorgverzekering af te sluiten.

5.4. De betalingsachterstand over de periode van 1 januari 2016 tot en met 31 juli 2016 bedraagt naar de stand van 19 juli 2017 totaal € 730,05, exclusief rente en incassokosten. Omdat de betalingsachterstand voor de zorgverzekering op 1 april 2017 meer dan zes maanden beliep, heeft de zorgverzekeraar verzoeker met ingang van die datum aangemeld als wanbetaler bij het CAK.

5.5. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar de commissie medegedeeld niets te willen toevoegen aan de kwestie.

5.6. 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 A17 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 (i) ten behoeve van verzoeker met ingang van 26 oktober 2015 bij de zorgverzekeraar de zorgverzekering tot stand is gekomen, en (ii) of de aanmelding met ingang 1 april 2017 van verzoeker als wanbetaler bij het CAK terecht is geweest.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. Ingevolge artikel A12 van de zorgverzekering is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.

8.3. Artikel A4 van de zorgverzekering bepaalt wanneer de verzekering aanvangt en luidt, voor zover hier van belang:

A4 Terugwerkende kracht

• *Als voor u binnen 4 maanden nadat u verzekeringsplichtig bent geworden een Basisverzekering bij Menzis is gesloten, werkt de Basisverzekering terug tot en met de dag waarop de verzekeringsplicht ontstond.*

(...)"

8.4. Artikel 4 Zvw luidt, voor zover hier van belang:

"1 Degene die een zorgverzekering wenst te sluiten, vermeldt bij het verzoek daartoe het burgerservicenummer van de te verzekeren persoon, indien deze persoon daarover beschikt.

2 De zorgverzekeraar stelt, voor zover dat redelijkerwijs nodig is voor de uitvoering van de zorgverzekering en van deze wet, de identiteit van de te verzekeren persoon vast.

3 De in het tweede lid bedoelde vaststelling geschiedt aan de hand van documenten als bedoeld in artikel 1 van de Wet op de identificatieplicht, die de verzekeringnemer of de te verzekeren persoon hem desgevraagd ter inzage geeft.

(...)"

8.5. Artikel 5 Zvw regelt het begin en einde van de zorgverzekering en luidt, voor zover hier van belang:

"1. De zorgverzekering gaat in op de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek, bedoeld in artikel 3, eerste lid, en, indien het tweede of vijfde lid van dat artikel van toepassing is, de aanduiding van de variant waar de verzekeringnemer voor kiest, heeft ontvangen.

(...)

5. De zorgverzekering werkt, zonodig in afwijking van artikel 925, eerste lid, van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, terug:

a. indien zij ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, tot en met de dag waarop die plicht ontstond;

(...)"

- 8.6. Artikel 16 Zvw regelt in welke gevallen voor de zorgverzekering geen premie verschuldigd is, en luidt, voor zover hier van belang:

"1. Krachtens de zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd.

2. In afwijking van artikel 925 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek en van het eerste lid:

a. is geen premie verschuldigd tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin een verzekerde de leeftijd van achttien jaren heeft bereikt;

b. is geen premie verschuldigd over de periode, bedoeld in artikel 18d, eerste lid."

- 8.7. Op 1 september 2009 is de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering (hierna: de Wsmwz) in werking getreden. Vanaf dat moment is onder meer aan de Zvw een nieuwe afdeling toegevoegd die de gevolgen regelt van het niet (tijdig) betalen van de premie voor de zorgverzekering. De wet voorziet in een aantal beoordelingsmomenten waarop de ziektekostenverzekeraar een aanbod, respectievelijk een mededeling moet doen aan de polishouder en/of de verzekerde. Is sprake van een premieschuld voor de zorgverzekering ter hoogte van zes of meer maandpremies, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, dan vindt in beginsel melding daarvan plaats aan het CAK. De consequentie hiervan is dat voor de nieuw opkomende maanden een – hogere – bestuursrechtelijke premie van toepassing wordt (in plaats van de premiebetaling aan de ziektekostenverzekeraar), alsmede een ander incassoregime, waarbij onder andere bronheffing en incasso door het CJIB mogelijk zijn. Aan het regime bij het CAK komt doorgaans weer een einde zodra de schuld uit de zorgverzekering is ingelost of een schuldregeling wordt getroffen.

- 8.8. Voor zover hier van belang, bepaalt artikel 18c Zvw het volgende:

"Artikel 18c

1. Indien ten aanzien van een zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een premieschuld ter hoogte van zes of meer maandpremies is ontstaan, meldt de zorgverzekeraar dit, onder vermelding van de voor de heffing van de bestuursrechtelijke premie alsmede voor de uitvoering van artikel 34a noodzakelijke persoonsgegevens van de verzekeringnemer en de verzekerde, aan het CAK, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, aan de verzekerde.

2. De melding geschiedt niet:

a. in geval van tijdige betwisting als bedoeld in artikel 18b, eerste lid, zolang de zorgverzekeraar zijn standpunt dienaangaande niet aan de verzekeringnemer en, indien dit een ander dan de verzekeringnemer is, aan de verzekerde heeft kenbaar gemaakt;

b. gedurende de termijn, genoemd in artikel 18b, tweede lid;

c. ingeval van tijdige voorlegging van het geschil aan een onafhankelijke instantie of aan de burgerlijke rechter als bedoeld in artikel 18b, tweede lid, zolang op het geschil niet onherroepelijk is beslist;

d. ingeval de verzekeringnemer zich heeft aangemeld bij een schuldhulpverlener als bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet en aantoont dat hij in het kader daarvan een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van zijn schulden heeft gesloten.

3. Onderdeel van de melding vormt een verklaring van de zorgverzekeraar, inhoudende dat hij artikel 18b en het tweede lid in acht heeft genomen."


9. Beoordeling van het geschil

Totstandkoming zorgverzekering


- 9.1. Vast staat dat de zorgverzekeraar op 6 november 2015 om 21:09 uur via zijn website een aanmelding voor een zorgverzekering met als gewenste ingangsdatum 6 november 2015 heeft ontvangen. Op dit aanmeldingsformulier waren onder andere de naam, de geboortedatum, het adres, het telefoonnummer, het e-mailadres, het bankrekeningnummer en het burgerservicenummer van verzoeker vermeld. Aangezien de zorgverzekeraar bij de verwerking van het aanmeldingsformulier constateerde dat verzoeker niet stond ingeschreven in de BRP heeft de zorgverzekeraar hem bij brief van 9 november 2015 verzocht hiervoor alsnog zorg te dragen. Niet lang daarna ontving de zorgverzekeraar van de gemeente het bericht dat verzoeker zich had ingeschreven als inwoner van Hof van Twente. Op basis van deze handeling van verzoeker, in combinatie met het feit dat op het aanmeldingsformulier ook gegevens waren vermeld die alleen bij hem bekend worden verondersteld, zoals zijn bankrekeningnummer en het burgerservicenummer, mocht de zorgverzekeraar naar het oordeel van de commissie er op vertrouwen dat hij correspondeerde met verzoeker althans met iemand die handelde namens hem. Een en ander geldt te meer nu in artikel 4, eerste lid, Zvw is bepaald dat in beginsel alleen het burgerservicenummer van de te verzekeren persoon hoeft te worden gevraagd en in de administratie van de zorgverzekeraar hoeft te worden opgenomen. Eerst als twijfel bestaat over de identiteit van de te verzekeren persoon is het opvragen van nadere stukken aan de orde, hetgeen - blijkens het tweede lid - ook dan met de nodige terughoudendheid moet gebeuren. Omdat de zorgverzekeraar vervolgens ook betalingen voor de verschuldigde premie ontving, en hem geen reactie op de toegezonden polisbladen bereikte, is de commissie van oordeel dat de zorgverzekeraar er van uit mocht gaan dat verzoeker of een door verzoeker gemachtigde namens hem de aanvraag voor de zorgverzekering had gedaan en dat verzoeker deze verzekering ook wenste. Dat nadien is komen vast te staan dat niet verzoeker maar zijn broer de desbetreffende verzekering heeft aangevraagd, maakt dit niet anders.
- 9.2. Gezien het voorgaande is de commissie van oordeel dat tussen verzoeker en de zorgverzekeraar een verzekeringsovereenkomst is tot stand gekomen, zodat enkel nog de ingangsdatum dient te worden bepaald. Met betrekking hiertoe geldt dat tussen partijen niet in geschil is dat verzoeker zich op 26 oktober 2015 opnieuw in Nederland heeft gevestigd, zodat hij op deze datum ingevolge de Zvw verzekeringsplichtig is geworden. Verder staat vast dat verzoeker, dan wel zijn broer, op 6 november 2011 bij de zorgverzekeraar een aanvraag voor de zorgverzekering heeft ingediend. Op grond van artikel 5, vijfde lid, onder a, Zvw respectievelijk artikel A.4. van de zorgverzekering (2015), werkt de zorgverzekering, na de aanvraag, terug tot uiterlijk vier maanden na het ontstaan van de verzekeringsplicht. Om die reden is de commissie van oordeel dat het de zorgverzekeraar vrij stond de ingangsdatum van de zorgverzekering van verzoeker te bepalen op 26 oktober 2015.

Aanmelding CAK


- 9.3. De zorgverzekeraar heeft verzoeker met ingang van 1 april 2017 als wanbetaler aangemeld bij het CAK. Beoordeeld dient te worden of naar de stand van die datum een achterstand van ten minste zes maandpremies voor de zorgverzekering van verzoeker bestond. De zorgverzekeraar heeft bij zijn brief van 15 augustus 2017 een financieel overzicht naar de stand van 19 juli 2017 gevoegd. Uit dit overzicht blijkt dat op 1 april 2017 sprake was van een premieachterstand voor de zorgverzekering van verzoeker van € 730,05. Genoemd bedrag had betrekking op de nog openstaande premie voor de maanden augustus 2016 (€ 99,51), oktober 2016 tot en met december 2016 (3 x € 99,51), en januari tot en met maart 2017 (3 x € 110,67). Dat door verzoeker vóór 1 april 2017 meer of andere betalingen zijn gedaan dan die welke uit het financiële overzicht van 19 juli 2017 blijken of dat genoemde maandpremies door verzoeker wél tijdig zijn voldaan, is door hem niet aannemelijk gemaakt. Per saldo was derhalve op 1 april 2017 sprake van een achterstand van ten minste zes maandpremies voor de zorgverzekering, zodat is voldaan aan het vereiste in artikel 18c Zvw en de aanmelding bij het CAK met ingang van die datum terecht heeft plaatsgevonden.

-  9.4. Hetgeen door verzoeker is aangevoerd ter verklaring van de ontstane premieachterstand kan, gezien hetgeen hiervoor is overwogen, niet leiden tot een ander oordeel. De toetsing door de commissie blijft in dit geval derhalve beperkt tot de vraag of de zorgverzekeraar verzoeker al dan niet terecht met ingang van 1 april 2017 heeft aangemeld als wanbetaler bij het CAK, en dit is, gelet op de toen aanwezige premieachterstand, het geval.

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.

Zeist, 8 november 2017,

A.I.M. van Mierlo