RAAD VAN TOEZICHT VERZEKERINGEN

U I T S P R A A K Nr. 2005/016 Med

i n d e k l a c h t nr. 2004.3288 (080.04)

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. De Raad heeft aanleiding gevonden, alvorens uitspraak te doen, verzekeraar in een zitting van de Raad te horen.

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

Inleiding

Klager had voor zichzelf bij verzekeraar een ziektekostenverzekering gesloten voor de duur van een jaar met automatische verlenging telkens voor een jaar.

In artikel 9.3.5 van de op de verzekering van toepassing zijnde algemene verzekeringsvoorwaarden was bepaald: 'Wanneer wij maatregelen voor incasso treffen, komen de kosten voor invordering van deze bedragen, inclusief de gerechtelijke en buitengerechtelijke inningskosten, voor uw rekening'.

In artikel 3.2.3 van deze voorwaarden was bepaald: 'Wij mogen uw verzekering beëindigen: (…) op een door ons te bepalen tijdstip wanneer de verschuldigde bedragen binnen 45 dagen na de vervaldag nog niet (zijn) betaald'.

Omdat klager - volgens wie brieven van verzekeraar aan hem onjuist waren geadresseerd en brieven van hem aan verzekeraar, waaronder die met een verzoek om informatie over een goedkopere ziektekostenverzekering bij verzekeraar, door deze niet waren beantwoord - de premie vanaf 1 januari 2003 niet had betaald, heeft verzekeraar de verzekering met ingang van 1 mei 2003 beëindigd. In een brief van 3 juni 2003 aan de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzekeraar zich bereid verklaard de verzekering in kracht te herstellen op voorwaarde dat klager de premie ten bedrage van € 1.181,11 over het jaar 2003 alsnog betaalde. In een brief van 12 augustus 2003 aan klager heeft verzekeraar de ontvangst kort na 25 juli 2003 van dit bedrag en het in kracht herstellen van de verzekering met ingang van 1 mei 2003 bevestigd. In de brief verzocht verzekeraar klager nog de door verzekeraar gemaakte kosten van een incassobureau ten bedrage van € 183,80 te voldoen. Bij brief van 10 december 2003 heeft verzekeraar aan klager bericht dat hij de verzekering met ingang van 1 december 2003 had beëindigd (onder gedeeltelijke verrekening van deze kosten met de premie over de maand december 2003)wegens het niet betalen door klager van de gevorderde incassokosten, het niet reageren door

klager op de door verzekeraar gezonden aanmaningen en het ongeopend terugzenden door klager van brieven van verzekeraar.

De klacht

Op advies van verzekeraar heeft klager in januari 2003 een offerte gevraagd voor een goedkopere ziektekostenverzekering. Met verzekeraar heeft klager afgesproken dat hij de premiebetaling zou uitstellen. Vervolgens ontving klager van verzekeraar twee incomplete offertes. De door klager gevraagde polisvoorwaarden voor een goedkopere ziektekostenverzekering ontving hij pas in augustus 2003 van verzekeraar. Klager heeft meermalen rappelbrieven aan verzekeraar gestuurd. De communicatie van verzekeraar vertoont aanzienlijke tekortkomingen.

De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft klager geadviseerd akkoord te gaan met het voorstel van verzekeraar alsnog de premie ten bedrage van € 1.181,11 over het jaar 2003 te betalen. Toen klager daaraan gevolg had gegeven kwam verzekeraar daarop terug en verlangde dat klager ook incassokosten zou betalen.

Nadat verzekeraar aan klager had bericht dat hij de verzekering met ingang van 1 december 2003 wederom had beëindigd, heeft klager opnieuw de Ombudsman Zorgverzekeringen ingeschakeld. Ook heeft klager toen met een aantal medewerkers en met de directeur van verzekeraar contact gehad. Resultaat daarvan is geweest dat verzekeraar de incassokosten voor eigen rekening neemt. De verzekering is met ingang van 1 december 2003 beëindigd, maar klager heeft de premie betaald over geheel 2003, zodat verzekeraar zich onrechtmatig een maand premie heeft toegeëigend.

Klager verlangt dat verzekeraar:
- de door klager betaalde premie over 2003 laat strekken ten behoeve van dat gehele jaar
- overeenkomstig de polisvoorwaarden klagers ziektekostenverzekering vanaf 1 januari 2003 automatisch verlengt
- per 1 januari 2004 een polis afgeeft
- de aan derden verstrekte informatie dat klager wanbetaler is, corrigeert
- een schadevergoeding betaalt gelijk aan de jaarpremie over 2004 voor alle kosten, tijd en ergernis van klager
- de beloofde offerte alsnog uitbrengt

Het standpunt van verzekeraar

De klacht is niet terecht. De kern van het probleem is een betalingsachterstand gekoppeld aan een ernstige stoornis in de communicatie met klager.

Klager had voor het jaar 2003 een premieachterstand ten aanzien van zijn ziektekostenverzekering. Nadat verzekeraar hem onder meer op 8 en 22 februari, 8 maart, 24 mei, 14 en 28 juni 2003 betalingsherinneringen had gestuurd, is de vordering uit handen gegeven aan een incassobureau en is de verzekering per 1 mei 2003 beëindigd. Klager heeft zich toen tot de Ombudsman Zorgverzekeringen gewend voor bemiddeling met als klacht dat verzekeraar tekort zou zijn geschoten in het verstrekken van informatie. Klager wilde namelijk een goedkopere polis. Verzekeraar had hem daarover informatie gestuurd, maar klager stelde dat hij deze informatie niet had ontvangen hoewel verzekeraar hem meermalen een kopie had gestuurd.

De Ombudsman kwam tot de conclusie dat niet duidelijk was waarom klager de post naar zijn zeggen steeds niet ontving, maar dat in elk geval verzekeraar niet 2005/016 Med

in gebreke was gebleven met betrekking tot de informatieverstrekking. Nadat klager alsnog de premie had voldaan, heeft verzekeraar coulancehalve per 1 mei 2003 klagers ziektekostenverzekering in kracht hersteld.

Daarbij had verzekeraar de inmiddels door hem gemaakte incassokosten ten bedrage van € 183,80 conform artikel 9.3.5 van de polisvoorwaarden aan klager in rekening gebracht. Klager weigerde echter deze incassokosten te vergoeden. Daarop heeft verzekeraar de verzekering per 1 december 2003 wederom beëindigd.

Op 25 januari 2004 heeft klager zich opnieuw tot de Ombudsman Zorgverzekeringen gewend, dit keer omtrent de verzekeringsbeëindiging per 1 december 2003. De Ombudsman oordeelde dat verzekeraar de verzekering terecht had beëindigd op grond van de niet betaalde incassokosten.

Op 15 maart 2004 heeft klager verzekeraar verzocht zijn verzekering opnieuw in kracht te herstellen. Verzekeraar heeft dit verzoek niet gehonoreerd. Dit mede omdat al vanaf februari 2003 ernstige communicatieproblemen met klager bestaan en er geen aanwijzingen waren dat de communicatie zich had verbeterd. Zo heeft hij steeds aangegeven door verzekeraar verstuurde correspondentie zoals offertes, brieven en aanmaningen niet te hebben ontvangen, terwijl hij kennelijk de ontvangstbevestigingen van verzekeraar steeds wel ontving. Ook heeft klager, nadat de verzekering per 1 mei 2003 voor de eerste keer was hersteld, op 9 november 2003 het polisblad, het verzekeringspasje en diverse aanmaningen met een begeleidende brief teruggestuurd. Als reden gaf hij aan dat het verkeerde adres zou zijn gebruikt.

Kortom, zo langzamerhand was verzekeraar het spoor bijster ten aanzien van de postverzendingen. Ook was telefonisch contact met klager nagenoeg onmogelijk, omdat hij geen telefoonnummer had opgegeven. Schriftelijk contact was met klager om de hiervoor genoemde redenen al zo goed als uitgesloten. Diverse keren gaf klager een dag en tijd aan verzekeraar op waarop hij telefonisch contact met verzekeraar zou opnemen. Op de afgesproken datum en tijd belde hij vervolgens niet op, maar wel belde hij verzekeraar na een week met het verwijt dat niemand de telefoon had opgenomen toen hij op de afgesproken datum belde. In de optiek van verzekeraar was communicatie met klager niet meer mogelijk en mede daarom is besloten de verzekering niet meer in kracht te herstellen.

Een telefoongesprek van klager op 5 april 2004 met een directeur van verzekeraar heeft geen ander licht geworpen op de kwestie, omdat de standpunten in dit onderhoud ten aanzien van de openstaande incassovordering en de zeer moeizame communicatie met klager wederzijds niet wijzigden. De directeur zag dan ook geen reden om het verzoek van klager tot het opnieuw in kracht herstellen van de ziektekostenverzekering te honoreren.

Anderzijds bleef klager weigeren alsnog de nog openstaande incassokosten te betalen. Uiteindelijk is besloten hem de incassokosten kwijt te schelden en het dossier definitief te sluiten.

Het commentaar van klager

Klager heeft, kennis genomen hebbend van het verweer van verzekeraar, zijn klacht gehandhaafd.

Het overleg met verzekeraar

Ter zitting is de klacht met verzekeraar besproken.

2005/016 Med

Het verdere verloop van de klachtprocedure

In een brief van 21 december jl. heeft verzekeraar een overzicht gegeven van de data waarop en de inhoud van brieven waarmee hij klager heeft benaderd omtrent het uitblijven van betaling van de premie en de incassokosten.

Het oordeel van de Raad

1. In het onderhavige geval heeft een rol gespeeld dat verzekeraar brieven aan klager heeft gestuurd zonder juiste vermelding van 'p.a.' (per adres) bij het adres van klager. Niettemin mag verzekeraar ervan uitgaan dat ook zijn brieven zonder deze juiste vermelding klager hebben bereikt. Dit blijkt ook uit het feit dat klager bij brief van 9 november 2003 negen brieven van verzekeraar zonder deze juiste vermelding, welke brieven klager klaarblijkelijk wel had ontvangen, aan verzekeraar heeft teruggezonden.
2. Vaste rechtspraak van de Raad (onder andere in zijn uitspraken III - 86/25 van 8 september 1986 en 2001/11 Med van 12 februari 2001) is dat een verzekeraar de verzekerde tijdig tevoren en onmiskenbaar duidelijk dient te wijzen op de gevolgen van het niet tijdig betalen van de premie. Er is geen reden om anders te oordelen in een geval als het onderhavige, waarin het niet-betalen van de incassokosten zou leiden tot beëindiging of schorsing van de verzekeringsovereenkomst of de dekking.
3. De Raad constateert dat de brieven die verzekeraar, volgens zijn opgave in zijn verweerschrift en in zijn brief van 21 december jl., aan klager heeft toegezonden in verband met het uitblijven van betaling van de incassokosten, slechts melding maken van een premieachterstand in plaats van incassokosten ten bedrage van € 183,80. In de brieven wordt klager niet tijdig tevoren en onmiskenbaar duidelijk gewezen op de gevolgen van het niet tijdig betalen van het bedrag van € 183,80 en wordt hem met name daarin – in het bijzonder in de brief van 11 oktober 2003 waarin hem een termijn van 10 dagen voor betaling wordt gesteld - niet medegedeeld dat niet-betaling binnen de gestelde termijn zou leiden tot beëindiging van de verzekering. Dit leidt tot de conclusie dat niet verdedigbaar is dat verzekeraar de verzekering, onder gedeeltelijke verrekening van het bedrag van € 183,80 met de premie over de maand december 2003, heeft beëindigd. Verzekeraar heeft door te handelen als voormeld de goede naam van het verzekeringsbedrijf geschaad, zodat de klacht gegrond dient te worden verklaard. De Raad verbindt hieraan voor verzekeraar de consequentie dat hij de beëindiging van de verzekering per die datum ongedaan moet maken.

De beslissing

De Raad verklaart de klacht gegrond.

Aldus is beslist op 14 februari 2005 door mr. B. Sluijters, voorzitter, mr. H.C. Bitter, mr. D.H.M. Peeperkorn, drs. D.F. Rijkels, arts, en dr. B.C. de Vries, arts, leden van de Raad, in tegenwoordigheid van mr. S.N.W. Karreman, secretaris.

De voorzitter:

(mr. B. Sluijters)

De secretaris:

(mr. S.N.W. Karreman)