

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door E te F vs. C te D
Zaak : Einde verzekering, verhinderen overstappen, dubbele verzekering, premiebetaling, matiging kosten
Zaaknummer : 2010.00801
Zittingsdatum : 8 september 2010.

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2006 tot en met 2010, artt. 3, 7 tot en met 9 Zvw, afdeling 3.3.2. Zvw, artt. 3:37 BW)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door E te F
tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen het door de ziektekostenverzekeraar eind 2007/begin 2008 niet beëindigen van de zorgverzekering, onderscheidenlijk het niet (tijdig) verhinderen van zijn overstappen naar een andere ziektekostenverzekeraar en het – in de ogen van verzoeker – niet treffen van voldoende incassomaatregelen, als gevolg waarvan hij is geconfronteerd met een ‘dubbele’ verzekering.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker was in ieder geval in 2007 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Tevens had verzoeker – in ieder geval voor 2007 – ten behoeve van een aantal gezinsleden een zorgverzekering afgesloten. De afgesloten verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij verzoeker aanspraak gemaakt op onder meer de betaling van achterstallige premie.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 1 maart 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 7 april 2010, nader gepreciseerd bij brief van 28 mei 2010, heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar vanwege de onterechte weigering de zorgverzekering te beëindigen, respectievelijk nalatigheid gehouden is (een deel van) de kosten verband houdende met de incasso van niet betaalde premie voor zijn rekening te nemen (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 21 juli 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 21 juli 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 27 juli 2010, respectievelijk 3 augustus 2010 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Partijen zijn op 8 september 2010 telefonisch gehoord.
- 3.9. Tijdens de hoorzitting is afgesproken dat partijen nog de gelegenheid krijgen nadere informatie over te leggen.
- 3.10. Bij brief van 14 september 2010 heeft verzoeker een overzicht van het deurwaarderskantoor ingebracht, waarin de nog openstaande vorderingen van de ziektekostenverzekeraar op verzoeker worden weergegeven, naar de stand van 10 september 2010. Op bedoeld overzicht worden drie vorderingen vermeld, te weten een hoofdsom krachtens titel van € 4.825,96 vermeerderd met € 1.096,56 aan rente en (proces)kosten, een hoofdsom van € 470,00 vermeerderd met € 55,37 aan rente, (incasso)kosten en b.t.w., en een hoofdsom van € 856,50, vermeerderd met € 189,83 aan rente, incassokosten en b.t.w.. Op de eerste hiervoor genoemde vordering is een bedrag van € 1.721,84 in mindering gebracht. Per saldo resulteert dit, naar de stand van 10 september 2010, in een totaal openstaand bedrag van € 5.772,38. Een afschrift van eerdergenoemde brief is op 15 september 2010 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.11. Eveneens bij brief van 14 september 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar drie overzichten ingebracht, te weten: een overzicht van de premieachterstand op 19 december 2007 (zijnde een bedrag van € 1.179,00 exclusief de schuld die nog openstond bij de deurwaarder), een overzicht van de toename van de premieschuld vanaf 1 januari 2008 tot de aanmelding bij het College voor zorgverzekeringen (zijnde een bedrag van € 3.857,50, exclusief eigen risico en (incasso)kosten), en een overzicht van de zorgkosten die de ziektekostenverzekeraar in de kalenderjaren 2008 tot en met 2010 voor verzoeker en zijn gezinsleden heeft voldaan (zijnde een bedrag van in totaal € 8.869,03). In aanvulling op de overzichten heeft de ziektekostenverzekeraar nog verklaard dat het vonnis dat door de kantonrechter eind maart 2007 is uitgesproken, betrekking had op een hoofdsom van € 585,84. Dit bedrag betrof de premies voor de maanden juni, oktober en november 2006 en € 1,34 van april 2006. De deurwaarder heeft het door verzoeker betaalde bedrag op 3 juli 2008 aan de ziektekostenverzekeraar overgemaakt waarmee die betreffende schuld werd voldaan. Een afschrift van vorengenoemde brief van de ziektekostenverzekeraar is op 16 september 2010 aan verzoeker gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt dat hij tot 1 januari 2008 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd is geweest en dat hij met ingang van deze datum, met zijn gezinsleden, elders is verzekerd. Voor zover opzegging niet mogelijk was – vanwege het bestaan van een premieachterstand – had de ziektekostenverzekeraar moeten verhinderen dat hij per 1

januari 2008 bij een andere ziektekostenverzekeraar een verzekering sloot. Pas na anderhalf jaar is door de ziektekostenverzekeraar geconstateerd dat verzoeker was overgestapt naar een andere ziektekostenverzekeraar. Verzoeker stelt in dit verband dat bij de ziektekostenverzekeraar nooit anderhalf jaar lang bijna geen premie betaald had kunnen worden, aangezien de ziektekostenverzekeraar dan veel eerder zou zijn overgegaan tot incasso van de premie via het Centraal Justitieel Incassobureau (verder: CJIB). Verzoeker erkent dat hij niet altijd de volledige premie heeft voldaan, maar dat de ziektekostenverzekeraar mede verantwoordelijk is voor het zo hoog oplopen van de schulden.

- 4.2. Verder verklaart verzoeker dat hij is geconfronteerd met een vordering van de ziektekostenverzekeraar ter hoogte van € 4.210,00 wegens onbetaalde premie, waarvoor hij bij verstek is veroordeeld. De vordering is wegens kosten en rente inmiddels, naar de stand van 7 april 2010, opgelopen tot € 5.322,00. Verzoeker stelt dat hij ten tijde van de zitting langdurig in het buitenland verbleef vanwege een sterfgeval in de familie. Verder stelt hij nadien gebrekkige rechtsbijstand te hebben gekregen. Het vonnis heeft inmiddels kracht van gewijsde heeft gekregen.
- 4.3. Voorts stelt verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar hem onvoldoende inzicht heeft gegeven in de stand van zaken. Niet duidelijk is wat de vorderingen zijn die (nog) zullen moeten worden voldaan en onder welke voorwaarden. Volgens verzoeker ligt matiging van eventuele toegewezen vorderingen voor de hand, gezien de onbillijke consequenties van de handelwijze van de ziektekostenverzekeraar.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de nieuwe ziektekostenverzekeraar, waar hij zich eind 2007 als verzekerde had aangemeld, zou zorgen voor de opzegging bij de ziektekostenverzekeraar. Deze opzegging heeft blijkbaar niet plaatsgevonden. Verzoeker verklaart te begrijpen dat hij met het oog op de premieachterstand niet bij de ziektekostenverzekeraar weg kan, hoewel hij dat wel graag zou willen. Hij stelt nooit beoogd te hebben dubbel verzekerd te zijn. Toen de ziektekostenverzekeraar in oktober 2008 op de hoogte kwam van de dubbele verzekering had deze gelijk actie moten ondernemen, hetgeen niet is gebeurd. Verzoeker acht dat laakbaar. Verder voert verzoeker aan dat hij een Turkse Nederlander is die de taal niet goed machtig is en dat hij kampt met depressiviteit. Verzoeker verklaart dat het voor hem moeilijk is een goed beeld van zijn financiën te krijgen. Op enig moment waren er drie deurwaarders die een vordering hadden vanwege de zorgverzekering. Verder vraagt verzoeker aandacht voor het gegeven dat op zijn uitkering gedurende zes maanden € 264,00 is ingehouden waardoor hij onder het bestaansminimum kwam. Intussen is dit gecorrigeerd. Verzoeker dringt aan op coulance. Het eindplaatje zou moeten zijn dat hij nog te maken heeft met één vordering van één verzekeraar.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat hij geen (tijdige) opzegging heeft ontvangen, zodat verzoeker in 2008 bij hem verzekerd is gebleven. Opzeggen was ingevolge artikel 8a Zvw ook niet meer mogelijk vanwege het eind 2007 bestaan van een achterstand in de premiebetaling. Pas in een telefoongesprek van 27 oktober 2008 is naar voren gekomen dat verzoeker dubbel verzekerd was.

- 5.2. Verder stelt de ziektekostenverzekeraar dat het niet verboden is om dubbel verzekerd te zijn. De uitschrijving kan wel worden geweigerd, maar de inschrijving elders kan niet worden verhinderd. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is van mening dat op basis van de huidige wetgeving een dubbele inschrijving niet geweigerd mag worden. Zorgverzekeraars hebben immers een acceptatieplicht.
- 5.3. Op basis van nieuwe wetgeving, die in de anderhalf jaar waar verzoeker op doelt overigens nog niet bestond, is verzoeker sinds 1 oktober 2009 – zijnde de vroegst mogelijk datum op grond van deze nieuwe wetgeving – als wanbetaler aangemeld bij het CVZ.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hij niet ziet waarom hij zich onbetamelijk jegens verzoeker zou hebben gedragen. De ziektekostenverzekeraar kan zijn verzekerden niet verbieden zich elders te verzekeren. Dat aanmelding bij een nieuwe ziektekostenverzekeraar zou plaatsvinden was niet vooraf bekend, anders zou verzoeker op de financiële gevolgen daarvan zijn geweest. Verder ligt de oorzaak van de problemen niet bij de ziektekostenverzekeraar, zoals verzoeker suggereert, maar bij verzoeker zelf. Zijn betalingsverleden wordt gekenmerkt door achterstanden en er lag al een vonnis van de kantonrechter vóórdat de hele overstapproblematiek speelde.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. De commissie is 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. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van het geschil, voor zover dat onder de rechter is (geweest).
7. Het geschil
- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar eind 2007/begin 2008 de zorgverzekering had moeten beëindigen, dan wel had dienen te voorkomen dat verzoeker kon overstappen naar een andere ziektekostenverzekeraar; of de ziektekostenverzekeraar gehouden was eerder over te gaan tot incasso van de premie via het CJIB, en of de ziektekostenverzekeraar – indien voorgaande vragen positief worden beantwoord – gehouden is een deel van de kosten verband houdende met de incasso van niet betaalde premie voor zijn rekening te nemen. Niet in geschil is de procedure die heeft geleid tot de melding van verzoeker bij het College voor zorgverzekeringen (verder: CVZ), zoals bedoeld in afdeling 3.3.2 Zvw.
8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving
- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. De duur van de zorgverzekering is geregeld in artikel 4 van de voorwaarden van de zorgverzekering 2007. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel als volgt:

“Lid 1

De verzekeringnemer kan de verzekering uiterlijk 31 december van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar opzeggen. (...)

lid 6

Indien de verzekering eindigt, verstrekt [naam ziektekostenverzekeraar] de verzekeringnemer en/of de verzekerde een bewijs van het eind van de verzekering.

lid 7

De opzegging dient schriftelijk met ondertekening door de verzekeringnemer plaats te vinden.

lid 8

Indien een opzegging door de verzekeringnemer voor een bepaalde datum dient plaats te vinden, dient [naam ziektekostenverzekeraar] de opzegging door verzekeringnemer voor deze datum ontvangen te hebben.

lid 9

Indien de verzekeringnemer de verzekering niet opzegt, vindt stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar.”

- 8.3. In artikel 7 van de voorwaarden van de zorgverzekering 2007 is de premiebetaling geregeld. Laatstgenoemd artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“Lid 4 Premiebetaling

De verzekeringnemer is verplicht de premie alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen, op de overeengekomen wijze, dat wil zeggen per maand, kwartaal, halfjaar of jaar, bij vooruitbetaling te voldoen.

lid 5 (...)

Indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen en kosten kan [naam ziektekostenverzekeraar] na de premieervaldag de verzekeringnemer schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 14 dagen, te rekenen vanaf de dag na de aanmaning, (...)

Indien [naam ziektekostenverzekeraar] maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer.”

In de verzekeringsvoorwaarden 2006, 2008 en 2009 is een bepaling van gelijke strekking opgenomen. Ook in de verzekeringvoorwaarden 2010 is geregeld dat de premie bij vooruitbetaling voldaan dient te worden.

- 8.4. De zorgverzekering is gebaseerd op de Zvw. In artikel 3 van de Zvw is een acceptatieplicht voor de zorgverzekering opgenomen. Voor zover hier van belang luidt genoemd artikel als volgt.

“1. Een zorgverzekeraar is verplicht met of ten behoeve van iedere verzekeringsplichtige die in zijn werkgebied woont (...), desgevraagd een zorgverzekering te sluiten. (...)”

- 8.5. Vanaf 21 december 2007 is een nieuw artikel aan de Zvw toegevoegd dat luidt als volgt:

“Artikel 8a

1. Nadat de zorgverzekeraar de verzekeringnemer heeft aangemaand tot betaling van een of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie, kan de verzekeringnemer gedurende de tijd dat de verschuldigde premie, rente en incassokosten niet zijn voldaan, de zorgverzekering niet opzeggen, tenzij de zorgverzekeraar de zorgverzekering of de dekking daarvan heeft geschorst of opgeschort.

2. Het eerste lid lijdt uitzondering indien de zorgverzekeraar de verzekeringnemer binnen twee

weken te kennen geeft de opzegging te bevestigen.”

- 8.6. Verder luidt artikel 3:37 BW, voor zover hier van belang, als volgt:

Artikel 37

1. Tenzij anders is bepaald, kunnen verklaringen, met inbegrip van mededelingen, in iedere vorm geschieden, en kunnen zij in een of meer gedragingen besloten liggen.

(...)

3. Een tot een bepaalde persoon gerichte verklaring moet, om haar werking te hebben, die persoon hebben bereikt. Nochtans heeft ook een verklaring die hem tot wie zij was gericht, niet of niet tijdig heeft bereikt, haar werking, indien dit niet of niet tijdig bereiken het gevolg is van zijn eigen handeling, van de handeling van personen voor wie hij aansprakelijk is, of van andere omstandigheden die zijn persoon betreffen en rechtvaardigen dat hij het nadeel draagt.

(...)”

- 8.7. Per 1 september 2009 is de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering (verder: Wsmwz) van kracht geworden. 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. Kort gezegd, voorziet de wet 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 CVZ. 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 CVZ komt doorgaans weer een einde zodra de schuld uit de zorgverzekering is ingelost of een schuldregeling wordt getroffen. Voor op 1 september 2009 reeds bestaande gevallen van premieachterstand is een overgangsregeling getroffen, die voorziet in een verkort traject. Hierbij is tevens voorzien in een regeling die bepaalt dat bepaalde handelingen die door de ziektekostenverzekeraar vooruitlopend op de inwerkingtreding van de wet zijn verricht – voor zover deze handelingen voldoen aan het geregelde in de wet, al was deze reeds in werking getreden – worden aangemerkt als handelingen in het kader van de wet.

9. Beoordeling van het geschil

Verzekeringssituatie eind 2007/begin 2008

- 9.1. Verzoeker heeft in eerste instantie gesteld dat de ziektekostenverzekeraar – met het oog op het bestaan van een premieachterstand – had moeten verhinderen dat hij zich met zijn gezinsleden eind 2007/begin 2008 verzekerde bij een andere ziektekostenverzekeraar, met als consequentie het ontstaan van een dubbele verzekering.
- 9.2. De commissie merkt hierover op dat ingevolge artikel 4 van de zorgverzekering juncto artikel 3:37 BW, een schriftelijke opzegging, wil deze met ingang van 1 januari 2008 zijn werking hebben, de ziektekostenverzekeraar uiterlijk 31 december 2007 moet hebben bereikt. Uit de brief van de ziektekostenverzekeraar van 12 december 2008 maakt de commissie op dat de ziektekostenverzekeraar geen tijdige opzegging heeft ontvangen die kon leiden tot een beëindiging van de zorgverzekering per 1 januari

2008. Verzoeker heeft niet aannemelijk gemaakt dat de zorgverzekering wel tijdig bij de ziektekostenverzekeraar zou zijn opgezegd. Voorts is niet gebleken, bijvoorbeeld uit een bewijs van uitschrijving, dat de ziektekostenverzekeraar de zorgverzekering van verzoeker – en zijn gezinsleden – om een andere reden heeft beëindigd, bijvoorbeeld vanwege het bestaan van een betalingsachterstand. Derhalve moet worden geconcludeerd dat verzoeker doorlopend verzekerd is gebleven bij de ziektekostenverzekeraar en daarvoor premie is verschuldigd.

Terzijde zij nog opgemerkt dat vanaf 21 december 2007, gelet op de vanaf dat moment in artikel 8a Zvw geregelde opzegbeperking – welke opzegbeperking zich overigens primair richt tot verzoeker en niet de ziektekostenverzekeraar – bij het bestaan van een premieachterstand voor de zorgverzekering, de zorgverzekering in beginsel niet meer kan worden opgezegd totdat de verschuldigde premie, rente en incassokosten zijn voldaan.

- 9.3. Dat een andere ziektekostenverzekeraar verzoeker en zijn gezinsleden na een daartoe strekkende aanvraag heeft geaccepteerd voor de zorgverzekering – waartoe de nieuwe ziektekostenverzekeraar overigens, gelet op de in artikel 3 van de Zvw opgenomen acceptatieplicht, gehouden is, ook al kan eventueel de oude zorgverzekering niet meer worden opgezegd in verband met een premieachterstand – kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen. De huidige wetgeving staat namelijk niet in de weg aan een dubbele zorgverzekering.

Premieachterstand en melding CVZ

- 9.4. Ingevolge de verzekeringsvoorwaarden is verzoeker, als verzekeringnemer, de premie voor de zorgverzekering – voor hemzelf en de door hem verzekerde gezinsleden – bij vooruitbetaling verschuldigd.
- 9.5. Verzoeker heeft erkend dat hij de maandelijks verschuldigde premie geregeld niet (geheel) heeft voldaan. Uit de stukken blijkt dat de kantonrechter onder meer bij vonnis van eind maart 2007 een vordering van de ziektekostenverzekeraar (bij verstek) heeft toegewezen. In dit vonnis kan de commissie niet treden. Verder blijkt uit het overzicht van de ziektekostenverzekeraar van 20 juli 2010 dat verzoeker in ieder geval in 2007 zes keer de maandelijks verschuldigde premie niet heeft voldaan. Voorts blijkt uit bedoeld overzicht dat in 2008 en 2009 in het geheel geen premie is betaald. Verzoeker heeft gesteld noch aannemelijk gemaakt – hetgeen op zijn weg had gelegen – dat dit overzicht van de ziektekostenverzekeraar niet juist is. Dat de premie voor de zorgverzekering niet (volledig) was voldaan had verzoeker overigens ook redelijkerwijs uit de eigen administratie moeten kunnen afleiden; daarvoor is hij niet afhankelijk van de administratie van de ziektekostenverzekeraar.
- 9.6. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat verzoeker in ieder geval naar de stand van 31 december 2007, 31 december 2008 en 31 december 2009 een achterstand had in de betaling van de premie voor de zorgverzekering. Hetgeen verzoeker heeft aangevoerd ter verklaring van de premieachterstand kan niet leiden tot een ander oordeel.
- 9.7. Artikel 7 van de zorgverzekering kent een duidelijke regeling voor het geval de (volledige) betaling van de verschuldigde premie uitblijft. De achterstallige premie kan dan met inschakeling van een incassobureau worden geïnd, met bijkomende kosten voor verzoeker. De stelling van verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar eerder dan 1 oktober 2010 had moeten overgaan tot inschakeling van het CJIB en dat, nu hij dat niet

heeft gedaan, de ziektekostenverzekeraar mede verantwoordelijk is voor het zo hoog oplopen van de schuld van verzoeker en hij om die reden een (deel van de (incasso)kosten) voor zijn rekening moet nemen, is voor de commissie onbegrijpelijk. Niet alleen bestaat de mogelijkheid van het inschakelen van het CJIB door het CVZ (en dus niet door de ziektekostenverzekeraar) feitelijk eerst vanaf 1 oktober 2009, maar tevens is het gevolg van de melding bij het CVZ dat (gedurende een langere periode) de hogere bestuursrechtelijk premie van toepassing wordt. Verder ligt de verantwoordelijkheid voor het tijdig betalen van de premie bij verzoeker en niet bij de ziektekostenverzekeraar. Bovendien is nog maar de vraag wat het effect van extra incasso-maatregelen door de ziektekostenverzekeraar zou zijn geweest, aangezien gebleken is dat verzoeker ook nadat de rechter in maart 2007 een vordering van de ziektekostenverzekeraar had toegewezen de maandelijks verschuldigde premie nog altijd niet (tijdig) betaalde.

- 9.8. Gezien het voorgaande, ziet de commissie geen grond te komen tot het oordeel dat de ziektekostenverzekeraar gehouden zou zijn alsnog de verzekering met terugwerkende kracht tot 1 januari 2008 te beëindigen, onderscheidenlijk (een deel van) de kosten voor verzoeker, in verband met de incasso van niet (tijdig) door hem betaalde premie, voor zijn rekening te nemen. Het verzoek dient dan ook te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 6 oktober 2010,

Voorzitter