



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A, vertegenwoordigd door B, beiden te C, tegen N.V. Univé Zorg te Arnhem
Zaak : Premie, aanmelding Zorginstituut Nederland, hoogte betalingsachterstand,
betalingsregeling
Zaaknummer : 201602803
Zittingsdatum : 7 juni 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 2016, paragraaf 3.3 Zvw, artikel 7 Beleidsregels CAK inning bestuursrechtelijke premie Zorgverzekeringswet 2017, art. 6:43 BW)

1. Partijen

A, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door B, beiden te C,
tegen

N.V. Univé Zorg te Arnhem, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Verzoekster was tot en met 31 december 2015 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Geregeld Polis, en vanaf 1 januari 2016 tot heden op basis van de Zorg Select Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). 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. Bij brief van 31 mei 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat sprake is van een achterstand in de betaling van de premie voor de zorgverzekering van haarzelf van vier of meer maanden.
- 3.2. Bij brief van 29 juli 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat sprake is van een achterstand in de betaling van de premie voor de zorgverzekering van haarzelf van zes of meer maanden, en dat zij met ingang van 1 augustus 2016 is aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut).
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Op 7 november 2016 heeft de zorgverzekeraar per e-mail aan verzoekster een financieel overzicht gezonden.
- 3.4. Bij klachtenformulier van 12 december 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat (i) de zorgverzekeraar haar ten onrechte met ingang van 1 augustus 2016 heeft aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut, (ii) de door de zorgverzekeraar gestelde betalingsachterstand onjuist is, en (iii) ten onrechte rente en incassokosten van haar worden gevorderd (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

-  3.6. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 9 maart 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 maart 2017 aan verzoekster gezonden.
-  3.7. Verzoekster is in de gelegenheid gesteld te reageren op het onder 3.6 bedoelde standpunt van de zorgverzekeraar. Bij brief van 6 april 2017 heeft verzoekster hierop gereageerd. Een afschrift van deze reactie is op 11 april 2017 aan de zorgverzekeraar gezonden.
-  3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft het antwoordformulier niet geretourneerd, zodat is besloten een hoorzitting in persoon in te plannen. De zorgverzekeraar heeft op 18 mei 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.9. De zorgverzekeraar is op 7 juni 2017 telefonisch gehoord. Verzoekster is niet ter zitting verschenen en was voorts telefonisch niet bereikbaar, zodat de mogelijkheid om te worden gehoord voor haar is komen te vervallen.
-  4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
-  4.1. Verzoekster had in 2015 een achterstand in de betaling van de premie. Zij is destijds door de zorgverzekeraar als wanbetaler aangemeld bij het Zorginstituut. Nadat zij tegen deze beslissing was opgekomen, is zij weer afgemeld. De zorgverzekeraar heeft de vordering uit 2015 overgedragen aan een incassogemachtigde. Deze brengt hoge kosten in rekening. Dit heeft tot gevolg dat bij een betalingsregeling eerst wordt afgelost op kosten en rente, en pas daarna op de hoofdsom. Gezien het inkomen van verzoekster en haar echtgenoot - bestaande uit een WAO-uitkering van de echtgenoot - komt verzoekster niet aan aflossen toe. Zij stelt de nodige inspanningen te hebben gepleegd om de achterstand van 2015 in te lossen door in 2016 betalingen te verrichten.
-  4.2. Verzoekster erkent dat er in het jaar 2016 opnieuw sprake was van een achterstand in de betaling van de premie. Deze achterstand betreft de maanden juni, juli en augustus 2016. Derhalve is geen sprake van een achterstand van zes maanden of meer. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar een brief gestuurd en hierin medegedeeld dat zij iedere maand haar premie betaalt en tevens probeert de opgelopen achterstand in te lossen. Verzoekster is niet bereid de door de incassogemachtigde in rekening gebrachte incassokosten te betalen aangezien de achterstand ziet op zorgkosten. Verzoekster is op 28 juli 2016 door de zorgverzekeraar opnieuw aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut. Zij heeft hiertegen, onder overlegging van betaalbewijzen, bezwaar gemaakt, maar hierop is door de zorgverzekeraar niet gereageerd. Verzoekster merkt op dat de betalingen vanaf de bankrekening van haar echtgenoot worden gedaan. Zij heeft kopieën van betaalbewijzen overgelegd. Bij de betalingen vermeldt verzoekster op welke nota deze zien. Verzoekster heeft van de zorgverzekeraar een financieel overzicht ontvangen en maakt hieruit op dat de betalingen zijn afgeboekt op andere posten dan die waarvoor zij waren bedoeld. Dit is niet correct. Door de aanmelding bij het Zorginstituut zijn verzoekster en haar echtgenoot geconfronteerd met hoge kosten, die voor hen niet of nauwelijks zijn te dragen.
-  4.3. Verzoekster benadrukt dat in 2014, 2015 en 2016 nimmer sprake is geweest van een betalingsachterstand met betrekking tot de premie voor de zorgverzekering van zes of meer maanden. De financiële situatie van haar en haar echtgenoot laten het niet toe een betalingsregeling met de zorgverzekeraar te treffen.
-  4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 
- 
- 

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. Verzoekster betaalde en betaalt voortdurend niet op tijd en gebruikt bij haar betalingen zelden een betalingskenmerk. Vaak worden door haar niet meer dan haar klantnummer en naam vermeld.

5.2. Met ingang van 1 maart 2010 is verzoekster voor het eerst door de zorgverzekeraar aangemeld als wanbetaler bij het toenmalige College voor Zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) (daarna het Zorginstituut, thans het CAK). Omdat vanaf 18 oktober 2012 op haar de Wet Schuldsanering Natuurlijke Personen (WSNP) van toepassing was, is zij per 1 december 2012 afgemeld bij het CVZ.

Het WSNP-traject is op 29 oktober 2015 beëindigd. Hierbij heeft geen slotuitdeling plaatsgevonden. De openstaande vordering van € 1.314,52 is door de zorgverzekeraar volledig afgeboekt. Tijdens de periode dat de WSNP op verzoekster van toepassing was, heeft de zorgverzekeraar door haar verrichte betalingen verwerkt op vorderingen die zijn ontstaan vóór de WSNP. Dit was niet correct. De zorgverzekeraar heeft het bedrag van € 1.314,52 daarom op openstaande vorderingen van latere datum afgeboekt, zodat verzoekster geen nadelige financiële gevolgen heeft ondervonden van zijn eerdere, onjuiste, handelwijze.

In december 2015 heeft de zorgverzekeraar verzoekster opnieuw aangemeld als wanbetaler, nu bij het Zorginstituut. Hierbij is verzuimd de twee-, vier- en zesmaandsbrief aan haar te sturen. Om die reden is de betreffende aanmelding komen te vervallen.

5.3. Gedurende de periode dat de WSNP op verzoekster van toepassing was, zijn aan haar geen betalingsherinneringen gestuurd. Wel heeft de zorgverzekeraar de bewindvoerder van verzoekster geïnformeerd dat zij haar lopende betalingsverplichtingen niet nakwam. In 2016 zijn weer herinneringsbrieven aan verzoekster gezonden.

In 2015 is met verzoekster een betalingsregeling overeengekomen voor de openstaande vorderingen vanaf eind 2013. Deze betalingsregeling is op 28 maart 2016 beëindigd omdat verzoekster zich niet hield aan de voorwaarden van de regeling.

Begin mei 2016 zijn de openstaande vorderingen overgedragen aan de incassogemachtigde. Om die reden is door de zorgverzekeraar destijds niet ingegaan op het verzoek om een nieuwe betalingsregeling.

5.4. Verzoekster is met ingang van 1 augustus 2016 wederom aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut. Ten tijde van de aanmelding stond een bedrag open van € 644,46. Het is aannemelijk dat deze vordering ziet op een achterstand in de betaling van de premie voor de zorgverzekering van zes of meer maanden, waardoor de zorgverzekeraar gerechtigd was verzoekster aan te melden.

Omdat de betalingen van verzoekster niet steeds op de door haar bedoelde posten zijn verwerkt, is verzoekster - bij inmiddels het CAK - met terugwerkende kracht tot 1 augustus 2016 afgemeld als wanbetaler.

5.5. Verzoekster stelt haar kosten - niet bekend is welke kosten zij hiermee bedoelt - in mindering te brengen op de te betalen premie voor de zorgverzekering. Deze handelwijze is niet toegestaan. De zorgverzekeraar merkt verder op het dossier bij de incassogemachtigde te hebben teruggehaald. De vordering blijft evenwel gehandhaafd.

Naar de stand van 16 februari 2017 bedraagt de achterstand € 2.045,29. Dit bedrag ziet op de periode ná de WSNP, alsmede op de premie voor de zorgverzekering van de maanden augustus 2016 tot en met maart 2017. De zorgverzekeraar is bereid hiervoor met verzoekster een betalingsregeling te treffen.

5.6. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar zijn standpunten herhaald en benadrukt dat verzoekster met terugwerkende kracht tot 1 augustus 2016 is afgemeld als wanbetaler bij het CAK, voorheen het

Zorginstituut. Hierdoor is zij vanaf voornoemde datum de premie voor de zorgverzekering aan de zorgverzekeraar verschuldigd. De openstaande vordering bedraagt naar de stand van 7 juni 2017 € 2.091,68. De zorgverzekeraar is bereid hiervoor met verzoekster een betalingsregeling te treffen. Voorts heeft de zorgverzekeraar verklaard dat aan verzoekster inmiddels weliswaar twee- en viermaandsbrieven zijn gestuurd, maar dat zij lopende de procedure bij de commissie niet (opnieuw) zal worden aangemeld als wanbetaler bij het CAK.

5.7. 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. Gezien het feit dat de zorgverzekeraar is overgegaan tot afmelding met terugwerkende kracht tot 1 augustus 2016 van verzoekster als wanbetaler bij het CAK/Zorginstituut, en hij het dossier bij de incassogemachtigde heeft teruggehaald, is thans enkel nog de hoogte van de betalingsachterstand in geschil.

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 3.3 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, voor zover hier van belang:

"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: (...)*

b. is geen premie verschuldigd over de periode, bedoeld in artikel 18d, eerste lid."

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 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, inmiddels het CAK. 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 CAK komt doorgaans weer een einde zodra de schuld uit de zorgverzekering is ingelost of een schuldregeling wordt getroffen.

8.5. Artikel 18d Zvw regelt de verschuldigdheid van de bestuursrechtelijke premie. Dit artikel luidde ten tijde van het geschil:

"Artikel 18d

1 De verzekeringnemer is vanaf de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin het Zorginstituut de melding, bedoeld in artikel 18c, heeft ontvangen aan het Zorginstituut een bij ministeriële regeling te bepalen, bestuursrechtelijke premie van ten minste 110% en ten hoogste 130% van de gemiddelde premie verschuldigd.

2 De premie, bedoeld in het eerste lid, is niet meer verschuldigd met ingang van de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin:

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,

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, door diens tussenkomst een buitengerechtelijke schuldregeling tot stand is gekomen waarin, naast de verzekeringnemer, ten minste zijn zorgverzekeraar deelneemt, of de zorgverzekeraar met de verzekeringnemer een betalingsregeling is overeengekomen, of

d. de verzekeringnemer aan bij ministeriële regeling te bepalen voorwaarden voldoet.

3 Ten behoeve van de toepassing van het tweede lid stelt de zorgverzekeraar het Zorginstituut, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde, onverwijld op de hoogte van de datum waarop een situatie als bedoeld in onderdeel a, b of c van dat lid van toepassing wordt.

4 In afwijking van het eerste en tweede 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 melding van zijn zorgverzekeraar, aan deelname aan een op hem van toepassing zijnde overeenkomst of regeling als bedoeld in het tweede lid, onderdeel c, heeft onttrokken voordat hij de in de desbetreffende overeenkomst of regeling neergelegde afspraken jegens zijn zorgverzekeraar volledig is nagekomen of

c. waarin hij niet meer voldoet aan bij de ministeriële regeling, bedoeld in het tweede lid, te bepalen voorwaarden.

5 Indien in het in het vierde lid, onderdeel b, bedoeld geval een door tussenkomst van een schuldhulpverlener als bedoeld in het tweede lid, onderdeel c, tot stand gekomen overeenkomst of regeling betreft, dient de melding, bedoeld in dat onderdeel mede door een schuldhulpverlener te zijn ondertekend.

6 Bij ministeriële regeling wordt bepaald hoe de gemiddelde premie, bedoeld in het eerste lid, wordt berekend."

8.6. Artikel 7 van de Beleidsregels inning bestuursrechtelijke premie Zorgverzekeringswet 2017 luidt:

"Artikel 7. De eindafrekening voor de verzekeringnemer

1 Het CAK stuurt zo spoedig mogelijk na ontvangst van de melding, bedoeld in artikel 18d, derde lid, van de Zorgverzekeringswet, de verzekeringnemer een bericht dat deze de bestuursrechtelijke premie niet langer verschuldigd is. Het CAK stuurt tevens zo spoedig mogelijk na afloop van de periode, bedoeld in artikel 18e, van de Zorgverzekeringswet, de verzekeringnemer een bericht dat deze de bestuursrechtelijke premie niet langer verschuldigd is. Hierbij vermeldt het CAK dat het niet mogelijk is tegen dit besluit bezwaar aan te tekenen.

2 Het CAK stuurt de verzekeringnemer, zo spoedig mogelijk na het bericht, bedoeld in het eerste lid, een eindafrekening, die tenminste omvat:

a. het saldo van aan het CAK verschuldigde bestuursrechtelijke premie en reeds ontvangen bestuursrechtelijke premie;

b. een vermelding van het bedrag dat door het CAK is ontvangen van de broninhouder. Dit bedrag wordt in mindering gebracht op het saldo, bedoeld in onderdeel a;

c. de mededeling van het CAK dat de verzekeringnemer het saldo, bedoeld in onderdeel a, rekeninghoudend met onderdeel b, aan het CAK dient te betalen dan wel van het CAK terugontvangt.

3 Indien uit de eindafrekening blijkt dat te veel bestuursrechtelijke premie is ingehouden of betaald, betaalt het CAK het saldo binnen zes weken na ontvangst van het rekeningnummer aan de verzekeringnemer uit.

4 In afwijking van het tweede lid schort het CAK de toezending van een eindafrekening op als de melding, bedoeld in het eerste lid, is gedaan in verband met het sluiten van een overeenkomst tot stabilisatie of een betalingsregeling als bedoeld in artikel 18d, tweede lid, onderdeel c, van de Zorgverzekeringswet of als de melding is gedaan als gevolg van de toepassing van artikel 18d, tweede lid, onderdeel d, van de Zorgverzekeringswet.

5 Het CAK maakt de opschorting, bedoeld in het vorige lid, ongedaan zodra de overeenkomst tot stabilisatie is beëindigd, er geen sprake meer is van een betalingsregeling als bedoeld in artikel 18d, tweede lid, onderdeel c, van de Zorgverzekeringswet of als artikel 18d, tweede lid, onderdeel d, van de Zorgverzekeringswet niet langer van toepassing is."

8.7. De toerekening van betalingen is geregeld in artikel 6:43 BW. Dit 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. Waar het gaat om de hoogte van de betalingsachterstand, is door de zorgverzekeraar een financieel overzicht overgelegd, gedateerd 16 februari 2017. Uit het overzicht blijkt dat door verzoekster met betrekking tot de periode van 1 januari 2009 tot en met 31 maart 2017 een bedrag is verschuldigd van € 5.700,02, ter zake van premie voor de zorgverzekering, zorgkosten en overige kosten. Voorts blijkt uit dit overzicht dat verzoekster gedurende voornoemde periode een bedrag van € 4.385,12 heeft betaald.

Verzoekster heeft een vijftal betaalbewijzen overgelegd. De betreffende betalingen komen voor op het financieel overzicht. Bij elke betaling heeft verzoekster de periode waarop deze ziet vermeld, en elke betaling betreft het overeengekomen premiebedrag van € 89,95. Daarmee heeft verzoekster aannemelijk gemaakt dat zij de premie voor de maanden januari tot en met mei 2016 heeft betaald. De zorgverzekeraar heeft echter - in afwijking van het bepaalde in artikel 6:43 BW - de betalingen niet steeds op de door verzoekster aangewezen posten verwerkt, hetgeen ook door hem is erkend. Aangezien een correctie per saldo niet zal leiden tot een verandering van de hoogte van de betalingsachterstand, en een zodanige correctie ook overigens geen gevolgen heeft, kan deze achterwege blijven en laat de commissie dit punt verder rusten.

Dat meer of andere betalingen zijn gedaan - hetgeen op de weg van verzoekster zou hebben gelegen aannemelijk te maken - is in de procedure niet gebleken. De commissie is dan ook van oordeel dat het financiële overzicht van 16 februari 2017 als juist heeft te gelden en stelt de betalingsachterstand naar de stand van 16 februari 2017 vast op € 1.299,29. De commissie tekent hierbij nog aan dat verzoekster, omdat zij intussen met terugwerkende kracht tot 1 augustus 2016 is afgemeld als wanbetaler bij het CAK/Zorginstituut, tevens de premie voor de zorgverzekering aan de zorgverzekeraar is verschuldigd over de periode vanaf 1 augustus 2016 tot heden. Naar de commissie begrijpt, beloopt de betalingsachterstand naar de stand van 7 juni 2017 totaal € 2.091,68.

9.2. Voor de volledigheid en duidelijkheid merkt de commissie nog het volgende op. Een verzekerde die is aangemeld als wanbetaler bij het CAK (voorheen het Zorginstituut) blijft verzekerd bij zijn zorgverzekeraar. De premie-inning wordt echter overgenomen door het Zorginstituut/CAK.

De betaling van de bestuursrechtelijke premie aan het Zorginstituut/CAK betreft de opkomende maandpremies. De betaalde bestuursrechtelijke premie wordt niet rechtstreeks door het Zorginstituut/CAK aan de zorgverzekeraar doorbetaald, maar deze laatste ontvangt een bedrag ter compensatie van de gemiste premie-inkomsten. Bij een afmelding met terugwerkende kracht stelt het Zorginstituut/CAK een eindafrekening op, waarop is vermeld over welke periode ten onrechte de bestuursrechtelijke premie is betaald. Deze premie wordt gerestitueerd aan de verzekerde, en de verzekerde ontvangt van zijn zorgverzekeraar een premienota over de periode dat hij aangemeld was als wanbetaler. Een en ander is geregeld in artikel 7 van de Beleidsregels inning bestuursrechtelijke premie Zorgverzekeringswet 2017. In beginsel kan met de restitutie van de bestuursrechtelijke premie - voor zover deze steeds is betaald - , deze premienota aan de zorgverzekeraar worden voldaan.

- 9.3. De commissie wenst nog te benadrukken dat de zorgverzekeraar ter zitting te kennen heeft te geven dat indien verzoekster een betalingsregeling treft voor de bestaande achterstand, die naar de stand van 7 juni 2017 totaal € 2.091,68 bedraagt, zij niet opnieuw zal worden aangemeld als wanbetaler bij het CAK.

Conclusie

- 9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 9.5. Aangezien de zorgverzekeraar verzoekster lopende de procedure met terugwerkende kracht tot 1 augustus 2016 heeft afgemeld als wanbetaler bij het CAK en hij het incassodossier bij de incassogemachtigde heeft teruggehaald, acht de commissie termen aanwezig te bepalen dat de zorgverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster dient te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 21 juni 2017,

H.A.J. Kroon