



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen
Zaak : Premie, zorgkosten, betalingsachterstand, aanmelding CVZ, verjaring
Zaaknummer : 201501588
Zittingsdatum : 18 november 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 3:307, 3:317 en 3:324 BW)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te B,

tegen

Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Verzoeker is tot op heden bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgVerzorgd (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. De zorgverzekeraar heeft verzoeker op 13 juni 2010 aangemeld als wanbetaler bij het College voor zorgverzekeringen (hierna: CVZ).

3.2. De zorgverzekeraar heeft verzoeker op 25 mei 2013 een aanmaning gezonden voor een bedrag van € 203,39.

3.3. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 14 juni 2013 aan verzoeker de overeengekomen betalingsregeling voor een bedrag van € 267,27 ter zake van het eigen risico/de eigen bijdrage bevestigd.

3.4. De incassogemachtigde van de zorgverzekeraar heeft bij brief van 5 juli 2013 aan verzoeker een opgaaf gedaan van de openstaande saldi in zes bij hem lopende dossiers.

3.5. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 29 augustus 2013 aan verzoeker de overeengekomen betalingsregeling voor een bedrag van € 283,73 ter zake van het eigen risico/de eigen bijdrage bevestigd.

3.6. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 12 oktober 2013 aan verzoeker de overeengekomen betalingsregeling voor een bedrag van € 200,-- ter zake van het eigen risico/de eigen bijdrage bevestigd.

3.7. Bij brief van 19 mei 2014 heeft de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de openstaande vordering totaal € 1.890,11 bedraagt, inclusief rente en kosten.

3.8. Verzoeker heeft bij herhaling aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde standpunten gevraagd. Bij brief van 20 januari 2014 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat coulancehalve de vorderingen ter zake van het vrijwillig eigen risico over de jaren

2011, 2012 en 2013 ten bedrage van totaal € 600,-- worden kwijtgescholden. Bij brief van 18 mei 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunten voor het overige te handhaven, en dat naar de stand van die datum de betalingsachterstand € 7.894,29 bedraagt.

- 3.9. Bij brief van 3 juni 2015 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de door de zorgverzekeraar gestelde betalingsachterstand onjuist is (hierna: het verzoek).
- 3.10. 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.
- 3.11. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij e-mailberichten van 27 augustus en 1 september 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Afschriften hiervan zijn op 31 augustus respectievelijk 1 september 2015 aan verzoeker gezonden.
- 3.12. Verzoeker is in de gelegenheid gesteld te reageren op het onder 3.11 bedoelde standpunt van de zorgverzekeraar. Van de geboden mogelijkheid heeft verzoeker geen gebruik gemaakt.
- 3.13. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 3 september 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 28 oktober 2015 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.14. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 18 november 2015 telefonisch gehoord.
- 3.15. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij e-mailbericht van 23 november 2015 aanvullende informatie gezonden. Een afschrift hiervan is aan de wederpartij gestuurd.
- 3.16. Verzoeker is in de gelegenheid gesteld te reageren op het onder 3.15 genoemde standpunt van de zorgverzekeraar. Van de geboden gelegenheid heeft verzoeker geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Er is sprake van een voortdurende onzekerheid aangaande de door de zorgverzekeraar gestelde openstaande posten ter zake van premie en het eigen risico/de eigen bijdrage. Verzoeker heeft hierover een klacht ingediend bij de zorgverzekeraar, en tevens over de rol van de incassogemachtigde. Daarnaast heeft verzoeker, vergezeld van zijn advocaat, een bezoek gebracht aan het kantoor van de zorgverzekeraar. Toch is tot op heden onduidelijk wat nu precies van verzoeker wordt gevorderd. Zo betreft het grootste gedeelte van de betalingsachterstand premies van vóór 2011, dus oude posten van ruim vier jaar geleden. Op basis hiervan zijn verzoeker en zijn partner als wanbetaler aangemeld bij het toenmalige CVZ, thans het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) geheten.
- 4.2. De zorgverzekeraar heeft onderzoek gedaan naar de openstaande vordering. Hoewel dit grondig lijkt te zijn geschied, meent verzoeker dat geen correcte weergave van de zaken wordt gegeven. Zo stelt de zorgverzekeraar dat hij niet kan aangeven wanneer verzoeker wel en niet aanvullend verzekerd was, maar wordt wel premie voor een aanvullende verzekering in rekening gebracht. Ook hier is grotendeels sprake van een oude, openstaande schuld. Verzoeker beroept zich op verjaring van de betreffende jaarpremies.
- 4.3. Helaas komt verzoeker er niet uit met de zorgverzekeraar. Hij wordt door de zorgverzekeraar achtervolgd met een heleboel zeer oude openstaande premies. Verzoeker heeft geen vertrouwen meer in de zorgverzekeraar. Hij verzoekt de commissie om een gegrondverklaring van zijn klachten

dat zaken onduidelijk zijn en blijven, en dat ten onrechte vorderingen als actief worden opgevoerd, mede gezien het leerstuk van verjaring. Verzoeker wenst tot een oplossing te komen.

- 4.4. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald. Voorts heeft verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat op het overzicht van de zorgverzekeraar drie posten staan die zijn verjaard, te weten (i) het eigen risico tot en met 2010, (ii) de premie voor de zorgverzekering tot en met 2010, en (iii) de premie voor de aanvullende verzekering tot en met 2010. Deze vorderingen zijn meer dan vijf jaar oud. Er zijn geen stuitingshandelingen geweest, met uitzondering van de dagvaarding van 13 april 2010, betreffende een hoofdsom van circa € 2.898,71. Op 4 juni 2010 is ter zake vonnis gewezen. Het is onduidelijk waar de in de brief van de incassogemachtigde van 9 oktober 2012 genoemde posten op zien. Verzoeker stelt dat de brieven van de incassogemachtigde niet als stuitingshandelingen zijn aan te merken. Daarvoor zijn deze niet voldoende bepaald. Verzoeker ontvangt regelmatig deurwaarders, en deze vertellen dat ook voor hen onduidelijk is hoe het zit. Tot slot heeft verzoeker verklaard dat de kwestie al zeer lang loopt en dat deze is ontstaan door een complexe psychiatrische problematiek.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar
- 5.1. Verzoeker is sinds 1 januari 2006 verzekerd bij de zorgverzekeraar. Van begin af aan betaalt hij geen premie en geen eigen risico of eigen bijdragen. In de periode van 1 januari 2006 tot en met 30 juni 2010 heeft de zorgverzekeraar getracht vorderingen via de incassogemachtigde te innen. Aldaar liepen drie dossiers:
- 1: dossier 10783144 voor een bedrag van € 2.479,32, exclusief rente en kosten;
 - 2: dossier 10447243 voor een bedrag van € 2.898,71, exclusief rente en kosten;
 - 3: dossier 10791257 voor een bedrag van € 1.391,24, exclusief rente en kosten.
- Dossier 1 betreft het eigen risico, de dossiers 2 en 3 betreffen premievorderingen. In dossier 2 heeft de rechtbank Arnhem verzoeker veroordeeld tot betaling van de hoofdsom van € 2.898,71, te vermeerderen met kosten en rente. Deze vordering is niet verjaard. In dossiers 1 en 3 zijn door de incassogemachtigde in 2012 en 2014 nog sommaties verzonden. Ook deze vorderingen zijn niet verjaard. Alle drie de dossiers zijn inmiddels gesloten bij de incassogemachtigde. De zorgverzekeraar heeft besloten de in deze dossiers gemaakte kosten en rente kwijt te schelden, maar houdt vast aan de verschuldigde hoofdsommen.
- 5.2. Vanwege de achterstanden in de premiebetalingen is verzoeker op 13 juni 2010 aangemeld als wanbetaler bij het CVZ. Vanaf 1 juli 2010 incasseert het CVZ/Zorginstituut de bestuursrechtelijke premie bij verzoeker. Het gaat hierbij om 130% van de zogenoemde standaardpremie (de premie zonder kortingen). Wanneer verzoeker de betalingsachterstand heeft ingelopen, wordt hij afgemeld bij het Zorginstituut. Uit het overgelegde financiële overzicht blijkt echter dat vanaf 2010 tot heden vrijwel niets is betaald door verzoeker, en dat om die reden (wederom) vorderingen aan de incassogemachtigde zijn overgedragen. In het bij de incassogemachtigdenog lopende dossier 11304677 is geprocedeerd en vonnis gewezen.
- 5.3. De zorgverzekeraar heeft van verzoeker bedragen gevorderd die betrekking hebben op het vrijwillig eigen risico 2011 en 2012. Verzoeker heeft op 8 januari 2014 telefonisch een klacht ingediend. Hij verklaarde het niet eens te zijn met de aanmaning van 4 januari 2014 en stelde dat hij nooit zelf een vrijwillig eigen risico had aangevraagd. Hierover heeft veelvuldig contact met verzoeker plaatsgevonden. Op 20 januari 2014 is verzoeker schriftelijk op de hoogte gesteld van de afhandeling van zijn klacht. De bedragen die betrekking hebben op het vrijwillig eigen risico 2011, 2012 en 2013 (totaal € 600,--) zijn kwijtgescholden. Het bedrag van de aanmaning van 4 januari 2014 (€ 102,--) heeft verzoeker niet hoeven te betalen. Een bedrag van € 98,-- is verrekend met een lopende betalingsregeling. De overige € 400,-- is verrekend met een openstaande vordering (dossier 11214531) bij de incassogemachtigde.

Voorts vordert de zorgverzekeraar bedragen van verzoeker die betrekking hebben op een eigen bijdrage, te weten € 305,85 ter zake van het jaar 2011 en € 69,-- ter zake van het jaar 2012. Het gaat om declaraties van tandheelkundige kosten, gemaakt in 2011 en 2012. Omdat verzoeker geen aanvullende verzekering heeft afgesloten voor tandheelkundige kosten, komen deze voor zijn rekening.

Het verplicht eigen risico bedroeg in 2011 € 170,-- en in 2012 € 220,--. Het verplicht eigen risico wordt het eerst aangesproken wanneer zorgkosten worden gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. De eigen bijdragen en het eigen risico tot en met het jaar 2010 zijn bijna geheel onbetaald gebleven. Deze posten vallen onder de vorderingen die aan de incassogemachtigde zijn overgedragen. De incassogemachtigde heeft aan de zorgverzekeraar medegedeeld geen mogelijkheden te zien voor verhaal. Dit betekent dat het dossier is teruggegeven. De bedragen staan dus niet meer open bij de incassogemachtigde, maar bij de zorgverzekeraar.

Verzoeker heeft in de periode tot 1 juli 2010 een premieachterstand ter zake van de zorgverzekering opgebouwd. Deze openstaande posten vielen onder dossier 10447243 bij de incassogemachtigde (hoofdsom € 3.801,49). Tevens heeft verzoeker in de periode tot en met 2010 een premieachterstand ter zake van de aanvullende verzekering opgebouwd. De zorgverzekeraar kan in zijn systeem geen detailgegevens meer opvragen uit de periode van vóór 2011, en zodoende kan niet worden aangegeven gedurende welke periode verzoeker aanvullend verzekerd was. De zorgverzekeraar merkt op dat de zorgconsumptie van verzoeker zodanig hoog is, dat hij hoe dan ook het verplicht eigen risico zal moeten voldoen.

- 5.4. Naar de stand van 27 augustus 2015 bedraagt de betalingsachterstand totaal € 8.668,44. Dit bedrag ziet op premie, eigen risico en eigen bijdragen over de periode van 1 januari 2006 tot 7 augustus 2015, vermeerderd met rente en kosten van het lopende dossier bij de incassogemachtigde. De rente en kosten na de datum van het opstellen van het financiële overzicht (7 augustus 2015) komen nog bij de achterstand.

Alle openstaande posten zijn bekeken en de zorgverzekeraar kan niet anders dan concluderen dat deze bedragen door verzoeker dienen te worden voldaan. Er is geen sprake van verjaring. De zorgverzekeraar begrijpt dat er veel onduidelijkheid is ontstaan. Allereerst wat betreft de afhandeling van de klacht aangaande het vrijwillig eigen risico. Ten tweede wat betreft het bericht van de incassogemachtigde dat aldaar geen dossiers meer in behandeling zijn. Voor deze onduidelijkheid biedt de zorgverzekeraar zijn excuses aan.

- 5.5. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat thans duidelijk is welke vorderingen bestaan en waar deze op zien. Verzoeker komt met name op tegen oude vorderingen van vóór 2010. Uit het overgelegde financiële overzicht, dat ziet op de periode van 2006 tot en met heden, blijkt dat de achterstand ziet op premie en eigen risico. Verzoeker is regelmatig gesommeerd. In de betreffende brieven staat ook dat het gaat om premie en eigen risico. Dossier 10783144 bij de incassogemachtigde ziet op het eigen risico voor de jaren 2006 tot en met 2010. Dit is één dossier met een hoofdsom van totaal € 2.514,61. De brief van 9 oktober 2012 van de incassogemachtigde betreft een sommatie in dit kader. De verjaring van de betreffende posten uit 2006 tot en met 2010 is in ieder geval gestuit. Dossier 10791257 bij de incassogemachtigde ziet op premie van januari 2009 tot en met mei 2010 en de hoofdsom bedraagt € 1.391,24. Dossier 11214531 bij de incassogemachtigde betreft het eigen risico ná 2010, namelijk de jaren 2011 en 2012. Het eigen risico dat voor 2011 nog openstaat is € 609,72, en voor 2012 € 486,13. Verzoeker heeft geen betalingen uitgevoerd ter zake. Omdat bedragen onjuist waren geboekt, is verzoeker tegemoetgekomen. De kosten zijn kwijtgescholden; het gaat thans alleen nog om de hoofdsommen.

- 5.6. Nadien is door de zorgverzekeraar verklaard dat naar de stand van 23 november 2015 sprake is van een betalingsachterstand van totaal € 8.268,79.

- 5.7. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het onderhavige verzoek dient te worden afgewezen.

 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A17 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

6.2. De commissie is niet bevoegd ter zake van het gedeelte van het verzoek waarover de rechter reeds uitspraak heeft gedaan.

 7. Het geschil

7.1. In geschil is de hoogte van de betalingsachterstand.

 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 A12 van de zorgverzekering is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.

8.3. Op 1 september 2009 is de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering 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/Zorginstituut. 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/Zorginstituut komt doorgaans weer een einde zodra de schuld uit de zorgverzekering is ingelost of een schuldregeling wordt getroffen.

8.4. Voor op 1 september 2009 reeds bestaande gevallen van premieachterstand is een overgangsregeling getroffen, die voorziet in een verkort traject. Hierbij is tevens voorzien in een regeling die bepaalt dat bepaalde handelingen die door de ziektekostenverzekeraar vooruitlopend op de inwerkingtreding van de wet zijn verricht – voor zover deze handelingen voldoen aan het geregelde in de wet, als was deze reeds in werking getreden – worden aangemerkt als handelingen in het kader van de wet.

8.5. Artikel 3:307 lid 1 BW luidt als volgt:

“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.”

8.6. Artikel 3:317 BW luidt:

“1. De verjaring van een rechtsvordering tot nakoming van een verbintenis wordt gestuit door een schriftelijke aanmaning of door een schriftelijke mededeling waarin de schuldeiser zich ondubbelzinnig zijn recht op nakoming voorbehoudt.

2. De verjaring van andere rechtsvorderingen wordt gestuit door een schriftelijke aanmaning, indien deze binnen zes maanden wordt gevolgd door een stuitingshandeling als in het vorige artikel omschreven.”

8.7. Artikel 3:324 BW luidt:

"1. De bevoegdheid tot tenuitvoerlegging van een rechterlijke of arbitrale uitspraak verjaart door verloop van twintig jaren na de aanvang van de dag, volgende op die van de uitspraak, of, indien voor tenuitvoerlegging daarvan vereisten zijn gesteld waarvan de vervulling niet afhankelijk is van de wil van degene die de uitspraak heeft verkregen, na de aanvang van de dag, volgende op die waarop deze vereisten zijn vervuld.

2. Wordt vóórdat de verjaring is voltooid, door een der partijen ter aantasting van de ten uitvoer te leggen veroordeling een rechtsmiddel of een eis ingesteld, dan begint de termijn eerst met de aanvang van de dag, volgende op die waarop het geding daarover is geëindigd.

3. De verjaringstermijn bedraagt vijf jaren voor wat betreft hetgeen ingevolge de uitspraak bij het jaar of kortere termijn moet worden betaald.

4. Voor wat betreft renten, boeten, dwangsommen en andere bijkomende veroordelingen, treedt de verjaring, behoudens stuiting of verlenging, niet later in dan de verjaring van de bevoegdheid tot tenuitvoerlegging van de hoofdveroordeling."

9. Beoordeling van het geschil

9.1. De zorgverzekeraar heeft een financieel overzicht van 23 november 2015 overgelegd. Hieruit blijkt dat verzoeker over de periode van 1 januari 2006 tot en met 30 november 2015 een bedrag is verschuldigd van totaal € 9.899,13 ter zake van premie, eigen risico en eigen bijdragen. In voornoemde periode is totaal € 1.630,34 betaald door verzoeker c.q. kwijtgescholden door de zorgverzekeraar. Derhalve is volgens bedoeld overzicht naar de stand van 23 november 2015 sprake van een betalingsachterstand van totaal € 8.268,79 (€ 9.899,13 - € 1.630,34), exclusief rente en kosten.

9.2. Uit voornoemd financieel overzicht van de zorgverzekeraar blijkt dat bij diens incassogemachtigde thans nog drie dossiers lopend zijn. Het betreft de navolgende dossiers:

- 11214531: € 1.018,72, inclusief rente en kosten;
- 11304677: € 452,87, inclusief rente en kosten;
- 23257702: € 436,87, inclusief rente en kosten.

De hoofdsommen in deze drie dossiers zijn inbegrepen in de betalingsachterstand van € 8.268,79, exclusief rente en kosten.

9.3. Verzoeker heeft gesteld dat sprake is van verjaring; de (premie)achterstand van vóór 2011 zou zijn verjaard. De zorgverzekeraar heeft dit bestreden.

Artikel 3:317 lid 1 BW bepaalt dat de verjaring van een rechtsvordering tot nakoming van een verbintenis (in casu: betaling door verzoeker van premie en eigen risico) kan worden gestuit door een schriftelijke mededeling waarin de schuldeiser zich ondubbelzinnig zijn recht op nakoming voorbehoudt. Volgens vaste rechtspraak van de Hoge Raad moeten deze bewoordingen worden begrepen in het licht van de strekking van een stuitingshandeling van deze aard, die neerkomt op een - voldoende duidelijke - waarschuwing aan de schuldenaar (in casu: verzoeker) dat hij er rekening mee moet houden dat hij ook na het verstrijken van de verjaringstermijn de beschikking houdt over zijn gegevens en bewijsmateriaal, opdat hij zich tegen een dan mogelijkerwijs nog door de schuldeiser ingestelde vordering behoorlijk kan verweren.

Tussen partijen staat vast dat verzoeker bij brief van 9 oktober 2012 van de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar een overzicht heeft ontvangen van de per die datum openstaande posten. Uit deze brief volgt dat de incassogemachtigde zijn bemoeienissen voortzet indien geen betaling van het verschuldigde is ontvangen binnen tien dagen na dagtekening. De commissie is van oordeel dat voornoemde brief een mededeling is als bedoeld in artikel 3:317 lid 1 BW, die stuiting tot gevolg heeft.

Daarnaar gevraagd door de commissie, heeft de zorgverzekeraar de respectieve, in eerdergenoemde brief genoemde, hoofdsommen gespecificeerd. Waar het dossier 10783144 betreft, gaat het om openstaande bedragen ter zake van de gecorrigeerde no-claimteruggave onderscheidenlijk het verplicht eigen risico over de jaren 2006 tot en met 2010. Naar zeggen van de zorgverzekeraar zijn dienaangaande eerder stuitingsbrieven gezonden, doch hiervan is in de onderhavige procedure niet gebleken. De commissie is om deze reden van oordeel dat de vordering ter zake van de gecorrigeerde no-claimteruggave 2006 (ten bedrage van € 111,21) niet tijdig is gestuit en mitsdien is verjaard. Alle overige in de brief van 9 oktober 2012 genoemde hoofdsommen, te weten € 2.403,40 (i.e. € 2.514,61 minus € 111,21) plus € 1.391,24 plus € 1.095,85, zijnde totaal € 4.890,49, zijn met die brief wél tijdig gestuit.

In die dossiers waarin vonnis is gewezen is de verjaringstermijn op grond van artikel 3:324 BW twintig jaar. Deze termijn is nog niet verstreken, zodat stuiting vooralsnog niet aan de orde is.

- 9.4. Voorts heeft verzoeker aangevoerd dat onduidelijkheid bestaat over een al dan niet door hem afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering en het in rekening brengen van premie voor die verzekering door de zorgverzekeraar. Uit de door de zorgverzekeraar overgelegde polisbladen blijkt dat verzoeker vanaf 1 januari 2011 uitsluitend de zorgverzekering bij de zorgverzekeraar heeft afgesloten. Van vóór 2011 zijn volgens de zorgverzekeraar geen gegevens meer beschikbaar. Echter, uit het door de zorgverzekeraar overgelegde vonnis van de rechtbank Arnhem van 4 juni 2010, en de daarbij gevoegde dagvaarding, blijkt dat in die procedure een bedrag van € 402,-- is gevorderd van verzoeker ter zake van premie voor een aanvullende ziektekostenverzekering voor de periodes juni tot en met december 2006, het gehele jaar 2007, januari tot en met maart 2008, en augustus tot en met december 2008. Dit vonnis is in kracht van gewijsde gegaan en heeft mitsdien tussen partijen gezag van gewijsde, zodat als vaststaand geldt dat verzoeker voor de jaren, althans gedeeltes daarvan, 2006, 2007 en 2008 een aanvullende ziektekostenverzekering bij de zorgverzekeraar had afgesloten en dat hiervoor terecht premie van verzoeker wordt gevorderd. Voor de periode van 1 januari 2011 tot heden geldt dat verzoeker enkel de premie voor de zorgverzekering is verschuldigd, met dien verstande dat verzoeker vanaf 1 juli 2010 de bestuursrechtelijke premie is verschuldigd aan het CVZ en de verplichting tot premiebetaling aan de zorgverzekeraar met ingang van laatstgenoemde datum is opgeschort.
- 9.5. Derhalve is verzoeker aan de zorgverzekeraar verschuldigd het achterstallige bedrag van € 8.268,79 minus € 111,21 (verjaarde vordering, zie 9.3), zijnde € 8.157,58, exclusief rente en kosten.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.7. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de zorgverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 16 december 2015,

A.I.M. van Mierlo