



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C te D
Zaak : Premie, betalingsachterstand, aanmelding CVZ
Zaaknummer : 201302733
Zittingsdatum : 19 november 2014

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2013-2014, paragraaf 3.3 Zvw, en artt. 3:37 en 3:307 BW)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Verzoeker was tot 1 januari 2013 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis, en vanaf 1 januari 2013 op basis van de GezondSamenPolis Natura (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 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Bij brief van 29 juli 2013 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van vier of meer maanden.

3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormeld standpunt gevraagd. Bij brieven van 16 augustus 2013, 19 september 2013 en 1 oktober 2013 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

3.3. Bij brief van 15 november 2013 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van zes of meer maanden, en dat hij is aangemeld bij het College voor Zorgverzekeringen (hierna: CVZ).

3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.

3.5. Bij e-mailbericht van 4 juni 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de door de zorgverzekeraar gestelde betalingsachterstand onjuist is, en dat hij ten onrechte is aangemeld bij het CVZ (hierna: het verzoek).

3.6. 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.

3.7. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 22 augustus 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 september 2014 aan verzoeker gezonden.

- 3.8. Verzoeker heeft op 7 oktober 2014 gereageerd op het onder 3.7 bedoelde standpunt van de zorgverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is aan de wederpartij gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 15 september 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 6 november 2014 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.10. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 19 november 2014 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker betwist de vordering die de zorgverzekeraar op hem meent te hebben. Deze vordering zou betrekking hebben op de periode dat verzoeker verzekerd was via een ander - inmiddels niet meer bestaand - label van de zorgverzekeraar. Pas in 2013 vernam verzoeker van deze vermeende achterstand. Hierop is een brief naar de zorgverzekeraar gestuurd waarin verzoeker zich heeft beroepen op verjaring. De wettelijke verjaringstermijn was immers ruim verstreken. Op deze brief is nimmer inhoudelijk gereageerd. Vervolgens heeft verzoeker diverse malen een klacht ingediend bij de zorgverzekeraar. Volgens de zorgverzekeraar is de vordering terecht, en zijn aan hem diverse aanmaningen gestuurd, waaronder één op 11 augustus 2008. In 2009 en 2011 zouden door de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar diverse brieven over de achterstand aan verzoeker zijn gezonden, waardoor geen sprake zou zijn van verjaring. Verzoeker betwist dat hij de aanmaningen en brieven van de incassogemachtigde heeft ontvangen. De zorgverzekeraar is verzocht afschriften van de diverse brieven dan wel verzendbewijzen en een financieel overzicht over te leggen. Op 1 oktober 2013 ontving verzoeker van de zorgverzekeraar een e-mailbericht waarin werd medegedeeld dat verzoeker zich voor de diverse brieven tot de incassogemachtigde diende te wenden. Echter, de incassogemachtigde heeft op 1 februari 2012 het dossier gesloten en deze heeft zodoende geen bemoeienis meer met de kwestie. Verzoeker heeft zich daarom wederom tot de zorgverzekeraar gewend, echter zonder resultaat. Voorts was bij voornoemd e-mailbericht een afschrift van de aanmaning van 11 augustus 2008 gevoegd. Uit dit stuk blijkt dat de zorgverzekeraar zich schuldig maakt aan valsheid in geschrifte. Uit de eigenschappen van het digitale document is namelijk op te maken dat dit pas op 1 oktober 2013 is aangemaakt en opgeslagen. Het document is nul keer geprint. Het logo van de zorgverzekeraar ontbreekt. Bovendien staat op de aanmaning een onjuist adres vermeld. Verzoeker is eind 2010 verhuisd. Voorts stelt verzoeker niet bekend te zijn met de diverse klachtbrieven die hij volgens de zorgverzekeraar heeft verstuurd, waaronder één op 8 augustus 2013. Ook van deze klachtbrieven zijn geen afschriften overgelegd door de zorgverzekeraar.
- 4.2. De bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft er niet toe geleid dat de zorgverzekeraar de bewuste brieven heeft overgelegd. Verzoeker vindt dit zeer teleurstellend.
- 4.3. Verzoeker is in januari 2013 kennelijk ten onrechte afgemeld bij het CVZ. Hierover is door hem een klacht ingediend. Als reactie hierop ontving verzoeker van de zorgverzekeraar het bericht dat er geen premieachterstand bestond. Voorts werd aan hem medegedeeld dat de brief als bedoeld in artikel 18b Zvw aan hem was verstuurd in verband met de achterstand die was opgebouwd in de tijd dat verzoeker verzekerd was via het andere label van de zorgverzekeraar. Deze achterstand zou € 3.126,90 bedragen en zien op de periode van augustus 2007 tot en met oktober 2010.
- 4.4. In de periode van augustus 2008 tot en met augustus 2011 heeft verzoeker in een schuldhulpverleningstraject gezeten. Op 28 augustus 2008 is een contract schuldhulpverlening van de gemeente ondertekend. Verzoeker verklaart dat de achterstand die zag op de periode van 2007 tot en met 2010 is voldaan door middel van beslaglegging. Dit betreft het dossier bij de incassogemachtigde met mapnummer 403937.

- 4.5. Het dossier bij de incassogemachtigde met mapnummer 780505 is verzoeker onbekend. Uit de door de zorgverzekeraar overgelegde stukken in dit dossier blijkt dat een verkeerd adres van verzoeker is gehanteerd door de incassogemachtigde. Bovendien gelden de vermeende verstuurde aanmaningen van de incassogemachtigde niet als aanmaningen van de zorgverzekeraar. Daarnaast heeft de zorgverzekeraar tegenstrijdige informatie over de sluiting van het dossier verstrekt.
- 4.6. Verzoeker verklaart dat hij kampt met diverse beperkingen. Onderhavig geschil zorgt voor psychische druk. Verzoeker voelt zich oneerlijk behandeld door de zorgverzekeraar.
- 4.7. Ter zitting is door verzoeker zijn standpunt herhaald. Voorts is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij er niet van is overtuigd dat de zorgverzekeraar diverse betalingsherinneringen en aanmaningen aan hem heeft gestuurd. Hij heeft wellicht gereageerd op een brief van de incassogemachtigde. De zorgverzekeraar is steeds tegenstrijdig geweest in zijn communicatie en dient hem thans een schappelijke regeling aan te bieden. Tot slot bestrijdt verzoeker de handelwijze van de incassogemachtigde met een beroep op diens algemene voorwaarden.
- 4.8. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar
- 5.1. De zorgverzekeraar heeft tweemaal maandpremies ter incasso overgedragen aan de incassogemachtigde. Het eerste dossier met nummer 2403937 (mapnummer 403937) bevatte de maandpremies van februari 2006, april tot en met juni 2006, oktober tot en met december 2006, februari tot en met april 2007 en juli 2007. De hoofdsom bedroeg € 985,12. Op 5 september 2007 is een dagvaarding uitgebracht en op 12 september 2007 is een verstekvonnis gewezen. Het dossier is via beslaglegging volledig door verzoeker voldaan. Het tweede dossier met nummer 2780505 (mapnummer 780505) bevatte de maandpremies van augustus tot en met december 2007, maart tot en met september 2008, november 2008, december 2008, februari 2009, augustus tot en met oktober 2009, en een zorgkostennota met vervaldatum 19 februari 2008. De hoofdsom bedroeg in eerste instantie € 1.763,60. Op verzoek van de zorgverzekeraar heeft de incassogemachtigde in een later stadium de vordering opgehoogd met de maandpremies van november 2009 tot en met augustus 2010 en een zorgkostennota met vervaldatum 5 juli 2010. Hierdoor bedroeg de uiteindelijke hoofdsom € 3.126,90. Dit bedrag is tot op heden niet voldaan.
- 5.2. De zorgverzekeraar heeft diverse betalingsherinneringen aan verzoeker gestuurd, waaronder de herinnering van 11 augustus 2008. In tegenstelling tot wat verzoeker stelt, is deze herinnering wel degelijk door de zorgverzekeraar verstuurd op 11 augustus 2008, en niet op 1 oktober 2013. De zorgverzekeraar heeft op 1 oktober 2013 een uitdraai uit het digitale systeem gemaakt van de oorspronkelijke herinnering van 11 augustus 2008. Bij het reproduceren van een herinnering wordt door het digitale systeem automatisch het laatst bekende adres boven de brief geplaatst. Vandaar dat het nieuwe adres van verzoeker op de herinnering is vermeld. Ter onderbouwing van de stelling dat de betalingsherinnering naar het correcte adres van verzoeker is gestuurd, heeft de zorgverzekeraar een uitdraai van een historisch overzicht van de adressen van verzoeker overgelegd. Voorts heeft de zorgverzekeraar een uitdraai van het digitale systeem gemaakt, waarop de data van de verstuurde aanmaningen en herinneringen zijn te zien.
- 5.3. De incassogemachtigde heeft op 13 november 2009 een eerste aanmaning aan verzoeker gezonden. Verzoeker heeft hier op 20 november 2009 per e-mail op gereageerd. Op 11 november 2011 heeft de incassogemachtigde opnieuw een aanmaning aan verzoeker gestuurd. Hierop volgden schriftelijke reacties van verzoeker die door de incassogemachtigde werden ontvangen op 12, 17 en 24 november 2011. Een laatste aanmaning is door de incassogemachtigde verzonden op 12 december 2011, waarop verzoeker op 13 december 2011 reageerde. Het dossier met nummer 2780505 is uiteindelijk op verzoek van de zorgverzekeraar op 1 februari 2012 gesloten.

Verzoeker had op dat moment geen betalingen verricht aan de incassogemachtigde. De incassogemachtigde heeft alle posten teruggegeven aan de zorgverzekeraar.

- 5.4. Verzoeker beroept zich op verjaring. Een vordering verjaart na vijf jaar (artikel 3:307 BW). Deze termijn wordt gestuit door een schriftelijke sommatie. Voornoemde aanmaningen en herinneringen van de zorgverzekeraar en diens incassogemachtigde hebben de verjaring onderbroken. Dat verzoeker in ieder geval de aanmaningen van de incassogemachtigde heeft ontvangen wordt bevestigd door zijn schriftelijke reacties hierop. Een succesvol beroep van verzoeker op verjaring is dan ook niet mogelijk.
- 5.5. Vanwege het bestaan van een premieachterstand van meer dan zes maanden, heeft de zorgverzekeraar verzoeker op 7 september 2010 aangemeld bij het CVZ. De brieven als bedoeld in de artikelen 18a, 18b en 18c Zvw zijn op 29 juni 2010, 5 augustus 2010 en 8 september 2010 aan verzoeker gestuurd. Op 10 januari 2013 is verzoeker per abuis afgemeld bij het CVZ. Dit is een gevolg geweest van een wijziging in de zorgverzekering. De afmelding was onterecht aangezien nog immer een betalingsachterstand bestond. De zorgverzekeraar heeft verzoeker op 13 en 19 februari 2013 telefonisch op de hoogte gesteld van de betalingsachterstand van € 3.126,90 en geprobeerd met hem een betalingsregeling af te spreken. Een regeling is evenwel niet tot stand gekomen. Op 20 juni 2013 en 29 juli 2013 zijn opnieuw de brieven als bedoeld in de artikelen 18a en 18b Zvw aan verzoeker gezonden. Op 31 juli 2013, 1, 2 en 5 augustus 2013 heeft e-mailcontact met verzoeker plaatsgevonden. Hierbij heeft de zorgverzekeraar hem op 2 augustus 2013 abusievelijk medegedeeld dat er geen betalingsachterstand bestond. Deze onjuiste conclusie is op 16 augustus 2013 gecorrigeerd. Op 8 augustus 2013 heeft verzoeker een klacht ingediend naar aanleiding van de brief als bedoeld in artikel 18b Zvw. De zorgverzekeraar heeft verzoeker op 16 augustus 2013 schriftelijk geantwoord. Op 21 augustus 2013 heeft verzoeker om een herbeoordeling gevraagd en op 7 september 2013 heeft hij een verjaringsbrief gestuurd. Nadien zijn van verzoeker aanvullingen op de klacht ontvangen. De zorgverzekeraar heeft op 19 september 2013 gereageerd op alle brieven. De conclusie hiervan was dat de brief als bedoeld in artikel 18b Zvw terecht was verstuurd. Op 15 november 2013 is de brief als bedoeld in artikel 18c Zvw verstuurd. Op dat moment was verzoeker al aangemeld bij het CVZ.
- 5.6. Naar de stand van 22 augustus 2014 is sprake van een betalingsachterstand van € 3.126,90. Deze achterstand omvat de maandpremies van augustus tot en met december 2007, maart tot en met september 2008, november 2008, december 2008, februari 2009 (gedeeltelijk, € 82,05), augustus tot en met oktober 2009, november 2009 tot en met augustus 2010 en zorgkostennota's met vervaldata 19 februari 2008 en 5 juli 2010. Van verjaring is geen sprake. In de periode tussen de onterechte afmelding bij het CVZ op 10 januari 2013 en de hernieuwde aanmelding bij het CVZ op 14 november 2013 heeft verzoeker geen bestuursrechtelijke premie en boete hoeven te betalen, hetgeen in zijn voordeel is geweest. De aanmelding van 14 november 2013 was niet meer dan terecht, aangezien nog immer sprake was van een betalingsachterstand. Verzoeker is volledig en juist geïnformeerd, uitgezonderd het e-mailbericht van 2 augustus 2013.
- 5.7. Ter zitting is door de zorgverzekeraar zijn standpunt herhaald. Voorts is door de zorgverzekeraar verklaard dat een betalingsregeling mogelijk is.
- 5.8. 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 16 van de "Algemene voorwaarden" van de zorgverzekering (2013) en artikel 18 van de "Algemene voorwaarden" van de zorgverzekering (2014) 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 de hoogte van de betalingsachterstand en de hernieuwde aanmelding bij het CVZ op 14 november 2013.

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 9 van de "Algemene voorwaarden" van de zorgverzekering (2013) en artikel 8 van de "Algemene voorwaarden" van de zorgverzekering (2014) is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.

8.3. 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 CVZ, thans 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.

8.4. Voor zover hier van belang, bepalen de artikelen 18a, 18b en 18c Zvw het volgende:

“Artikel 18a

1. Uiterlijk tien werkdagen nadat ten aanzien van een zorgverzekering een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van twee maandpremies is geconstateerd, doet de zorgverzekeraar de verzekeringnemer een aanbod tot het treffen van een betalingsregeling.

2. De betalingsregeling bestaat ten minste uit de volgende elementen:

a. een machtiging van de verzekeringnemer aan de zorgverzekeraar tot maandelijks automatische incasso van nieuw vervallende termijnen van de premie dan wel een opdracht aan een derde van wie de verzekeringnemer periodieke betalingen ontvangt, om namens hem en onder inhouding van de desbetreffende bedragen op deze betalingen, periodiek rechtstreeks aan de zorgverzekeraar het bedrag van nieuw vervallende termijnen van de premie te betalen,

b. afspraken inzake de afwikkeling van de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden van de verzekeringnemer aan de zorgverzekeraar, inclusief rente en incassokosten, en de termijnen waarbinnen betaling zal plaatsvinden, en

c. een toezegging van de zorgverzekeraar, inhoudende dat hij de zorgverzekering of de dekking daarvan gedurende de looptijd van de betalingsregeling niet om reden van het bestaan van de schulden, bedoeld in onderdeel b, zal beëindigen, schorsen of opschorten, zolang de verzekeringnemer de machtiging of de opdracht, bedoeld in onderdeel a, niet intrekt en de afspraken, bedoeld in onderdeel b, nakomt.

3. Indien de verzekeringnemer een ander heeft verzekerd en ten aan zien van diens verzekering een premieachterstand als bedoeld in het eerste lid is ontstaan, omvat het aanbod, bedoeld in het eerste lid, tevens een bereidverklaring opzegging van deze verzekering met ingang van de dag waarop de betalingsregeling van kracht wordt, te aanvaarden, mits:

a. de verzekerde zichzelf uiterlijk met ingang van dezelfde dag krachtens een andere zorgverzekering verzekerd heeft, en

b. deze, indien deze zorgverzekering bij dezelfde zorgverzekeraar is gesloten, terzake van de premie voor deze verzekering een volmacht of opdracht als bedoeld in het tweede lid, onderdeel a, heeft gegeven.

4. Tegelijk met het aanbod deelt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer schriftelijk mee dat deze een termijn van vier weken heeft om het te aanvaarden, waarbij de verzekeraar bovendien aangeeft wat de gevolgen zullen zijn indien het aanbod niet wordt aanvaard en de premieschuld, rente en incassokosten buiten beschouwing gelaten, tot zes of meer maandpremies zal zijn opgelopen, en wijst hij de verzekeringnemer op de mogelijkheid van schuldhulpverlening, waarbij hij tevens informatie verstrekt over de vormen hiervan en wijze waarop deze kan worden verzocht.

5. Indien het derde lid van toepassing is, zendt de zorgverzekeraar de verzekerde tegelijk met de verzending van de in het eerste tot en met vierde lid bedoelde stukken aan de verzekeringnemer, afschriften van deze stukken.”

“Artikel 18b

1. Zo spoedig mogelijk nadat ten aanzien van een zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van vier maandpremies is geconstateerd, deelt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde mee dat hij voornemens is over te gaan tot de melding, bedoeld in artikel 18c, zodra de premieschuld de daar bedoelde hoogte zal hebben bereikt, tenzij de verzekeringnemer of de verzekerde hem uiterlijk vier weken na ontvangst van de mededeling heeft laten weten, het bestaan van de schuld of de hoogte ervan te betwisten.

2. Ingeval van tijdige betwisting als bedoeld in het eerste lid deelt de zorgverzekeraar, indien deze na onderzoek zijn standpunt handhaaft, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde mee dat hij het voornemen tot melding tot uitvoering zal brengen zodra de premieschuld de in artikel 18c, eerste lid, bedoelde hoogte zal hebben bereikt, tenzij de verzekeringnemer of de verzekerde binnen een termijn van vier weken na ontvangst van de in dit lid bedoelde mededeling een geschil hierover heeft voorgelegd aan een onafhankelijke instantie als bedoeld in artikel 114 of aan de burgerlijke rechter.

3. Indien een betalingsregeling als bedoeld in artikel 18a ingaat nadat ten aanzien van de zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van vier maandpremies is ontstaan, laat de zorgverzekeraar de in het eerste lid bedoelde melding achterwege zolang de nieuw vervallende termijnen van de premie worden voldaan.”

“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 CVZ, 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 aantoont 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.”

8.5. 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 de artikelen 18a, 18b en 18c Zvw, 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 de artikelen 18a, 18b en 18c Zvw uitsluitend de premie voor de zorgverzekering van belang.

8.6. In de memorie van toelichting op het Wetsvoorstel Structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering (TK 2008-2009, 31736, nr. 3, pagg. 35-36) wordt in dit verband opgemerkt:

"Heeft een verzekeringnemer of verzekerde reeds naar aanleiding van het aanbod, bedoeld in artikel 18a Zvw, het bestaan van de premieschuld of de (toenmalige) hoogte ervan betwist, dan geldt dat, tenzij er inmiddels een voor hem negatief uitvallende herbeoordeling heeft plaatsgevonden, overigens tevens als betwisting van de vierdemaandswaarschuwing. Dat volgt uit de redactie van artikel 18b, eerste lid, dat zegt dat de verzekeringnemer of de verzekerde de verzekeraar uiterlijk vier weken na ontvangst van de vierdemaandsmelding moet laten weten dat hij het bestaan of de hoogte van de schuld betwist. Die formulering laat de mogelijkheid open, dat dergelijke betwisting reeds voor ontvangst van de vierdemaandsmelding (bijvoorbeeld naar aanleiding van het tweedemaandsaanbod) heeft plaatsgevonden. Aldus wordt voorkomen dat een verzekeringnemer of verzekerde die zijn zorgverzekeraar al direct na het tweedemaandsaanbod heeft laten weten dat er volgens hem helemaal geen premieachterstand is en die daarop nog geen reactie heeft ontvangen, dat nog eens moet doen naar aanleiding van de vierdemaandsmelding."

8.7. Artikel 3:307 lid 1 BW luidt:

"Een rechtsvordering tot nakoming van een verbintenis uit overeenkomst tot een geven of een doen verjaart door verloop van vijf jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waarop de vordering opeisbaar is geworden."

9. Beoordeling van het geschil

Hoogte betalingsachterstand


9.1. Door de zorgverzekeraar is een financieel overzicht overgelegd. Hieruit blijkt dat de betalingsachterstand van € 3.126,90 ziet op de jaren 2007, 2008, 2009 en 2010. In het jaar 2007 zijn de premies voor de maanden augustus tot en met december onbetaald gebleven, voor een totaalbedrag van € 456,--. In het jaar 2008 zijn de premies voor de maanden maart tot en met september, november en december, en een zorgkostennota van € 150,-- onbetaald gebleven. Het totaal openstaande bedrag voor dat jaar bedraagt € 936,60. In het jaar 2009 zijn een gedeelte van de premie voor februari (€ 82,05), de premies voor de maanden augustus tot en met december, en een zorgkostennota van € 155,-- onbetaald gebleven. Het totaal openstaande bedrag voor dat jaar bedraagt € 700,80. In het jaar 2010 zijn de premies voor de maanden januari tot en met september, en een zorgkostennota van € 165,-- onbetaald gebleven, voor een totaalbedrag van € 1.033,50. Hiermee bedraagt de totale betalingsachterstand € 3.126,90. Door verzoeker is niet aannemelijk gemaakt dat voornoemde posten wél zijn voldaan. Daarom heeft de door de zorgverzekeraar gestelde betalingsachterstand als juist te gelden.

9.2. Verzoeker beroept zich op verjaring van de vordering. Door hem is in dat verband gesteld dat hij de herinneringen en aanmaningen van de zorgverzekeraar en diens incassogemachtigde niet dan wel niet allemaal heeft ontvangen. Specifiek wijst verzoeker op de betalingsherinnering van 11 augustus 2008. Verzoeker stelt dat door de zorgverzekeraar de verjaring niet is gestuit. De zorgverzekeraar voert hiertegen aan dat aan verzoeker diverse herinneringen en aanmaningen zijn gezonden, die ook door hem zijn ontvangen, waardoor de verjaring van de vordering is gestuit. Dienaangaande merkt de commissie het volgende op.


- 9.3. De hoofdregel van artikel 3:37 lid 3 BW is dat een tot een bepaalde persoon gerichte verklaring, om haar werking te hebben, die persoon moet hebben bereikt. Dit is slechts anders indien het niet ontvangen het gevolg is van een eigen handeling, een handeling van personen voor wie hij aansprakelijk is, of van andere omstandigheden die zijn persoon betreffen en rechtvaardigen dat hij het nadeel draagt. Het antwoord op de vraag wanneer kan worden gezegd dat een verklaring door de geadresseerde is ontvangen, wordt noch in de wettekst noch in de daarbij behorende toelichting gegeven. Indien de ontvangst van de verklaring wordt betwist, brengt een redelijke, op de behoeften van de praktijk afgestemde, uitleg mee dat de afzender in beginsel feiten of omstandigheden dient te stellen en zo nodig te bewijzen waaruit volgt dat de verklaring door hem is verzonden naar een adres waarvan hij redelijkerwijs mocht aannemen dat de geadresseerde aldaar door hem kon worden bereikt, en dat de verklaring aldaar is aangekomen. Als adres in vorenbedoelde zin kan in beginsel worden aangemerkt het adres als vermeld in de Basisregistratie Personen (BRP), dan wel, gelet op het bepaalde in artikel 7:933 BW, het laatst bekende adres van de verzekerde.
- 9.4. Naar het oordeel van de commissie is door de zorgverzekeraar voldoende aannemelijk gemaakt dat de herinneringen en aanmaningen - ook die van diens incassogemachtigde - zijn gezonden naar het laatst bekende adres van verzoeker. Dat dit een correct adres is wordt bevestigd door het feit dat verzoeker ook brieven van andere instanties op bedoeld adres heeft ontvangen. In dit verband wordt overwogen dat de zorgverzekeraar geen afschriften van originele brieven heeft overgelegd, doch enkel de 'platte tekst' in combinatie met een historisch overzicht van de adressen van verzoeker. Het gegeven dat geen afschriften van de verzonden brieven kunnen worden aangeleverd komt in een geval als het onderhavige, waarbij de ontvangst van de brieven wordt betwist, voor risico van de zorgverzekeraar. Echter, verzoeker heeft diverse malen gereageerd - bijvoorbeeld bij e-mailberichten van 20 november 2009 en 12 november 2011 - op brieven van de zorgverzekeraar dan wel diens incassogemachtigde, waaruit kan worden afgeleid dat de onderliggende correspondentie, althans een deel daarvan, verzoeker heeft bereikt. Hierdoor is de verjaring van de betreffende vordering gestuit en slaagt het beroep van verzoeker niet.

Aanmelding CVZ


- 9.5. De zorgverzekeraar heeft verzoeker op 14 november 2013 opnieuw aangemeld bij het CVZ. Hieraan voorafgaand, te weten op 10 januari 2013, was verzoeker per abuis afgemeld. De vordering die ten grondslag lag aan de aanmelding in 2010, en die was ondergebracht bij de incassogemachtigde onder dossiernummer 2780505, bestond op 10 januari 2013 nog steeds. Van de hoofdsom ten bedrage van € 3.126,90 is in de tussentijd door verzoeker niets afbetaald. Het dossier is door de incassogemachtigde teruggegeven aan de zorgverzekeraar. In de periode ná 10 januari 2013 zijn door verzoeker weliswaar de lopende maandpremies aan de zorgverzekeraar voldaan, maar er zijn geen betalingen uitgevoerd ter delging van de achterstand. Aldus was op 14 november 2013 nog immer sprake van een betalingsachterstand van € 3.126,90.
- 9.6. Artikel 18c lid 2 Zvw bepaalt dat de aanmelding bij het CVZ onder meer niet geschiedt gedurende de termijn dat de verzekeringnemer een geschil over de vierdemaandswaarschuwing kan voorleggen aan de rechter of de Geschillencommissie Zorgverzekeringen. De zorgverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 29 juli 2013 geïnformeerd over het bestaan van een premieachterstand voor de zorgverzekering van minimaal vier maandpremies (de brief als bedoeld in artikel 18b Zvw). Verzoeker heeft onder meer bij brief van 29 juli 2013 het bestaan van de schuld, dan wel de hoogte daarvan, betwist (hierna: de betwisting). Bij brief van 16 augustus 2013 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven. Voorts heeft verzoeker om een herbeoordeling verzocht. Bij brief van 19 september 2013 heeft de zorgverzekeraar wederom aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven. Vervolgens heeft verzoeker zich op 25 en 30 september 2013 opnieuw tot de zorgverzekeraar gewend, ditmaal met de mededeling dat de vordering zou zijn verjaard. Bij e-mailbericht van 1 oktober 2013 heeft de zorgverzekeraar hierop gereageerd. Aan verzoeker is medegedeeld dat wordt



bestreden dat sprake is van verjaring. Bij klachtenformulier van 9 oktober 2013 heeft verzoeker een geschil over de vierdemaandswaarschuwing voorgelegd aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (hierna: SKGZ). De SKGZ heeft dit klachtenformulier ontvangen op 21 oktober 2013.




De commissie is van oordeel dat het e-mailbericht van de zorgverzekeraar van 1 oktober 2013 niet kan worden aangemerkt als een beslissing op de betwisting van de vierdemaandswaarschuwing, aangezien dit bericht enkel zag op de vermeende verjaring van de vordering. De - inhoudelijke - beslissingen op de betwisting van de vierdemaandswaarschuwing dateren van 16 augustus 2013 en 19 september 2013. Zodoende is het geschil niet binnen vier weken nadat verzoeker van de zorgverzekeraar de beslissingen op de betwisting heeft ontvangen voorgelegd aan de SKGZ.

- 
- 9.7. Derhalve mocht de zorgverzekeraar verzoeker op 14 november 2013 opnieuw aanmelden bij het CVZ.



Conclusie

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



10. Het bindend advies

- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 3 december 2014,



Voorzitter