RAAD VAN TOEZICHT VERZEKERINGEN

U I T S P R A A K Nr. 2005/081 Med

i n d e k l a c h t nr. 2005.0459 (020.05)

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.

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

Inleiding

Klager, die geboren is in 1935, woont sinds 1985 in Duitsland. Tot zijn vervroegde uittreding in 1998 werkte hij in Nederland. Op 1 september 2000 is hij met pensioen gegaan. Hij is vanaf 1 januari 1996 krachtens een door zijn voormalige werkgever gesloten collectieve ziektekostenverzekering bij verzekeraar verzekerd.

Blijkens een op 24 december 2002 gedateerd polisblad bedroeg met ingang van 1 januari 2003 de premie voor klager per kwartaal € 485,61, inclusief € 19,20 wettelijke bijdragen.

De klacht betreft het feit dat de premie voor de door klager gesloten verzekering met ingang van 1 januari 2004 drastisch omhoog is gegaan.

De klacht

In een brief van 23 april 1996 heeft verzekeraar zich bereid verklaard "de kosten te vergoeden van verzekerde geneeskundige behandelingen, welke uzelf in Nederland dan wel eventueel in Duitsland op medische gronden dient te ondergaan".

In een brief van december 2003, door klager op 10 januari 2004 ontvangen, stelde verzekeraar klager op de hoogte van de wijziging van zijn ziektekostenverzekering per 1 januari 2004. Uit een polisblad van 29 december 2003 bleek dat de kwartaalpremie voor klager € 772,41 zou bedragen, zonder wettelijke bijdragen, hetgeen later met een polisblad van 18 maart 2004 werd gecorrigeerd naar € 797,19, een verhoging van 64,2%. Een collega met een vergelijkbare verzekering bij verzekeraar kreeg echter slechts een verhoging van bijna 11%. Bovendien was op het polisblad van 18 maart 2004 buiten klager om een clausule gewijzigd.

Navraag door de voormalige werkgever bij verzekeraar leerde dat klager als 65+er een standaardpakketpolis heeft, welke per 1 januari 2004 "uitgekleed" is.

2005/081 Med

Bovendien zou voor 65+ers in Duitsland een buitenlandtoeslag van € 1.224,- per jaar gelden welke verzekeraar verplicht is in rekening te brengen.

In een brief van 11 maart 2004 deelde verzekeraar mee zijn buitenlandbeleid per 1 januari 2004 te hebben gewijzigd en de opslag voor buitenlandse verzekerden te hebben verhoogd, met name omdat de ziektekosten die verzekerden in het buitenland maken, volledig voor risico van de Nederlandse zorgverzekeraars zijn, hetgeen zeker geldt voor verzekerden ouder dan 65 jaar. Hij was van mening dat verzekerden die in het buitenland wonen een risicopremie dienen te betalen en niet, middels een standaardpakketpolis met een omslagregeling voor oudere verzekerden, ten laste van de ziektekostenpremie van de Nederlandse verzekerden gerekend kunnen worden.

Klager heeft tegen de gang van zaken geprotesteerd. Op 20 april 2004 schreef verzekeraar onder meer dat klager, toen hij naar Duitsland verhuisde, geen standaardpakketpolis had en, omdat hij op zijn 65e verjaardag al in Duitsland woonde, deze niet aangeboden had gekregen.

Klager heeft wederom tegen de gang van zaken geprotesteerd, onder meer tegen het feit tegen dat hem tot en met 31 december 2003 de wettelijke bijdragen in rekening zijn gebracht en hij dus toen kennelijk nog een standaardpakketpolis had. Intussen heeft hij tevergeefs getracht zich in Duitsland tegen het risico van ziektekosten te verzekeren.

Hernieuwde navraag door de voormalige werkgever bij verzekeraar leerde dat klager nimmer een standaardpakketpolis heeft gehad en dat de werkgever dus verkeerd geinformeerd was. De "bereidverklaring" bij brief van 23 april 1996 was volgens verzekeraar niet relevant, omdat hij gerechtigd was de polisvoorwaarden te wijzigen, waarbij klager dan de verzekering kon opzeggen.

De Ombudsman Zorgverzekeringen, die door klager is ingeschakeld, heeft klager bericht dat:

- klager geen standaardpakketpolis bij verzekeraar heeft gehad,
- klager geen standaardpakketpolis aangeboden heeft gekregen, omdat hij voor zijn 65e verjaardag al in het buitenland woonde,
- klager een buitenlandpolis bij verzekeraar heeft, waarvoor een buitenlandtoeslag van€ 1224, - per persoon per jaar moet worden betaald.
- verzekeraar ten onrechte aan klager de wettelijke bijdragen in rekening heeft gebracht vanaf 1 januari 1996 tot 1 januari 2004 en deze, met de wettelijke rente, zo spoedig mogelijk zou terugbetalen.

Personen die in het buitenland wonen, behoeven de wettelijke bijdragen niet te betalen. Daar echter deze wel verschuldigd zijn als men in het buitenland woont en toegelaten is tot de standaardpakketpolis, meende klager, mede gezien de mededelingen van zijn voormalige werkgever, op z'n minst tot en met 31 december 2003 een dergelijke polis te hebben gehad. Het is klager niet duidelijk waarom hem vanaf 1 januari 1996 geen wettelijke bijdragen meer in rekening gebracht mochten worden. Hij vestigde zich pas in 1998 in Duitsland.
Samenvattend beklaagt klager over het navolgende:

a. De premieverhoging met 64,2%, hoofdzakelijk veroorzaakt door een buitenlandtoeslag van € 1.224,- per jaar. Een toeslag voor in Duitsland wonende verzekerden is op z'n minst in strijd met de Europese gedachte. Het aangegeven verhoogde risico heeft niets met het land (Nederland of Duitsland) van doen.

b. Het zich niet houden aan de bereidverklaring van 23 april 1996 door verzekeraar. Dat deze gerechtigd is de polisvoorwaarden te wijzigen, waarbij

2005/081 Med

klager dan de verzekering kan opzeggen, is voor klager niet relevant omdat een andere verzekering voor hem niet haalbaar is.
c. Het niet toekennen/annuleren van een/zijn standaardpakketpolis. Hij betaalde tot en met 31 december 2003 de bij de standaardpakketpolis behorende wettelijke bijdragen. Nog op 15 april 2004 deelde verzekeraar aan de voormalige werkgever van klager mee dat klager als 65+er een standaardpakketpolis had. Noch bij zijn vervroegde uittreding in 1998 noch bij zijn pensionering in 2000 is klager geinformeerd over een verzekeringswijziging.

Het standpunt van verzekeraar

Klager woont in Duitsland en is sinds 1 januari 1996 bij verzekeraar tegen het risico van ziektekosten verzekerd op een maatschappijpolis.

Vanaf 22 oktober 2001 is het mogelijk om een voorafgaand aan vestiging in het buitenland gesloten standaardpakketpolis aldaar te behouden. Klager is bij verzekeraar niet verzekerd of verzekerd geweest op grond van een standaardpakketpolis en was bovendien op 22 oktober 2001 reeds gevestigd in Duitsland. Verzekeraar kan klager dan ook niet alsnog in aanmerking laten komen voor een standaardpakketpolis.

Omstreeks 15 april 2004 heeft de voormalige werkgever van klager telefonisch contact gehad met verzekeraar, waaruit zou zijn gebleken dat personen van 65 jaar en ouder in aanmerking komen voor een standaardpakketpolis. In het algemeen is dit juist, maar in de concrete situatie van klager komt deze daarvoor, zoals vermeld, niet in aanmerking.

Algemeen bekend is dat bij telefonisch verstrekte informatie een aanzienlijke kans bestaat op een onjuiste voorstelling van zaken. De onjuiste voorstelling van zaken is niet door toedoen van verzekeraar ontstaan. Daaraan kunnen dan ook geen rechten worden ontleend.

Verzekeraar heeft per 1 januari 2004 om actuariële en bedrijfseconomische redenen de premie gewijzigd. Omdat de wijziging al veel eerder had moeten plaatsvinden was de verhoging substantieel. De premie is echter concurrerend en zeker niet excessief. Klager behoeft niet met terugwerkende kracht de verhoogde premie te voldoen over de periode voor 1 januari 2004.

Klager is niet aangewezen op een Duitse ziektekostenverzekeraar maar kan conform de polisvoorwaarden bij verzekeraar verzekerd blijven.

Achteraf is gebleken dat aan klager ten onrechte de wettelijke bijdragen in rekening zijn gebracht. Verzekeraar heeft het teveel betaalde gerestitueerd.

Verzekeraar erkent dat jegens klager niet steeds de optimale zorgvuldigheid in acht is genomen en heeft daarvoor een aantal malen zijn excuses aangeboden.

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.

Het verdere verloop van de klachtprocedure

Op verzoek van de Raad heeft verzekeraar in een brief van 6 juni 2005 toegelicht waarom aan in het buitenland woonachtige verzekerden een hogere ziektekostenverzekeringspremie in rekening moet worden gebracht. Verzekeraar

2005/081 Med

verwees daarbij naar een interne notitie waarin de premieverhoging per land en per risicogroep werd bepaald en gemotiveerd.

In een brief van 23 september 2005 heeft verzekeraar erop gewezen dat de meeneemregeling van artikel 3.1.b van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 (Wtz) pas van kracht is geworden op 22 oktober 2001. Voorafgaand aan de wetswijziging konden alleen in Nederland woonachtigen een Wtz-verzekering afsluiten. Blijkens voorbeeld 4 van de Memorie van Toelichting bij de wetswijziging is de meeneemregeling niet bedoeld voor personen die al in het buitenland woonachtig zijn voordat zij in Nederland aanspraak kunnen maken op een Wtz-verzekering. Dit is bij klager het geval.

In reactie daarop heeft klager bij brief van 18 oktober 2005 zijn klacht gehandhaafd.

Het oordeel van de Raad

1. Verdedigbaar is, gelet op het vermelde in de Wtz (zoals gewijzigd in 2001) en de Memorie van Toelichting op het voorstel dat tot de wetswijziging van 2001 heeft geleid (nr. 28.055) omtrent de zgn. meeneemregeling, het standpunt van verzekeraar dat klager, omdat hij, toen hij de leeftijd van 65 jaar bereikte, reeds in Duitsland woonachtig was, niet in aanmerking kwam voor een Standaardpakketpolis. Door het innemen van dit standpunt heeft verzekeraar de goede naam van het verzekeringsbedrijf niet geschaad.
2. Van een schaden van de goede naam van het verzekeringsbedrijf is daarentegen wel sprake waar het de wijze betreft waarop verzekeraar de onderhavige kwestie heeft behandeld. Zo heeft hij bij klager onduidelijkheid teweeg gebracht of deze toch krachtens een standaardpakketpolis was verzekerd, reeds doordat hij aan klager vanaf 1 januari 1996 tot 1 januari 2004 de wettelijke bijdragen in rekening heeft gebracht. Daaraan doet niet af dat hij de wettelijke bijdragen met de wettelijke rente daarover inmiddels aan klager heeft terugbetaald. Bovendien heeft hij pas met een brief van december 2003, waarvan klager stelt deze op 10 januari 2004 te hebben ontvangen, en met een polisblad van 29 december 2003, klager op de hoogte gebracht van de wijziging van zijn ziektekostenverzekering per 1 januari 2004. Zeker in een geval als het onderhavige, waarin sprake is van een zo drastische premieverhoging, is dat een veel te late kennisgeving. Dit leidt ertoe dat de klacht in zoverre gegrond zal worden verklaard, waaraan de Raad voor verzekeraar de consequentie verbindt dat deze de verhoging van de premie niet met ingang van 1 januari 2004, maar pas met ingang van 1 januari 2005 voor klager behoort te laten ingaan.
3. De vaststelling van de hoogte van de premie behoort in beginsel tot het vrije bedrijfsbeleid van een verzekeraar. Hetgeen verzekeraar ter rechtvaardiging van de verhoging van de premie in zijn brief van 6 juni 2005 heeft aangevoerd, komt de Raad niet onredelijk voor.

De beslissing

De Raad verklaart de klacht deels ongegrond, deels gegrond en verbindt aan de gedeeltelijke gegrondverklaring de hierboven onder 2 vermelde consequentie voor verzekeraar.

2005/081 Med

Aldus is beslist op 12 december 2005 door mr. B. Sluijters, voorzitter, mr. H.C. Bitter, mr. D.H.M. Peeperkorn, dr. 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)