

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

Zaaknummer: 202301707

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoeker heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat tussen hem en de zorgverzekeraar met ingang van 1 januari 2006 geen verzekeringsovereenkomst als bedoeld in de Zorgverzekeringswet is tot stand gekomen zodat geen premie en zorgkosten zijn verschuldigd en de aanmelding als wanbetaler bij het CAK ongedaan moet worden gemaakt.
De zorgverzekeraar heeft gesteld dat verzoeker bij hem is verzekerd vanaf 1 januari 2006. Dit blijkt volgens hem onder andere uit de sindsdien afgegeven polisbladen, de declaratieoverzichten en de betalingen die zijn gedaan aan de zorgverzekeraar en zijn incassogemachtigde. De aanmelding van verzoeker als wanbetaler, eerst bij Zorginstituut Nederland en later bij het CAK, is volgens de zorgverzekeraar terecht. De zorgverzekeraar vordert in totaal € 7.177,68 van verzoeker.
- 1.2. De commissie overweegt dat door de zorgverzekeraar niet is aangetoond dat aan verzoeker een aanbod is gedaan in het kader van de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet dan wel dat op een later moment door verzoeker een verzekeringsovereenkomst met de zorgverzekeraar is aangegaan. Dat de zorgverzekeraar geen stukken heeft bewaard waaruit eventueel het tegendeel zou kunnen blijken, ligt in zijn risicosfeer. Anders dan de zorgverzekeraar stelt, kan het bestaan van een verzekeringsovereenkomst tussen partijen in dit geval ook niet worden opgemaakt uit handelingen van verzoeker. Om die reden heeft de zorgverzekeraar geen vordering uit hoofde van de verzekeringsovereenkomst op verzoeker en dient hij de aanmelding als wanbetaler bij het CAK ongedaan te maken. De zorgverzekeraar mag de door hem op basis van de veronderstelde verzekeringsovereenkomst gedane betalingen, nu daarvoor geen rechtsgrond bestaat, als door hem onverschuldigd verricht verrekenen met aan verzoeker uit te keren bedragen dan wel het teveel betaalde van verzoeker terugvorderen. Aangezien het verzoek hiermee wordt toegewezen, dient de zorgverzekeraar het voor de onderhavige procedure door verzoeker betaalde entreegeld van € 37,- aan hem te vergoeden.
- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij klachtenformulier van 29 juni 2023 een klacht voorgelegd aan de SKGZ. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft op 3 oktober 2023 telefonisch aan verzoeker meegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Verzoeker heeft tijdens het telefoongesprek meegedeeld dat hij de commissie vraagt een uitspraak te doen. Bij e-mailberichten van 17 oktober en 18 november 2023 heeft verzoeker nadere stukken aan de commissie gestuurd. Op 6 december 2023 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 31 januari 2024 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 1 februari 2024 aan verzoeker 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 zorgverzekeraar zijn op 28 februari 2024 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker staat vanaf 1 januari 2006 bij de zorgverzekeraar geadministreerd met de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. De zorgverzekeraar heeft bij verzoeker premie en zorgkosten in rekening gebracht ter zake van de zorgverzekering. Voorts is verzoeker op 27 februari 2017 aangemeld als wanbetaler bij Zorginstituut Nederland (de rechtsvoorganger van het CAK) in het kader van de 'wettelijke regeling Wanbetalers'. Op 21 september 2019 is op initiatief van de schuldhulpverlener van verzoeker een stabilisatieovereenkomst tot stand gekomen tussen verzoeker en de zorgverzekeraar. Bij brief van 13 december 2019 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat een nieuwe betalingsachterstand is ontstaan, en dat hij om die reden niet langer bereid is mee te werken aan de schuldhulpverlening. Op 2 februari 2021 is verzoeker tijdelijk afgemeld bij het CAK, waarna hij met ingang van 1 maart 2021 weer is aangemeld. Verzoeker is hierna niet opnieuw afgemeld bij het CAK, zodat de aanmelding als wanbetaler tot op heden van kracht is.
- 3.3. Verzoeker is van mening dat nooit een verzekeringsovereenkomst met de zorgverzekeraar tot stand is gekomen, en hij heeft hierover een klacht ingediend bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 18 juli 2023 meegedeeld dat de klacht volgens hem ongegrond is. Verzoeker is bij die gelegenheid onder andere verwezen naar de SKGZ.

4. Standpunt verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat tussen hem en de zorgverzekeraar met ingang van 1 januari 2006 geen verzekeringsovereenkomst als bedoeld in de Zorgverzekeringswet is tot stand gekomen, zodat geen premie en zorgkosten zijn verschuldigd en de aanmelding als wanbetaler bij het CAK ongedaan moet worden gemaakt.
- 4.2. Verzoeker heeft hiertoe in het klachtenformulier van 28 juni 2023 aangevoerd dat geen sprake is van een rechtmatig tot stand gekomen verzekeringsovereenkomst. Hij heeft noch een verzekering aangevraagd bij de zorgverzekeraar noch hiervoor een handtekening gezet. Verzoeker heeft bij het CAK nagevraagd of namens hem een verzekering is afgesloten, maar dit bleek niet het geval. Hij probeert een en ander al jaren recht te zetten bij de zorgverzekeraar, maar dit lukt niet.

- 4.3. In zijn e-mailbericht aan de commissie van 17 oktober 2023 heeft verzoeker voor zijn standpunt verwezen naar een door een advocaat opgestelde brief van 15 juli 2021, gericht aan de rechtbank. Met deze brief kwam verzoeker op tegen een opgelegd dwangbevel van het CAK. Ook destijds heeft verzoeker het standpunt betrokken dat hij nooit een verzekeringsovereenkomst met de zorgverzekeraar heeft afgesloten, en dat hij dus ook geen premie hiervoor verschuldigd is. Om diezelfde reden vindt hij de aanmelding als wanbetaler bij het CAK onterecht en is de bestuursrechtelijke premie hem ten onrechte opgelegd.
- 4.4. Verzoeker heeft verder bij e-mailbericht van 18 november 2023 verwezen naar een uitspraak van de rechtbank 's-Gravenhage van 10 juli 2019 (Rolnr.: 7542392 \ RL EXPL 19-4064). Hierin heeft de rechter in een vergelijkbare zaak besloten dat geen verzekeringsovereenkomst tot stand was gekomen.
- 4.5. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop aangevoerd dat hij altijd via zijn ouders ziekenfondsverzekerd was bij Zorg en Zekerheid. Op 14-jarige leeftijd is hij uit huis gegaan en is het slecht met hem gegaan. Er is een Ondertoezichtstelling (OTS) gevolgd en hij is in verschillende internaten terecht gekomen. Toen hij 16 jaar oud was is de OTS opgeheven en is hij op straat gezet. Hij denkt dat hij toen nog meeverzekerd was via zijn ouders. Verzoeker weet niet hoe het daarna is gegaan. Hij leefde op straat en was met andere dingen bezig dan zich verzekeren. Hij heeft een tijd een briefadres gehad, maar doordat hij dit niet meer kon betalen is dit opgeheven.
- Desgevraagd heeft verzoeker verklaard dat hij maagzuurremmers verstrekt kreeg van de apotheek, op verwijzing van zijn huisarts. Hij heeft toen een keer een betaling moeten doen van € 10,-. Omdat het chronisch was, hoefde hij daarna niet meer te betalen. Bij het eerste bezoek aan de apotheek heeft hij alleen het recept van de huisarts laten zien. Hij heeft aan de huisarts uitgelegd hoe de situatie met de zorgverzekeraar volgens hem in elkaar zit en hij is al jaren bezig dit rechtgezet te krijgen. De huisarts helpt hem gewoon.
- Verzoeker is het er niet mee eens dat hij bij de zorgverzekeraar een verzekering zou hebben. Hij heeft deze nooit afgesloten. Dit is niet volgens de wet gegaan. Hij heeft bij diverse instanties nagevraagd hoe deze verzekering is tot stand gekomen, maar men weet het niet. Hij is in Maastricht op straat gezet en is naar Rotterdam gegaan omdat hij daar meer zou kunnen opbouwen. Verzoeker heeft inmiddels een baan en een woning. In de wet staat dat het CAK hem - als onverzekerde - moet aanmelden bij een verzekeraar, en dat daarvan moet een bericht komen. De enige die zijn persoonsgegevens mag gebruiken om hem aan te melden bij een verzekeraar is het CAK. Hij heeft wel geprobeerd zich aan te melden bij een andere verzekeraar, maar daar werd hij geweigerd omdat hij al een verzekering zou hebben bij de zorgverzekeraar. Verzoeker kan inmiddels niet meer naar een andere verzekeraar overstappen, omdat hij een betalingsachterstand bij de zorgverzekeraar zou hebben.
- Desgevraagd heeft verzoeker verklaard dat hij niet veel contact heeft gehad met de bewindvoerder. Dit werd voornamelijk door zijn ex-echtgenote onderhouden. De onderbewindstelling was voor haar bedoeld, omdat zij de veroorzaker was van andere schulden. Hij heeft wel altijd tegen de bewindvoerder gezegd dat de verzekering bij de zorgverzekeraar onrechtmatig was.
- Omdat verzoeker toen niet de beschikking had over zijn geld, zijn er voor hem dingen betaald. Zijn ex-echtgenote was verzekerd bij CZ. De betalingen aan de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar hebben plaatsgevonden vanuit het gezamenlijke inkomen. Alles wat hij verdiende, werd gebruikt voor betalingen. Verzoeker kreeg leefgeld. Alles werd op één rekening gestort bij de bewindvoerder. Verzoeker is in 2012 getrouwd, maar is inmiddels weer gescheiden. Ergens in december 2018 heeft verzoeker een verzoek gedaan bij de rechtbank om het bewind op te heffen, omdat hij niet meer getrouwd was. Daarna is het bewind begin 2019 opgeheven.
- Verzoeker wil zich graag verzekeren bij een andere verzekeraar. Hij wil dat wordt vastgesteld dat hij niet bij de zorgverzekeraar is verzekerd, zodat hij zich elders kan aanmelden. Eventuele zorgkosten die op basis van de veronderstelde verzekeringsovereenkomst voor hem door de zorgverzekeraar zijn betaald zal hij vergoeden. Hij betwijfelt echter dat deze hoger zijn dan het volgens de zorgverzekeraar verschuldigde bedrag aan premie.

5. Standpunt zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker met hem een verzekeringsovereenkomst heeft gesloten. Hij heeft hiertoe in het nader commentaar van 31 januari 2024 aangevoerd dat uit de aan verzoeker toegezonden polisbladen volgt dat verzoeker sinds 1 januari 2006 bij hem is verzekerd. Aangezien de zorgverzekeraar aan bewaartermijnen is gebonden, zijn geen stukken meer te raadplegen waaruit blijkt hoe de zorgverzekering destijds tot stand is gekomen. Het kan echter kloppen dat dit toen is gebeurd zonder dat verzoeker een verzekering had aangevraagd of hij hiervoor een handtekening had gezet. Met ingang van 1 januari 2006 is de Ziekenfondswet namelijk vervangen door de huidige Zorgverzekeringswet. Bij de invoering van de Zorgverzekeringswet is de zogenoemde 'negatieve optie' gehanteerd. De ziekenfondsverzekerde kreeg van het ziekenfonds waarbij hij was aangesloten een aanbod voor een verzekering op basis van de Zorgverzekeringswet en als hij die verzekering niet wilde, diende betrokkene dit zelf te kennen te geven. Artikel 2.5.1, eerste lid, van de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet bepaalde in dit verband onder andere dat een verzekeringsplichtige die vóór 16 december 2005 van zijn ziekenfonds of zijn ziektekostenverzekeraar een aanbod had ontvangen tot het sluiten van een zorgverzekering met een in dat aanbod aangewezen zorgverzekeraar, met ingang van 1 januari 2006 volgens de in dat aanbod aangeduide variant van de zorgverzekering bij die zorgverzekeraar was verzekerd, tenzij hij degene die het aanbod deed voor die datum had laten weten het aanbod te verwerpen. Op die manier kan met ingang van 1 januari 2006 op rechtsgeldige wijze de zorgverzekering van verzoeker tot stand zijn gekomen.
- 5.2. Dat toen een verzekeringsovereenkomst tot stand is gekomen, blijkt daarnaast uit het feit dat de zorgverzekeraar sindsdien jaarlijks polisbladen heeft afgegeven en dat er kosten bij de zorgverzekeraar zijn gedeclareerd ten laste van de zorgverzekering van verzoeker. De zorgverzekeraar heeft hiertoe declaratieoverzichten overgelegd met betrekking tot de periode van 2019 tot en met heden met de bijbehorende e-mailberichten. Deze declaratieoverzichten worden in de persoonlijke online-omgeving 'MijnZilverenKruis' van verzoeker geplaatst. Vervolgens krijgt hij een dag later een e-mailbericht, met hierin een verwijzing naar het overzicht in de online-omgeving. De e-mailberichten zijn verstuurd naar het bekende e-mailadres van verzoeker. De zorgverzekeraar heeft ook premie voor de zorgverzekering en zorgkosten bij verzoeker in rekening gebracht. Hij heeft deze kosten echter niet volledig voldaan. De vorderingen zijn in het verleden ter incasso overgedragen aan een incassogemachtigde. Verzoeker heeft in de periode van 2016 tot en met 2021 ook enkele betalingen voor deze betalingsachterstand aan de incassogemachtigde gedaan. Een overzicht van deze betalingen heeft de zorgverzekeraar overgelegd. Op dit moment bedraagt de betalingsachterstand totaal € 7.177,68. Een actueel overzicht van deze achterstand is eveneens overgelegd. Deze vorderingen zijn op dit moment ter incasso overgedragen aan de deurwaarder (dossiernummers 30744327 en 30789008). Vanwege een premieachterstand van meer dan zes maanden heeft de zorgverzekeraar verzoeker met ingang van 1 maart 2017 aangemeld bij het Zorginstituut Nederland voor uitvoer van de wettelijke regeling Wanbetalers.
- 5.3. Er is in het verleden ook anderszins regelmatig over de verzekeringsovereenkomst gecorrespondeerd. Zo was er van 2016 tot en met 2018 sprake van bewindvoering en heeft de zorgverzekeraar van 21 september 2019 tot 18 januari 2020 meegewerkt aan een schuldhulpverleningstraject. Daarnaast is verzoeker in februari 2021 voorlopig afgemeld bij het CAK omdat er een betaalafpraak was gemaakt. De zorgverzekeraar heeft verzoeker hierover schriftelijk geïnformeerd en hem verzocht de premie voor februari 2021 weer aan de zorgverzekeraar te voldoen. Omdat verzoeker echter de maandpremie voor februari 2021 onbetaald liet, is hij met ingang van 1 maart 2021 opnieuw aangemeld bij het CAK.

- 5.4. Verzoeker stelt dat hij in 2007/2008 contact zou hebben opgenomen over het niet rechtmatig tot stand komen van de zorgverzekering en dat hij hierover al die tijd in contact of overleg is gebleven met de zorgverzekeraar. Helaas zijn de contactmomenten van meer dan 16 jaar geleden niet meer te raadplegen. De zorgverzekeraar heeft wel de klantcontacten vanaf 2019 overgelegd. Daarnaast stelt verzoeker dat hij enige tijd niet in de Basisregistratie Personen (BRP) stond vermeld. Uit de historische BRP-gegevens blijkt alleen dat hij van 20 maart 2009 tot 4 juli 2011 niet met een adres in de BRP stond ingeschreven.
- 5.5. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar in aanvulling hierop verklaard dat hij vermoedt dat er destijds - dat wil zeggen eind 2005 - een aanbod aan verzoeker is gedaan. Hij gaat ervan uit dat dit aanbod is verzonden naar het op dat moment bekende adres. Welk adres dit was, kan hij niet zeggen. Vervolgens zijn premiebetalingen gedaan aan de zorgverzekeraar. In 2017 zijn diverse betalingen verricht, namelijk op 9 februari, 8 maart, 8 juni, 6 oktober en 29 december. Ook is er nog een betaling gedaan op 29 maart 2018. Desgevraagd heeft de zorgverzekeraar verklaard dat er geen procedure is geweest, maar dat wel een betalingsregeling was afgesproken. Er staat een bedrag open van € 7.177,68. Dit bedrag klopt. Het zou de zorgverzekeraar niet verbazen als de bewindvoerder met de deurwaarder die de incasso verzorgde een regeling had afgesproken. De zorgverzekeraar ziet in zijn systeem ook een zorgdeclaratie ten bedrage van € 5.000,- voor een GGZ-behandeling in 2013. De zorgverzekeraar kan zich niet voorstellen dat, voorafgaand aan de inwerkingtreding per 1 januari 2006 van de Zorgverzekeringswet, geen aanbod aan verzoeker is gedaan. De overeenkomst bestaat, en dit blijkt onder andere uit de betalingsregeling. De zorgverzekeraar heeft in dat kader verwezen naar een e-mailbericht van 20 april 2018. Als verzoeker inderdaad geen verzekering zou hebben gesloten, zijn door de zorgverzekeraar veel onverschuldigde betalingen gedaan en de hiermee gemoeide bedragen zullen dan van verzoeker worden gevorderd. De zorgverzekeraar vraagt zich af of verzoeker daarop zit te wachten. Verder is de vraag waar verzoeker, indien niet bij de zorgverzekeraar, dan wel was verzekerd. Er bestaat immers een verzekeringsplicht. Uit het betalingsoverzicht van de zorgverzekeraar volgt dat betalingen zijn verricht aan zowel de deurwaarder als de zorgverzekeraar. Het gaat om een totaaloverzicht. Hierop is niet te zien hoe de betalingen zijn binnengekomen. De zorgverzekeraar besluit met de opmerking dat als door de commissie wordt besloten dat geen verzekering tot stand is gekomen, dit ertoe leidt dat verzoeker een hoger bedrag moet betalen dan op basis van de huidige vordering.

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 A.18 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 Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet (I&A-wet) en de Zorgverzekeringswet (Zvw) over de ingangsdatum van de verzekering gebaseerd op die wet zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Op 1 januari 2006 is een nieuw ziektekostenstelsel ingevoerd, waardoor onder andere iedere Nederlands ingezetene in beginsel verplicht is tot het sluiten van een verzekering als bedoeld in de Zvw. Ingevolge artikel 2.5.1 I&A-wet hebben alle op dat moment verzekerde personen een aanbod tot het sluiten van een zodanige verzekering gekregen van hun ziekenfonds, particuliere ziektekostenverzekeraar of uitvoerder van een publiekrechtelijke

ziektekostenregeling. Voor bestaande verzekeringsrelaties ging het hierbij tevens om de aanvullende ziektekostenverzekering.

Artikel 2.5.1 I&A-wet bepaalt verder dat tussen de verzekeraar en de verzekerde wordt geacht een verzekering tot stand te zijn gekomen indien de verzekerde niet op het aanbod heeft gereageerd. Deze zogenoemde 'negatieve optie' is een uitzondering op de hoofdregel van 'aanbod en aanvaarding'. Mede gelet op deze uitzondering rust op de zorgverzekeraar een verzwaarde bewijslast voor zover deze het in 2005 gedane aanbod betreft. De zorgverzekeraar heeft in zijn nader commentaar van 31 januari 2024 meegedeeld dat "het kan (...) kloppen dat er een zorgovereenkomst tot stand is gekomen zonder dat [verzoeker] deze heeft aangevraagd of een handtekening heeft gezet". Verzoeker heeft ter zitting onweersproken verklaard dat hij aanvankelijk bij zijn ouders was meeverzekerd op grond van de Ziekenfondswet, bij Zorg en Zekerheid. Dit betreft geen rechtsvoorganger of label van de zorgverzekeraar. Wellicht is door het internaat waar verzoeker later verbleef een verzekering gesloten bij (een rechtsvoorganger van) de zorgverzekeraar, maar hiervan bevinden zich geen stukken in het dossier noch is dit anderszins gebleken. Bovendien heeft verzoeker - wederom onweersproken - het vermoeden uitgesproken dat hij na de OTS weer ziekenfondsverzekerd was geworden via zijn ouders. De zorgverzekeraar heeft verklaard geen stukken meer te hebben waaruit het aanbod in het kader van de I&A-wet blijkt, noch stukken waaruit blijkt dat op een latere datum met verzoeker een verzekeringsovereenkomst op basis van de Zvw is aangegaan. Dit in verband met de "bewaartermijn". Hierover merkt de commissie op dat in sommige wetten bepaalde bewaartermijnen worden genoemd, maar dit geldt niet voor de Zvw. Ook in de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) staan geen concrete bewaartermijnen voor het bewaren van persoonsgegevens. De hoofdregel vanuit de AVG is dat persoonsgegevens niet langer dan noodzakelijk worden bewaard. Organisaties bepalen derhalve zelf hoe lang zij (persoons)gegevens bewaren en met welk doel. Het stond de zorgverzekeraar dan ook vrij ten minste stukken met betrekking tot het gedane aanbod in het kader van de I&A-wet en/of de aanvraag voor een verzekering te bewaren. Hij heeft er immers belang bij te kunnen aantonen dat een verzekeringsovereenkomst tot stand is gekomen. Dat hij deze gegevens niet heeft bewaard, ligt in zijn risicosfeer.

Bovendien blijkt uit de door de zorgverzekeraar overgelegde historische BRP-registratie dat er diverse momenten zijn geweest waarin een onderzoek is ingesteld naar de verblijfplaats van verzoeker. Dit was ook het geval in 2005 en 2006. Deze omstandigheid had voor de zorgverzekeraar aanleiding moeten zijn na te gaan of het aanbod, voor zover dit al aan verzoeker werd gestuurd, hem ook heeft bereikt. Niet gebleken is dat dit destijds ook is gebeurd. Verzoeker heeft ter zitting onweersproken verklaard dat hij in de tijd dat het aanbod zou zijn gedaan geen vaste woon- of verblijfplaats had, terwijl de zorgverzekeraar niet weet naar welk adres hij het aanbod heeft verzonden.

- 7.3. De commissie is dan ook van oordeel dat niet aannemelijk is geworden dat aan verzoeker een aanbod als bedoeld in artikel 2.5.1 I&A-wet is gedaan, laat staan dat dit aanbod hem ook heeft bereikt. De consequentie hiervan is dan dat de in artikel 2.5.1 I&A-wet neergelegde negatieve optie geen effect heeft (dat wil zeggen: geen zorgverzekering tot stand brengt), omdat daarvoor immers noodzakelijk is dat sprake moet zijn van een door de aspirant-verzekerde ontvangen aanbod waarop vervolgens door deze niet wordt gereageerd. Dit neemt niet weg dat een zorgverzekeraar, zoals hier, in de veronderstelling kan verkeren dat aan de aspirant-verzekerde wel een (door deze ook ontvangen) aanbod is gedaan en met hem een zorgverzekeringsovereenkomst is tot stand gekomen door het uitblijven van een verwerping van dit aanbod door diezelfde aspirant-verzekerde. Op basis van deze (onjuiste, want in deze is niet aannemelijk geworden dat sprake was van een aanbod, althans van een door de aspirant-verzekerde bereikt aanbod) veronderstelling kan de zorgverzekeraar vervolgens, zoals in dit geval ook is gesteld, aan de - in de optiek van de zorgverzekeraar - verzekerde een polisblad sturen. In de onderhavige zaak heeft de zorgverzekeraar in dit verband de polisbladen van 2020 en daarop volgende jaren overgelegd. Anders dan door de zorgverzekeraar, naar de commissie begrijpt, wordt betoogd, leidt toezending van deze polisbladen, zonder bijkomende omstandigheden die zijn gesteld noch gebleken, niet tot het alsnog tot stand komen van een verzekeringsovereenkomst, omdat ook in dat geval niet is gebleken (en door de zorgverzekeraar in dit geval ook niet aannemelijk is gemaakt of anderszins aannemelijk is geworden) van een geuite instemming van degene aan wie de polisbladen zijn toegezonden (hier: verzoeker) om een

verzekeringsovereenkomst aan te gaan, nog daargelaten dat niet, althans onvoldoende vaststaat dat de polisbladen verzoeker hebben bereikt. Ook de vermelding van de datum van 1 januari 2006 op de - latere - polisbladen maakt niet dat hieruit kan worden geconcludeerd dat verzoeker heeft ingestemd met de zorgverzekering vanaf die datum.

Hetzelfde heeft te gelden voor het toesturen van de declaratieoverzichten via de 'Mijnomgeving' en de bijbehorende "betaalmails". Uit de declaratieoverzichten lijkt te volgen dat een apotheek, een ziekenhuis en een organisatie die laboratoriumonderzoeken verricht rechtstreeks hebben gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar heeft hierover ter zitting desgevraagd verklaard niet te weten wie er heeft gedeclareerd, dat wil zeggen: de zorgaanbieder of verzoeker. Uit de overgelegde declaratieoverzichten blijkt in ieder geval niet dat verzoeker de desbetreffende nota's zelf ter declaratie heeft ingediend. Een dergelijke handeling zou hebben gemaakt dat verzoeker heeft gehandeld als ware er een verzekeringsovereenkomst tussen hem en de zorgverzekeraar. De rechtstreekse declaratie door genoemde zorgaanbieders bewijst niet dat verzoeker bij hen de zorgverzekeraar als zijn verzekeraar heeft genoemd. Deze informatie is immers ook op andere wijze, dat wil zeggen zonder tussenkomst van verzoeker, te achterhalen, met name via Vecozo. Verzoeker stond hierin weliswaar geadmistreerd als verzekerd bij de zorgverzekeraar, maar op grond van de onjuiste veronderstelling bij de zorgverzekeraar dat door de negatieve optie een zorgverzekering was tot stand gekomen. Deze omstandigheid (van geadmistreerd zijn als verzekerde) op zich leidt evenwel nog niet tot de conclusie dat sprake is van een verzekeringsovereenkomst.

- 7.4. De zorgverzekeraar heeft voorts erop gewezen dat verzoeker betalingen heeft verricht ter zake de premie en zorgkosten. Hij heeft hiertoe onder andere een overzicht van zijn incassogemachtigde overgelegd. Het betreft evenwel een blanco document van een tabel met vermelding van diverse betaaldaten en een tabel met betalingen. Het logo van de desbetreffende incassogemachtigde ontbreekt evenals specificaties van de betalingen en afschriften van betaalbewijzen. Dat verzoeker inderdaad zelf premie dan wel zorgkosten of eigen risicobedragen heeft betaald aan de incassogemachtigde, acht de commissie met dit summiere overzicht niet aannemelijk gemaakt. Over de betalingsregeling heeft de zorgverzekeraar evenmin verdere onderliggende documentatie aangeleverd. Dit is relevant, aangezien ter zitting door verzoeker onweersproken is gesteld dat de bewindvoering betrekking had op twee personen, namelijk hemzelf en zijn ex-echtgenote. Zonder onderliggende documentatie valt derhalve evenmin na te gaan door en ten behoeve van wie betalingen aan de incassogemachtigde zijn gedaan. De zorgverzekeraar heeft ook een eigen financieel overzicht ingebracht. Hierop is te zien dat er bedragen zijn verrekend met openstaande posten. Dit komt overeen met de declaratieoverzichten, waaruit volgt dat er - kennelijk verzekerde - zorg rechtstreeks is gedeclareerd door zorgaanbieders. Uit het overzicht blijkt dat nimmer een uitkering is gedaan aan verzoeker in het kader van de zorgverzekering die met hem zou zijn gesloten. Verder blijkt hieruit evenmin dat verzoeker actief betalingen heeft verricht aan de zorgverzekeraar. Ook hiervan heeft de zorgverzekeraar geen betaalbewijzen in het geding gebracht. Om die reden maakt ook het overzicht naar het oordeel van de commissie niet aannemelijk dat verzoeker gedurende de gestelde looptijd van de zorgverzekering heeft gehandeld als ware sprake van een verzekeringsovereenkomst tussen hem en de zorgverzekeraar.
- 7.5. Gelet op het voorgaande is de zorgverzekeraar er niet in geslaagd aan te tonen dat verzoeker met ingang van 1 januari 2006 dan wel op een later moment een verzekeringsovereenkomst met hem is aangegaan. Aangezien de verzekering hiermee niet aantoonbaar heeft bestaan, is verzoeker niet gehouden in verband hiermee premie aan de zorgverzekeraar te voldoen, nog afgezien van de vraag of de zorgverzekeraar het bestaan en de hoogte van zijn vordering op verzoeker aannemelijk heeft gemaakt. De zorgverzekeraar had verzoeker evenmin mogen aanmelden als wanbetaler bij het Zorginstituut Nederland respectievelijk het CAK, aangezien nimmer sprake is geweest van een premieachterstand van zes maanden of meer voor de zorgverzekering, en daarom moet hij de maatregelen die in dat kader zijn genomen ongedaan maken. De zorgverzekeraar mag de door hem op basis van de veronderstelde verzekeringsovereenkomst gedane betalingen, nu is vastgesteld dat daarvoor geen rechtsgrond bestaat, als door hem onverschuldigd verricht terugvorderen. Hij mag deze zo mogelijk verrekenen met eventueel aan verzoeker te restitueren bedragen ter zake van volgens de zorgverzekeraar ten behoeve

van verzoeker ontvangen premies en andere betalingen uit hoofde van de veronderstelde verzekeringsovereenkomst. Zo na verrekening nog een vordering op verzoeker resteert, kan de zorgverzekeraar het aldus resterende bedrag van verzoeker vorderen.

Aangezien het verzoek hiermee wordt toegewezen, is de zorgverzekeraar gehouden het door verzoeker in het kader van deze procedure betaalde entreegeld van € 37,- aan hem te vergoeden.

Slotsom

7.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

8.1. De commissie beslist dat:

- (i) met ingang van 1 januari 2006 dan wel op een later moment geen verzekeringsovereenkomst tussen verzoeker en de zorgverzekeraar is tot stand gekomen;
- (ii) de zorgverzekeraar de aanmelding van verzoeker bij het CAK als wanbetaler ongedaan moet maken;
- (iii) de zorgverzekeraar de onverschuldigd gedane betalingen op basis van de veronderstelde verzekeringsovereenkomst mag verrekenen met aan verzoeker uit te keren bedragen dan wel het teveel betaalde van verzoeker mag vorderen, en
- (iv) de zorgverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 16 april 2024,

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 beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet

Artikel 2.5.1

1. In afwijking van artikel 217 van Boek 6 van het Burgerlijk Wetboek en van artikel 41, eerste lid, van de Wet financiële dienstverlening, is een verzekeringsplichtige die voor 16 december 2005 van zijn ziekenfonds of zijn ziektekostenverzekeraar een aanbod heeft ontvangen tot het sluiten van een zorgverzekering met een in dat aanbod aangewezen zorgverzekeraar, met ingang van 1 januari 2006 volgens de in dat aanbod aangeduide variant van de zorgverzekering bij die zorgverzekeraar verzekerd, tenzij hij degene die het aanbod deed voor die datum heeft laten weten het aanbod te verwerpen.
2. In afwijking van artikel 217 van Boek 6 van het Burgerlijk Wetboek en van artikel 41, eerste lid, van de Wet financiële dienstverlening, is een verzekeringsplichtige die voor 16 december 2005 van het orgaan dat een publiekrechtelijke ziektekostenregeling voor ambtenaren voor hem uitvoert, een aanbod heeft ontvangen tot het sluiten van een zorgverzekering met een in dat aanbod aangewezen zorgverzekeraar, met ingang van 1 januari 2006 volgens de in dat aanbod aangeduide variant van de zorgverzekering bij die zorgverzekeraar verzekerd, tenzij hij degene die het aanbod deed voor die datum heeft laten weten van het aanbod geen gebruik te willen maken.
3. Een verzekeringnemer kan een zorgverzekering volgens het aanbod, bedoeld in het eerste of tweede lid, zonder opgave van redenen en zonder dat een boete verschuldigd is tot 1 maart 2006 schriftelijk ontbinden, indien deze tot stand gekomen is:
 - a. ten gevolge van toepassing van het eerste of tweede lid;
 - b. ten gevolge van aanvaarding van het aanbod anders dan door middel van een expliciete wilsverklaring.
4. Een ontbinding als bedoeld in het derde lid werkt terug tot en met 1 januari 2006.
5. Een zorgverzekeraar waarbij een zorgverzekering onder toepassing van het derde lid is ontbonden, treedt, indien ten behoeve van een zelfde verzekerde voor 1 mei 2006 een zorgverzekering bij een andere zorgverzekeraar wordt gesloten, in de rechten die de verzekerde jegens deze andere zorgverzekeraar heeft, tot ten hoogste het bedrag van de waarde van de prestaties die hij op grond van de ontbonden zorgverzekering heeft geleverd.
6. Een zorgverzekeraar die ten gevolge van het vijfde lid een vordering op de nieuwe zorgverzekeraar heeft, meldt deze welk deel van het gevorderde bedrag in mindering dient te worden gebracht op de no claimteruggave en welk bedrag eerstbedoelde verzekeraar ten gevolge van een eigen risico voor rekening van de verzekerde heeft gelaten.
7. Onverminderd de uit de Wet financiële dienstverlening voortvloeiende informatieverplichtingen, komt een zorgverzekering slechts op grond van het eerste of tweede lid tot stand indien bij het aanbod:
 - a. de modelovereenkomst wordt gevoegd waarin de desbetreffende variant van de zorgverzekering is opgenomen;
 - b. wordt aangegeven welke bepalingen van de modelovereenkomst van toepassing zijn, indien de modelovereenkomst meerdere varianten van de zorgverzekering bevat;
 - c. wordt aangegeven hoe hoog de premie voor de desbetreffende variant is; en
 - d. wordt aangegeven dat een zorgverzekering, tot stand gekomen anders dan door middel van een expliciete wilsverklaring van de verzekeringnemer, tot 1 maart 2006 met terugwerkende kracht tot en met 1 januari 2006 kan worden ontbonden.

Zorgverzekeringswet

Artikel 5

1. De zorgverzekering gaat in op de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek, bedoeld in artikel 3, eerste lid, en, indien het tweede of vijfde lid van dat artikel van toepassing is, de aanduiding van de variant waar de verzekeringnemer voor kiest, heeft ontvangen.
2. Indien de zorgverzekeraar op basis van het in het eerste lid bedoelde verzoek niet vast kan stellen of hij verplicht is voor de te verzekeren persoon een zorgverzekering te sluiten, en hij de persoon die de verzekering wenst te sluiten in verband daarmee uitnodigt de voor deze vaststelling noodzakelijke gegevens te verschaffen, gaat de zorgverzekering, in afwijking van het eerste lid, in op de dag waarop laatstbedoelde persoon aan dit verzoek heeft voldaan.
3. De zorgverzekeraar verstrekt degene die het verzoek, bedoeld in het eerste lid, doet en, indien dit een ander is dan degene ten behoeve van wiens verzekering het verzoek is gedaan, laatstbedoelde persoon onverwijld:
 - a. een bewijs van het verzoek, bedoeld in het eerste lid, waarop de datum van ontvangst is vermeld;
 - b. een bewijs van de ontvangst van gegevens, bedoeld in het tweede lid, waarop de datum van de ontvangst is vermeld.
4. Indien degene ten behoeve van wie de zorgverzekering wordt gesloten op de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek, bedoeld in het eerste lid, ontvangt reeds op grond van een zorgverzekering verzekerd is, en de verzekeringnemer aangeeft de zorgverzekering te willen laten ingaan op een door hem aangegeven, latere dag dan de dag, bedoeld in het eerste of tweede lid, gaat de verzekering op die latere dag in.
5. De zorgverzekering werkt, zonedig in afwijking van artikel 925, eerste lid, van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, terug:
 - a. indien zij ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, tot en met de dag waarop die plicht ontstond;
 - b. indien zij ingaat binnen een maand nadat een eerdere zorgverzekering met ingang van 1 januari van een kalenderjaar of wegens wijziging van de voorwaarden met toepassing van artikel 940, vierde lid, van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek is geëindigd door opzegging, tot en met de dag na die waarop de eerdere zorgverzekering is geëindigd.
6. Bij ministeriële regeling kunnen nadere regels worden gesteld over de vaststelling, bedoeld in het tweede lid, en over het verkrijgen van de gegevens die noodzakelijk zijn voor deze vaststelling.