

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B vertegenwoordigd door F te G tegen C en E beide te D  
Zaak : Premie, premieachterstand, beëindiging aanvullende verzekering,  
eigen risico 2009  
Zaaknummer : 2010.02126  
Zittingsdatum : 11 januari 2012

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 2009-2011, paragraaf 3.3 en 3.4 Zvw, artt. 2.17, 2.18 en 2.19 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008-2009)

---

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door F te G

tegen

1) C en

2) E beide te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Verzoekster is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering [naam ziektekostenverzekeraar] Basis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Tevens heeft verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar ten behoeve van haar partner een zorgverzekering afgesloten. Verder was tot en met 30 juni 2009 ten behoeve van verzoekster en haar partner bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering TandVerzorgd afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Bij brief van 13 juni 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster medegedeeld de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 juli 2009 te beëindigen vanwege een premieachterstand van € 395,30.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormeld standpunt gevraagd. Bij meerdere brieven heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 26 oktober 2011 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat verzoekster de ziektekostenverzekeraar geen achterstallige premie verschuldigd is, en de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht tot 1 juli 2009 te herstellen (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de

mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brieven van 10 oktober 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is aan verzoekster gezonden, waarbij haar door de commissie is verzocht hierop in te gaan. Bij brief van 26 oktober 2011 heeft verzoekster een nadere reactie gegeven. Een afschrift hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Bij brief van 16 november 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar een aanvullende reactie gegeven. Een afschrift van deze reactie is aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 30 november 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 11 januari 2012 telefonisch gehoord.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar stelt zich ten onrechte op het standpunt dat sprake is van een betalingsachterstand. Daartoe voert verzoekster – onder overlegging van diverse bankafschriften – aan dat zij de verschuldigde premie en zorgkosten steeds volledig heeft voldaan en dat zij per saldo zelfs een bedrag ter hoogte van € 134,70 te veel heeft betaald.
- 4.2. Beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 juli 2009 heeft voor verzoekster als consequentie dat nadien gemaakte tandartskosten niet voor vergoeding in aanmerking komen.
- 4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

#### 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Verzoekster heeft de verschuldigde premies en zorgkosten te laat of zelfs helemaal niet voldaan. Daarnaast maakt verzoekster bij haar betalingen geen gebruik van een betalingskenmerk, zodat haar betalingen zijn toegerekend aan de oudste openstaande vorderingen. Hierdoor is een betalingsachterstand ontstaan, met als gevolg dat de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoekster met ingang van 1 juli 2009 is beëindigd. Per saldo beloopt de betalingsachterstand van verzoekster naar de stand van 14 november 2011 € 193,50, exclusief rente en incassokosten.
- 5.2. Verder stelt de ziektekostenverzekeraar dat verzoekster over het kalenderjaar 2010 een bedrag van maximaal € 165,- aan wettelijk verplicht eigen risico verschuldigd was. Het bedrag van € 134,70 dat verzoekster noemt betreft zorgkosten die vallen onder dit eigen risico 2010. Deze kosten blijven derhalve voor rekening van verzoekster.
- 5.3. 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 bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil zijn de beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 juli 2009, de door de ziektekostenverzekeraar in rekening gebrachte zorgkosten ter grootte van € 134,70, en de door de ziektekostenverzekeraar genoemde premieachterstand.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. Ingevolge artikel 5 (2006-2007) respectievelijk A12 (2008-2011) van de zorgverzekering is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.
- 8.3. Het verplicht eigen risico op grond van de zorgverzekering is geregeld in artikel B8. Dit eigen risico bedroeg voor 2010 € 165,-- per verzekerde per kalenderjaar.
- 8.4. De artikelen A12 en B8 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. Artikel 16 Zvw ziet op de premie voor de zorgverzekering. Het eigen risico is geregeld in de artikelen 19, 20 en 21 Zvw, en nader uitgewerkt in de artikelen 2.17, 2.18 en 2.19 Bzv.
- 8.6. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.7. De (wijze van) premiebetaling voor de aanvullende verzekering is geregeld in artikel A12 van de 'Algemene Voorwaarden' van de aanvullende ziektekostenverzekering (2009-2010). Hierin is onder meer geregeld dat de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering bij vooruitbetaling is verschuldigd.
- 8.8. Artikel A13 van de 'Algemene Voorwaarden' van de aanvullende ziektekostenverzekering (2009) regelt de gevolgen van niet-tijdige betaling van de premie. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

***"A13 Wat er gebeurt als u de premie niet betaalt***

1. *[De ziektekostenverzekeraar] stuurt u een aanmaning. Als u binnen 14 dagen alsnog de premie betaalt, blijft dit verder zonder gevolg.*

2. *Betaalt u niet binnen 14 dagen na deze aanmaning dan heeft dat de volgende gevolgen:*

- [de ziektekostenverzekeraar] kan de dekking van alle verzekeringen schorsen. U krijgt dan geen vergoeding meer vanaf het begin van de periode waarop de niet door u betaalde premie betrekking heeft.*
- U blijft verplicht de premie te voldoen.*
- Betalingskortingen vervallen.*

- U moet de incassokosten betalen, vanwege de extra werkzaamheden van [de ziektekostenverzekeraar], zoals het sturen van een acceptgiro en de aanmaningen, en de werkzaamheden van de deurwaarder.

- U moet wettelijke rente betalen over de totale vordering.

3. Als [de ziektekostenverzekeraar] de premie, incassokosten en de wettelijke rente heeft ontvangen, wordt de dekking de dag na ontvangst van de betaling weer van kracht. Kosten die zijn gemaakt tijdens de schorsing krijgt u niet vergoed. Ook niet als u van [de ziektekostenverzekeraar] toestemming had voor een behandeling of verstrekking.

4. Als u, zelfs na aanmaning, de premie niet betaalt, kan [de ziektekostenverzekeraar] de verzekeringen van alle verzekerden beëindigen.”

- 8.9. De toerekening van betalingen is geregeld in artikel 6:43 BW. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

**“Artikel 6:43**

1. Verricht de schuldenaar een betaling die zou kunnen worden toegerekend op twee of meer verbintenissen jegens een zelfde schuldeiser, dan geschiedt de toerekening op de verbintenis welke de schuldenaar bij de betaling aanwijst.

2. Bij gebreke van zodanige aanwijzing geschiedt de toerekening in de eerste plaats op de opeisbare verbintenissen. Zijn er ook dan nog meer verbintenissen waarop de toerekening zou kunnen plaatsvinden, dan geschiedt deze in de eerste plaats op de meest bezwarende en zijn de verbintenissen even bezwarend, op de oudste. Zijn de verbintenissen bovendien even oud, dan geschiedt de toerekening naar evenredigheid.”

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Verzoekster heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar in 2010 een bedrag ter hoogte van € 134,70 te veel bij haar in rekening heeft gebracht. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft dit bedrag betrekking op het verplichte eigen risico 2010. Aangezien verzoekster de juistheid van de gedeclareerde bedragen niet heeft bestreden en evenmin is gebleken dat de gedeclareerde kosten betrekking hebben op kosten die niet onder het eigen risico vallen, is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar in 2010 eerder genoemd bedrag terecht bij verzoekster in rekening heeft gebracht.
- 9.2. Door de ziektekostenverzekeraar is een overzicht naar de stand van 14 november 2011 in het geding gebracht, waaruit blijkt dat op genoemde datum per saldo een bedrag openstond van € 193,50, exclusief rente en incassokosten. Verzoekster heeft een aantal betalingsbewijzen overgelegd waaruit zou moeten blijken dat zij de verschuldigde maandpremies en zorgkosten wel volledig heeft voldaan. Wat betreft deze betalingen is door de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat hij deze, aangezien verzoekster geen gebruik heeft gemaakt van een betalingskenmerk, heeft toegerekend aan de oudste openstaande vorderingen. Verzoekster heeft niet aannemelijk gemaakt dat zij bij de betreffende betalingen een kenmerk heeft vermeld. Evenmin heeft zij aannemelijk gemaakt dat zij de premie voor de maanden waaraan de betalingen in kwestie zijn toegerekend al eerder had voldaan. Om deze redenen is de commissie van oordeel dat het de ziektekostenverzekeraar vrijstond deze betalingen, gelijk zij heeft gedaan, conform artikel 6:43 BW toe te rekenen. Dat door verzoekster meer of andere betalingen zijn gedaan dan door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, is door verzoekster in de procedure niet aannemelijk gemaakt. Geconcludeerd moet worden dat het overzicht van de ziektekostenverzekeraar van 14 november 2011 juist is.

- 9.3. Nu uit het desbetreffende overzicht tevens blijkt dat verzoekster tot en met juni 2009 niet de volledige premie heeft voldaan en zij het tegendeel niet aannemelijk heeft gemaakt, was naar de stand van 1 juli 2009 sprake van een betalingsachterstand, en heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoekster, gelet op het bepaalde in artikel A13 van de betreffende verzekeringsvoorwaarden, terecht met ingang van 1 juli 2009 beëindigd.

### **Conclusie**

- 9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 25 januari 2012,

Voorzitter