

RAAD VAN TOEZICHT VERZEKERINGEN

UITSpraak Nr. 2007/028 Med

in de klacht nr. 2006.2651 (059.06)

ingediend door:

hierna te noemen 'klager',

tegen:

hierna te noemen 'verzekeraar'.

De Raad van Toezicht Verzekeringen heeft kennis genomen van de schriftelijke klacht, alsmede van het daartegen door verzekeraar gevoerde schriftelijke verweer.

Uit de stukken is, voor zover voor de beoordeling van de klacht van belang, het navolgende gebleken.

Inleiding

Klager heeft bij verzekeraar een standaardpakketpolis gesloten. In januari 2005 ontving klager van de gevolmachtigde van verzekeraar een aan hem gerichte circulaire (EJA-2004: 078) waarin hij werd geïnformeerd over de wijzigingen in de collectieve ziektekostenverzekering waaraan hij deelnam.

In die circulaire staat, voor zover hier relevant, het volgende vermeld: 'Een andere belangrijke wijziging in uw Standaardpakketpolis is de verhoging van het eigen risico naar € 500,- (voor alleenstaanden € 250, -). Dit wordt tevens op uw polisblad vermeld. Daar waar voor u de premie in rekening wordt gebracht op basis van het laagst mogelijke eigen risico, in uw geval € 56,- (alleenstaande/€ 113,- (gezin), zal het eventueel teveel in rekening gebrachte eigen risico achteraf aan u worden gerestitueerd'.

Klacht

Omdat volgens de circulaire EJA-2004: 078 de premie op basis van het laagst mogelijke eigen risico (€ 113,-) bij klager in rekening zou worden gebracht, dient het teveel aan eigen risico ingehouden bedrag met de eerste premie voor de nieuwe basisverzekering voor 2006 te worden verrekend. Op 18 januari 2006 heeft klager verzekeraar verzocht om terugboeking van het teveel betaalde. De gevolmachtigde van verzekeraar stelde evenwel dat het eigen risico voor klager € 500,- bedroeg, zodat klager geen recht heeft op restitutie.

Op 30 januari 2006 ontving klager van verzekeraar een e-mailbericht waarin vermeld staat dat verzekeraar geen polisnummer kon vinden, dat klagers e-mailbericht was zoekgeraakt en dat verzekeraar niet beschikte over de bewuste circulaire en deze graag van klager wilde ontvangen. Vervolgens heeft klager op 31 januari 2006 aan de gevolmachtigde van verzekeraar een brief gestuurd. Hierop heeft hij geen reactie ontvangen. Op 5 maart 2006 heeft klager vervolgens per e-mailbericht nogmaals herhaald waar het hem om te doen was. De enige reactie was een ontvangstbevestiging en de mededeling dat

2007/028 Med

het bericht in behandeling zou worden genomen. Vervolgens heeft klager, omdat hij nog steeds niets had vernomen, op 26 april 2006 wederom een e-mailbericht aan de gevolmachtigde van verzekeraar gestuurd. Daags daarna deelde deze gevolmachtigde klager mede dat hij al op 16 februari 2006 klagers verzoek ter afhandeling naar verzekeraar had doorgestuurd en ook klagers e-mailbericht van 26 april 2006 aan verzekeraar had doorgestuurd met de vraag om klager zo spoedig mogelijk te informeren. Klager heeft evenwel nimmer van verzekeraar enige reactie ontvangen.

De klacht betreft in de eerste plaats het niet terugbetalen door verzekeraar van teveel ingehouden premie ziektekostenverzekering over het jaar 2005. Voorts beklagt klager zich over het feit dat verzekeraar heeft nagelaten hem op een fatsoenlijke manier uit te leggen waarom de tekst uit de circulaire EJA-2004: 078 niet op hem van toepassing is.

Het standpunt van verzekeraar

De verzekering van klager betrof er destijds één die was ondergebracht in een collectief verband in de vorm van een zogeheten collectieve ziektekostenverzekering. Binnen dat kader, waarin verschillende verzekeringsmogelijkheden en pakketten voorkwamen, beschikte klager, als zogeheten 'niet-actieve', over een standaardpakketpolisverzekering waarbij voor hem destijds qua premiestelling de zogeheten maximumpremie in rekening werd gebracht zoals deze destijds voor het desbetreffende jaar door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport was vastgesteld. Hierbij was voorts het krachtens de voorwaarden van de verzekering geldende eigen risico van toepassing. Dit eigen risico bedroeg over het jaar 2004 € 113,- voor een gezin en € 56,- voor een alleenstaande.

Met ingang van 1 januari 2005 zijn van overheidswege de verzekeringsvoorwaarden van de standaardpakketpolisverzekering inhoudelijk aangepast waarbij het eigen risicobedrag is verhoogd van € 113,- naar € 500,- per jaar per gezin en van € 56,- naar € 250,- per jaar voor een alleenstaande.

Binnen de collectieve overeenkomst bestond echter ook een regeling waarbij de in het kader van die overeenkomst zogeheten 'actieven' die in het bezit waren van een standaardpakketpolisverzekering, een deel van de krachtens de voorwaarden van die verzekering verschuldigde eigen risicobedragen vergoed kregen van een binnen die collectieve verzekering afgesloten aanvullende verzekering. In die gevallen gold dat het op grond van de verzekeringsvoorwaarden verschuldigde eigen risico feitelijk werd ingehouden (en afgedragen), doch dat een deel daarvan vanuit een andere (aanvullende) verzekering aan deze verzekerden weer in de vorm van een vergoeding werd uitgekeerd. Een en ander uiteraard voor zover er daadwerkelijk een eigen risicobedrag op grond van de verzekeringsvoorwaarden was ingehouden. Deze regeling gold niet voor de 'niet-actieven' (gepensioneerden > 65 jaar), tot welke categorie klager behoort.

Over de per 1 januari 2005 doorgevoerde aanpassing van de verzekeringsvoorwaarden van de collectieve overeenkomst en de binnen die collectiviteit behorende standaardpakketpolissen werden de desbetreffende verzekerden destijds door de gevolmachtigde van verzekeraar op de hoogte gesteld middels toezending van het voor 2005 geldende polisblad met bijgevoegd de toelichtende circulaire EJA-2004: 078. De bedoeling was om

2007/028 Med

aan de 'actieve' verzekerden met een standaardpakketpolis en de 'niet actieve' verzekerden een aparte circulaire te zenden waarin de voor hen van toepassing zijnde gevolgen ten aanzien van het verhoogde eigen risico waren weergegeven. Helaas is echter destijds de voor de 'actieven' bedoelde circulaire abusievelijk ook toegezonden aan de 'niet-actieven' voor wie de inhoud van met name de in deze circulaire opgenomen vierde alinea niet van toepassing was.

Toen bij de gevolmachtigde van verzekeraar in de loop van het eerste halfjaar van 2005 in toenemende mate vragen over de eigen risico problematiek binnen kwamen van met name de 'niet-actieven' werd duidelijk dat er bij de aanmaak en de verzending van de verschillende eindejaarscirculaires iets was misgegaan en dat de 'niet-actieven' in de door hen ontvangen eindejaarscirculaire een op hun situatie niet van toepassing zijnde alinea hadden aangetroffen die bij hen tot onjuiste conclusies kon leiden. Na overleg met verzekeraar is toen besloten om alle betrokken verzekerden een toelichtende circulaire te verstrekken waarin van deze omissie melding werd gemaakt. Deze circulaire (met nummer DHMB5059) werd medio juli 2005 aan alle betrokken verzekerden, waaronder ook klager, verstuurd. Daarmee is de door klager blijkens zijn klaagbrief gewenste fatsoenlijke uitleg waarom de tekst van de circulaire met nummer EJA 2004: 078 niet voor hem gold, (alsnog) verstrekt.

Verzekeraar realiseert zich dat in de communicatie richting klager deze uitleg in eerder stadium zeker op een wat helderder wijze dan nu heeft plaatsgevonden, had kunnen worden verstrekt. Verzekeraar betreurt het dat zulks niet is gebeurd doch wijst er op dat de behandelaars van eerdere berichten ervan uit zijn gegaan dat klager reeds kennis had genomen van de circulaire van juli 2005. Dat deze circulaire ook door de betrokken verzekerden daadwerkelijk werd ontvangen, wordt volgens verzekeraar reeds voldoende geïllustreerd door het gegeven dat na verzending van deze circulaire (de gevolmachtigde van) verzekeraar ter zake de onderhavige problematiek geen zaken vanuit de desbetreffende groep van verzekerden hebben bereikt, behoudens het bericht van klager.

Nu klager reeds medio juli 2005 middels de circulaire met nummer DHMB 5059 door de gevolmachtigde van verzekeraar schriftelijk op de hoogte werd gesteld dat de vierde alinea van de daarvoor ook aan hem toegezonden circulaire van januari 2005 niet voor hem van toepassing was en van een telefonische toezegging in klagers richting niets bekend is, dient de klacht ongegrond te worden verklaard.

Het commentaar van klager

Na kennisneming van het verweer van verzekeraar heeft klager zijn klacht gehandhaafd en nog nader toegelicht. Klager stelt dat de (ongedateerde!) circulaire DHMB5059 hem niet bekend is en hij verbaast zich erover dat (de gevolmachtigde van) verzekeraar hem niet eerder van de inhoud daarvan op de hoogte heeft gesteld.

Het oordeel van de Raad

1. Verzekeraar heeft in zijn verweerschrift aangevoerd dat voor klager een eigen risico van € 500,- gold, dat de circulaire EJA-2004: 078 abusievelijk aan hem is verstrekt en dat zijn gevolmachtigde medio juli 2005 aan alle betrokken verzekerden, waaronder klager, een circulaire (met nummer DHMB5059) heeft verstuurd waarin zij op de hoogte

2007/028 Med

werden gesteld van het feit dat de tekst van de circulaire EJA-2004: 078 niet voor hen gold. Klager heeft in zijn commentaar aangevoerd dat hij de circulaire DHMB5059 niet heeft ontvangen.

2. De Raad betreurt dat verzekeraar niet adequaat heeft gereageerd op de door klager in 2006 gedane verzoeken om uitleg over de vraag waarom hij geen recht had op premierestitutie. Nu verzekeraar in zijn verweerschrift evenwel alsnog duidelijkheid hierover heeft verschaft en zijn excuses heeft aangeboden voor het feit dat de communicatie met klager niet optimaal is geweest, acht de Raad dit aanvankelijke verzuim evenwel niet van dien aard dat moet worden geoordeeld dat verzekeraar hierdoor de goede naam van het verzekeringsbedrijf heeft geschaad. De klacht is derhalve ongegrond.

De beslissing

De Raad verklaart de klacht ongegrond.

Aldus is beslist op 19 maart 2007 door mr. B. Sluijters, voorzitter, jhr. mr. J.L.R.A. Huydecoper, dr. D.F. Rijkels, arts, mr. R.J. Verschoof en dr. B.C. de Vries, arts, leden van de Raad, in tegenwoordigheid van mr. J.J. Guijt, secretaris.

De voorzitter:

(mr. B. Sluijters)

De secretaris:

(mr. J.J. Guijt)