



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Premie, premieachterstand, hoogte betalingsachterstand, specificatie zorgkosten, schadevergoeding
Zaaknummer : 201700476
Zittingsdatum : 20 december 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015-2017, artt. 8a, 16 en 19 Zvw, 2.17 Bzv, 6:43 BW)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Verzoeker was ten tijde van het onderhavige geschil bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Goede Keuze (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Tevens had verzoeker bij de zorgverzekeraar ten behoeve van meerdere gezinsleden een zorgverzekering afgesloten. Genoemde zorgverzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Medio 2016 heeft de zorgverzekeraar verzoeker geïnformeerd dat sprake is van een betalingsachterstand met betrekking tot de premie voor de zorgverzekering en door de zorgverzekeraar vergoede - en vanwege het eigen risico bij verzoeker in rekening gebrachte - zorgkosten van hemzelf, alsmede van de door hem verzekerde personen.
- 3.2. Verzoeker heeft de achterstand, voor zover deze betrekking heeft op de premie voor de zorgverzekering, betwist en ter onderbouwing betaalbewijzen overgelegd. Voorts heeft hij de zorgverzekeraar verzocht om een gespecificeerd overzicht van de openstaande vordering ter zake van de zorgkosten en de verrekening van deze kosten met het eigen risico 2016.
- 3.3. De zorgverzekeraar heeft verzoeker vervolgens een financieel overzicht, d.d. 13 september 2016 gestuurd, volgens welk overzicht een totaalbedrag van € 754,36 zou openstaan. Verzoeker heeft de hoogte van de openstaande vordering betwist en gesteld dat - gelet op het inmiddels door hem via 'Mijn VGZ' geraadpleegde overzicht - met betrekking tot het eigen risico 2016 een bedrag van slechts € 230,51 open staat. Hij heeft de zorgverzekeraar nogmaals verzocht om een gedetailleerd overzicht van de zorgkosten per door hem verzekerd gezinslid.
- 3.4. De zorgverzekeraar heeft de vordering in november 2016 overgedragen aan zijn incassogemachtigde. Verzoeker heeft de vordering bij de incassogemachtigde wederom betwist en daartoe betaalbewijzen overgelegd. Voorts heeft verzoeker een verzoek tot beëindiging van de zorgverzekering van hem en de door hem verzekerde gezinsleden met ingang van 1 januari 2017 gedaan. De zorgverzekeraar heeft het verzoek om beëindiging afgewezen vanwege het bestaan van een betalingsachterstand.
- 3.5. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar bij brief van 2 januari 2017 in gebreke gesteld en medegedeeld dat hij bereid is € 269,95, welk bedrag hij volgens het overzicht op 'Mijn VGZ' naar de stand van die

datum verschuldigd is, te betalen. Voorts heeft verzoeker medegedeeld geen premie voor 2017 te voldoen, omdat hij meent met ingang van 1 januari 2017 niet langer bij de zorgverzekeraar te zijn verzekerd. Bij e-mailbericht van 18 januari 2017 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker bericht de zorgverzekering van hem en zijn gezinsleden niet per laatstgenoemde datum te zullen beëindigen. Tevens is verzoeker een nieuw financieel overzicht, alsmede een overzicht van alle op dat moment openstaande zorgkosten gestuurd, en is hem medegedeeld dat de vordering naar de stand van die datum € 803,02 bedraagt.

3.6. Verzoeker heeft de incassogemachtigde bij brief van 23 januari 2017 een berekening gezonden van het bedrag van € 269,95 dat hij aan de zorgverzekeraar meent verschuldigd te zijn, en medegedeeld dit bedrag op 3 januari 2017 te hebben overgemaakt. Voorts heeft hij de zorgverzekeraar nogmaals verzocht de zorgverzekering van hem en zijn gezinsleden met terugwerkende kracht tot 1 januari 2017 te beëindigen.

3.7. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de zorgverzekeraar diverse correcties op de door hem verwerkte, van verzoeker ontvangen betalingen heeft aangebracht, het dossier bij de incassogemachtigde heeft gesloten, en de vordering aldaar heeft teruggehaald. De zorgverzekeraar heeft verder meegedeeld dat de vordering naar de stand van 11 juli 2017 € 2.341,66 bedraagt. Voorts is de zorgverzekering van verzoeker en zijn gezinsleden op 10 augustus 2017 met terugwerkende kracht tot 12 juni 2017 beëindigd.

3.8. Bij e-mailbericht van 27 juli 2017 heeft verzoeker zich tot de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gewend. Bij brief van 14 september 2017 heeft verzoeker de commissie verzocht, althans naar de commissie begrijpt, te bepalen dat (i) geen sprake is van een betalingsachterstand, (ii) de zorgverzekeraar gehouden is de door hem afgewikkelde zorgkostennota's nader te specificeren, (iii) de zorgverzekeraar aan hem een schadevergoeding dient te betalen en (iv) opzegging tegen 1 januari 2017 te accepteren (hierna: het verzoek).

3.9. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar 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.

3.10. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 16 november 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 21 november 2017 aan verzoeker gezonden.

3.11. Verzoeker heeft op 26 november 2017 gereageerd op het onder 3.10 bedoelde standpunt van de zorgverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

3.12. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 26 november 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 18 december 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.

3.13. Verzoeker is op 20 december 2017 in persoon gehoord. De zorgverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. Verzoeker is medio 2016 door de zorgverzekeraar geconfronteerd met een vermeende betalingsachterstand. Vanwege het ontbreken van een sms-functie was het voor verzoeker op dat moment niet mogelijk met zijn DigiD in te loggen in de digitale omgeving 'Mijn VGZ', zodat hij geen inzicht had in zijn gegevens. Verzoeker is van mening dat nimmer sprake is geweest van een betalingsachterstand ter zake van de premie. Hij heeft namelijk in 2015 met een medewerker van de zorgverzekeraar afgesproken dat hij iedere 26e van de maand handmatig de premie voor die betreffende maand zou overmaken, onder vermelding van zijn klantnummer. Dit heeft hij op deze

wijze iedere maand gedaan. Ter onderbouwing verwijst verzoeker naar de door hem overgelegde betaalbewijzen. Dat in 2016 geen premieachterstand heeft bestaan, wordt bevestigd door de zorgverzekeraar in zijn brief van 2 juni 2017 aan de Ombudsman Zorgverzekeringen.

4.2. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar diverse keren verzocht om een gedetailleerd overzicht van de gedeclareerde en nog openstaande zorgkosten per verzekerd gezinslid, zodat hij dit kan gebruiken bij de belastingaangifte. Nadat verzoeker medio september 2016 kon inloggen in 'Mijn VGZ', bleek dat de hoogte van de kosten op het overzicht via 'Mijn VGZ' niet overeenstemde met het overzicht dat hij van de zorgverzekeraar had ontvangen. Op dit laatste overzicht stond bovendien, naast de openstaande zorgkosten, een premieachterstand vermeld. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar, en nadien de - ten onrechte door deze ingeschakelde - incassogemachtigde, hierover geïnformeerd. Lange tijd heeft hij echter geen reactie van de zorgverzekeraar mogen ontvangen. Op zijn verzoek om het verschil tussen de van elkaar afwijkende bedragen te verklaren, is tot op heden niet ingegaan door de zorgverzekeraar. Er zijn door hem enkel nieuwe, niet juiste overzichten verstrekt. Verzoeker is van mening dat hij ter zake van ieder gedeclareerd bedrag dat wordt verrekend met het eigen risico, een gespecificeerde nota van de zorgverzekeraar dient te ontvangen.

4.3. Vanwege deze kwestie heeft verzoeker de zorgverzekering van hem en zijn gezinsleden met ingang van 1 januari 2017 opgezegd. De zorgverzekeraar heeft de opzegging in eerste instantie ten onrechte geweigerd. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar bij brief van 2 januari 2017 in gebreke gesteld en medegedeeld niet meer dan € 269,95 - zijnde het bedrag dat op genoemde datum blijkt 'Mijn VGZ' open stond - te zullen betalen. Volgens verzoeker dient het overzicht dat hij via 'Mijn VGZ' kan in dezen raadplegen in dezen leidend te zijn. Hij heeft op 3 januari 2017 € 269,95 betaald en nadien zijn geen zorgkosten meer gemaakt, zodat geen sprake meer kan zijn van een openstaande vordering. Ter onderbouwing van zijn standpunt heeft verzoeker meerdere berekeningen opgesteld en deze overgelegd. Nadat de zorgverzekeraar de zorgverzekering van verzoeker en zijn gezinsleden met terugwerkende kracht tot 12 juni 2017 had beëindigd, heeft hij - in afwachting van een eindafrekening voor de maand juni 2017 - op 7 augustus 2017 de verschuldigde premie van januari 2017 tot en met mei 2017 overgemaakt. De zorgverzekeraar blijft echter ten onrechte niet juiste facturen sturen. Verwezen wordt naar de brief van 13 september 2017 van de zorgverzekeraar.

4.4. Verzoeker is verder van mening dat hij, vanwege de stress en spanningen die onderhavige kwestie hem en zijn gezinsleden hebben opgeleverd, aanspraak heeft op een schadevergoeding. Voorts merkt hij op dat indien de administratie van de zorgverzekeraar wél blijkt te kloppen dit nadelige financiële gevolgen voor hem kan hebben, gezien de reeds gedane belastingaangiften.

4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. In artikel 3 van de zorgverzekering zijn de verschuldigdheid en de wijze van betaling van de premie geregeld. Verzoeker is verzekerd onder de collectiviteit van UnitedConsumers. Bij deze collectiviteit is automatische incasso van de premie verplicht.

Verzoeker maakt de premie evenwel handmatig over, enkel onder vermelding van het klantnummer. Hierdoor worden de betalingen geboekt op de oudste, openstaande vorderingen. Dit beleid hanteert de zorgverzekeraar al jaren en hierin zijn geen wijzigingen aangebracht. Op het moment dat een verzekerde een automatische incasso storneert, kan dit problemen geven bij het verwerken van betalingen. Verzoeker heeft enkele betalingen gedaan, terwijl de automatische incasso nog niet was gestorneerd. Hierdoor zijn deze betalingen geboekt op andere vorderingen.

Met verzoeker is op 21 oktober 2015, voor een bedrag van € 344,11 - welk bedrag ziet op zorgkosten die bij hem in rekening zijn gebracht - een betalingsregeling van zes termijnen afgesproken, te voldoen per automatische incasso. De keren dat verzoeker betalingen met de omschrijving "betalingsregeling" heeft gedaan, zijn allemaal geboekt op een termijn van deze betalingsregeling, met uitzondering van de betaling op 27 november 2015. Aangezien de

automatische incasso op dat moment nog niet was gestorneerd, is deze betaling verrekend met de premie voor november 2015. De betreffende betalingsregeling is op 27 juni 2016 beëindigd.

- 5.2. Omdat verzoeker niet (tijdig) aan al zijn betalingsverplichtingen voldeed, is in november 2016 de op dat moment bestaande vordering aan de incassogemachtigde overgedragen. Verzoeker heeft geen betalingen aan de incassogemachtigde gedaan. Lopende de procedure bij de Ombudsman Zorgverzekeringen is het dossier bij de incassogemachtigde gesloten en is de vordering teruggehaald. Voorts heeft de zorgverzekeraar diverse correcties uitgevoerd. Op 5 januari 2017 is een bedrag van € 269,95 van verzoeker ontvangen. Hierbij was geen kenmerk vermeld. Een deel van het bedrag is verrekend met de premie voor december 2016. Het restant is in mindering gebracht op de premie voor januari 2017. De zorgverzekeraar concludeert dat verzoeker na de correcties met betrekking tot het jaar 2016 geen premieachterstand meer heeft.
- 5.3. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar verzocht de zorgverzekering van hem en zijn gezinsleden met ingang van 1 januari 2017 te beëindigen. Vanwege de op dat moment bestaande achterstand is dit verzoek in eerste instantie geweigerd. De zorgverzekeraar heeft de zorgverzekering van verzoeker en zijn gezinsleden uiteindelijk, na ontvangst van een bewijs van inschrijving van de nieuwe verzekeraar, met terugwerkende kracht per 12 juni 2017 beëindigd. Verzoeker is daarom de premie van januari 2017 tot en met 12 juni 2017 verschuldigd. Hiervan staan voor de maanden mei 2017 en juni 2017 nog bedragen open van € 29,90 respectievelijk € 76,96.
- 5.4. In de digitale 'Mijn VGZ'-omgeving kan de verzekerde snel en eenvoudig online de zorgzaken regelen. Zo kan de verzekerde zijn gegevens en verzekering bekijken en aanpassen, online declareren, de zorgkosten en het eigen risico inzien, en de post en facturen bekijken. Verzoeker heeft door hem gedownload overzichten van zijn persoonlijke 'Mijn VGZ' omgeving overgelegd en is op grond daarvan van mening dat de gegevens niet overeenstemmen met de overzichten die de zorgverzekeraar heeft aangeleverd. Volgens verzoeker klopt de hoogte van het bedrag dat ter zake van het eigen risico 2016 bij hem in rekening is gebracht niet. Zorgkosten die onder het eigen risico of de eigen bijdrage vallen worden met afzonderlijke zorgkostenfacturen bij de verzekerden in rekening gebracht. Ter onderbouwing verwijst de zorgverzekeraar naar de aan verzoeker gestuurde zorgkostenfacturen. Het is de zorgverzekeraar niet duidelijk waarom verzoeker in 'Mijn VGZ' geen volledig overzicht heeft gekregen van de zorgkosten die onder het eigen risico vallen. Omdat de zorgverzekeraar niet over de inloggegevens van verzoeker beschikt, is dit voor hem ook niet te achterhalen. Dit betekent echter niet dat verzoeker het eigen risico niet is verschuldigd. De zorgverzekeraar merkt op dat verzoeker ook het eigen risico 2015 niet volledig heeft voldaan, en dat ter zake nog een bedrag van € 211,59 open staat. Voor de volledigheid is in de procedure een overzicht van de door verzoeker en zijn gezinsleden over de periode van 1 januari 2015 tot en met 1 juli 2017 genoten zorg overgelegd. Uit dit overzicht valt tevens op te maken dat de zorgverzekeraar ook ná 1 januari 2017 van zorgaanbieders nog nota's heeft ontvangen.
- 5.5. De zorgverzekeraar merkt verder op dat de hoogte van de betalingsachterstand naar de stand van 15 november 2017 € 949,32 bedraagt en verwijst ter onderbouwing hiervan naar een financieel overzicht van genoemde datum. Hij is bereid voor genoemd bedrag met verzoeker een betalingsregeling af te spreken. Voorts biedt de zorgverzekeraar verzoeker en zijn echtgenote zijn excuses aan voor de gehele gang van zaken.
- 5.6. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het onderhavige verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil zijn (i) de hoogte van de betalingsachterstand, (ii) de specificatie van de afgewikkelde zorgkostennota's, (iii) de beëindiging van de verzekering met terugwerkende kracht tot 1 januari 2017 en (iv) de door verzoeker gevorderde schadevergoeding.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. Ingevolge artikel 3.4 van de zorgverzekering is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.

8.3. Artikel 3.6 van de zorgverzekering regelt de gevolgen van niet-tijdige betaling en luidt, voor zover hier van belang:

"3.6. Niet-tijdig betalen

3.6.1. Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen niet op tijd betaalt, sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, kunnen wij de dekking van deze zorgverzekering schorsen. (...)

3.6.2. Wij kunnen incassokosten en wettelijke rente bij u in rekening brengen in geval van niet--tijdig betalen.

3.6.3. (...)

3.6.4. Wij hebben het recht om achterstallige premie, kosten en wettelijke rente te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere bedragen die u van ons moet ontvangen. (...)"

8.4. Artikel 6.3 van de zorgverzekering regelt de mogelijkheid tot opzegging en luidt, voor zover hier van belang:

"6.3 Wanneer kunt u uw verzekering opzeggen?

(...)

6.3.4. Wanneer kunt u niet opzeggen?

Als wij u een aanmaning hebben gestuurd voor een betalingsachterstand in de premie, kunt u uw zorgverzekering niet opzeggen gedurende de tijd dat de verschuldigde premie, rente en incassokosten niet zijn voldaan. U kunt de zorgverzekering wel opzeggen als wij de dekking hebben geschorst of binnen 2 weken uw opzegging bevestigen."

8.5. In artikel 7 van de zorgverzekering (2015 en 2016) is bepaald dat elke verzekerde van achttien jaar en ouder een verplicht eigen risico per kalenderjaar is verschuldigd.

8.6. Artikel 8a Zvw bepaalt dat nadat de zorgverzekeraar de verzekeringnemer heeft aangemaand tot betaling van één of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie, de verzekeringnemer gedurende de tijd dat de verschuldigde premie, rente en incassokosten niet zijn voldaan, de zorgverzekering niet kan opzeggen, tenzij de zorgverzekeraar de zorgverzekering of de dekking daarvan heeft geschorst of opgeschort.

Artikel 16 Zvw bepaalt dat de verzekeringnemer krachtens de zorgverzekering premie is verschuldigd.

Het verplicht eigen risico is geregeld in artikel 19 Zvw en verder uitgewerkt in artikel 2.17 Bzv.

8.7. De toerekening van betalingen is geregeld in artikel 6:43 BW. Genoemd artikel luidt als volgt:

“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. De commissie stelt vast dat de beëindiging van de zorgverzekering niet langer in geschil is. In geding zijn thans derhalve nog (i) de hoogte van de betalingsachterstand, (ii) de specificatie van de afgewikkelde zorgkostennota's en (iii) de door verzoeker gevorderde schadevergoeding. Hiertoe overweegt de commissie als volgt.

Hoogte betalingsachterstand

9.2. Vast staat dat verzoeker en zijn gezinsleden tot 12 juni 2017 bij de zorgverzekeraar waren verzekerd onder de collectiviteit van UnitedConsumers. Een voorwaarde voor deelname aan deze collectiviteit is dat voor het voldoen van de verschuldigde bedragen een machtiging tot automatische incasso wordt afgegeven. Uit de overgelegde stukken blijkt dat verzoeker weliswaar een dergelijke machtiging heeft verstrekt, maar dat de verschuldigde bedragen niet altijd door de zorgverzekeraar konden worden geïncasseerd waardoor een betalingsachterstand is ontstaan. De zorgverzekeraar heeft in dit verband een betalingsoverzicht overgelegd – naar de stand van 15 november 2017 – waaruit blijkt dat over de periode van 1 januari 2015 tot 12 juni 2017 nog een bedrag openstaat van € 949,32, exclusief incassokosten en rente.

9.3. Verzoeker heeft, in reactie hierop, gesteld dat hij op 2 januari 2017 uit een overzicht via 'Mijn VGZ' heeft opgemaakt dat de betalingsachterstand op dat moment € 269,95 zou bedragen. Uitgaande van dit bedrag - dat door verzoeker op 3 januari 2017 is betaald - in combinatie met het feit dat de ná 3 januari 2017 verschuldigde bedragen steeds volledig zijn voldaan, kan volgens verzoeker geen sprake (meer) zijn van betalingsachterstand. De commissie is evenwel van oordeel dat verzoeker zijn stelling niet voldoende heeft onderbouwd. Zo heeft hij bijvoorbeeld geen schermprint overgelegd van 'Mijn VGZ' waaruit blijkt dat de betalingsachterstand op 3 januari 2017 inderdaad € 269,95 bedroeg. Bovendien is door de zorgverzekeraar gemotiveerd gesteld dat hij na 1 januari 2017 van zorgaanbieders nog nota's heeft ontvangen die zien op de verzekerde periode tot 12 juni 2017 en dat hij deze nota's heeft vergoed. Gelet op de in Nederland door zorgaanbieders gehanteerde wijze van declareren (DBC-systematiek) acht de commissie de stelling van de zorgverzekeraar aannemelijk. Gezien het voorgaande is de commissie van oordeel dat de stelling van verzoeker, dat de betalingsachterstand op 3 januari 2017 € 269,95 bedroeg en dat de achterstand met de betaling van genoemd bedrag volledig is ingelopen, dient te worden gepasseerd.

9.4. Verzoeker heeft niet aannemelijk gemaakt dat de verschuldigde bedragen over genoemd tijdvak wél steeds tijdig en volledig zijn betaald. Dat meer of andere betalingen zijn gedaan, is in de procedure niet gebleken. Gezien het voorgaande is de commissie van oordeel dat het door de zorgverzekeraar overgelegde overzicht van 15 november 2017 als juist heeft te gelden en dat de betalingsachterstand met betrekking tot de periode van 1 januari 2015 tot 12 juni 2017 naar de stand van 15 november 2017 € 949,32, exclusief rente en incassokosten, bedraagt. Hetgeen verzoeker ter verklaring van de ontstane vordering heeft aangevoerd, maakt het voorgaande niet anders.

Specificatie zorgkostennota's

- 9.5. Verzoeker heeft voorts aangevoerd dat de zorgverzekeraar, ondanks herhaalde verzoeken daartoe, de door hem afgewikkelde zorgkostennota's niet nader heeft gespecificeerd. De commissie deelt deze mening niet. De zorgverzekeraar heeft immers bij brief van 11 juli 2017 aan verzoeker een overzicht gezonden van de afgewikkelde zorgkostennota's in de periode van 1 januari 2015 tot en met 1 juli 2017. Op dit overzicht staat vermeld door wie de kosten zijn gedeclareerd, op welke datum de kosten zijn gemaakt, en het door de zorgverlener gedeclareerde bedrag. Niet valt in te zien waarom deze informatie niet toereikend zou zijn. Indien verzoeker nadere vragen heeft met betrekking tot één of meer declaraties, kan hij of zijn gezinslid de betrokken zorgaanbieder, met wie hij of het betreffende gezinslid een behandelovereenkomst is aangegaan, daarover benaderen. Gelet op het voorgaande is de commissie van oordeel dat de zorgverzekeraar, binnen de kaders van de Wet bescherming persoonsgegevens, de afgewikkelde zorgkostennota's voldoende heeft gespecificeerd.

Schadevergoeding

- 9.6. Verzoeker stelt dat hij vanwege de onderhavige kwestie aanspraak heeft op een schadevergoeding. Dat sprake is van materiële schade is door verzoeker niet aangevoerd zodat het kennelijk een vergoeding voor immateriële schade betreft. De commissie is tot toewijzing van immateriële schade, noch daargelaten of hiervoor een grond bestaat, gelet op het bepaalde in het reglement niet bevoegd, zodat ook dit deel van het verzoek niet kan worden toegewezen.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 januari 2018,

J.A.M. Strens-Meulemeester