

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C en E beide te D
Zaak : Premie, betalingsachterstand, aanmelding CVZ, incassokosten,
aanvullende ziektekostenverzekering, declaraties
Zaaknummer : 2011.01801
Zittingsdatum : 7 december 2011

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2008-2010, paragraaf 3.3 Zvw, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008-2010)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C en

2) E beide te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Verzoekster was tot 1 januari 2011 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Basispolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Comfortpolis afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle hiervoor genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De aanvullende ziektekostenverzekering is met ingang van 1 augustus 2010 beëindigd.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Bij brief van 20 juli 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster meegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van vier of meer maanden.
- 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster op 27 september 2010 aangemeld bij het College voor zorgverzekeringen (CVZ), in verband met een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van zes of meer maanden.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster op 24 november 2010 afgemeld bij het CVZ.
- 3.4. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormeld standpunt gevraagd. Bij brieven van 30 augustus 2010, 8 november 2010, 28 maart 2011 en 15 juli 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. Bij brief van 23 juli 2011 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar haar ten onrechte heeft aangemeld bij het CVZ, dat ten onrechte incassokosten bij haar in rekening worden gebracht, dat geen sprake is van een betalingsachterstand en dat

gedeclareerde kosten van fysiotherapie en podotherapie uit december 2009 ten onrechte niet zijn vergoed (hierna: het verzoek).

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 5 oktober 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 27 oktober 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Verzoekster heeft op 7 november 2011 gereageerd op het in overweging 3.7 bedoelde standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. De ziektekostenverzekeraar heeft op 5 oktober 2011 schriftelijk meegedeeld niet te willen worden gehoord. Verzoekster heeft op 7 november 2011 schriftelijk meegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.10. Verzoekster is op 7 december 2011 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Volgens verzoekster stelt de ziektekostenverzekeraar zich ten onrechte op het standpunt dat sprake is van een betalingsachterstand. Daartoe voert verzoekster aan dat zij de premie altijd heeft voldaan. De ziektekostenverzekeraar heeft diverse fouten gemaakt, met zowel het verwerken van betalingen als het uitbetalen van declaraties. Hierdoor heeft de ziektekostenverzekeraar het haar onmogelijk gemaakt de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 januari 2010 te beëindigen. Verzoekster heeft geweigerd de premie voor het jaar 2010 te betalen.
- 4.2. Verzoekster heeft uiteindelijk verklaard dat zij tot 1 januari 2011 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd wenst te zijn. Zij meent echter dat niet van haar kan worden gevergd dat zij voor 2010 de volledige premie betaalt. Daarom heeft zij de ziektekostenverzekeraar een voorstel gedaan inhoudende dat zij geen premie hoeft te betalen voor de aanvullende ziektekostenverzekering, en slechts de helft van de premie voor de zorgverzekering betaalt. Volgens verzoekster is de door de ziektekostenverzekeraar gestelde betalingsachterstand onjuist. Bovendien heeft de ziektekostenverzekeraar ten onrechte een incassogemachtigde ingeschakeld – met hoge incassokosten als gevolg –, en is zij ten onrechte aangemeld bij het CVZ.
- 4.3. Verder stelt verzoekster dat zij nog een bedrag van € 205,-- tegoed heeft ter zake van niet uitbetaalde declaraties van fysiotherapie en podotherapie uit december 2009.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de problemen zijn begonnen met de opzegging in december 2009. De ziektekostenverzekeraar heeft deze ten onrechte geweigerd. Verzoekster stelt dat zij na de brief van de ziektekostenverzekeraar van 11 februari 2010, waarin haar onder meer werd medegedeeld dat de in-

cassokosten zouden vervallen, nog meermalen is benaderd door de incassogemachtigde. De kwestie spitst zich nu toe op de aanmelding bij het CVZ en de nota's van fysiotherapie en podotherapie. De behandelingen door de fysiotherapeut werden eerst door deze rechtstreeks gedeclareerd. Op enig moment kreeg de fysiotherapeut de nota's niet meer betaald. Verzoekster heeft de nota's toen zelf voldaan en deze ter declaratie ingediend. Dit ging twee keer goed, maar een derde nota ad € 55,-- bleef onbetaald. Daarnaast heeft zij € 150,-- gedeclareerd ter zake van podotherapie. De ziektekostenverzekeraar heeft deze nota's niet uitbetaald, maar verrekend met de premie.

- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
 - 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de zorgverzekering van verzoekster is beëindigd met ingang van 1 januari 2011. De aanvullende ziektekostenverzekering is met ingang van 1 augustus 2010 beëindigd.
 - 5.2. Naar de stand van 5 oktober 2011 is sprake van een betalingsachterstand van € 1.357,22 exclusief bijkomende kosten. De betreffende vordering is overgedragen aan een incassogemachtigde. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster haar premie niet tijdig betaald. Vanaf 2008 zijn er meermalen betalingsherinneringen aan haar verzonden.
 - 5.3. De ziektekostenverzekeraar stelt voorts dat sprake is geweest van een administratieve fout waardoor het leek of verzoekster eind 2009 een betalingsachterstand had. Hierdoor is verzoekster ten onrechte aangemeld bij het CVZ (welke aanmelding later is geannuleerd) en is de opzegging door verzoekster per ultimo 2009 ten onrechte niet gehonoreerd. De ziektekostenverzekeraar biedt hiervoor zijn excuses aan.
 - 5.4. In 2010 is op alle mogelijke manieren geprobeerd verzoekster tegemoet te komen, onder andere door haar uit coulance keuzevrijheid te geven in het bepalen van de einddatum van de zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering; de incassokosten niet bij haar in rekening te brengen, en haar af te melden bij het CVZ. Uiteindelijk is in 2010 overeenstemming bereikt, hetgeen is bevestigd in de brief van 11 februari 2010 aan verzoekster.
 - 5.5. Tot slot stelt de ziektekostenverzekeraar dat € 55,-- ter zake van fysiotherapie niet is vergoed, omdat deze rekening niet rechtstreeks door de zorgverlener is gedeclareerd. Verzoekster heeft deze rekening in december 2009 zelf gedeclareerd, waarna haar is verzocht de rekening door de zorgverlener te laten indienen. Hierop is echter geen reactie ontvangen. De kosten van podotherapie zijn vergoed tot het maximum dat geldt voor de aanvullende ziektekostenverzekering.
 - 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het onderhavige verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. Het bestaan van de in overweging 2.1 omschreven verzekeringsrelatie, het verschuldigd zijn van de premie voor de afgesloten verzekeringen en de hoogte van de periodiek verschuldigde premie voor deze verzekeringen zijn niet in geschil. In geschil zijn de door de ziektekostenverzekeraar genoemde betalingsachterstand, de aanmelding bij het CVZ, het in rekening brengen van incassokosten, en de gedeclareerde kosten van fysiotherapie en podotherapie uit december 2009.

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 14 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.
- 8.3. De (wijze van) premiebetaling voor de aanvullende ziektekostenverzekering is geregeld in artikel 9 van de 'Algemene voorwaarden' van de aanvullende ziektekostenverzekering. Hierbij is onder meer geregeld dat de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering bij vooruitbetaling is verschuldigd.
- 8.4. In artikel 14 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en artikel 9 van de 'Algemene voorwaarden' van de aanvullende ziektekostenverzekering zijn de gevolgen van het niet tijdig of niet betalen van de premie geregeld. Hierbij is onder meer geregeld dat de ziektekostenverzekeraar incassokosten bij een verzekerde in rekening kan brengen.
- 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 College voor zorgverzekeringen. 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 CVZ 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, bepalen de artikelen 18b en 18c Zvw het volgende:

“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 College zorgverzekeringen, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, aan de verzekerde.
2. De melding geschiedt niet:
 - a. in geval van tijdige betwisting als bedoeld in artikel 18b, eerste lid, zolang de zorgverzekeraar zijn standpunt dienaangaande niet aan de verzekeringnemer en, indien dit een ander dan de verzekeringnemer is, aan de verzekerde heeft kenbaar gemaakt;
 - 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 schuldhelpverlener 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.”

- 8.7. Uit de memorie van toelichting op het Wetsvoorstel Structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering (TK 2008-2009, 31736, nr. 3, pag. 28) kan worden afgeleid dat de premieachterstand als bedoeld in de artikelen 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 18b en 18c Zvw uitsluitend de premie voor de zorgverzekering van belang.

- 8.8. In de memorie van toelichting op het Wetsvoorstel Structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering (TK 2008-2009, 31736, nr. 3, pag. 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.”

- 8.9. Artikel 8 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2008-2010) regelt de aanspraak op paramedische zorg. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

*“(…)
medisch noodzakelijke fysiotherapie voor verzekerden van 18 jaar en ouder.
(…)
- door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgverlener: de medisch noodzakelijke behandelingen vastgesteld door de zorgverlener conform de afspraken tussen de zorgverlener en [naam ziektekostenverzekeraar].
- door niet-gecontracteerde zorgverlener: maximaal 80% van het laagst door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde tarief voor maximaal 12 behandelingen per verzekerde per kalenderjaar.
(…)”*

- 8.10. Artikel 11 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2008-2010) regelt de aanspraak op onder meer podotherapie. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

*“(…)
onderzoek, consult, orthesen, nagelbeugels, therapeutische zolen of (reparatie van) steunzolen.
(…)
maximaal € 150,- per verzekerde per kalenderjaar.
(…)”*

9. Beoordeling van het geschil

Opzegging met ingang van 1 januari 2010

- 9.1. Verzoekster heeft er mee ingestemd dat de verzekering wordt voortgezet tot 1 januari 2011. Zij acht zich echter niet gebonden de overeengekomen premie te betalen en heeft de ziektekostenverzekeraar een schikkingsvoorstel gedaan, inhoudende dat zij voor het jaar 2010 slechts de helft van de premie voor de zorgverzekering hoeft te betalen. Dit tegen de achtergrond dat er in 2009 diverse (administratieve) fouten door de ziektekostenverzekeraar zijn gemaakt, en verzoekster hierdoor de mogelijkheid is ontnomen de zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering te beëindigen met ingang van 1 januari 2010.

- 9.2. De commissie stelt vast dat verzoeker zich in 2010 niet elders tegen ziektekosten heeft verzekerd. Verder is gesteld noch gebleken dat zij, door de verlenging van de overeenkomst met een jaar, financieel of anderszins is benadeeld. Voor zover het verzoek er op is gericht dat de ziektekostenverzekeraar het schikkingsvoorstel alsnog dient te accepteren, is dit derhalve niet toewijsbaar.

Aanmelding CVZ

- 9.3. Uit een door de ziektekostenverzekeraar overgelegd overzicht van 5 oktober 2011 blijkt dat verzoekster met betrekking tot de periode van 1 januari 2008 tot en met 31 december 2010 – de periode dat zij verzekerd was bij de ziektekostenverzekeraar – € 3.753,84 is verschuldigd ter zake van premie. In voornoemde periode heeft verzoekster voor in totaal € 2.572,78 aan premiebetalingen uitgevoerd. Daartoe door de commissie in de gelegenheid gesteld, heeft verzoekster niet, althans onvoldoende, aannemelijk gemaakt dat meer of andere betalingen zijn gedaan, hoewel dit op haar weg lag. Naar de stand van 5 oktober 2011 is zodoende sprake van een premieachterstand van € 1.181,06 (€ 3.753,84 - € 2.572,78). Op 27 september 2010 – de datum van aanmelding bij het CVZ – was sprake van een premieachterstand van eenzelfde hoogte, en deze beliep ten minste zes maandpremies.
- 9.4. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de ziektekostenverzekeraar verzoekster terecht op 27 september 2010 heeft aangemeld bij het CVZ. Om hem moverende redenen heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster op 24 november 2010 afgemeld. In die beslissing zal de commissie niet treden.

Incassokosten

- 9.5. Door verzoekster is gesteld dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte incassokosten bij haar in rekening brengt. Uit de brief van 11 februari 2010 van de ziektekostenverzekeraar maakt de commissie op dat de ziektekostenverzekeraar de bij verzoekster in rekening gebrachte incassokosten laat vervallen. Voor zover de ziektekostenverzekeraar nog incassokosten van verzoekster vordert die betrekking hebben op de periode vóór 11 februari 2010, geschiedt zulks dus ten onrechte.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De ziektekostenverzekeraar heeft in eerste instantie de aanvullende ziektekostenverzekering gedurende de periode van 11 november 2008 tot en met 28 november 2008 geschorst. In de tussen partijen in 2010 bereikte overeenstemming is onder meer bepaald dat de aanvullende ziektekostenverzekering doorlopend van kracht zou zijn gedurende de periode van 1 januari 2008 tot 1 augustus 2010. Daarna is de aanvullende ziektekostenverzekering beëindigd. Een en ander blijkt uit een brief van de ziektekostenverzekeraar van 11 februari 2010.
- 9.7. Gelet op het voorgaande was in de periode van 1 januari 2008 tot 1 augustus 2010 (de dekking van) de aanvullende ziektekostenverzekering van kracht. Door verzoekster is gesteld dat zij € 205,-- tegoed heeft van de ziektekostenverzekeraar, dit in verband met niet uitbetaalde declaraties uit december 2009. Genoemd bedrag bestaat uit € 55,-- ter zake van fysiotherapie (2 maal € 27,50), en € 150,-- ter zake van podotherapie. Blijkens onder meer een afrekeningspecificatie van 9 februari 2010, heeft de

ziektekostenverzekeraar de € 55,-- niet vergoed, omdat de zorgverlener niet is gecontracteerd en de rekening niet rechtstreeks door de zorgverlener is gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster is verzocht de fysiotherapie overeenkomstig artikel 9 van de zorgverzekering (2008-2010) rechtstreeks te laten declareren door de zorgverlener. Aan dit verzoek heeft verzoekster, zo heeft de ziektekostenverzekeraar onweersproken gesteld, geen gehoor gegeven. De commissie is van oordeel dat het op de weg van verzoekster ligt de rekening op juiste wijze te declareren. De vordering die verzoekster meent te hebben op de ziektekostenverzekeraar komt derhalve niet voor toewijzing in aanmerking.

- 9.8. Ter zake van de podotherapie heeft de ziektekostenverzekeraar € 150,-- vergoed. Het totaalbedrag van de gedeclareerde rekeningen bedraagt € 200,15 (€ 176,15 + € 24,--). Deze kosten zijn gedeeltelijk vergoed, omdat de maximale vergoeding volgens artikel 11 (2008-2010) van de aanvullende ziektekostenverzekering reeds was verleend. De vergoeding is gedeeltelijk verrekend met de premie voor februari 2010 en het resterende bedrag is op 12 februari 2010 aan verzoekster overgemaakt.

Conclusie

- 9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen met betrekking tot de incassokosten, en voor het overige dient te worden afgewezen.
- 9.10. Aangezien het verzoek deels dient te worden toegewezen, ligt het – mede indachtig artikel 17 van het reglement van de commissie – in de rede dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster vergoedt.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe op de wijze als hierboven in 9.9 is vermeld.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 21 december 2011,

Voorzitter