



**SKGZ**



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem  
Zaak : Premie, betalingsachterstand, aanmelding Zorginstituut, dossier incassogemachtigde, overdracht portefeuille  
Zaaknummer : 201601532  
Zittingsdatum : 21 december 2016

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2015-2016, art. 8a en paragraaf 3.3 Zvw, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015-2016, artt. 6:43 en 7:932 BW, afdeling 3.5.1a. Wft)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,  
tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Verzoeker was tot en met 31 december 2015 bij de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Standaard Zorgverzekering, en vanaf 1 januari 2016 bij de ziektekostenverzekeraar op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar tot en met 31 december 2015 de aanvullende ziektekostenverzekering IZA Aanvullend Classic (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) afgesloten, en vanaf 1 januari 2016 bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende verzekeringen VGZ Aanvullend Best en VGZ Tand Best. Alle hiervoor genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Bij brief van 12 oktober 2015 heeft de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van zes of meer maanden, en dat hij per 1 oktober 2015 is aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut).

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormeld standpunt gevraagd. Bij brief van 22 februari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

3.3. Bij e-mailbericht van 27 juni 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen (i) dat de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar hem ten onrechte heeft aangemeld bij het Zorginstituut, (ii) dat de gestelde betalingsachterstand onjuist is, en (iii) dat hij weer gebruik kan maken van de aanvullende ziektekostenverzekering IZA Aanvullend Classic (hierna: het verzoek).

3.4. De incassogemachtigde van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 29 juni 2016 medegedeeld dat de openstaande vordering per die datum € 472,84 bedraagt, inclusief rente en kosten.

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar 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.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 4 oktober 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 10 oktober 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Verzoeker heeft bij e-mailberichten van 9 en 10 november 2016 gereageerd op het onder 3.6 bedoelde standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Afschriften van deze reacties zijn aan de wederpartij gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 29 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 17 november 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 21 december 2016 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.
- 3.10. Verzoeker heeft de commissie bij e-mailbericht van 23 december 2016 aanvullende informatie gezonden. Een afschrift hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 3.11. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie desgevraagd bij e-mailbericht van 28 december 2016 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is aan verzoeker gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker was voorheen verzekerd bij een verzekeraar die deel uitmaakt van hetzelfde concern als dat waartoe de ziektekostenverzekeraar behoort. De premie voor de jaren 2014 en 2015 is volledig voldaan. Per 1 januari 2016 is de 'oude' verzekeraar van verzoeker overgenomen door de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker wenst graag met terugwerkende kracht gebruik te maken van de aanvullende ziektekostenverzekering. Vanwege de aanmelding bij het Zorginstituut als wanbetaler is dit niet mogelijk. De ziektekostenverzekeraar is verzocht de aanmelding in te trekken en verzoeker weer gebruik te laten maken van de aanvullende ziektekostenverzekering, maar hierop is door de ziektekostenverzekeraar niet ingegaan. Verzoeker wordt enkel verwezen naar de incassogemachtigde, die een bedrag van ruim € 1.600,-- van hem vordert. Alle betaalbewijzen voor de jaren 2014 en 2015 zijn gezonden aan de incassogemachtigde, maar telkens wordt verzoeker medegedeeld dat enkel betaalbewijzen over 2014 zijn toegestuurd. De vordering bij de incassogemachtigde zou zien op het jaar 2015. Verzoeker stelt dat dit niet kan kloppen. Hij vermoedt dat bij de overgang per 1 januari 2016 fouten zijn gemaakt. Van een premieachterstand is geen sprake.
- 4.2. In reactie op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 4 oktober 2016 heeft verzoeker het volgende gesteld.  
In het kader van de portefeuilleoverdracht heeft verzoeker slechts één brief, gedateerd 3 december 2015, ontvangen waaruit is af te leiden dat op dat moment geen premieachterstand bestond. Uitgaande van de juistheid hiervan is het onbegrijpelijk dat thans een achterstand van € 1.671,37 wordt opgegeven door de ziektekostenverzekeraar. Dit bedrag is bovendien niet af te leiden uit het financiële overzicht. Verzoeker was volgens de ziektekostenverzekeraar in 2014 en 2015 totaal € 3.816,74 verschuldigd, en door hem is betaald € 3.440,99. Een te betalen bedrag - naar de stand van 30 september 2016 - van € 375,75 resteert dan. Deze berekening klopt echter niet met het feit dat de incassogemachtigde van de ziektekostenverzekeraar een veel hoger bedrag van verzoeker vordert. Verzoeker meent dat de ziektekostenverzekeraar niet alle door hem verrichte betalingen heeft verwerkt. Een voorbeeld is de betaling op 4 oktober 2015 van € 925,94 aan de

voormalige verzekeraar. Dit bedrag is niet opgenomen in het financiële overzicht. In de jaren 2014 en 2015 is totaal € 3.130,58 aan de voormalige verzekeraar betaald. Daarbij komen een betaling van € 135,70 op 7 februari 2014 en een betaling van € 191,01 op 23 december 2014. Het totaal betaalde bedrag is hiermee € 3.457,29. Zodoende geldt dat het overzicht niet duidelijk is, terwijl van de ziektekostenverzekeraar in redelijkheid mag worden verlangd dat openheid van zaken wordt gegeven.

Verzoeker herhaalt met terugwerkende kracht gebruik te willen maken van de aanvullende ziektekostenverzekering IZA Aanvullend Classic, die door de ziektekostenverzekeraar per 1 juli 2015 is geroyeerd in verband met een achterstand. Er is echter geen sprake geweest van een achterstand die royement van de aanvullende ziektekostenverzekering rechtvaardigt. Bovendien heeft verzoeker ter zake nimmer een mededeling van de ziektekostenverzekeraar ontvangen. Verzoeker verwijst nogmaals naar de brief inzake de portefeuilleoverdracht waarin staat dat geen premieachterstand bestaat. Indien de ziektekostenverzekeraar verzoeker een brief had gestuurd over het royement van de aanvullende ziektekostenverzekering, was hij hiertegen zeker opgekomen.

Verzoeker stelt schade te hebben geleden door de kwestie, bestaande uit tandartskosten die voor zijn rekening zijn gebleven en incassokosten.

4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat in november 2014 problemen zijn ontstaan met zijn werkgever. Hij werd ontslagen en ontving geen salaris. Verzoeker moest naar de DWI voor een tegemoetkoming. Pas in oktober 2015 ontving verzoeker geld en toen is € 925,94 betaald aan de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar en diens incassogemachtigde zijn op 24 augustus 2015 van een en ander schriftelijk op de hoogte gesteld. Voorts heeft verzoeker herhaald dat de door de ziektekostenverzekeraar opgegeven achterstand niet klopt. Bovendien zou hij in 2016 hebben gekozen voor de verzekering Basis, maar die keuze is nooit gemaakt. Verzoeker heeft gevraagd om een financieel overzicht, maar dit heeft hij nooit ontvangen. Van het Zorginstituut heeft verzoeker nooit iets gehoord. Tot slot heeft verzoeker toegelicht dat hij niet voornemens is met de incassogemachtigde van de ziektekostenverzekeraar een betalingsregeling te treffen.

4.4. Nadien heeft verzoeker verklaard dat met de ziektekostenverzekeraar een betalingsregeling is getroffen voor het openstaande bedrag aan zorgkosten uit 2016 van € 330,55, ingaande 10 januari 2017. De bevestiging hiervan dateert van 8 december 2016. Voorts heeft verzoeker nogmaals aandacht gevraagd voor het feit dat de betaling van € 925,94 op 4 oktober 2015 aan de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar niet voorkomt in het financiële overzicht.

4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

## 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Vanwege de betalingsachterstand van verzoeker destijds, is de aanvullende ziektekostenverzekering (IZA Aanvullend Classic) per 1 juli 2015 door de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar geroyeerd. Verzoeker kan bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag voor een nieuwe aanvullende verzekering indienen als hij de volledige achterstand heeft voldaan. Bij toekenning van de aanvraag gaat de aanvullende verzekering in per 1 januari van het kalenderjaar volgend op het jaar van ontvangst van de aanvraag.

5.2. Per 1 oktober 2015 is een deel van de portefeuille van de rechtsvoorganger overgedragen aan de ziektekostenverzekeraar. Het gaat hierbij om alle IZA mixpolissen en de aanvullende verzekeringen Basic, Classic en Perfect. Verzekerden met genoemde polissen hebben bij de ziektekostenverzekeraar meer keuzevrijheid. Bij de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar konden zij enkel kiezen voor de IZA Zorgverzekering: een combinatie van natura en restitutie. De aanvullende verzekeringen zijn eveneens een combinatie van aanvullende ziektekosten- en tandverzekeringen.

Begin september 2015 ontvingen de betrokken verzekerden een vooraankondiging en in oktober 2015 een brochure met een overzicht van de wijzigingen per 1 januari 2016. Medio november 2015 ontvingen de betrokken verzekerden een aanbod conform de diensten en producten van

de ziektekostenverzekeraar. Eind november 2015 hebben zij het nieuwe magazine van de ziektekostenverzekeraar en een welkomstflyer ontvangen.

5.3. Verzoeker is op 28 september 2015 door de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar aangemeld bij het Zorginstituut. Op het moment van aanmelding had hij een premieachterstand over de periode van maart 2015 tot en met augustus 2015. De tweemaandsbrief is verstuurd op 30 mei 2015, de viermaandsbrief op 30 juli 2015 en de zesmaandsbrief op 12 oktober 2015. Verzoeker is vanaf 1 oktober 2015 de bestuursrechtelijke premie verschuldigd aan het Zorginstituut. Aangezien sprake was van een premieachterstand van minimaal zes maanden, heeft de aanmelding terecht plaatsgevonden.

5.4. Op 12 juli 2015 is de openstaande vordering door de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar overgedragen aan de incassogemachtigde. Aldaar is op 21 juli 2015 dossier 5300809 aangemaakt. Dit dossier omvat de volgende bedragen:

- hoofdsom: € 1.407,19;
- incassokosten: € 68,20;
- rente: € 3,06;
- informatiekosten: € 5,59.

Dit is totaal € 1.484,04. Van verzoeker werd een bedrag van € 1.031,44 ontvangen, zodat naar de stand van 27 september 2016 een openstaand bedrag in het incassodossier resteert van € 452,60 (€ 1.484,04 - € 1.031,44).

5.5. Met betrekking tot de verzekerde periode bij de rechtsvoorganger (1 januari 2014 tot en met 31 december 2015) is sprake van een betalingsachterstand van € 375,75. Over de verzekerde periode bij de ziektekostenverzekeraar (1 januari 2016 tot en met heden) is sprake van een betalingsachterstand van € 332,05. De totale achterstand exclusief rente en incassokosten bedraagt zodoende € 707,80. Afmelding bij het Zorginstituut is eerst aan de orde als alle openstaande bedragen inclusief bijkomende kosten zijn voldaan.

5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat alle door verzoeker genoemde betalingen zijn terug te vinden in het financiële overzicht. Deze betalingen zijn wel verdeeld over verschillende posten. Zo is het bedrag van € 925,94 in tweeën geknipt. De reden hiervan is dat verzoeker bij de betalingen niet het zestiencijferige betalingskenmerk vermeldt. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de portefeuilleoverdracht conform de Wet op het financieel toezicht is verlopen. Tot slot heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat de actuele achterstand € 707,80 bedraagt, exclusief rente en kosten. Bij de incassogemachtigde staat € 375,75 open, exclusief rente en kosten. Verzoeker kan contact opnemen met de incassogemachtigde voor het treffen van een betalingsregeling. Voor de achterstand die bij de ziektekostenverzekeraar open staat (€ 332,05) loopt een regeling van tien termijnen.

5.7. Nadien heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat als verzoeker een betalingsregeling treft met de incassogemachtigde, de aanmelding als wanbetaler bij het Zorginstituut wordt opgeschort. Verzoeker is alsdan vanaf de eerste dag van de maand volgend op de maand waarin de opschorting is geschied, weer de reguliere premie aan de ziektekostenverzekeraar verschuldigd. Hierdoor heeft verzoeker extra afloscapaciteit voor de openstaande vordering.

5.8. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het onderhavige verzoek dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering (2015-2016), alsmede artikel 8 (2015) en artikel 7 (2016) van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

 7. Het geschil

-  7.1. In geschil zijn (i) de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het Zorginstituut per 1 oktober 2015, (ii) de hoogte van de betalingsachterstand, en (iii) het herstel van de aanvullende ziektekostenverzekering IZA Aanvullend Classic.

 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 3.4 van de zorgverzekering (2015-2016) is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.

-  8.3. Artikel 8a Zvw luidt:

*"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 geldt uitzondering indien de zorgverzekeraar de verzekeringnemer binnen twee weken te kennen geeft de opzegging te bevestigen."*

-  8.4. De (wijze van) premiebetaling voor de aanvullende verzekering is geregeld in artikel 3 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2015-2016). Hierbij is onder meer geregeld dat de premie voor deze verzekering bij vooruitbetaling is verschuldigd.

-  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 Zorginstituut Nederland. De consequentie hiervan is dat voor de nieuw opkomende maanden een – hogere – bestuursrechtelijke premie van toepassing wordt (in plaats van de premiebetaling aan de ziektekostenverzekeraar), alsmede een ander incassoregime, waarbij onder andere bronheffing en incasso door het CJIB mogelijk zijn. Aan het regime bij het Zorginstituut Nederland komt doorgaans weer een einde zodra de schuld uit de zorgverzekering is ingelost of een schuldregeling wordt getroffen.

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

**"Artikel 18a**

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

#### **"Artikel 18b**

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

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

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

#### **"Artikel 18c**

1. Indien ten aanzien van een zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een premieschuld ter hoogte van zes of meer maandpremies is ontstaan, meldt de zorgverzekeraar dit, onder vermelding van de voor de heffing van de bestuursrechtelijke premie alsmede voor de uitvoering van artikel 34a noodzakelijke persoonsgegevens van de verzekeringnemer en de verzekerde, aan het Zorginstituut, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, aan de verzekerde.

2. De melding geschiedt niet:

- a. in geval van tijdige betwisting als bedoeld in artikel 18b, eerste lid, zolang de zorgverzekeraar zijn standpunt dienaangaande niet aan de verzekeringnemer en, indien dit een ander dan de verzekeringnemer is, aan de verzekerde heeft kenbaar gemaakt;
  - b. gedurende de termijn, genoemd in artikel 18b, tweede lid;
  - c. ingeval van tijdige voorlegging van het geschil aan een onafhankelijke instantie of aan de burgerlijke rechter als bedoeld in artikel 18b, tweede lid, zolang op het geschil niet onherroepelijk is beslist;
  - d. ingeval de verzekeringnemer zich heeft aangemeld bij een schuldhulpverlener als bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet en aantoont dat hij in het kader daarvan een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van zijn schulden heeft gesloten.
3. Onderdeel van de melding vormt een verklaring van de zorgverzekeraar, inhoudende dat hij artikel 18b en het tweede lid in acht heeft genomen."

- 8.7. Uit de memorie van toelichting op het Wetsvoorstel Structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering (TK 2008-2009, 31736, nr. 3, p. 28) kan worden afgeleid dat de premieachterstand als bedoeld in de artikelen 18a, 18b en 18c Zvw, ziet op de premieachterstand per zorgverzekering en niet per polis (waarop meerdere zorgverzekeringen c.q. verzekerden vermeld kunnen staan). Verder is voor toepassing van de regeling als opgenomen in de artikelen 18a, 18b en 18c Zvw uitsluitend de premie voor de zorgverzekering van belang.
- 8.8. Artikel 18d Zvw regelt de verschuldigdheid van de bestuursrechtelijke premie aan het Zorginstituut. Dit artikel luidt als volgt:

**"Artikel 18d**

1 De verzekeringnemer is vanaf de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin het Zorginstituut de melding, bedoeld in artikel 18c, heeft ontvangen aan het Zorginstituut een bij ministeriële regeling te bepalen, bestuursrechtelijke premie van ten minste 110% en ten hoogste 130% van de gemiddelde premie verschuldigd.

2 De premie, bedoeld in het eerste lid, is niet meer verschuldigd met ingang van de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin:

- a. de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden zijn of zullen zijn afgelost of tenietgaan,
- b. de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, bedoeld in de Faillissementswet, op de verzekeringnemer van toepassing wordt,

c. door tussenkomst van een schuldhulpverlener als bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet een overeenkomst als bedoeld in artikel 18c, tweede lid, onderdeel d, is gesloten, door diens tussenkomst een buitengerechtelijke schuldregeling tot stand is gekomen waarin, naast de verzekeringnemer, ten minste zijn zorgverzekeraar deelneemt, of de zorgverzekeraar met de verzekeringnemer een betalingsregeling is overeengekomen, of

d. de verzekeringnemer aan bij ministeriële regeling te bepalen voorwaarden voldoet.

3 Ten behoeve van de toepassing van het tweede lid stelt de zorgverzekeraar het Zorginstituut, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde, onverwijld op de hoogte van de datum waarop een situatie als bedoeld in onderdeel a, b of c van dat lid van toepassing wordt.

4 In afwijking van het eerste en tweede lid is de verzekeringnemer wederom aan het Zorginstituut bestuursrechtelijke premie verschuldigd vanaf de eerste dag van de maand volgende op de maand:

- a. waarin de toepassing van de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen op grond van artikel 350, derde lid, onderdeel c, d, e, f, of g, van de Faillissementswet, is beëindigd,
- b. waarin hij zich, blijkens een melding van zijn zorgverzekeraar, aan deelname aan een op hem van toepassing zijnde overeenkomst of regeling als bedoeld in het tweede lid, onderdeel c, heeft onttrokken voordat hij de in de desbetreffende overeenkomst of regeling neergelegde afspraken jegens zijn zorgverzekeraar volledig is nagekomen of
- c. waarin hij niet meer voldoet aan bij de ministeriële regeling, bedoeld in het tweede lid, te bepalen voorwaarden.

5 Indien in het in het vierde lid, onderdeel b, bedoeld geval een door tussenkomst van een schuldhulpverlener als bedoeld in het tweede lid, onderdeel c, tot stand gekomen overeenkomst of



*regeling betreft, dient de melding, bedoeld in dat onderdeel mede door een schuldhelpverlener te zijn ondertekend.*

*6 Bij ministeriële regeling wordt bepaald hoe de gemiddelde premie, bedoeld in het eerste lid, wordt berekend."*

- 8.9. De toerekening van betalingen is geregeld in de artikelen 6:43 en 6:44 BW. Artikel 6:43 BW luidt:

**"Artikel 6:43**

*1. Verricht de schuldenaar een betaling die zou kunnen worden toegerekend op twee of meer verbintenissen jegens een zelfde schuldeiser, dan geschiedt de toerekening op de verbintenis welke de schuldenaar bij de betaling aanwijst.*

*2. Bij gebreke van zodanige aanwijzing geschiedt de toerekening in de eerste plaats op de opeisbare verbintenissen. Zijn er ook dan nog meer verbintenissen waarop de toerekening zou kunnen plaatsvinden, dan geschiedt deze in de eerste plaats op de meest bezwarende en zijn de verbintenissen even bezwarend, op de oudste. Zijn de verbintenissen bovendien even oud, dan geschiedt de toerekening naar evenredigheid."*

- 8.10. Artikel 7:932 BW luidt, voor zover hier van belang:

*"1 De verzekeraar geeft zo spoedig mogelijk een akte, polis genaamd, af, waarin de overeenkomst is vastgelegd. Een polis die is opgemaakt op een wijze als bedoeld in artikel 156a lid 1 van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering moet zijn voorzien van een elektronische handtekening die voldoet aan de eisen, bedoeld in artikel 15a lid 2 van Boek 3 van het Burgerlijk Wetboek. De verzekeraar is niet verplicht een polis af te geven indien de aard van de overeenkomst afwijkend gebruik rechtvaardigt en de verzekeringnemer bij afgifte van de polis geen belang heeft.*

*2 Op wijzigingen in de overeenkomst is lid 1 van overeenkomstige toepassing.  
(...)"*

- 8.11. Artikel 3:120 van de Wet op het financieel toezicht (Wft) luidt, voor zover hier van belang:

*"1 De verzekeraar die rechten en verplichtingen met instemming van de Nederlandsche Bank heeft overgedragen, doet van de overdracht mededeling in de Staatscourant.*

*2 Een levensverzekeraar of natura-uitvaartverzekeraar vermeldt bij de mededeling, bedoeld in het eerste lid, de datum waarop de overdracht is geschied. Een schadeverzekeraar doet tevens van de overdracht mededeling op andere door de Nederlandsche Bank te bepalen wijze.*

*3 De inhoud van de mededelingen, bedoeld in het eerste en tweede lid, behoeft voorafgaande instemming van de Nederlandsche Bank.*

*(...)"*

*7 De bij de overdracht door een schadeverzekeraar betrokken verzekeringnemers kunnen gedurende drie maanden na de dagtekening van de Staatscourant waarin de publicatie is geplaatst de schadeverzekering schriftelijk opzeggen met ingang van de dag na afloop van deze termijn. De schadeverzekeraar geeft alsdan de vooruitbetaalde premie alsmede de voldane assurantiebelasting terug voor het gedeelte dat evenredig is aan het op de hiervoor bedoelde dag nog niet verstreken gedeelte van de termijn waarvoor de premie en de assurantiebelasting werden betaald.*

*(...)"*

9. Beoordeling van het geschil

**Portefeuilleoverdracht**

- 9.1. De commissie acht het allereerst van belang de verzekeringssituatie vast te stellen, gelet op de door de ziektekostenverzekeraar aangehaalde - gedeeltelijke - portefeuilleoverdracht.

Verzoeker was in 2015 bij de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten. Per 1 oktober 2015 heeft een - gedeeltelijke - portefeuilleoverdracht plaatsgevonden, waardoor een deel van de verzekerden is ondergebracht bij de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker viel in deze categorie. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat verzoeker hierover begin

september 2015 is geïnformeerd door middel van een vooraankondiging, en in oktober 2015 door middel van een wijzigingenoverzicht. Medio november 2015 is volgens de ziektekostenverzekeraar een aanbod gestuurd aan - onder meer - verzoeker. Deze gang van zaken is in overeenstemming met afdeling 3.5.1a. Wft. Verzoeker heeft een polis 2016 overgelegd, met afgiftedatum 6 december 2015, waaruit blijkt dat hij met ingang van 1 januari 2016 bij de ziektekostenverzekeraar is verzekerd. De polis vormt de vastlegging van de verzekeringsovereenkomst (artikel 7:932 lid 1 BW). Van - tijdige - opzegging door verzoeker is niet gebleken.

### **Aanmelding Zorginstituut**

- 9.2. De rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker op 28 september 2015 aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut. Beoordeeld dient te worden of op dat moment sprake was van een premieachterstand van ten minste zes maanden.
- De ziektekostenverzekeraar heeft bij zijn brief van 4 oktober 2016 een financieel overzicht gevoegd dat ziet op de periode van 1 januari 2014 tot en met 31 december 2015, oftewel de periode dat verzoeker verzekerd was bij de rechtsvoorganger. Uit dit overzicht blijkt dat verzoeker in de periode tussen 10 maart 2015 en 9 oktober 2015 geen (premie)betalingen heeft uitgevoerd. Bovendien blijkt uit het financiële overzicht van de ziektekostenverzekeraar dat verzoeker reeds in 2014 niet steeds (tijdig) aan zijn betalingsverplichtingen heeft voldaan. Hiermede staat vast dat verzoeker ten minste zes maandpremies niet heeft voldaan. De commissie concludeert derhalve dat de (rechtsvoorganger van de) ziektekostenverzekeraar verzoeker op 28 september 2015 terecht heeft aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut. Dat verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar en de incassogemachtigde melding heeft gemaakt van de problemen met zijn werkgever, kan niet leiden tot een andere uitkomst.

### **Hoogte betalingsachterstand**

- 9.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij zijn brief van 4 oktober 2016 twee financiële overzichten gevoegd: één dat ziet op de verzekerde periode bij de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar, en één dat ziet op de verzekerde periode bij de ziektekostenverzekeraar. De commissie neemt deze overzichten als uitgangspunt bij de beoordeling van de hoogte van de betalingsachterstand van verzoeker.
- Verzoeker heeft gesteld dat de ziektekostenverzekeraar niet alle door hem verrichtte betalingen heeft verwerkt. Daarbij heeft hij in het bijzonder gewezen op de betaling van € 925,94 op 4 oktober 2015. Het is de commissie gebleken dat alle door verzoeker verrichte betalingen, althans alle betalingen waarvan door hem bewijzen zijn overgelegd, door de ziektekostenverzekeraar zijn ontvangen. Daarbij is van belang dat de ziektekostenverzekeraar bepaalde betalingen van verzoeker op verschillende openstaande posten heeft geboekt en deze betalingen zodoende zijn 'geknipt'. De ziektekostenverzekeraar was hiertoe op grond van artikel 6:43 BW gerechtigd, aangezien verzoeker bij zijn betalingen niet het door de ziektekostenverzekeraar opgegeven (zestiencijferige) kenmerk vermeldt.
- De commissie is daarom van oordeel dat verzoeker niet aannemelijk heeft gemaakt dat meer of andere betalingen zijn gedaan dan die zijn opgenomen in het financiële overzicht van 4 oktober 2016 van de ziektekostenverzekeraar.
- 9.4. Tijdens de zitting op 21 december 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de betalingsachterstand van verzoeker € 707,80, exclusief rente en kosten, bedraagt. Een bedrag van € 375,75 ziet op de periode dat verzoeker verzekerd was bij de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar, en is overgedragen aan de incassogemachtigde, zodat verzoeker over genoemd bedrag rente en bijkomende kosten is verschuldigd. Het andere gedeelte van de achterstand, een bedrag van € 332,05, staat bij de ziektekostenverzekeraar open. Verzoeker heeft voor de betaling van dit bedrag een regeling met de ziektekostenverzekeraar getroffen. Het bedrag van € 332,05 wordt door hem in tien termijnen voldaan, ingaande januari 2017.
- Na de zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat als verzoeker met de incassogemachtigde een betalingsregeling treft voor het bedrag van € 375,75, exclusief rente

en kosten, opschorting van de aanmelding als wanbetaler bij het Zorginstituut zal plaatsvinden. Verzoeker heeft zich hiertoe niet bereid verklaard.

De commissie stelt gelet op het voorgaande vast dat naar de stand van 21 december 2016 de betalingsachterstand van verzoeker € 707,80, exclusief rente en kosten, bedraagt en dat afmelding als wanbetaler bij het Zorginstituut, gelet op artikel 18d lid 2 Zvw, niet aan de orde is.

### **Herstel aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.5. Verzoeker wenst dat de aanvullende ziektekostenverzekering IZA Aanvullend Classic wordt hersteld. Deze is namelijk per 1 juli 2015 geroyeerd. Hiertoe overweegt de commissie dat herstel van de betreffende verzekering niet aan de orde is. Verzoeker is verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar en deze biedt genoemde verzekering niet aan. Bovendien blijkt uit het vorenoverwogene dat verzoeker niet steeds (tijdig) aan zijn betalingsverplichtingen heeft voldaan. Dit was destijds een grond voor beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat bij hem een nieuwe aanvullende verzekering kan worden aangevraagd zodra de thans nog bestaande achterstand is ingelopen.

### **Conclusie**

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

### **10. Het bindend advies**

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 8 februari 2017,

P.J.J. Vonk