

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door E te F tegen C te D
Zaak : Premieachterstand, foutieve terugstorting, melding CVZ
Zaaknummer : 2010.00179
Zittingsdatum : 19 mei 2010

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 2008 en 2009, paragraaf 3.3 Zvw, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008 en 2009, artt. 6:43, 6:44, en 7:925 BW, en artikel IX Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering)

1. Partijen

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

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de brief van de ziektekostenverzekeraar van 15 december 2009 waarin hem wordt meegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor één of meerdere personen van vier maanden en dat indien de betalingsachterstand is opgelopen tot zes maanden premie daarvan melding wordt gedaan aan het College voor zorgverzekeringen (CVZ).

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker en zijn echtgenote zijn tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering, variant natura (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering betreft een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker en zijn echtgenote bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Zorg compleet aanvullende verzekering afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle hiervoor genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Voor alle hiervoor genoemde verzekeringen is verzoeker de verzekeringnemer.
- 3.2. Partijen hebben – ook in het kader van een klachtenprocedure – in ieder geval vanaf 9 april 2008 bij herhaling met elkaar gecorrespondeerd over het bestaan van een betalingsachterstand. Een en ander heeft in de loop van de tijd niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Met brief van 15 december 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker meegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor één of meerdere personen van vier maanden en dat indien de betalingsachterstand is opgelopen tot zes maanden premie daarvan melding wordt gedaan aan het CVZ.
- 3.3. Bij aanmeldingsformulier van 14 januari 2010, ontvangen op 21 januari 2010, heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de in overweging 2 bedoelde brief in te trekken en alsnog een betalingsregeling te treffen voor de terugbetaling van het bedrag ad € 3.817,76 – althans dat deel dat nog niet is terugbetaald –

dat de ziektekostenverzekeraar per vergissing op de rekening van verzoeker heeft gestort (hierna: het verzoek).

- 3.4. Bij brief van 26 februari 2010 heeft verzoeker zijn verzoek uitgebreid, in die zin dat hij de commissie thans ook verzoekt te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar hem ten onrechte heeft gemeld bij het CVZ.
- 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 stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 22 maart 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 30 maart 2010 aan verzoeker gezonden. Daarbij is verzoeker door de commissie tevens verzocht een kopie te sturen van de brief die hij op 22 januari 2008 van de ziektekostenverzekeraar stelt te hebben ontvangen.
- 3.7. Verzoeker heeft op 8 april 2010 op de reactie van de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een afschrift van deze reactie is op 13 april 2010 ter kennisname aan de wederpartij gezonden. Van de geboden mogelijkheid een kopie te sturen van de brief van 22 januari 2008, zoals bedoeld onder 3.5, heeft verzoeker geen gebruik gemaakt.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen, waarop zowel de ziektekostenverzekeraar als verzoeker schriftelijk hebben meegedeeld niet gehoord te willen worden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de ziektekostenverzekeraar begin 2008 een bedrag van ongeveer € 3.800,- op zijn bankrekening heeft gestort. Aanvankelijk heeft de ziektekostenverzekeraar telefonisch - desgevraagd - gemeld dat de betaling juist was. Op 22 januari 2008 is daarvan ook een schriftelijke bevestiging ontvangen. Het gestorte bedrag is gebruikt voor de aflossing van enkele schulden.
- 4.2. Eind april 2008 kwam het bericht van de ziektekostenverzekeraar dat het bedrag ten onrechte op de bankrekening van verzoeker was gestort. Terugbetaling binnen de door de ziektekostenverzekeraar gestelde termijn was echter niet mogelijk, gezien de hoogte van de uitkering. De ziektekostenverzekeraar was niet bereid te komen tot nadere of andere betalingsafspraken. Sindsdien heeft de ziektekostenverzekeraar betalingen gebruikt voor de vermindering van het door hem ten onrechte betaalde bedrag in plaats van de verschuldigde premie. Verzoeker vindt het onterecht dat hij, ten gevolge van een fout van de ziektekostenverzekeraar, is gemeld bij het CVZ.
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat begin 2008 per vergissing een bedrag van € 3.817,76 aan verzoeker is betaald. Dat dit onjuist was had verzoeker kunnen opmaken uit de brief van de ziektekostenverzekeraar van 7 december 2007 waarin hem werd meegedeeld dat na controle was gebleken dat geen premie op de uitkering van de sociale dienst was ingehouden en dat hij daarvoor een acceptgiro kon verwachten. Tussen 15 maart 2006 en 5 juni 2008 zijn in het registratiesysteem geen telefonische contacten met verzoeker vastgelegd.
Verzoeker is, in het kader van de terugbetaling van eerder genoemd bedrag, een betalingsregeling voor twaalf maanden aangeboden, maar deze betalingsregeling kon verzoeker niet nakomen.
- 5.2. Door verzoeker worden betalingen gedaan onder zijn klantnummer. Wordt bij de betaling van de premie alleen het klantnummer vermeld, of een gedeelte van een kenmerk, dan neemt betrokkene het risico dat de betaling niet juist kan worden toegerekend. Naar de stand van 19 maart 2010 had verzoeker over de periode 1 juli 2008 tot en met 31 maart 2010 een betalingsachterstand van € 4.849,56. Inmiddels is verzoeker gemeld bij het CVZ.
- 5.3. De betalingsachterstand van de echtgenote van verzoeker, die na de splitsing van polis een eigen verzekering heeft, bedraagt over de periode 15 oktober 2009 tot en met 31 maart 2010 – eveneens naar de stand van 19 maart 2010 - € 337,03.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het onderhavige 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. De commissie stelt vast dat partijen niet met elkaar van mening verschillen over het bestaan van de hiervoor onder 1 omschreven verzekeringsrelatie, het verschuldigd zijn van de premie voor de afgesloten verzekeringen, de hoogte van de periodiek verschuldigde premie voor deze verzekeringen, de terugbetaling van het door de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker betaalde bedrag van € 3.817,76 en de door de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 22 maart 2010 genoemde hoogte van de betalingsachterstand.
In geschil is uitsluitend of de ziektekostenverzekeraar de betalingen van verzoeker juist heeft toegerekend, of de melding aan het CVZ onder de gegeven omstandigheden gerechtvaardigd is, en of de ziektekostenverzekeraar gehouden is alsnog een passende betalingsregeling te treffen voor de terugbetaling van – het restant van – het bedrag van € 3.817,76 dat de ziektekostenverzekeraar in januari 2008 aan verzoeker heeft betaald.
8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van het onder 7 omschreven geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. Ingevolge artikel 3 van de zorgverzekering – zowel voor 2008, als 2009 – is de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.
- 8.3. De toerekening van betalingen is geregeld in de artikelen 6:43 en 6:44 BW. Voor zover hier van belang, luidt artikel 6:43 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.”

- 8.4. 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 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 een – hogere – bestuursrechtelijke premie van toepassing wordt, alsmede een ander incassoregime, waarbij onder andere bronheffing en incasso door het Centraal Justitieel Incasso Bureau mogelijk zijn.
- 8.5. 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.
- 8.6. Voor zover hier van belang, luiden artikel 18c Zvw en artikel IX van de Wsmwz als volgt:

“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; (...);

c. ingeval van tijdige voorlegging van het geschil aan een onafhankelijke instantie of aan de burgerlijke rechter (...);
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. (...)”

”ARTIKEL IX

(...)

2. Indien de verzekeringnemer een ander heeft verzekerd en ten aanzien van diens verzekering een premie-achterstand als bedoeld in het eerste lid is ontstaan (...)

b. zendt de zorgverzekeraar deze verzekerde, tegelijk met de stukken, bedoeld in artikel 18a, vijfde lid, van de Zorgverzekeringswet een aanbod om zelf een zorgverzekering met hem te sluiten,

c. omvat het aanbod aan de verzekeringnemer de mededeling dat de zorgverzekeraar de ten behoeve van de andere verzekerde gesloten zorgverzekering met ingang van de eerste dag van de tweede maand volgende op de maand waarin het aanbod is gedaan, zal beëindigen, tenzij deze verzekerde hem voordien heeft laten weten het aanbod, bedoeld in onderdeel b, te verwerpen.

3. In afwijking van artikel 217 van Boek 6 van het Burgerlijk Wetboek en van artikel 4:29 van de Wet op het financieel toezicht, wordt een verzekeringsplichtige die een aanbod als bedoeld in het tweede lid, onderdeel b, heeft ontvangen, met ingang van de eerste dag van de tweede maand volgende op de maand waarin het aanbod is gedaan verzekeringnemer van een nieuwe, ten behoeve van hemzelf gesloten zorgverzekering bij de zorgverzekeraar die het aanbod heeft gedaan, tenzij hij de zorgverzekeraar voordien heeft laten weten het aanbod te verwerpen. (...)”

8.7. 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 artikel 18c Zvw en artikel IX Wsmwz, 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 artikel 18c Zvw en artikel IX Wsmwz uitsluitend de premie voor de zorgverzekering van belang.

8.8. Artikel 18d Zvw regelt de verschuldigdheid van de bestuursrechtelijke premie aan het CVZ en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“Artikel 18d

1. De verzekeringnemer is aan het College zorgverzekeringen een bestuursrechtelijke premie verschuldigd vanaf de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin dat college de melding, bedoeld in artikel 18c, heeft ontvangen tot de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin de datum, bedoeld in het derde lid, ligt.

2. De bestuursrechtelijke premie bedraagt per maand 130% van de tot een maandbedrag herleide standaardpremie, bedoeld in de Wet op de zorgtoeslag. (...)”

8.9. Gedurende de periode dat de verzekeringnemer aan het CVZ de bestuursrechtelijke premie verschuldigd is, is hij aan de zorgverzekeraar geen premie voor de zorgverzekering verschuldigd. Dat is zo geregeld in artikel 16 lid 2 onderdeel b Zvw. De verzekeringnemer is daarentegen wel gehouden gedurende vorenbedoelde periode de premie van de eventuele aanvullende ziektekostenverzekering te voldoen.

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Gelet op de verzekeringsvoorwaarden en de regelgeving, overweegt de commissie ten aanzien van het in 7.1 omschreven geschil als volgt.

Ten aanzien van de melding bij het CVZ

- 9.2. Bij de melding aan het CVZ, zoals bedoeld in artikel 18c Zvw, is alleen de premieachterstand voor de zorgverzekering van belang. Derhalve kan bij de berekening van de achterstand, zoals bedoeld in artikel 18c Zvw, onder meer geen rekening worden gehouden met de zorgkosten die voor rekening van verzoeker blijven, de administratiekosten en de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering. Bovendien kan het bedrag van € 3.817,76, dat de ziektekostenverzekeraar in januari 2008 niet, dan wel onvoldoende gespecificeerd – en naar later is gebleken per vergissing – aan verzoeker heeft betaald, in beginsel geen rol spelen bij de toepassing van afdeling 3.3.2 Zvw, al dan niet in combinatie met artikel IX van de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering, omdat in de procedure niet, althans onvoldoende is komen vast te staan dat genoemd bedrag een (terug)betaling betreft van een (premie)schuld welke voortvloeit uit de zorgverzekering.
- 9.3. Uit het betalingsoverzicht dat de ziektekostenverzekeraar bij zijn brief van 22 maart 2010 heeft gevoegd blijkt alleen dat verzoeker, zijnde de oorspronkelijke verzekeringnemer, de premie voor de zorgverzekering voor hemzelf en zijn echtgenote niet heeft voldaan over de maanden oktober 2008, november 2008 en de maanden januari tot en met mei 2009, dat verzoeker de premie voor de zorgverzekering voor hemzelf niet heeft voldaan over de maanden november en december 2009 en dat de echtgenote van verzoeker de premie voor haar zorgverzekering - die zij na splitsing van de polis op 15 oktober 2009 heeft gekregen - niet heeft voldaan over de maanden oktober 2009, november 2009 en januari 2010.
- 9.4. Verzoeker heeft gesteld dat hij gespecificeerde premiebetalingen heeft gedaan die door de ziektekostenverzekeraar niet overeenkomstig de specificatie in mindering zijn gebracht op de verschuldigde premie, maar zijn gebruikt ter vermindering van het bedrag van € 3.817,76 dat de ziektekostenverzekeraar begin 2008 ten onrechte op zijn rekening heeft gestort. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoeker betalingsbewijzen overgelegd van de betalingen aan de ziektekostenverzekeraar op 31 augustus 2009, 30 november 2009 en 23 december 2009.
- 9.5. Ingevolge artikel 6:43 lid 1 BW dient een betaling, die zou kunnen worden toegerekend op twee of meer verbintenissen jegens een zelfde schuldenaar te geschieden op de verbintenis welke de schuldenaar bij de betaling aanwijst. De betaling van 31 augustus 2009 is door verzoeker gespecificeerd als 'premie augustus 2009' aangevuld met zijn klantnummer. Gezien deze specificatie, heeft de ziektekostenverzekeraar deze betaling onjuist geboekt en dient deze betaling alsnog te worden toegerekend aan de premie voor verzoeker en zijn echtgenote voor de maand augustus 2009. Voor de betaling van 30 november 2009 geldt dat deze door verzoeker is gespecificeerd als 'maand november 2009' eveneens aangevuld met zijn klantnummer. In de specificatie wordt echter niet vermeld dat het om de premie gaat. Zodoende kan deze betaling worden aangewend voor elk in november 2009 openstaand bedrag op de polis van verzoeker, een en ander met inachtneming van hetgeen is bepaald in artikel 6:43 lid 2 BW. Bij de betaling van 23 december 2009 is een kenmerk vermeld dat correspondeert met het kenmerk dat vermeld staat op de acceptgiro voor de premie van verzoekers echtgenote voor de maand december 2009. Uit het betalingsoverzicht

van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat laatstbedoelde betaling overeenkomstig de specificatie door de ziektekostenverzekeraar is geboekt.

- 9.6. Dat meer of andere betalingen zijn gedaan, dan wel door de ziektekostenverzekeraar nog meer betalingen onjuist zijn geboekt – hetgeen op de weg van verzoeker zou hebben gelegen aannemelijk te maken – is in de procedure niet, althans onvoldoende gebleken. Per saldo is derhalve sprake van een premieachterstand van ten minste zes maandpremies. Aan de vereisten tot melding zoals verwoord in artikel 18c Zvw is derhalve voldaan. Gesteld noch gebleken is van omstandigheden op grond waarvan melding aan het CVZ niet plaatsvindt, zoals genoemd in artikel 18c lid 2 Zvw. Evenmin is gebleken dat een betalingsregeling is overeengekomen voor de aflossing van de schulden die uit de zorgverzekering voortvloeien. De conclusie uit het voorgaande is dat het de ziektekostenverzekeraar vrijstond de premieschuld onder vermelding van onder meer de persoonsgegevens van verzoeker en zijn echtgenote te melden aan het CVZ.

Ten aanzien van de terugvordering van het bedrag van € 3.817,76

- 9.7. Verzoeker heeft gesteld dat de ziektekostenverzekeraar begin 2008 een bedrag van ongeveer € 3.800,- op zijn bankrekening heeft gestort en dat hij uit telefonische en schriftelijke contacten met de ziektekostenverzekeraar in januari 2008 heeft opge maakt dat deze betaling juist is, terwijl de ziektekostenverzekeraar enkele maanden later heeft laten weten dat een vergissing was gemaakt en terugbetaling van dit bedrag verlangde. Verzoeker bestrijdt niet dat hij gehouden is het bedrag terug te betalen – hij is zelfs al gestart met de terugbetaling – maar stelt niet in staat te zijn (het restant van) het vorenbedoelde bedrag terug te betalen binnen de door de ziektekostenverzekeraar gestelde termijn van twaalf maanden.
- 9.8. De ziektekostenverzekeraar heeft zich, ten aanzien van de stelling van verzoeker dat telefonisch de juistheid van de uitbetaling van het bewuste bedrag is bevestigd, op het standpunt gesteld dat tussen 15 maart 2006 en 5 juni 2008 in zijn registratiesysteem geen telefonische contacten met verzoeker zijn vastgelegd.
- 9.9. Verder heeft verzoeker in de procedure wel een naam genoemd van een persoon waarmee gesproken zou zijn, maar niet duidelijk is op welke datum het bewuste gesprek heeft plaatsgevonden en wat er in dat gesprek over en weer is gezegd. Voorts heeft verzoeker – ondanks dat hij daartoe nadrukkelijk in de gelegenheid is gesteld – geen afschrift in de procedure gebracht van de brief van de ziektekostenverzekeraar die hij op 22 januari 2008 stelt te hebben ontvangen en waarin volgens verzoeker ook de juistheid van de betaling van het bedrag zou zijn bevestigd.
- 9.10. Niet dan wel onvoldoende is komen vast te staan dat de ziektekostenverzekeraar bij verzoeker een gerechtvaardigd vertrouwen heeft gewekt dat het vorenbedoelde bedrag terecht op zijn bankrekening is gestort, een en ander nog daargelaten de mogelijke juridische implicaties die een dergelijke vaststelling zou hebben.
- 9.11. Zoals gezegd kan het bedrag van € 3.817,76 dat de ziektekostenverzekeraar begin 2008 op de rekening van verzoeker heeft gestort in beginsel geen rol spelen bij de toepassing van afdeling 3.3.2 Zvw, al dan niet in combinatie met artikel IX van de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering. Derhalve staat eerder genoemd bedrag ook los van de betalingsregeling zoals bedoeld in artikel 18a Zvw en

de afmelding bij het CVZ zoals bedoeld in artikel 18d Zvw. Echter, de door verzoeker gestelde betalingsonmacht ontslaat hem niet van de terugbetaling – hetgeen door verzoeker ook niet is bestreden – van eerder genoemd bedrag. Het staat hem (uiteraard) wel vrij zich tot de ziektekostenverzekeraar te wenden om wegens die betalingsonmacht een betalingsregeling te treffen die de belangen van beide partijen recht doet. De commissie kan een dergelijke regeling echter niet aan partijen opleggen.

Conclusie

- 9.12. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek voor zover dat ziet op de toerekening van de betaling van 31 augustus 2009 die door verzoeker is gespecificeerd als ‘premie augustus 2009’ dient te worden toegewezen. Het meer of anders verzochte wordt afgewezen.
- 9.13. Aangezien het verzoek deels dient te worden toegewezen, ligt het – mede indachtig artikel 17 van het reglement van de commissie – in de rede dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker vergoedt.
- 10. Het bindend advies
 - 10.1. De commissie wijst het verzoek voor zover dat ziet op de toerekening van de betaling van 31 augustus 2009 die door verzoeker is gespecificeerd als ‘premie augustus 2009’ toe. Het meer of anders verzochte wordt afgewezen.
 - 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 19 mei 2010,

Voorzitter