



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A feitelijk verblijvend te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen OWM Centrale
Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar UA en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep
Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar beide te Tilburg

Zaak : Premie, betalingsachterstand, aanmelding Zorginstituut

Zaaknummer : 201501843

Zittingsdata : 6 april 2016 en 28 september 2016

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, paragraaf 3.3 Zvw, artikel IX Wet Structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering, en artt.18c en 18d BW, art. 7:933 BW)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,
tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar UA te Tilburg
- 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar UA te Tilburg, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Verzoeker is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de CZ Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren tot 8 april 2014 ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Basis en Tandarts afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker met ingang van 1 juni 2015 als wanbetaler aangemeld bij het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) vanwege een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van hemzelf van zes of meer maanden.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormeld standpunt gevraagd. Bij brief van 7 september 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 17 september 2015, waarin hij refereert aan eerdere correspondentie, heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is (i) de betalingsachterstand correct te berekenen, en (ii) hem met terugwerkende kracht tot 1 juni 2015 af te melden als wanbetaler bij het Zorginstituut (hierna: het verzoek).
- 3.4. 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.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 17 november 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 januari 2016 aan verzoeker gezonden.

- 
- 3.6. Verzoeker is in de gelegenheid gesteld te reageren op het onder 3.5 bedoelde standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Van de geboden mogelijkheid heeft verzoeker geen gebruik gemaakt.
- 
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft niet gereageerd op de brief waarin hem de mogelijkheid is geboden een mondelinge toelichting te geven. De commissie heeft vervolgens een herinnering gestuurd. Ook hierop heeft de commissie van verzoeker geen reactie ontvangen. De commissie heeft daarop besloten een zitting in te plannen en verzoeker hiervoor in persoon uit te nodigen.
- 
- 3.8. Verzoeker is niet ter zitting verschenen en de ziektekostenverzekeraar is op 6 april 2016 in persoon gehoord. Op 20 april 2016 is een bindend advies uitgebracht, hetgeen op 20 april 2016 is verzonden aan partijen.
- 
- 3.9. Bij brief van 16 juni 2016 heeft verzoeker de commissie medegedeeld dat hij sinds enige tijd in het buitenland in detentie verblijft en daarom niet kon reageren op de aan hem gezonden brieven, waaronder de uitnodiging voor de hoorzitting. Hij heeft om die reden verzocht het bindend advies te herroepen en de zaak te heropenen.
- 
- 3.10. Bij brief van 1 juli 2016 heeft de commissie aan verzoeker medegedeeld dat zij van mening is dat verzoeker verantwoordelijk is voor het doorgeven van wijzigingen in zijn persoonlijke omstandigheden. Voor zover bij de commissie bekend heeft verzoeker geen telefonisch contact opgenomen of op andere wijze geprobeerd de commissie op de hoogte te brengen van zijn situatie. Alle correspondentie is daarom gezonden aan het bij de commissie bekende adres. Dat verzoeker hiervan geen kennis heeft kunnen nemen ligt in zijn risicosfeer. Desalniettemin heeft de commissie bij wijze van uitzondering, vanwege de bijzondere omstandigheden en omdat een beslissing van de commissie in een geschil in principe finaal is, besloten de zaak te heropenen onder gelijktijdige intrekking van het bindend advies van 20 april 2016 en verzoeker de kans te bieden alsnog te worden gehoord.
- 
- 3.11. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 13 juli 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 8 september 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 
- 3.12. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 28 september 2016 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 
- 4.1. Verzoeker heeft in december 2013 telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar, met de vraag of hij zijn zorgverzekering naar een ander tarief kon aanpassen. Tijdens dit gesprek is aan verzoeker medegedeeld dat hij niet meer in Nederland verzekerd kon zijn en dat hij zich in Duitsland moest verzekeren tegen ziektekosten, omdat hij daar woonachtig was. Voor de hem aangeboden Verdragspolis kwam hij bij nader inzien niet in aanmerking omdat hij niet aan de daarvoor gestelde eisen voldeed. Verzoeker heeft in Duitsland namelijk niet in dienstverband gewerkt, maar als zelfstandige.
- 
- 4.2. Per 31 december 2013 zijn door de ziektekostenverzekeraar de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering beëindigd, zoals blijkt uit het polisblad 2013. Mocht de ziektekostenverzekeraar iets anders concluderen uit de contactregistraties, dan is dit te wijten aan de medewerkers en niet aan verzoeker. Verzoeker benadrukt dat hij niet heeft gevraagd op basis van het collectieve contract van de Consumentenbond te worden ingeschreven. Van zijn huisarts en apotheek heeft verzoeker begin 2014 te horen gekregen dat zijn "ziekenfondskaart" niet meer geldig was. Verzoeker heeft na zijn uitschrijving op 31 december 2013 de zorgkosten zelf betaald. Het niet-verzekerd zijn maakte verzoeker angstig.
- 
- 

 4.3. In vervolg op het met de ziektekostenverzekeraar gevoerde telefoongesprek heeft verzoeker zich dan ook gewend tot een Duitse verzekeraar. Omdat hij toen in Nederland woonachtig was, heeft de Duitse verzekeraar hem medegedeeld dat hij geen ziektekostenverzekering in Duitsland kon afsluiten. Verzoeker heeft zich hierna opnieuw aangemeld bij de ziektekostenverzekeraar. Zijn inschrijvingsverzoek werd echter niet gehonoreerd.

 4.4. Pas in oktober 2014 ontving verzoeker de bevestiging en een polisblad van de ziektekostenverzekeraar, met de mededeling dat hij als verzekerde is opgenomen. Vanaf het moment van acceptie heeft verzoeker zijn maandpremie steeds betaald. Waar verzoeker bezwaar tegen heeft is het feit dat hij met terugwerkende kracht premie moet voldoen over een periode waarin hij niet verzekerd was, namelijk de maanden januari tot en met september 2014. Verzoeker zou inmiddels een betalingsachterstand van zes maanden hebben opgebouwd, doch dit is niet juist. Voorts is het verzoeker onduidelijk waarop de bedragen waarvoor hij wordt aangemaand zijn gebaseerd, gezien het feit dat hij verschillende bedragen moet voldoen. Omdat verzoeker zijn premie heeft voldaan vanaf het moment dat hij is geaccepteerd als verzekerde, in het onderhavige geval vanaf 8 oktober 2014, heeft de ziektekostenverzekeraar hem ten onterechte met ingang van 1 juni 2015 aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut.

 4.5. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunten herhaald, waarbij hij heeft toegelicht dat zijns inziens over januari en februari 2014 en 10 juli tot 8 oktober 2014 geen premie is verschuldigd. Inmiddels ontving verzoeker van de Sociale Verzekeringsbank (hierna: SVB) de mededeling dat hij niet meer verzekerd is voor de Wet langdurige zorg. Dit laatste vormt echter geen onderdeel van het onderhavige geschil.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

 5.1. Verzoeker is vanaf 1 augustus 2007 ononderbroken tegen ziektekosten verzekerd geweest. Op 30 december 2013 heeft hij telefonisch verzocht zijn individuele zorgverzekering te wijzigen naar een collectieve zorgverzekering op basis van het contract van de Consumentenbond. Voorts heeft verzoeker gevraagd zijn aanvullende ziektekostenverzekering te wijzigen. Verzoeker stelt dat hij in december 2013 telefonisch heeft medegedeeld dat hij niet meer in Nederland verzekerd kon zijn. Op basis van de diverse contactregistraties kan dit echter niet worden bevestigd. De zorgverzekering van verzoeker is niet per 31 december 2013 stopgezet, maar enkel omgezet naar het collectieve contract van de Consumentenbond. Op 4 januari 2014 ontving verzoeker een nieuw polisblad vanwege zijn inschrijving.

 5.2. De zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker zijn stopgezet met ingang van 8 april 2014 omdat hij voor de ziektekostenverzekeraar niet te bereiken was, en een onderzoek niets had opgeleverd. Op 24 april 2014 heeft verzoeker contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar om mede te delen dat hij in Duitsland werkte. De ziektekostenverzekeraar heeft aan hem gevraagd of zijn Duitse verzekeraar een Verdragsformulier E106 kon verstrekken. Op 3 juni 2014 heeft verzoeker telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar, met de mededeling dat hij van 9 april 2014 tot 15 juni 2014 in Duitsland werkt/heeft gewerkt. Per 4 juni 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker opnieuw ingeschreven. Naar aanleiding van de door verzoeker overgelegde verklaring van de SVB is de ingangsdatum hierna aangepast naar 10 juli 2014. De aanmelding van verzoeker is inderdaad pas op 8 oktober 2014 afgerond omdat noodzakelijke informatie ontbrak. Verzoeker stelt thans dat hij over de maanden januari tot en met september 2014 niet was verzekerd en derhalve geen premies hoeft te betalen. Over het tijdvak van 9 april tot 15 juni 2014, de periode dat verzoeker in Duitsland heeft gewerkt, bestond geen verzekeringsplicht. Omdat echter sprake is van een doorlopende verzekeringsovereenkomst tot 8 april 2014, en een herleving van de verzekeringsplicht vanaf 10 juli 2014, is verzoeker zonder meer premieplichtig over deze beide periodes.

5.3. Omdat geen betaling volgde, heeft de ziektekostenverzekeraar de vorderingen overgedragen aan zijn incassogemachtigde. Verzoeker is met ingang van 1 juni 2015 als wanbetaler aangemeld bij het Zorginstituut.

5.4. Tijdens de zitting van 6 april 2016 is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat op 22 oktober 2013 het adres van verzoeker is gemuteerd naar aanleiding van een GBA-check. Op 11 juli 2014 is een adreswijziging doorgegeven, ingaande op 10 juli 2014. Het adres van verzoeker is toen gewijzigd. Het polisblad voor 2013 is alsnog naar dit adres gestuurd. Verzoeker stelde aanvankelijk pas in september 2014 verzekeringsplichtig te zijn geworden. Volgens de SVB ging de verzekeringsplicht in op 10 juli 2014. De ziektekostenverzekeraar heeft daarom deze datum aangehouden. Desgevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar bevestigd dat de achterstanden een langere periode betreffen dan het tijdvak van juli 2014 tot en met september 2014.

5.5. Tijdens de zitting van 28 september 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunten kort samengevat herhaald.

5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het onderhavige verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A.22.2. van de zorgverzekering en artikel A.23.2. 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.

7. Het geschil

7.1. In geschil zijn de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het Zorginstituut met ingang van 1 juni 2015 en de hoogte van de betalingsachterstand.

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 A.8.2. van de zorgverzekering is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.

8.3. Artikel 16 Zvw regelt in welke gevallen voor de zorgverzekering geen premie verschuldigd is, en luidt 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."

8.4. Artikel A.8. van de zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering regelt de betaling van premie en kosten. Dit artikel luidt als volgt:

"A.8.1. Wie betaalt premie?

U (verzekeringnemer) bent verantwoordelijk voor de volledige en tijdige betaling van de verschuldigde kosten. (...)"

8.5. 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 Zorginstituut Nederland. 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 Zorginstituut Nederland komt doorgaans weer een einde zodra de schuld uit de zorgverzekering is ingelost of een schuldregeling wordt getroffen.

8.6. Voor zover hier van belang, bepaalt artikel 18c Zvw het volgende:

"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 Zorginstituut, 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 aantoonst 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."

8.7. Artikel 18d Zvw regelt de verschuldigdheid van de bestuursrechtelijke premie aan het Zorginstituut. Dit artikel luidt als volgt:

"Artikel 18d

1. De verzekeringnemer is aan het Zorginstituut 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.

3. De zorgverzekeraar stelt het Zorginstituut, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde, met het oog op de toepassing van het eerste lid onverwijld op de hoogte van de datum waarop:

a. de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden zijn of zullen zijn afgelost of tenietgaan,

b. de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, bedoeld in de Faillissementswet, op de verzekeringnemer van toepassing wordt, of

c. door tussenkomst van een schuldhulpverlener als bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet een overeenkomst als bedoeld in artikel 18c, tweede lid, onderdeel d, is gesloten of een schuldregeling tot stand is gekomen waarin, naast de verzekeringnemer, ten minste zijn zorgverzekeraar deelneemt.

4. In afwijking van het eerste tot en met derde lid, is de verzekeringnemer wederom aan het Zorginstituut bestuursrechtelijke premie verschuldigd vanaf de eerste dag van de maand volgende op de maand:

a. waarin de toepassing van de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen op grond van artikel 350, derde lid, onderdeel c, d, e, f, of g, van de Faillissementswet, is beëindigd;

b. waarin hij zich, blijkens een mede door de schuldhulpverlener ondertekende melding van zijn zorgverzekeraar, aan deelname aan de in het derde lid, onderdeel c, bedoelde regeling heeft onttrokken voordat hij de in die regeling neergelegde afspraken jegens zijn zorgverzekeraar volledig is nagekomen."

8.8. Artikel 7:933 lid 1 BW luidt:

"Alle mededelingen waartoe de bepalingen van deze titel of de overeenkomst de verzekeraar aanleiding geven, geschieden schriftelijk. De verzekeraar kan zich daarbij houden aan de laatste hem bekende woonplaats van de geadresseerde."

9. Beoordeling van het geschil

Aanmelding Zorginstituut

9.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker met ingang van 1 juni 2015 aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut. Beoordeeld dient te worden of op deze datum voor de zorgverzekering van verzoeker een premieachterstand bestond van zes of meer maanden, in welk geval de aanmelding bij het Zorginstituut terecht heeft plaatsgevonden.

9.2. Vast staat dat verzoeker vanaf 1 augustus 2007 tegen ziektekosten is verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar. Voorts staat vast dat hij in december 2013 telefonisch contact heeft opgenomen om te spreken over aanpassing van zijn verzekering. In vervolg hierop is hem in januari 2014 een nieuw polisblad gezonden waaruit blijkt dat verzoeker deelneemt aan het collectieve contract van de Consumentenbond. Gelet op de door verzoeker geuite wens de verzekering te wijzigen, lag het op zijn weg na te gaan of dit op een juiste wijze was gebeurd. Dat hij hiertoe niet in de gelegenheid was omdat hij, zoals door ziektekostenverzekeraar onweersproken is gesteld, op dat moment niet meer op het bij laatstgenoemde bekende adres woonachtig was, is een omstandigheid die - gezien het bepaalde in de tweede volzin van artikel 7:933 lid 1 BW - voor rekening van verzoeker komt.

9.3. De commissie concludeert dat verzoeker doorlopend tegen ziektekosten verzekerd is geweest van 1 augustus 2007 tot 8 april 2014, aanvankelijk op individuele basis en vanaf 1 januari 2014 als deelnemer aan het collectieve contract van de Consumentenbond. Vanaf 9 april 2014 was verzoeker volgens eigen mededeling werkzaam in Duitsland. Partijen zijn het er over eens dat hij met ingang van die datum geen recht had op een zorgverzekering en dat zijn zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering terecht zijn beëindigd. Met ingang van 10 juli 2014 is verzoeker wederom verzekeringsplichtig op grond van de Zvw. Uit de stukken blijkt dat verzoeker zich heeft aangemeld voor de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 juli 2014. Kennelijk zijn partijen op basis van de door de verzoeker overgelegde verklaring van de SVB nadien de ingangsdatum van 10 juli 2014 overeengekomen.

9.4. Door de ziektekostenverzekeraar zijn in de procedure stukken overgelegd waaruit blijkt dat verzoeker met betrekking tot de perioden van 1 januari 2014 tot 8 april 2014 en van 10 juli 2014 tot 1 juni 2015 niet steeds de verschuldigde premie heeft voldaan. Per saldo was ten tijde van de aanmelding bij het Zorginstituut sprake van een achterstand van ten minste zes maandpremies,

zoals vereist op grond van artikel 18c Zvw. Door verzoeker is niet aangevoerd dat hij de twee-, vier- en zesmaandsbrieven niet heeft ontvangen, zodat de commissie concludeert dat hij met ingang van 1 juni 2015 terecht is aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut. Voorts is gesteld noch gebleken dat één van de situaties, genoemd in artikel 18d Zvw zich sindsdien heeft voorgedaan, om die reden is afmelding - al dan niet met terugwerkende kracht - niet aan de orde.

Hoogte betalingsachterstand

- 9.5. Uit het financiële overzicht naar de stand van 9 november 2015 van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat door verzoeker met betrekking tot de perioden van 1 januari 2014 tot 8 april 2014, en van 10 juli tot en met 9 november 2015, niet alle verschuldigde bedragen zijn betaald en dat per saldo nog een bedrag openstaat van € 492,45, inclusief rente en incassokosten. Dat meer of andere betalingen zijn gedaan dan die welke uit het overzicht van 9 november 2015 blijken, is door verzoeker niet aannemelijk gemaakt. Van onjuiste toerekeningen of verrekeningen is in de procedure niet gebleken.
- Naar de commissie begrijpt is de verzekering van verzoeker, naar aanleiding van een verklaring van de SVB, met terugwerkende kracht tot 9 januari 2015 beëindigd, hetgeen heeft geleid tot een correctie. Verzoeker is thans nog € 257,53 verschuldigd.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 26 oktober 2016

A.I.M. van Mierlo