

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, en De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak : Premie, premieachterstand, hoogte betalingsachterstand
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2014-2019, artt. 8a en 16 Zvw, Voorwaarden aanvullende
ziektekostenverzekering 2014
Zaaknummer : 202200896
Zittingsdatum : 8 maart 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden, en
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij klachtenformulier van 25 mei 2022 bij de SKGZ een klacht ingediend over de ziektekostenverzekeraar. Nadien heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen bemiddeld waarbij verzoeker bij e-mailbericht van 17 november 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) heeft gevraagd een uitspraak te doen. Op 22 december 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 20 januari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Bij e-mailbericht van 1 februari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie een aangepast financieel overzicht gestuurd. Afschriften van beide reacties zijn naar verzoeker gestuurd. Bij brief van 2 februari 2023 heeft verzoeker hierop gereageerd. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.3. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 maart 2023 gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.4. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar verzocht de volgende informatie te verstrekken:
 - (i) een nieuw financieel overzicht naar de stand van de zittingsdatum of later;
 - (ii) duidelijkheid te verschaffen over het verschil tussen de financiële overzichten van 24 januari 2023 en 2 februari 2023;
 - (iii) duidelijkheid te verschaffen over het verschil tussen het financieel overzicht van 2 februari 2023 en het overzicht bedoeld onder (i);
 - (iv) duidelijkheid te geven over de vermelding van '1 januari 2019' als ingangsdatum op de polisbladen, en
 - (v) na te gaan of het mogelijk is dat verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar een vaste contactpersoon kan krijgen.Bij brief van 16 maart 2023 (door de commissie ontvangen op 21 maart 2023) heeft de ziektekostenverzekeraar de gevraagde informatie verstrekt. Een kopie van deze reactie is, eveneens op 21 maart 2023, aan verzoeker gestuurd, die daarbij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Bij e-mailbericht van 22 maart 2023 heeft verzoeker hiervan gebruik gemaakt. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop bij e-mailbericht van 28 maart 2023 gereageerd. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan verzoeker gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was tot en met 31 december 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zelf Bewust Polis (hierna: de zorgverzekering). Daarnaast was tot en met 30 september 2014 sprake van een aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. De commissie heeft in een eerder gerezen geschil tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar op 20 mei 2020 een bindend advies uitgebracht.
- 3.3. Verzoeker heeft bij meerdere gelegenheden de ziektekostenverzekeraar verzocht de hoogte van de betalingsachterstand te corrigeren. Bij brieven van verschillende data heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld hiertoe niet over te gaan.

4. Standpunt verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden:
 - (i) de verhoging van de betalingsachterstand met een bedrag van € 341,96 ongedaan te maken;
 - (ii) de ingangsdatum van de zorgverzekering correct vast te stellen, en
 - (iii) de hoogte van de betalingsachterstand correct te berekenen.
- 4.2. Verzoeker heeft in dit verband aangevoerd dat hij al gedurende langere tijd met de ziektekostenverzekeraar van mening verschilt over de hoogte van de betalingsachterstand. Telkens kloppen er zaken niet in de administratie van de ziektekostenverzekeraar. In de eerste plaats heeft verzoeker in het verleden alleen een aanvraag gedaan voor een AV Tand Optimaal online verzekering en niet voor een zorgverzekering. Van enige vorm van wilsovereenstemming tussen partijen met betrekking tot laatstgenoemde verzekering is geen sprake. Verzoeker stelt de verschuldigde premie voor de AV Tand Optimaal online verzekering te hebben betaald en niet voor een andere verzekering. Ten tweede heeft de ziektekostenverzekeraar zich op het standpunt gesteld dat verzoeker al vanaf 2014 bij hem is verzekerd op basis van een zorgverzekering. Wat dan opvalt is dat op het polisblad van de zorgverzekering een ingangsdatum van 1 januari 2019 staat vermeld. Dat voornoemde punten al tijdens een eerdere procedure bij de commissie aan de orde zijn geweest, is verzoeker niet bekend. Ten derde geldt dat, al zou sprake zijn van een betalingsachterstand, het opmerkelijk is dat verzoeker zijn zorgverzekering eind 2019 kon opzeggen en deze opzegging ook door de ziektekostenverzekeraar akkoord is bevonden. Op grond van de wet staat het namelijk verzekerden die een betalingsachterstand hebben niet vrij hun zorgverzekering op te zeggen. Dat dit wél is gebeurd maakt duidelijk dat ook de ziektekostenverzekeraar vindt dat geen sprake is van een bestaande schuld. Ten vierde dient, als thans nog sprake zou zijn van een betalingsachterstand, deze moet worden kwijtgescholden of gematigd, omdat verzoeker slachtoffer is van de Toeslagenaffaire.
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker herhaald dat hij bij de ziektekostenverzekeraar in 2014 alleen een aanvullende ziektekostenverzekering heeft aangevraagd. Het is voor verzoeker daarom tot op heden niet duidelijk waarom ook premie voor de zorgverzekering van hem wordt gevorderd. Daar komt bij dat op de polisbladen van zowel 2019 als 2020 een ingangsdatum van 1 januari 2019 staat vermeld. Dit laat zien dat ook de ziektekostenverzekeraar van mening is dat de ingangsdatum van de zorgverzekering niet juist is vastgesteld. Verder is door verzoeker benadrukt dat hij niet eerder dan in 2022 door de ziektekostenverzekeraar op de hoogte is gebracht van het bestaan van de vordering van € 341,96, waarbij voor hem niet duidelijk is waarop dit bedrag überhaupt betrekking heeft. Voorts verschilt verzoeker al geruime tijd met de ziektekostenverzekeraar van mening over het nog te betalen bedrag. Telkens komt de ziektekostenverzekeraar met een ander bedrag dat nog

openstaat. Zelfs in de onderhavige procedure zijn kort na elkaar door de ziektekostenverzekeraar twee verschillende financiële overzichten overgelegd. Als naar het overzicht van 24 januari 2023 wordt gekeken, kan alleen maar worden vastgesteld dat dit overzicht niet klopt.

- 4.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoeker te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.
- 4.5. In reactie op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 16 maart 2023 heeft verzoeker primair gesteld dat dit stuk niet door de commissie bij de beoordeling mag worden betrokken. Tijdens de hoorzitting op 8 maart 2023 is namelijk afgesproken dat de ziektekostenverzekeraar binnen een week een reactie zou geven. Kennelijk zonder uitstel te vragen, heeft de ziektekostenverzekeraar pas met dagtekening 16 maart 2023 (door de commissie ontvangen op 21 maart 2023) een reactie gestuurd. Omdat de reactie na de afgesproken termijn is ontvangen, dient deze als tardief te worden aangemerkt.
- Subsidiar stelt verzoeker dat ook het nieuwe overzicht van 16 maart 2023 niet klopt. De ziektekostenverzekeraar stelt namelijk dat op 1 januari 2014 zorgkosten van totaal € 144,- zijn gedeclareerd en verrekend met het eigen risico. Het komt verzoeker niet aannemelijk voor dat op de eerste dag dat de verzekering is ingegaan al zorgkosten zijn gemaakt. Daarnaast worden in het overzicht van 16 maart 2023 weer andere verschuldigde bedragen genoemd dan in de eerdere overzichten zijn vermeld.
- Tot slot geeft de ziektekostenverzekeraar, anders dan door het toezenden van polisbladen, geen verklaring waarom op de polisbladen van 2019 en 2020 een ingangsdatum van 1 januari 2019 staat vermeld.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat verzoeker vanaf 2014 bij hem is verzekerd tegen ziektekosten. Nadien is op de polis van verzoeker een betalingsachterstand ontstaan waarover de ziektekostenverzekeraar al gedurende langere tijd met verzoeker van mening verschilt. Hierover heeft de commissie in 2020 een bindend advies uitgebracht. Daarin is onder andere vastgesteld welke verzekeringsovereenkomsten tussen verzoeker en ziektekostenverzekeraar zijn tot stand gekomen en met ingang van welke datum, alsmede dat de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het CAK destijds terecht heeft plaatsgevonden. Op 24 april 2022 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar opnieuw benaderd met de mededeling dat bij hem ten onrechte een bedrag van € 341,96 in rekening is gebracht. Hoewel genoemd bedrag ook al deel uitmaakte van de bedragen die aan de orde waren in het zo-even genoemde bindend advies en aan verzoeker al waren gespecificeerd in een declaratieoverzicht van 21 november 2019, heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker uitgelegd dat dit betrekking heeft op zorgkosten (€ 332,45) van een GGZ-instelling gedurende de periode van 16 september 2019 tot en met 15 november 2019, en zorgkosten (€ 9,51) van een apotheek van 1 oktober 2019. Beide kostenposten zijn verrekend met het nog openstaande eigen risico 2019. Verzoeker is hiervan ook op de hoogte gebracht. Verder tekent de ziektekostenverzekeraar aan dat genoemde vordering was opgenomen in de op 22 maart 2022 met verzoeker afgesproken betalingsregeling.
- 5.2. De betalingsachterstand over de periode van 1 januari 2014 tot 31 januari 2023 bedraagt naar de stand van 1 februari 2023 totaal € 1.113,92, exclusief incassokosten en rente. Voor zover verzoeker stelt dat (een deel van) de vordering dient te worden kwijtgescholden omdat hij slachtoffer is van de Toeslagenaffaire geldt dat verzoeker zich alleen heeft aangemeld als slachtoffer. Door verzoeker zijn geen nadere stukken overgelegd waaruit blijkt dat hij door de Belastingdienst daadwerkelijk is aangemerkt als slachtoffer van de Toeslagenaffaire. Tot kwijtschelding dan wel matiging van de vordering op die grond ziet de ziektekostenverzekeraar dan ook geen aanleiding.
- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hij bij zijn brief van 20 januari 2023 een financieel overzicht heeft meegestuurd. Omdat dit overzicht later niet juist bleek te zijn, is bij e-mailbericht van 1 februari 2023 een nieuw financieel overzicht gestuurd. Een groot

deel van het bedrag dat nu nog openstaat is al eerder door de commissie vastgesteld. Ook de door verzoeker betwiste vordering van € 341,96 maakt hier deel van uit. Los daarvan geldt dat de ziektekostenverzekeraar het standpunt van verzoeker dat hij pas in 2022 bekend is geworden met deze vordering niet deelt. Aan verzoeker is namelijk al op 21 november 2019 een declaratieoverzicht gestuurd met een specificatie van de bij hem in rekening gebrachte bedragen. Hieruit kan worden afgeleid dat door verzoeker een bedrag van totaal € 341,96 moet worden betaald. Vervolgens is hem op 22 november 2019 een e-mailbericht gestuurd met daarin de mededeling dat het bedrag van € 341,96 rond 15 december 2019 van zijn rekening zal worden afgeschreven. Kort na dit e-mailbericht (te weten op 27 november 2022) is er met verzoeker telefonisch contact geweest, bij welke gelegenheid hij heeft verzocht het bedrag van € 341,96 mee te nemen in de eerder afgesproken betalingsregeling. Hiermee is door de ziektekostenverzekeraar toen ingestemd.

- 5.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.
- 5.5. Bij brief van 16 maart 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de betalingsachterstand over de periode van 1 januari 2014 tot en met 28 februari 2023 naar de stand van 1 maart 2023 € 1.088,92, exclusief incassokosten en rente, bedraagt. In vergelijking met het financieel overzicht dat op 1 februari 2023 is overgelegd is de betalingsachterstand verminderd. Dit komt doordat verzoeker twee betalingen van € 12,50 heeft gedaan.
- 5.6. Naar aanleiding van het e-mailbericht van 22 maart 2023 van verzoeker stelt de ziektekostenverzekeraar dat deze reactie niet door de commissie dient te worden meegenomen, tenzij de ziektekostenverzekeraar ook in de gelegenheid wordt gesteld inhoudelijk te reageren.

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 2.12 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) over de verschuldigdheid van premie en de mogelijkheid op te zeggen bij een premieachterstand zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. In de procedure die heeft geleid tot het eerder genoemde bindend advies van 20 mei 2020 heeft verzoeker aan de commissie gevraagd te beslissen dat:
 - (i) er tussen hem en de ziektekostenverzekeraar geen verzekeringsovereenkomst bestaat;
 - (ii) de aanmelding door de ziektekostenverzekeraar als wanbetaler bij het CAK met ingang van 1 januari 2015 ten onrechte heeft plaatsgevonden;
 - (iii) de ziektekostenverzekeraar de aanmelding als wanbetaler bij het CAK ten onrechte met ingang van 1 december 2017 heeft opgeschort en met ingang van 1 februari 2019 heeft hervat;
 - (iv) de betalingsachterstand over de periode van 1 januari 2014 tot en met 31 december 2019 naar de stand van 4 februari 2020 ten onrechte is vastgesteld op € 1.910,56, exclusief rente en incassokosten.

In het bindend advies van 20 mei 2020 heeft de commissie deze verzoeken integraal afgewezen. Uit de overwegingen die tot deze beslissing hebben geleid volgt dat:

- (i) tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar met ingang van 1 januari 2014 een verzekeringsovereenkomst tot stand is gekomen waarbij verzoeker met ingang van die datum is verzekerd op grond van een zorgverzekering (in 2014 genaamd de 'Online Verzorgd Polis' en een aanvullende ziektekostenverzekering;
- (ii) verzoeker terecht met ingang van 1 januari 2015 door de ziektekostenverzekeraar is aangemeld als wanbetaler bij het CAK;
- (iii) de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het CAK met ingang van 1 december 2017 terecht is opgeschort en met ingang van 1 februari 2019 terecht is hervat;
- (iv) ondanks dat op 1 maart 2019 nog sprake was van een betalingsachterstand de ziektekostenverzekeraar heeft besloten verzoeker met ingang van die datum af te melden als wanbetaler bij het CAK;
- (v) de verzekeringsovereenkomst tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar met ingang van 1 januari 2020 is beëindigd, en de betalingsachterstand over de periode van 1 januari 2014 tot en met 31 december 2019 - naar de stand van 4 februari 2020 - € 1.910,56, exclusief opgekomen rente en incassokosten, bedroeg.

- 7.3. Voor zover verzoeker de mening is toegedaan dat gebondenheid aan het op 20 mei 2020 gewezen bindend advies in verband met inhoud of wijze van totstandkoming daarvan in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn, dient verzoeker de daarvoor door de wetgever opengestelde weg van artikel 7:904 BW (marginale toetsing door de overheidsrechter) te volgen. Dit betekent verder dat verzoeker de onderdelen (i) en (ii) van het thans aan de commissie gedane - onder 4.1. opgenomen - verzoek niet nogmaals, met een beroep op reeds eerder meegewogen feiten, aan de commissie kan voorleggen (*ne bis in idem*). Gesteld noch gebleken is dat verzoeker de weg van artikel 7:904 BW heeft bewandeld. Het is om deze reden dat de commissie de feiten en omstandigheden die partijen in de onderhavige procedure hebben gesteld met betrekking tot de periode waarop het eerdere bindend advies betrekking heeft voor kennisgeving aanneemt en aan die feiten en omstandigheden geen andere gevolgen kan verbinden dan door haar reeds in het eerdere bindend advies gedaan. De commissie kan zich daarom niet (opnieuw) uitlaten over de onderdelen (i) en (ii) van het verzoek, anders dan met de enkele constatering dat de naam van de Online Verzorgd Polis met ingang van 1 januari 2016 is veranderd in de Zelf Bewust Polis. Bij de beoordeling van onderdeel (iii) van het verzoek zal de commissie het eerdere bindend advies eveneens als uitgangspunt nemen. Hiertoe wordt als volgt overwogen.

Hoogte betalingsachterstand

- 7.4. In het bindend advies van 20 mei 2020 is bepaald dat de betalingsachterstand over de periode van 1 januari 2014 tot en met 31 december 2019 - naar de stand van 4 februari 2020 - € 1.910,56, exclusief opgekomen rente en incassokosten, bedraagt. Dit betekent dat enkel de vraag ter beantwoording voorligt welke vorderingen ná 4 februari 2020 zijn opgekomen en welke bedragen door verzoeker na genoemde datum zijn betaald.
- 7.5. Om inzicht te geven in de actuele hoogte van de betalingsachterstand, heeft de ziektekostenverzekeraar bij zijn brief van 20 januari 2023 een financieel overzicht in de vorm van een Excel-bestand overgelegd. Dit overzicht geeft de stand weer per 20 januari 2023. Uit het overzicht blijkt dat verzoeker over de periode van 1 januari 2014 tot en met 31 januari 2023 niet alle verschuldigde bedragen heeft betaald. In totaal staat volgens de ziektekostenverzekeraar nog een bedrag open van € 1.138,92, exclusief incassokosten en rente. Bij e-mailbericht van 1 februari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie bericht dat het op 20 januari 2023 toegestuurde overzicht niet juist is. Als bijlage heeft de ziektekostenverzekeraar een nieuw financieel overzicht overgelegd, naar de stand van 1 februari 2023. Uit dit overzicht volgt dat de betalingsachterstand over de periode van 1 januari 2014 tot en met 31 januari 2023 € 1.113,92, exclusief incassokosten en rente, bedraagt. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar verzocht duidelijkheid te verschaffen over het verschil tussen de financiële overzichten per 20 januari 2023 en dat per 1 februari 2023. Daarnaast heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar

verzoekt een actueel financieel overzicht over te leggen. Bij brief van 16 maart 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd op het door de commissie gedane verzoek en een financieel overzicht naar de stand van 1 maart 2023 aangeleverd. Uit dit laatste overzicht volgt dat de betalingsachterstand over de periode van 1 januari 2014 tot en met 28 februari 2023 € 1.088,92, exclusief incassokosten en rente, bedraagt.

- 7.6. Nadat de reactie van de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker was gestuurd heeft verzoeker, naast een inhoudelijke reactie, de commissie verzocht de reactie van de ziektekostenverzekeraar buiten beschouwing te laten. Dit omdat de reactie van de ziektekostenverzekeraar na de afgesproken termijn van één week door de commissie is ontvangen. De commissie zal het door verzoeker gedane verzoek passeren omdat, uitgaande van de situatie ná 4 februari 2020, het financieel overzicht van 1 maart 2023 ten opzichte van die van 1 februari 2023 in het voordeel van verzoeker is aangepast. Door verzoeker zijn namelijk volgens de ziektekostenverzekeraar twee betalingen van € 12,50 gedaan. De commissie zal in hetgeen hierna volgt uitgaan van het financieel overzicht naar de stand van 1 maart 2023.
- 7.7. Uit bedoeld overzicht blijkt dat verzoeker over de periode van 1 januari 2014 tot en met 28 februari 2023 niet alle verschuldigde bedragen heeft betaald. In totaal staat volgens de ziektekostenverzekeraar nog een bedrag open van € 1.088,92, exclusief incassokosten en rente. De commissie stelt vast dat hierin alle ná 4 februari 2020 (dit is de datum van het financiële overzicht waarop het eerdere bindend advies is gebaseerd) verschuldigde en ontvangen bedragen zijn verwerkt. Verzoeker heeft niet aannemelijk gemaakt dat hij meer of andere betalingen heeft gedaan dan die in het overzicht naar de stand van 1 maart 2023 zijn vermeld. De commissie acht dit overzicht daarom juist. De stelling van verzoeker dat hij slachtoffer is van de Toeslagenaffaire kan niet leiden tot een ander oordeel om reden dat de ziektekostenverzekeraar onweersproken heeft gesteld dat niet is gebleken dat verzoeker door de Belastingdienst officieel als slachtoffer is aangemerkt, terwijl de commissie ook niet uit andere hoofde moet uitgaan van de juistheid van de stelling van verzoeker. Afgezien daarvan leidt ook een eventueel erkend slachtofferschap er niet toe dat, zo de stellingen van verzoeker in die zin moeten worden begrepen, de ziektekostenverzekeraar de bestaande vorderingen zou moeten kwijtschelden of matigen. Verzoeker heeft geen nadere feiten en omstandigheden gesteld, noch zijn deze anderszins gebleken, die een dergelijke kwijtschelding of matiging rechtvaardigen. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de betalingsachterstand over de periode van 1 januari 2014 tot en met 28 februari 2023, naar de stand van 1 maart 2023, € 1.088,92, exclusief incassokosten en rente, bedraagt.

Slotsom

- 7.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
8. **Bindend advies**
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 24 april 2023,

A.I.M. van Mierlo

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Zorgverzekeringswet

Artikel 8a

1. Nadat de zorgverzekeraar de verzekeringnemer heeft aangemaand tot betaling van een of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie, kan de verzekeringnemer gedurende de tijd dat de verschuldigde premie, rente en incassokosten niet zijn voldaan, de zorgverzekering niet opzeggen, tenzij de zorgverzekeraar de zorgverzekering of de dekking daarvan heeft geschorst of opgeschort.
2. Het eerste lid lijdt uitzondering indien de zorgverzekeraar de verzekeringnemer binnen twee weken te kennen geeft de opzegging te bevestigen.

Zorgverzekeringswet

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 of 18e.

verzekering met ons aan te gaan, wordt u (verzekeringnemer) geacht ons hiervoor een machtiging te hebben verleend.

g. Als u (verzekeringnemer) het verplicht en/of vrijwillig eigen risico niet op tijd betaalt, kunnen wij administratiekosten, invorderingskosten en wettelijke rente in rekening brengen.

2.9 Premiebetaling

Let op! Wij hebben het liefst dat u (verzekeringnemer) de volgende bedragen via een automatische incasso betaalt:

- premie;
- verplicht en vrijwillig eigen risico;
- wettelijke eigen bijdragen;
- eigen betalingen;
- eventuele overige vorderingen.

Kiest u (verzekeringnemer) ervoor om op een andere manier te betalen dan via een automatische incasso? Dan kan het zijn dat u daarvoor administratiekosten moet betalen.

a. De premiegrondslag (bruto premie) voor deze verzekering staat vermeld op het polisblad en is ook te vinden op onze website. Op de premiegrondslag kunnen eventueel een collectiviteitkorting en korting op basis van een gekozen vrijwillig eigen risico worden toegepast. De verschuldigde premie bestaat uit de premiegrondslag na aftrek van een mogelijke collectiviteitkorting en/of korting in verband met een vrijwillig eigen risico.

b. Zodra de collectieve overeenkomst waaraan de verzekeringnemer een premiekorting ontleent wordt ontbonden, vervalt ook het recht op de korting. Ook vervalt het recht op korting zodra u niet meer voldoet aan de voorwaarden voor toegang tot de collectiviteit. Wij controleren dit periodiek door middel van het voorleggen van uw naam, adres en woonplaats aan de contractspartner van de collectiviteit.

c. Als verzekeringnemer bent u verplicht de premie en de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen bij vooruitbetaling te voldoen. Dit kan per maand, kwartaal, halfjaar of kalenderjaar. Een uitzondering hierop geldt wanneer u deelneemt aan een collectiviteit die de premie rechtstreeks aan ons betaalt. In dat geval is alleen vooruitbetaling per maand mogelijk.

Let op! Als verzekeringnemer bent en blijft u zelf verantwoordelijk voor de premiebetaling, ook als er bijvoorbeeld bij een collectief contract is afgesproken dat de premiebetaling door de werkgever wordt voldaan en deze in gebreke blijft.

d. U betaalt als verzekeringnemer de premie en overige verschuldigde bedragen door middel van een automatische incasso, via een overzicht of met een elektronische betaling.