

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B vertegenwoordigd door G te H tegen C te D en E te F  
Zaak : Premie, betalingsachterstand, eigen risico, beëindiging aanvullende ziektekostenverzekering  
Zaaknummer : 2010.01891  
Zittingsdatum : 27 juli 2011

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2009-2010, art. 6:43 BW, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009-2010)

---

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door G te H  
tegen

1) C te D en

2) E te F

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Basispolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Comfortpolis en Tand Compact 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 8 mei 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat bij hem € 155,- in rekening wordt gebracht, in verband met het eigen risico 2009.

3.2. Met ingang van 1 november 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker beëindigd vanwege een betalingsachterstand.

3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van de onder 3.1 en 3.2 genoemde beslissingen gevraagd. Bij brieven van 11 oktober 2010 en 3 november 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissingen te handhaven.

3.4. Bij brief van 7 september 2010 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte € 155,- bij hem in rekening heeft gebracht, en dat de aanvullende ziektekostenverzekering ten onrechte is beëindigd (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 13 april 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 april 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 3 mei 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 23 mei 2011 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoeker is op 27 juli 2011 in persoon gehoord.

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

- 4.1. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte € 155,-- bij hem in rekening heeft gebracht. De wijze van berekenen is namelijk onjuist en de vordering is onvoldoende onderbouwd. Om deze redenen heeft hij genoemd bedrag niet betaald. De premiebetalingen heeft hij echter wel uitgevoerd. De ziektekostenverzekeraar heeft deze betalingen echter gebruikt om de vordering ter hoogte van € 155,-- af te boeken. Hierdoor is een achterstand in de premiebetaling ontstaan en is de aanvullende ziektekostenverzekering beëindigd. Verzoeker stelt dat hij de premiebetalingen uitvoert met een betalingskenmerk, waardoor de verrekening van de vordering ter zake van het eigen risico door de ziektekostenverzekeraar onjuist is. Voorts stelt verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering ten onrechte heeft beëindigd met ingang van 1 november 2009.
- 4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat premiebetalingen ten onrechte voor het eigen risico zijn gebruikt. Daardoor is een achterstand ontstaan. Hij heeft bij herhaling gevraagd om een toelichting op de betreffende kosten, aangezien hij vermoedde dat deze onterecht werden berekend. Dit bleek het geval. Intussen waren andere kosten gemaakt, zodat het eigen risico 'vol' was. Verzoeker stelt dat de verrekening niet was toegestaan, omdat de vordering uit hoofde van het eigen risico werd betwist. Voorts stelt verzoeker dat bij betalingen steeds een kenmerk is vermeld, namelijk cijferreeksen. Tot slot stelt verzoeker dat hij op enig moment nog enkel de rekeningen kreeg voor de zorgverzekering. Aangezien hij het niet eens was met de beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering, en hij vreesde van nalatigheid te worden beschuldigd, heeft hij vanaf 4 september ook de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering betaald.
- 4.3. 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 terecht € 155,-- bij verzoeker in rekening wordt gebracht. Dit betreft het eigen risico 2009. De kosten die ten grondslag liggen aan dit eigen risico zijn gespecificeerd in een overzicht, hetwelk naar verzoeker is verstuurd. Verzoeker heeft dit bedrag niet betaald. Er zijn wel betalingen uitgevoerd, echter zonder correct betalingskenmerk, zodat deze niet als premiebetalingen zijn geboekt. Conform artikel 6:43 BW zijn deze betalingen geboekt op de openstaande vordering die het eigen risico betreft. Door de toerekening van de betalingen is een premieach-

terstand ontstaan. Gezien deze achterstand is volgens de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering terecht beëindigd met ingang van 1 november 2009.

- 5.2. 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.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil zijn de door de ziektekostenverzekeraar in rekening gebrachte kosten vanwege het eigen risico 2009, groot € 155,--, de door de ziektekostenverzekeraar genoemde premieachterstand, en de beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Ingevolge artikel 14 (2009-2010) van de 'Algemene Voorwaarden' van de zorgverzekering is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.

- 8.2. Artikel 12 van de 'Algemene Voorwaarden' van de zorgverzekering (2009) betreft het verplicht eigen risico, en luidt, voor zover hier van belang:

***"12 Verplicht eigen risico***

*1 Voor deze polis geldt overeenkomstig artikel 18a van de Zorgverzekeringswet een eigen risico van € 155,- per kalenderjaar voor de verzekerde van 18 jaar en ouder.*

*(...)*

*6 Een door de zorgverzekeraar voorgeschoten en door de verzekeringnemer verschuldigd eigen risicobedrag dient op het 1e schriftelijke verzoek aan de zorgverzekeraar te worden terugbetaald. Als de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan deze verplichting gelden de bepalingen van artikel 14 lid 4d tot en met h. Bij beëindiging van de polis zal de invordering van het verschuldigde bedrag onmiddellijk plaatsvinden (...)."*

- 8.3. De (wijze van) premiebetaling voor de aanvullende verzekering is geregeld in artikel 3 van de 'Algemene Voorwaarden' van de aanvullende ziektekostenverzekering (2009-2010). Hierbij is onder meer geregeld dat de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering bij vooruitbetaling is verschuldigd. Artikel 3 van de 'Algemene Voorwaarden' van de aanvullende ziektekostenverzekering luidt, voor zover hier van belang:

***"3 Premiebetaling en overige financiële verplichtingen***

*(...)*

*4 De zorgverzekeraar is gerechtigd de verzekering te beëindigen indien de verzekeringnemer tenminste 2 maanden nalatig is met het voldoen van de premie.*

*5 De zorgverzekeraar (...) is gerechtigd de verzekering te beëindigen bij een schuld ter hoogte van 2 maanden premieschuld. (...)"*

- 8.4. De toerekening van betalingen is geregeld in artikel 6:43 BW. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

***“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 ziektekostenverzekeraar heeft € 155,-- van verzoeker gevorderd. Dit betreft het verplicht eigen risico 2009 als bedoeld in artikel 12 van de ‘Algemene Voorwaarden’ van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker met brieven van 8 mei 2009 en 23 september 2009 geïnformeerd over de zorgkosten die ten laste komen van het eigen risico. Verzoeker heeft niet bestreden dat de betreffende kosten zijn gemaakt. Voorts is gesteld noch gebleken is dat het hier zorgkosten betreft die van het eigen risico zijn uitgezonderd. De commissie acht de vordering aldus voldoende onderbouwd.
- 9.2. Verzoeker heeft het verschuldigde eigen risico 2009 ter hoogte van € 155,-- niet betaald. De door hem uitgevoerde (premie)betalingen zijn door de ziektekostenverzekeraar geboekt op de oudste openstaande vordering. Verzoeker heeft ter zitting gesteld dat bij de betalingen kenmerken waren vermeld, waardoor deze als premiebetalingen hadden moeten worden aangemerkt. Bovendien blijkt uit de hoogte van de betaalde bedragen dat deze bedoeld waren als premiebetalingen. Een en ander is door de ziektekostenverzekeraar niet bestreden. Het komt de commissie onterecht voor dat de ziektekostenverzekeraar deze betalingen boekt op de oudste openstaande vordering. De commissie oordeelt dat de door de ziektekostenverzekeraar toegepaste toerekening van betalingen niet strookt met hetgeen is bepaald in artikel 6:43 BW.
- 9.3. Als gevolg van de toegepaste verrekening was er volgens de ziektekostenverzekeraar in 2009 sprake van een premieachterstand. Verzoeker heeft niet aannemelijk gemaakt dat meer of andere betalingen zijn gedaan dan die welke zijn vermeld in het overzicht van 31 mei 2010, hetgeen op zijn weg zou hebben gelegen. De betalingen die verzoeker heeft uitgevoerd dienden echter als betalingen voor de lopende premie te worden beschouwd. Gezien de onterecht vastgestelde premieachterstand van meer dan twee maanden, heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering, conform artikel 3 van de ‘Algemene Voorwaarden’ van de aanvullende ziektekostenverzekering, onterecht beëindigd met ingang van 1 november 2009.

**Conclusie**

- 9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen met betrekking tot het in rekening brengen van € 155,--, en dient te worden toegewezen met betrekking tot de beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering.

9.5. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe op de wijze als onder 9.4 omschreven.

10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 17 augustus 2011,

Voorzitter