

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te D, tegen E
en F, beide te G
Zaak : Inschrijving, betalingsachterstand, incassokosten, aanmelding
CVZ
Zaaknummer : 2012.00048
Zittingsdatum : 31 oktober 2012

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.P.Ch. van Dijk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2006-2012, paragraaf 3.3 Zvw, art. 24 Zvw, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2006-2012, art. 3:37 BW)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door mevrouw C te D

tegen

1) E en

2) F te G,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Verzoeker is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).

In de periode van 13 december 2006 tot en met 30 september 2007 was door verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Jongeren (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) afgesloten.

Verder was in de periode van 1 januari 2008 tot en met 30 april 2012 door verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Top afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

Genoemde 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 27 december 2006 heeft de ziektekostenverzekeraar de inschrijving voor de zorgverzekering (vanaf 13 december 2006) aan verzoeker bevestigd.
- 3.2. Bij brief van 7 december 2007 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar verzocht onderzoek te verrichten naar de uitschrijving voor de zorgverzekering met ingang van 1 januari 2006.
- 3.3. Bij brief van 10 december 2007 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de ingangsdatum van de zorgverzekering ongewijzigd blijft en dat zorgkostennota's van vóór 13 december 2006 niet voor vergoeding in aanmerking komen.
- 3.4. Bij brief van 16 juni 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar desgevraagd aan verzoeker bevestigd dat hij vanaf 13 december 2006 tot en met heden bij hem is verzekerd.

- 3.5. Verzoeker heeft bij brief van 19 november 2011 de ziektekostenverzekeraar verzocht de zorgverzekering per 1 december 2011 te beëindigen.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 24 november 2011 medegedeeld dat de zorgverzekering niet kan worden beëindigd vanwege een bestaande betalingsachterstand, en dat regulier opzeggen eventueel voor het eerst weer per 1 januari 2012 mogelijk is.
- 3.7. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde standpunten gevraagd. Onder meer bij brieven van 4 januari 2012 en 18 januari 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.8. Bij brief van 10 januari 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de betalingsachterstand € 6.657,22 bedraagt.
- 3.9. Bij brief van 10 februari 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van twee of meer maanden.
- 3.10. Bij brief van 12 april 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van vier of meer maanden.
- 3.11. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.12. Bij brief van 1 juni 2012 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de zorgverzekering met terugwerkende kracht tot 13 december 2006 te beëindigen (hierna: het verzoek).
- 3.13. Bij brief van 15 juni 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van zes of meer maanden, en dat hij is aangemeld bij het College voor zorgverzekeringen (CVZ).
- 3.14. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 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 stukken gevoegd.
- 3.15. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 31 augustus 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 3 september 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.16. Verzoeker heeft op 14 september 2012 gereageerd op het in overweging 3.15 bedoelde standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

- 3.17. Verzoeker heeft de commissie bij e-mailberichten van 8 oktober 2012 en 17 oktober 2012 aanvullende informatie gezonden. Afschriften hiervan zijn aan de wederpartij gestuurd.
- 3.18. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 4 september 2012 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
- 3.19. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 31 oktober 2012 in persoon gehoord.
- 3.20. Verzoeker heeft de commissie bij e-mailberichten van 6 november 2012 en 11 november 2012 aanvullende informatie gezonden. Afschriften hiervan zijn aan de wederpartij gestuurd.
- 3.21. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie en verzoeker op 13 november 2012 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt en aanvullende informatie gezonden.
- 3.22. Verzoeker heeft de commissie bij faxbericht van 28 november 2012 aanvullende informatie gezonden. Een afschrift hiervan is aan de wederpartij gestuurd.
- 3.23. Verzoeker heeft de commissie en de ziektekostenverzekeraar bij brief van 29 november 2012 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.24. Verzoeker heeft de commissie bij e-mailberichten van 30 november 2012 en 3 december 2012 aanvullende informatie gezonden. Afschriften hiervan zijn aan de wederpartij gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Op 7 december 2006 heeft een ander persoon dan verzoeker zijn gegevens gebruikt om een zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering af te sluiten bij de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker bestrijdt derhalve dat hij in december 2006 een verzekeringsovereenkomst is aangegaan met de ziektekostenverzekeraar. Sedertdien wordt hij echter wel verantwoordelijk gehouden voor de premiebetaling.
- 4.2. De persoon die verzoekers gegevens heeft gebruikt is zijn halfbroer die woonachtig is in Utrecht. Verzoeker heeft deze persoon nimmer toestemming gegeven namens hem te handelen, zodat hij niet verantwoordelijk is voor de in december 2006 ingediende aanvraag voor een zorgverzekering, op zijn naam, door zijn halfbroer. Bovendien is het aanvraagformulier niet correct ingevuld; de handtekening, de adresgegevens, het e-mailadres en het telefoonnummer kloppen niet. De moeder van zijn halfbroer heeft op 14 december 2006 de aanvraag voor de zorgverzekering geannuleerd.
- 4.3. Verzoeker heeft ook zelf getracht de overeenkomst met de ziektekostenverzekeraar met terugwerkende kracht tot de ingangsdatum te beëindigen. Dit bleek echter niet mogelijk omdat er een betalingsachterstand zou zijn. De ziektekostenverzekeraar heeft verzuimd een financieel overzicht over te leggen, waaruit deze achterstand blijkt.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoeker twee aanvraagformulieren heeft ingevuld. Geen van beide is echter door verzoeker ondertekend. Tevens stelt de ziekte-

kostenverzekeraar dat de brieven van medio december 2006, inzake de annulering, niet zijn ontvangen. Verzoeker heeft deze brieven echter op normale wijze verzonden, zodat deze moeten zijn ontvangen door de ziektekostenverzekeraar. Bovendien stelt de ziektekostenverzekeraar dat de brief van 16 december 2006, waarnaar verzoeker verwijst, niet van hem afkomstig is. Dit betwist verzoeker.

- 4.5. Verzoeker was van 22 maart 2007 tot 15 september 2007, en van 16 juni 2008 tot 30 juli 2008 gedetineerd. Tijdens de betreffende perioden kwam verzoekers medische verzorging ten laste van Justitie, en was hij derhalve geen premie verschuldigd aan de ziektekostenverzekering.
- 4.6. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker eerst na zeer lange tijd – namelijk pas in december 2011 – op de hoogte gebracht van de vordering in verband met de achterstallige premiebetaling. Hierdoor wordt hij geconfronteerd met strenge incassoregels en hoge boetes, en is hij in financiële problemen geraakt. De situatie is onnodig gescaleerd door het lange stilzitten van de ziektekostenverzekeraar. Het was alleszins redelijk geweest dat de ziektekostenverzekeraar een voorstel had gedaan voor een oplossing in der minne.
- 4.7. Samenvattend stelt verzoeker dat hij ernstig is gedupeerd door de handelwijze van de ziektekostenverzekeraar. De gevolgen zijn niet te overzien. Het is niet mogelijk elders een zorgverzekering aan te gaan zolang onderhavige kwestie loopt. Verzoeker wenst dat wordt bepaald dat met terugwerkende kracht tot 13 december 2006 geen sprake is van een verzekeringsovereenkomst, en dat hem de (vermeende) vorderingen van de ziektekostenverzekeraar worden kwijtgescholden.
- 4.8. Ter zitting is door verzoeker zijn standpunt herhaald. Ter aanvulling heeft hij gesteld dat enerzijds geen overeenkomst tot stand is gekomen, en anderzijds – indien wel een overeenkomst tot stand is gekomen – het in strijd is met de redelijkheid en billijkheid de premieachterstand zo ver te laten oplopen zonder enige actie te ondernemen. Bovendien is het onzorgvuldig dat de ziektekostenverzekeraar de uitkomst van de procedure niet heeft afgewacht en verzoeker heeft aangemeld bij het CVZ. Verzoeker voert aan nooit in Utrecht te hebben gewoond, en nimmer acceptgiro's voor de premie te hebben ontvangen.
- 4.9. Bij brief van 29 november 2012 heeft verzoeker verklaard dat hij niet bereid is een betalingsregeling te treffen met de ziektekostenverzekeraar voor de premieachterstand. Voorts stelt verzoeker niet bekend te zijn met het feit dat zorgkosten zijn vergoed. Hij is nimmer opgenomen geweest in een ziekenhuis.
- 4.10. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Verzoeker is vóór 2006 eveneens bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd geweest tegen ziektekosten. Per 1 januari 2006 is hij uitgeschreven. Op 10 november 2006 gaf verzoeker telefonisch aan weer verzekerd te willen zijn bij de ziektekostenverzekeraar, en wel vanaf medio december 2006, maar dan tegen een maandpremie van € 30,90. Er werd hem op zijn verzoek een aanmeldingsformulier gezonden. Medio december 2006 ontving de ziektekostenverzekeraar opnieuw een aanvraag voor een verzekering.

- 5.2. De ziektekostenverzekeraar beschikt over een aanmeldingsformulier van 7 december 2006 en een van 14 december 2006. Beide zijn ondertekend door verzoeker. Verzoeker heeft op 12 december 2006 telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar inzake de verwerking van de aanmelding van 7 december 2006. Op 27 december 2006 werd de inschrijving per 13 december 2006 bevestigd. Aangezien verzoeker zich niet op tijd – dat wil zeggen met ingang van 1 januari 2006 – had aangemeld bij de ziektekostenverzekeraar, en kennelijk ook niet bij een andere verzekeraar, ontstond met deze inschrijving een onverzekerde periode. Op 4 januari 2007 vroeg verzoeker om een aanmeldingsformulier voor partner en kinderen. Dit formulier werd op 6 januari 2007 ingevuld en ondertekend retour ontvangen.
- 5.3. De faxberichten en brieven van medio december 2006, inzake de annulering van de inschrijving c.q. een verkeerde aanmelding bij de ziektekostenverzekeraar door verzoeker, werden destijds niet ontvangen. De kopieën van deze brieven en (fax)verzendbewijzen zijn later door verzoeker ingestuurd, en zijn kennelijk bedoeld als bewijs voor de tijdige annulering van de aanmelding van verzoeker in december 2006. Overigens claimt verzoeker later dat hij juist wél verzekerd was bij de ziektekostenverzekeraar gedurende het jaar 2006, omdat hij zich nimmer zou hebben uitgeschreven. Verzoeker spreekt zichzelf regelmatig tegen. Bovendien meent hij uit de brief van 16 december 2006 te kunnen opmaken dat de genoemde correspondentie van 14 december 2006 door de ziektekostenverzekeraar zou zijn ontvangen. Het Bureau Bijzonder Onderzoek heeft evenwel verklaard dat deze vier regels tellende brief vanwege de meer dan vijftien spelfouten en de afwijkende kenmerken en huisstijl niet van de ziektekostenverzekeraar afkomstig kan zijn.
- 5.4. De correspondentie aan verzoeker is, indien per e-mail, gericht aan het e-mailadres waarvan verzoeker zelf zijn berichten verzond. Vaak werden berichten van of namens hem niet ondertekend met een naam en ook werden steeds wisselende e-mailadressen gebruikt. De correspondentie die per post werd verzonden, is steeds gestuurd naar het bekende, meest recente adres. Dit was eerst Utrecht, daarna Beverwijk en Amersfoort, en thans IJmuiden.
- 5.5. Gedurende de periode van 4 november 1999 tot en met heden zijn zorgkosten vergoed, zo ook in 2006. De zorgverzekering van verzoeker kan niet worden beëindigd, omdat sprake is van een premieachterstand. De ziektekostenverzekeraar weet niets van een zorgverzekering bij een andere verzekeraar. Destijds – in 2006 – was sprake van een aanmelding bij een andere verzekeraar, maar dit is uiteindelijk niet doorgegaan. Verzoeker is later ook van mening dat hij steeds bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd was, behalve tijdens de perioden van detentie.
- 5.6. Het is de verantwoordelijkheid van de verzekerde om de ziektekostenverzekeraar tijdig op de hoogte te stellen van het einde van de detentie. Het enkel stellen dat dit is gebeurd, zonder kennelijk te informeren waarom de ziektekostenverzekeraar daar niet op reageert met het herstel van de zorgverzekering, is volstrekt onvoldoende. Het uitblijven van de premieoplegging voor de periode na de detentie was voor verzoeker blijkbaar geen aanleiding om te verifiëren of de detentieverklaringen waren verwerkt. Overigens heeft de ziektekostenverzekeraar daarna gewoon alsnog de premie opgelegd die verschuldigd is. Verzoeker is daarom niet gedupeerd doordat zijn detentieverklaringen zo laat zijn ontvangen. Hij betaalt net zoveel premie als wanneer deze verklaringen direct zouden zijn verstrekt.

- 5.7. De reden dat de vordering zo laat is opgelegd, is gelegen in het feit dat steeds geen juiste en volledige detentieverklaringen werden overgelegd. Daardoor was het voor de ziektekostenverzekeraar uiteindelijk pas op 30 december 2011 duidelijk vanaf welk moment de zorgverzekering weer herleefde, zijnde het moment dat de detentie en daarmee de medische verzorging via Justitie ophield. Op dat moment was het pas mogelijk de achterstallige premie te berekenen en op te leggen.
- 5.8. Naar de stand van 31 augustus 2012 is sprake van een betalingsachterstand van € 8.240,34. Dit bedrag ziet op premie voor de zorgverzekering over de periode van 13 december 2006 tot en met 30 juni 2012, premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering, incassokosten, rente en eigen risico 2011 en 2012.
- 5.9. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat geen sprake is van een persoonsverwisseling. Wel is sprake van wisselende intenties van verzoeker in het kader van de zorgverzekering. Daar is zo goed mogelijk en met enige coulance op ingespeeld. Er is getracht verzoeker van dienst te zijn binnen redelijke grenzen. De ziektekostenverzekeraar ziet geen aanleiding zijn beslissing te wijzigen. Zodra verzoeker de achterstallige premie voldoet, kan hij zich per 1 januari daaropvolgend uitschrijven. Verzoeker dient zich dan wel per gelijke datum aan te melden bij een andere verzekeraar.
- 5.10. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald. Ter aanvulling is aangevoerd dat verzoeker zich heeft gedragen alsof een overeenkomst tot stand was gekomen. Zou de stelling van verzoeker dat geen sprake is van een bestaande overeenkomst worden gevolgd, dan heeft verzoeker een groter probleem, omdat hij dan de kosten van de genoten zorg aan de ziektekostenverzekeraar dient te restitueren. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat de hoge (premie)vordering geen verrassing kan zijn als verzoeker denkt verzekerd te zijn. Het betalen van premie is een van de hoofdverplichtingen van een verzekerde en spreekt mitsdien voor zich.
- 5.11. Nadien heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat verzoeker met terugwerkende kracht tot 1 juli 2012 is afgemeld bij het CVZ. Naar de stand van 13 november 2012 is sprake van een betalingsachterstand van € 8.065,52.
- 5.12. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het onderhavige verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op de artikelen 34 (2006), 17 (2007-2008), 16 (2009), 14 (2010), A.25. (2011) en A.21. (2012) van de zorgverzekering, en artikel 10 (2007), 8 (2007), 8 (2008), 9 (2009), 9 (2010), A.25. (2011) en A.21. (2012) van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie 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.
- 6.2. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekeringen van vóór 1 januari 2008.
7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar met ingang van 13 december 2006 verzekeringsovereenkomsten tot stand zijn gekomen, of diens gevolg terech premie, rente en incassokosten van verzoeker worden gevorderd, en of de aanmelding bij het CVZ terech heeft plaatsgevonden.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van het geschil tussen partijen zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

- 8.2. Artikel 31 van de zorgverzekering (2006) bepaalt het begin van de zorgverzekering, en luidt, voor zover hier van belang:

“lid 1

De zorgverzekering gaat in op de datum die op het polisblad als ingangsdatum is vermeld. De ingangsdatum is de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek tot het sluiten van de zorgverzekering van de verzekeringnemer heeft ontvangen.

(...)”

- 8.3. Ingevolge de artikelen 4 (2006), 7 (2007-2010) en A.8. (2011-2012) van de zorgverzekering is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.

- 8.4. In de artikelen 4 (2006), 7 (2007-2010) en A.9. (2011-2012) van de zorgverzekering is onder meer bepaald dat bij het niet voldoen aan de betalingsverplichting, de ziektekostenverzekeraar rente en incassokosten in rekening kan brengen.

- 8.5. Artikel 32 van de zorgverzekering (2006) bepaalt de duur van de zorgverzekering, en luidt, voor zover hier van belang:

“lid 1

De verzekeringnemer kan de zorgverzekering voor 1 november van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar opzeggen. Indien de verzekeringnemer de zorgverzekering niet opzegt, vindt stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar.

(...)”

Eenzelfde regeling is opgenomen voor het jaar 2007.

Artikel 5 van de zorgverzekering (2008) bepaalt de duur van de zorgverzekering, en luidt, voor zover hier van belang:

“lid 1

De verzekeringnemer kan de zorgverzekering uiterlijk 31 december van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar opzeggen. Indien de verzekeringnemer de zorgverzekering niet opzegt, vindt stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar.

(...)”

Artikel 5 van de zorgverzekering (2009) regelt wanneer de zorgverzekering kan worden opgezegd, en luidt, voor zover hier van belang:

“(…)”

*U (verzekeringnemer) mag uw zorgverzekering elk jaar uiterlijk op 31 december opzeggen. Dat moet u schriftelijk doen. Uw zorgverzekering eindigt dan per 1 januari daaropvolgend. Zegt u de zorgverzekering niet op, dan verlengen wij de zorgverzekering stilzwijgend, steeds voor de duur van één jaar.
(...)”*

Eenzelfde regeling is opgenomen voor de jaren 2010, 2011 en 2012.

- 8.6. Artikel 16 Zvw bepaalt in welke gevallen voor de zorgverzekering geen premie verschuldigd is. Voor zover hier van belang, luidt laatstgenoemd artikel als volgt:

“Artikel 16

1. *Krachtens de zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd.*
2. *In afwijking van artikel 925 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek en van het eerste lid:*
 - a. *is geen premie verschuldigd tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin een verzekerde de leeftijd van achttien jaren heeft bereikt;*
 - b. *is geen premie verschuldigd over de periode, bedoeld in artikel 18d, eerste lid.”*

- 8.7. De (wijze van) premiebetaling voor de aanvullende verzekering is geregeld in artikel 6 (2006), 4 (2007-2008), 5 (2009-2010), A.8. (2011-2012) van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Hierbij is onder meer geregeld dat de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering bij vooruitbetaling is verschuldigd.
- 8.8. Artikel 4.2.7 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering (2007-2008) bepaalt dat geen premie is verschuldigd gedurende de periode dat sprake is van een detentie.
- 8.9. Op 1 september 2009 is de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering (hierna: de Wsmwz) in werking getreden. 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. De wet voorziet 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 College voor zorgverzekeringen. 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.
- 8.10. Voor zover hier van belang, bepalen de artikelen 18a, 18b en 18c Zvw het volgende:

“Artikel 18a

1. *Uiterlijk tien werkdagen nadat ten aanzien van een zorgverzekering een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van twee maandpremies is geconstateerd, doet de zorgverzekeraar de verzekeringnemer een aanbod tot het treffen van een betalingsregeling.*
2. *De betalingsregeling bestaat ten minste uit de volgende elementen:*
 - a. *een machtiging van de verzekeringnemer aan de zorgverzekeraar tot maandelijkse automa-*

tische incasso van nieuw vervallende termijnen van de premie dan wel een opdracht aan een derde van wie de verzekeringnemer periodieke betalingen ontvangt, om namens hem en onder inhouding van de desbetreffende bedragen op deze betalingen, periodiek rechtstreeks aan de zorgverzekeraar het bedrag van nieuw vervallende termijnen van de premie te betalen, b. afspraken inzake de afwikkeling van de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden van de verzekeringnemer aan de zorgverzekeraar, inclusief rente en incassokosten, en de termijnen waarbinnen betaling zal plaatsvinden, en

c. een toezegging van de zorgverzekeraar, inhoudende dat hij de zorgverzekering of de dekking daarvan gedurende de looptijd van de betalingsregeling niet om reden van het bestaan van de schulden, bedoeld in onderdeel b, zal beëindigen, schorsen of opschorten, zolang de verzekeringnemer de machtiging of de opdracht, bedoeld in onderdeel a, niet intrekt en de afspraken, bedoeld in onderdeel b, nakomt.

3. Indien de verzekeringnemer een ander heeft verzekerd en ten aanzien van diens verzekering een premie-achterstand als bedoeld in het eerste lid is ontstaan, omvat het aanbod, bedoeld in het eerste lid, tevens een bereidverklaring opzegging van deze verzekering met ingang van de dag waarop de betalingsregeling van kracht wordt, te aanvaarden, mits:

a. de verzekerde zichzelf uiterlijk met ingang van dezelfde dag krachtens een andere zorgverzekering verzekerd heeft, en

b. deze, indien deze zorgverzekering bij dezelfde zorgverzekeraar is gesloten, terzake van de premie voor deze verzekering een volmacht of opdracht als bedoeld in het tweede lid, onderdeel a, heeft gegeven.

4. Tegelijk met het aanbod deelt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer schriftelijk mee dat deze een termijn van vier weken heeft om het te aanvaarden, waarbij de verzekeraar bovendien aangeeft wat de gevolgen zullen zijn indien het aanbod niet wordt aanvaard en de premieschuld, rente en incassokosten buiten beschouwing gelaten, tot zes of meer maandpremies zal zijn opgelopen, en wijst hij de verzekeringnemer op de mogelijkheid van schuldhulpverlening, waarbij hij tevens informatie verstrekt over de vormen hiervan en wijze waarop deze kan worden verzocht.

5. Indien het derde lid van toepassing is, zendt de zorgverzekeraar de verzekerde tegelijk met de verzending van de in het eerste tot en met vierde lid bedoelde stukken aan de verzekeringnemer, afschriften van deze stukken.”

“Artikel 18b

1. Zo spoedig mogelijk nadat ten aanzien van een zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van vier maandpremies is geconstateerd, deelt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde mee dat hij voornemens is over te gaan tot de melding, bedoeld in artikel 18c, zodra de premieschuld de daar bedoelde hoogte zal hebben bereikt, tenzij de verzekeringnemer of de verzekerde hem uiterlijk vier weken na ontvangst van de mededeling heeft laten weten, het bestaan van de schuld of de hoogte ervan te betwisten.

2. Ingeval van tijdige betwisting als bedoeld in het eerste lid deelt de zorgverzekeraar, indien deze na onderzoek zijn standpunt handhaaft, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde mee dat hij het voornemen tot melding tot uitvoering zal brengen zodra de premieschuld de in artikel 18c, eerste lid, bedoelde hoogte zal hebben bereikt, tenzij de verzekeringnemer of de verzekerde binnen een termijn van vier weken na ontvangst van de in dit lid bedoelde mededeling een geschil hierover heeft voorgelegd aan een onafhankelijke instantie als bedoeld in artikel 114 of aan de burgerlijke rechter.

3. Indien een betalingsregeling als bedoeld in artikel 18a ingaat nadat ten aanzien van de zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van vier maandpremies is ontstaan, laat de zorgverzekeraar de in het eerste lid bedoelde melding achterwege zolang de nieuw vervallende termijnen van de premie worden voldaan.”

“Artikel 18c

1. Indien ten aanzien van een zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een premieschuld ter hoogte van zes of meer maandpremies is ontstaan, meldt de zorgverzekeraar dit, onder vermelding van de voor de heffing van de bestuursrechtelijke premie alsmede voor de uitvoering van artikel 34a noodzakelijke persoonsgegevens van de verzekeringnemer en de verzekerde, aan het College zorgverzekeringen, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, aan de verzekerde.

2. De melding geschiedt niet:

a. in geval van tijdige betwisting als bedoeld in artikel 18b, eerste lid, zolang de zorgverzekeraar zijn standpunt dienaangaande niet aan de verzekeringnemer en, indien dit een ander dan de verzekeringnemer is, aan de verzekerde heeft kenbaar gemaakt;

b. gedurende de termijn, genoemd in artikel 18b, tweede lid;

c. ingeval van tijdige voorlegging van het geschil aan een onafhankelijke instantie of aan de burgerlijke rechter als bedoeld in artikel 18b, tweede lid, zolang op het geschil niet onherroepelijk is beslist;

d. ingeval de verzekeringnemer zich heeft aangemeld bij een schuldhulpverlener als bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet en aantoont dat hij in het kader daarvan een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van zijn schulden heeft gesloten.

3. Onderdeel van de melding vormt een verklaring van de zorgverzekeraar, inhoudende dat hij artikel 18b en het tweede lid in acht heeft genomen.”

8.11. Uit de memorie van toelichting op het Wetsvoorstel Structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering (TK 2008-2009, 31736, nr. 3, pag. 28) kan worden afgeleid dat de premieachterstand als bedoeld in de artikelen 18a, 18b en 18c Zvw, ziet op de premieachterstand per zorgverzekering en niet per polis (waarop meerdere zorgverzekeringen c.q. verzekerden vermeld kunnen staan). Verder is voor toepassing van de regeling als opgenomen in de artikelen 18a, 18b en 18c Zvw uitsluitend de *premie voor de zorgverzekering* van belang.

8.12. In de memorie van toelichting op het Wetsvoorstel Structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering (TK 2008-2009, 31736, nr. 3, pag. 35-36) wordt in dit verband opgemerkt:

“Heeft een verzekeringnemer of verzekerde reeds naar aanleiding van het aanbod, bedoeld in artikel 18a Zvw, het bestaan van de premieschuld of de (toenmalige) hoogte ervan betwist, dan geldt dat, tenzij er inmiddels een voor hem negatief uitvallende herbeoordeling heeft plaatsgevonden, overigens tevens als betwisting van de vierdemaandswaarschuwing. Dat volgt uit de redactie van artikel 18b, eerste lid, dat zegt dat de verzekeringnemer of de verzekerde de verzekeraar uiterlijk vier weken na ontvangst van de vierdemaandsmelding moet laten weten dat hij het bestaan of de hoogte van de schuld betwist. Die formulering laat de mogelijkheid open, dat dergelijke betwisting reeds voor ontvangst van de vierdemaandsmelding (bijvoorbeeld naar aanleiding van het tweedemaandsaanbod) heeft plaatsgevonden. Aldus wordt voorkomen dat een verzekeringnemer of verzekerde die zijn zorgverzekeraar al direct na het tweedemaandsaanbod heeft laten weten dat er volgens hem helemaal geen premieachterstand is en die daarop nog geen reactie heeft ontvangen, dat nog eens moet doen naar aanleiding van de vierdemaandsmelding.

8.13. Artikel 24 Zvw luidt:

“1. De rechten en plichten uit de zorgverzekering zijn van rechtswege opgeschort gedurende de periode waarover Onze Minister van Justitie in het kader van de uitvoering van een rechterlijke uitspraak verantwoordelijk is voor de verstrekking van geneeskundige zorg aan een verzekerde.

2. De verzekeringnemer of de verzekerde meldt de zorgverzekeraar de dag waarop de periode, bedoeld in het eerste lid, aanvangt en eindigt.”

8.14. Artikel 3:37 BW luidt:

- “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.*
- 2. Indien bepaald is dat een verklaring schriftelijk moet worden gedaan, kan zij, voor zover uit de strekking van die bepaling niet anders volgt, ook bij exploit geschieden.*
- 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.*
- 4. Wanneer een door de afzender daartoe aangewezen persoon of middel een tot een ander gerichte verklaring onjuist heeft overgebracht, geldt het ter kennis van de ontvanger gekomene als de verklaring van de afzender, tenzij de gevolgde wijze van overbrenging door de ontvanger was bepaald.*
- 5. Intrekking van een tot een bepaalde persoon gerichte verklaring moet, om haar werking te hebben, die persoon eerder dan of gelijktijdig met de ingetrokken verklaring bereiken.”*

9. Beoordeling van het geschil

Inschrijving

- 9.1. Verzoeker diende als verzekeringsplichtige met ingang van 1 januari 2006 een zorgverzekering af te sluiten. De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoeker op 7 en 14 december 2006 aanvragen voor een zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering heeft ingediend. Verzoeker bestrijdt dit met de stelling dat niet hij degene is geweest die de aanvraagformulieren heeft ingevuld en ingediend, zodat geen verzekeringsovereenkomsten tot stand zijn gekomen. Derhalve dient te worden beoordeeld of in december 2006 door verzoeker een zorgverzekering en een aanvullende ziektekostenverzekering zijn afgesloten bij de ziektekostenverzekeraar.
- 9.2. Door de ziektekostenverzekeraar zijn twee aanvraagformulieren voor een zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering overgelegd. De handtekening op beide formulieren komt overeen met de handtekening zoals die op andere stukken in het dossier aanwezig is, onder meer de toestemmingsverklaring voor de procedure bij de commissie. De overige gegevens op de formulieren zijn eveneens niet afwijkend. Bovendien had uitsluitend verzoeker belang bij het aangaan van de verzekeringsovereenkomst, was hij destijds niet elders tegen ziektekosten verzekerd, en heeft hij zorgkosten gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Daarom is aannemelijk dat verzoeker degene is geweest die de aanvraagformulieren in december 2006 heeft ingevuld en bij de ziektekostenverzekeraar ingediend.
- 9.3. Aangezien aldus is komen vast te staan dat verzoeker in december 2006 een aanvraag heeft ingediend voor een zorgverzekering en een aanvullende ziektekostenverzekering bij de ziektekostenverzekeraar, en de ziektekostenverzekeraar deze eerst op 13 december 2006 heeft ontvangen, oordeelt de commissie dat tussen partijen beide verzekeringsovereenkomsten tot stand zijn gekomen. Ingevolge artikel A.4. van de zorgverzekering (2011-2012) geldt als ingangsdatum van de zorgverzekering de dag waarop het verzoek is ontvangen, hetgeen in het onderhavig geval 13 december 2006 is.

Vervolgens rijst de vraag of de verzekeringsovereenkomst binnen de “afkoelingsperiode” rechtsgeldig is opgezegd. Verzoeker heeft dit weliswaar gesteld, maar niet aan-nemelijk gemaakt. Op grond van artikel 3:37 lid 3 BW moet een tot een bepaalde per-son gericht verzoek, om haar werking te hebben, die persoon hebben bereikt. Op het verweer van de ziektekostenverzekeraar dat de door verzoeker aangehaalde brief van 16 december 2006 hem niet heeft bereikt, heeft verzoeker geen feiten of om-standigheden aangevoerd waaruit de ontvangst van deze brief kan worden afgeleid, nog daargelaten dat verzoeker op de stelling dat deze brief gelet op de spelfouten niet van de ziektekostenverzekeraar afkomstig kan zijn niet meer heeft gereageerd.

Betalingsachterstand

- 9.4. Ingevolge de artikelen 4 (2006), 7 (2007-2010) en A.8. (2011-2012) van de zorgverzekering en artikel 6 (2006), 4 (2007-2008), 5 (2009-2010), A.8. (2011-2012) van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is verzoeker vanaf voornoemde datum premie verschuldigd. Uit een door de ziektekostenverzeke-raar overgelegd overzicht van 13 november 2012 blijkt dat verzoeker over de periode van 13 december 2006 tot en met 30 november 2012 € 7.758,62 is verschuldigd ter zake van premie en € 245,10 ter zake van het eigen risico 2011 en 2012. Verzoeker heeft in de genoemde periode geen betalingen verricht. Derhalve is naar de stand van 13 november 2012 sprake van een betalingsachterstand van € 8.003,72, exclu-sief incassokosten. De premieachterstand bedraagt meer dan zes maanden. Gedurende de beide tijdvakken dat sprake was van detentie, te weten van 23 maart 2007 tot en met 14 september 2007, en van 16 juni 2008 tot en met 29 september 2008, was verzoeker – op grond van het bepaalde in artikel 4.2.7 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering (2007-2008) geen premie verschuldigd. Anders dan verzoeker meent, is door de ziektekostenverzekeraar, bij de bepaling van de hoogte van de betalingsachterstand, met deze omstandigheid rekening gehouden. Gelet op artikel 24 Zvw lag het op de weg van verzoeker bij de ziektekostenverzeke-raar mededeling te doen van het begin en het einde van de detentieperioden.
- 9.5. Nu de commissie onder 9.4 tot de conclusie is gekomen dat sprake is van een beta-lingsachterstand en deze vrijwel direct na de totstandkoming van de verzekerings-overeenkomst is ontstaan, stond het de ziektekostenverzekeraar ingevolge artikel A.9. van de zorgverzekering (2006-2012) vrij een vordering over te dragen aan een incassogemachtigde en rente en incassokosten bij verzoeker in rekening te brengen.

Aanmelding CVZ

- 9.6. Artikel 18c lid 1 Zvw regelt dat indien sprake is van premieachterstand voor de zorg-verzekering van zes maandpremies of meer melding bij het CVZ plaatsvindt. Onder 9.4 is de commissie tot de conclusie gekomen dat verzoeker bij de ziektekostenver-zekeraar een premieachterstand voor de zorgverzekering heeft van zes maandpre-mies of meer.
- Artikel 18c lid 2 Zvw regelt dat de melding aan het CVZ onder meer niet geschiedt zo-lang de ziektekostenverzekeraar nog geen beslissing heeft genomen op de tijdige be-twisting van de vierdemaandswaarschuwing
- Ten tijde van de verzending van het tweedemaandsaanbod had verzoeker zich reeds tot de Ombudsman Zorgverzekeringen gewend.
- De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker op 12 april 2012 de vierdemaandswaar-schuwing gezonden. Ten tijde van het versturen van deze brief was de bemiddeling

door de Ombudsman Zorgverzekeringen geëindigd. Echter, verzoeker is nadien in contact gebleven met zowel de Ombudsman Zorgverzekeringen als de ziektekostenverzekeraar. Onder meer bij brief van 14 april 2012 heeft hij het bestaan van de schuld betwist (hierna: de betwisting).

Gesteld noch gebleken is dat de ziektekostenverzekeraar de betwisting niet heeft ontvangen binnen vier weken nadat verzoeker de vierdemaandswaarschuwing had ontvangen. Bovendien blijkt uit de overgelegde stukken niet dat de ziektekostenverzekeraar op deze betwisting heeft gereageerd.

Voorgaande leidt tot de conclusie dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker in de onderhavige situatie (nog) niet aan het CVZ kon melden. Desondanks heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker op 15 juni 2012 bij het CVZ gemeld.

De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 13 november 2012 verklaard dat verzoeker met terugwerkende kracht tot 1 juli 2012 is afgemeld bij het CVZ. De commissie stelt derhalve vast dat partijen ter zake van dit geschilpunt overeenstemming hebben bereikt.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat partijen overeenstemming hebben bereikt met betrekking tot de aanmelding bij het CVZ, en het verzoek voor het overige dient te worden afgewezen.
- 9.8. Aangezien de ziektekostenverzekeraar lopende de procedure bij de commissie is overgegaan tot afmelding bij het CVZ, acht de commissie termen aanwezig dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker vergoedt.
10. Het bindend advies
 - 10.1. De commissie wijst het verzoek af, en stelt vast dat partijen overeenstemming hebben bereikt wat betreft de afmelding met terugwerkende kracht bij het CVZ.
 - 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 19 december 2012,

Voorzitter