



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen  
Zaak : Premie, betalingsachterstand, terugstorting, vordering, aanmelding Zorginstituut  
Zaaknummer : 201501501  
Zittingsdatum : 13 januari 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester, mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014-2015, paragraaf 3.3 Zvw, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014-2015)

---

1. Partijen

Ate B, hierna te noemen: verzoeker;

tegen

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
  - 2) Menzis N.V. te Wageningen,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Verzoeker is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Daarnaast heeft verzoeker ten behoeve van zijn echtgenote en twee minderjarige kinderen de zorgverzekering afgesloten. Verder is ten behoeve van verzoeker en zijn echtgenote bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering TandVerzorgd 1 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). 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 18 april 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat een bedrag van € 3.620,48 wordt uitbetaald c.q. verrekend.
- 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft van verzoeker een bedrag van € 3.540,48 gevorderd.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormeld standpunt gevraagd. Bij brieven van 19 mei 2015 en 9 juni 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 1 juni 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker en zijn echtgenote medegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van twee of meer maanden.
- 3.5. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.6. Bij brief van 13 juli 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de echtgenote van verzoeker medegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van vier of meer maanden.

- 3.7. Bij e-mailbericht van 8 augustus 2015 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is geheel dan wel gedeeltelijk af te zien van de vordering van € 3.540,48 (hierna: het verzoek).
- 3.8. 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.
- 3.9. Bij brief van 15 september 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de echtgenote van verzoeker medegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van zes of meer maanden, en dat zij is aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut).
- 3.10. Verzoeker heeft de commissie bij e-mailbericht van 20 oktober 2015 aanvullende informatie gezonden. Een afschrift hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 3.11. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij e-mailbericht van 30 oktober 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 3 november 2015 aan verzoeker gezonden.
- 3.12. Verzoeker heeft de commissie bij e-mailbericht van 4 november 2015 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 3.13. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 26 november 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 30 december 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.14. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 13 januari 2016 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.
- 3.15. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij e-mailbericht van 29 januari 2016 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is aan verzoeker gestuurd.
- 3.16. Verzoeker heeft op 3 februari 2016 gereageerd op het onder 3.15 genoemde stuk van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is aan de wederpartij gestuurd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
  - 4.1. Verzoeker heeft begin 2014 een klacht bij de ziektekostenverzekeraar ingediend vanwege een verkeerd advies over het eigen risico. Hierna werd een relatief hoog bedrag uitgekeerd. Verzoeker en zijn echtgenote hebben in de drie maanden die hierop volgden vijf maal telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar over de uitbetaling, en telkens werd hen verzekerd dat alles in orde was en dat recht bestond op het bedrag. Zodoende nam verzoeker aan dat de uitbetaling correct was.
  - 4.2. Op 9 april 2015 ontving verzoeker tot zijn verbazing, zonder enige uitleg van de ziektekostenverzekeraar, een factuur van € 3.540,48. Verzoeker heeft naar aanleiding hiervan direct telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar opgenomen. Deze deelde aan verzoeker mede dat de verzekering van zijn echtgenote over een periode van drie jaar was vervallen. Verzoeker stelt dit onbegrijpelijk te vinden. Er is nooit gevraagd om beëindiging van de verzekering van zijn echtgenote en de ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker en zijn echtgenote hierover ook nooit geïnformeerd.

- 4.3. De kwestie is ontstaan door toedoen van de ziektekostenverzekeraar. Naar aanleiding van een klacht van verzoeker over zijn verzekering, is de verzekering van zijn echtgenote beëindigd. Dit dient los van elkaar te staan. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar fout na fout gemaakt. In geen van de telefonische contacten die volgden op de uitbetaling is door de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat de verzekering van de echtgenote van verzoeker was beëindigd. Ware dit wel het geval geweest, dan had verzoeker direct melding kunnen maken van de fout en had een correctie kunnen plaatsvinden. Op alle polissen die verzoeker van de ziektekostenverzekeraar heeft ontvangen staat zijn echtgenote vermeld als verzekerde. Een gewijzigde polis waarop is te zien dat de verzekering van de echtgenote van verzoeker is beëindigd, is niet voorhanden. Uit de aangepaste polis van april 2014 blijkt dat de echtgenote van verzoeker haar verzekering heeft 'uitgekleed', in die zin dat is gekozen voor het hoogste vrijwillig eigen risico. De polis is niet anders dan op deze manier te interpreteren. Voorts is het vreemd dat in 2013 zorgkosten ten behoeve van de echtgenote van verzoeker zijn vergoed ten laste van de zorgverzekering. Immers, op dat moment zou haar zorgverzekering niet van kracht zijn. Verzoeker ziet niet in waarom het bedrag van € 3.540,48 dient te worden terugbetaald. De ziektekostenverzekeraar dient schuld te erkennen en een oplossing aan te dragen in de vorm van gehele of gedeeltelijke kwijtschelding. Op geen enkel moment is de moeite genomen het gesprek met verzoeker en zijn echtgenote aan te gaan. De toegestuurde cadeaubon is geenszins een goedmaker. Thans worden verzoeker en zijn echtgenote als fraudeurs neergezet. Er wordt echter voorbij gegaan aan het feit dat zij slachtoffers zijn van de door de ziektekostenverzekeraar gemaakte fouten, én het feit dat elke maand premie is betaald.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft diverse brieven gestuurd in verband met de gevolgen van de premieachterstand. Ondanks reacties van verzoeker hierop en de mededeling dat de kwestie is voorgelegd aan de commissie, heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker en zijn echtgenote aangemeld bij het Zorginstituut. Er is echter geen sprake van een premieachterstand die deze aanmelding kan rechtvaardigen, maar enkel van terugvordering van een onterecht uitgekeerd bedrag.
- 4.5. Dat de ziektekostenverzekeraar geen contactregistraties heeft gevonden in zijn systeem verbaast verzoeker niets. De registratie van klachten bij de ziektekostenverzekeraar verloopt namelijk niet goed. Het is verzoeker uit eigen ervaring bekend dat een in behandeling zijnde klacht niet altijd wordt geregistreerd in het systeem, en dat medewerkers van de ziektekostenverzekeraar niet op de hoogte zijn van alle in behandeling zijnde klachten. De brief van 18 april 2014 inzake de verrekening is niet door verzoeker ontvangen.
- 4.6. Verzoeker benadrukt dat hij teelbalkanker heeft - de ziektekostenverzekeraar is daarvan op de hoogte -, waardoor hij en zijn echtgenote al jaren in onzekerheid leven en hij meer zorg geniet dan gemiddeld. Het is voor verzoeker erg moeilijk verzekeringen af te sluiten of zijn hypotheek over te sluiten in verband met het verhoogde risico dat hij heeft als kankerpatiënt. Premies zijn erg hoog in zijn geval. De aanmelding bij het Zorginstituut is een extra klap voor verzoeker en zijn echtgenote. De ziektekostenverzekeraar toont geen enkel begrip voor de situatie.
- 4.7. Met de ziektekostenverzekeraar is een betalingsregeling overeengekomen, waarbij is verwezen naar de procedure bij de commissie. Verzoeker hoopt immers dat het betreffende bedrag wordt kwijtgescholden dan wel wordt verlaagd. Met hulp van familie worden de termijnen in het kader van de regeling betaald. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld de aanmelding bij het Zorginstituut ongedaan te maken. Dit is bevestigd bij e-mailbericht van 22 september 2015. Verzoeker ontving echter een brief van het Zorginstituut, gedateerd 16 oktober 2015, waaruit blijkt dat hij eerst met ingang van 1 november 2015 is afgemeld. Dit is niet volgens de afspraak; ongedaanmaking betekent afmelding met terugwerkende kracht. Verzoeker maakt zodoende aanspraak op vergoeding van de bestuursrechtelijke premie voor de maand oktober 2015. Verzoeker verklaart dat op 29 januari 2014 (33 minuten), 10 februari 2014 (ruim 1 minuut, in verband met wachttijd verbinding verbroken) en 2 mei 2014 (twee maal: 14 en 9 minuten) telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar heeft plaatsgevonden. Het is verzoeker onduidelijk waarom op zijn telefoonrekening op 2 mei 2014 twee telefoongesprekken staan geregistreerd. Verzoeker vermoedt

dat het eerste gesprek van 2 mei 2014, om 9:07 uur, het bewuste gesprek is. Hij werd lang in de wacht gezet omdat werd uitgezocht of recht bestond op het uit te keren bedrag. Voorts voert verzoeker aan dat de premie voor oktober 2015 niet is betaald. De ziektekostenverzekeraar heeft de premie niet geïncasseerd en van het Zorginstituut is geen acceptgiro ontvangen. De aanvullende ziektekostenverzekering is met ingang van 1 oktober 2015 beëindigd in verband met de betalingsachterstand. Dit dient ook te worden teruggedraaid, gelet op de gemaakte afspraak.

- 4.8. Het is een opluchting voor verzoeker dat hij en zijn echtgenote van het Zorginstituut intussen een brief hebben ontvangen waaruit blijkt dat zij ten onrechte waren aangemeld door de ziektekostenverzekeraar. Het in rekening brengen van de premie en de premiebetaling verlopen echter nog steeds niet correct. Verzoeker heeft het gevoel onder dwang een betalingsregeling met de ziektekostenverzekeraar te hebben afgesloten. Om dit te realiseren is de (onterechte) aanmelding bij het Zorginstituut als een soort truc gebruikt.
- 4.9. Ter zitting heeft verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de commissie is ingeschakeld omdat de communicatie met de ziektekostenverzekeraar niet goed verloopt. Hij heeft nooit een bericht ontvangen dat het bedrag van ruim € 3.500,- diende te worden terugbetaald. Pas bij inloggen op de persoonlijke website van de ziektekostenverzekeraar bleek dat dit bedrag zou worden afgeschreven. Een bericht of nota werd niet gestuurd. Verzoeker begrijpt dat de ziektekostenverzekeraar een fout heeft gemaakt, en hij is bereid te betalen. Een tegemoetkoming van de ziektekostenverzekeraar mag echter wel worden verwacht. Voorts heeft verzoeker verklaard dat de aanvullende ziektekostenverzekering vanaf 1 januari 2016 is vermeld op het polisblad, maar dat in november 2015 een hoger premiebedrag is afgeschreven, hetgeen erop duidt dat de aanvullende ziektekostenverzekering toen al van kracht was. Verzoeker heeft een tandartsafpraak verzet naar het nieuwe jaar vanwege de onduidelijkheid en onzekerheid over de aanvullende ziektekostenverzekering. Hij wilde niet het risico lopen dat geen vergoeding zou volgen. Aangezien verzoeker inmiddels een nieuwe baan heeft kan de betalingsregeling probleemloos worden gecontinueerd. Hij en zijn echtgenote willen de kwestie zo snel mogelijk oplossen. Het zou fijn zijn als het totaal verschuldigde bedrag wordt verlaagd.
- 4.10. Nadien heeft verzoeker verklaard teleurgesteld te zijn in de houding van de ziektekostenverzekeraar. De kwestie levert hem veel stress en emoties op. Verzoeker meent als klant niet voor de fout van de ziektekostenverzekeraar te hoeven betalen. Een tegemoetkoming is aangewezen. Het herstel van de aanvullende ziektekostenverzekering was reeds ter zitting besproken, en vormt geen tegemoetkoming maar behelst enkel het herstel van (wederom) een fout. Verzoeker merkt nog op dat op 29 september 2015 een bedrag van € 96,95 is afgeschreven. Dit lijkt de premie voor de zorgverzekering van oktober 2015 voor één persoon te betreffen, en dus niet die voor verzoeker en zijn echtgenote. Het voorstel van verzoeker is dat het oorspronkelijk openstaande bedrag, dan wel het restant daarvan, wordt kwijtgelaten. Zijn minimumeis is een tegemoetkoming van € 500,-.
- 4.11. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. In april 2014 is het vrijwillig eigen risico abusievelijk van de polis van verzoeker verwijderd. Per ongeluk is daarbij de verzekering van de echtgenote van verzoeker - waarvan hij de verzekeringnemer is - beëindigd over de periode van 1 januari 2011 tot en met 31 december 2013. Verzoeker heeft op 14 april 2014 een nieuwe polis ontvangen, waarop is te zien dat de ingangsdatum van de verzekering van de echtgenote van verzoeker is gewijzigd naar 1 januari 2014. Op 18 april 2014 is een brief gestuurd over de verrekening van de premie voor de verzekering van de echtgenote van verzoeker. Van het bedrag van € 3.620,48 is een deel, te weten € 3.285,04 op 11 mei 2014 uitbetaald aan verzoeker. Het restant is verrekend met openstaande premie.

- 5.2. Verzoeker stelt dat hij meerdere keren heeft gebeld over de uitbetaling en dat hem tijdens die telefoongesprekken is verteld dat het uitbetaalde bedrag correct was. Bij de ziektekostenverzekeraar zijn echter geen registraties bekend van de door verzoeker gestelde telefoongesprekken. Zelfs als deze telefoongesprekken hebben plaatsgevonden, is niet te achterhalen wat over en weer is gezegd en of partijen elkaar telkens goed hebben begrepen. Uitgaande van de juistheid van het beëindigen van de verzekering voor de jaren 2011 tot en met 2013, was het terugbetalen van de premie op dat moment ook correct. Het had op de weg van verzoeker gelegen, van de juistheid van het door de ziektekostenverzekeraar aan hem betaalde bedrag een schriftelijke bevestiging te vragen.
- 5.3. Omdat de verzekering van de echtgenote van verzoeker in april 2014 is vervallen voor de periode van 1 januari 2011 tot en met 31 december 2013, zijn alle zorgkosten in die periode vergoed, en nota's die na april 2014 werden ingediend voor het jaar 2013 afgewezen. In verband hiermee heeft verzoeker een rechtstreekse nota van het ziekenhuis ontvangen waardoor aan het licht is gekomen dat de verzekering van de echtgenote van verzoeker abusievelijk was beëindigd. Daarom is de polis weer aangepast en de verzekering van de echtgenote van verzoeker hersteld. De uitschrijving over de periode van 1 januari 2011 tot en met 31 december 2013 is ongedaan gemaakt. De nota van het ziekenhuis is in behandeling genomen en vergoed. Het herstel van de verzekering houdt echter ook in dat verzoeker de premie weer verschuldigd is voor zijn echtgenote. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker een nota gestuurd voor een bedrag van € 3.540,48. Omdat verzoeker voor de betaling van de premie een incassomachtiging heeft afgegeven, is getracht dit bedrag automatisch bij hem te incasseren. Verzoeker had hier beter over moeten worden geïnformeerd en de ziektekostenverzekeraar biedt dan ook zijn excuses aan voor het feit dat dit niet is gebeurd. Het bedrag van € 3.540,48 is echter terecht in rekening gebracht en er wordt geen (gedeeltelijke) kwijtschelding verleend. Het kan namelijk niet zo zijn dat de echtgenote van verzoeker drie jaar om niet verzekerd is geweest.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar betreurt dat fouten zijn gemaakt bij de wijziging van de polis. Hiervoor zijn verzoeker excuses aangeboden, en aan hem is een cadeaubon gestuurd. Verzoeker dient het bedrag van € 3.540,48 evenwel te voldoen. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat een groot bedrag wordt gevorderd en heeft om die reden aan verzoeker de mogelijkheid geboden dit gespreid te betalen.
- 5.5. Wellicht ten overvloede merkt de ziektekostenverzekeraar nog het volgende op. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar rekening had moeten houden met het feit dat hij ziek is en dat hij en zijn familie daardoor een moeilijke periode doormaken. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat de ziekte van verzoeker voor hem en zijn familie zwaar is en wil aan die moeilijke omstandigheden niets af doen. Het feit dat door een verzekerde zorg wordt gedeclareerd, wordt echter alleen gebruikt voor het verwerken van die declaraties en eventueel in het kader van een aanvraag voor bepaalde zorg. Voor het overige is het de ziektekostenverzekeraar niet toegestaan hiervan kennis te nemen. Ook als dit wel het geval was geweest, mag het niet van invloed zijn op de beslissing alsnog de premie te vorderen.
- 5.6. Wat betreft de aanmelding bij het Zorginstituut is inderdaad aan verzoeker bevestigd dat deze ongedaan wordt gemaakt. De premie voor de maand oktober 2015 moet dan ook de reguliere, aan de ziektekostenverzekeraar te betalen premie zijn, en niet de door het Zorginstituut opgelegde, hogere premie. De ziektekostenverzekeraar zal dit in orde maken voor zover dit nog nodig is.
- 5.7. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht tot 1 oktober 2015 is hersteld. Gelet op de onzekerheid en onduidelijkheid hierover bij verzoeker, is het redelijk dat dit wordt aangepast. De ziektekostenverzekeraar zal de aanvullende ziektekostenverzekering laten ingaan op 1 januari 2016. De premie voor de maanden oktober, november en december 2015 voor deze verzekering vervalt. Aangaande de zorgverzekering bestaat geen aanleiding verzoeker te compenseren.



- 5.8. Nadien heeft de ziektekostenverzekeraar bevestigd dat de aanvullende ziektekostenverzekering vanaf 1 januari 2016 van kracht is. Voor zover voor de maanden oktober, november en december 2015 door verzoeker premie voor deze verzekering is betaald, wordt deze premie teruggestort. De premie voor de maand oktober 2015 is op 29 september 2015 - vlak na de afmelding bij het Zorginstituut - betaald door verzoeker. Tot slot heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat, hoewel duidelijk is dat hij een fout heeft gemaakt, de premie voor de zorgverzekering terecht bij verzoeker in rekening wordt gebracht. Tevens is meegewerkt aan een betalingsregeling, en verzoeker wil deze onveranderd in stand laten. De ziektekostenverzekeraar is verzoeker reeds tegemoet gekomen door de aanvullende ziektekostenverzekering opnieuw te laten ingaan op 1 januari 2016.
- 5.9. 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 A17 van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering (2014-2015) is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.
7. Het geschil
- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar terecht een bedrag van € 3.540,48 van verzoeker vordert, alsmede of verzoeker en zijn echtgenote terecht als wanbetaler zijn aangemeld bij het Zorginstituut.
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 en de aanvullende ziektekostenverzekering (2014-2015) is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.
- 8.3. Artikel 16 Zvw luidt:
- "1. Krachtens de zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd.  
2. In afwijking van artikel 925 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek en van het eerste lid:  
a. is geen premie verschuldigd tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin een verzekerde de leeftijd van achttien jaren heeft bereikt;  
b. is geen premie verschuldigd over de periode, bedoeld in artikel 18d, eerste lid, of 18e."*
- 8.4. 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.

8.5. Voor zover hier van belang, bepalen de artikelen 18a, 18b en 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 aan zien 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 schuldhelpverlening, 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."*

8.6. Uit de memorie van toelichting op het Wetsvoorstel Structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering (TK 2008-2009, 31736, nr. 3, pag. 28) kan worden afgeleid dat de premieachterstand als bedoeld in de artikelen 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.

9. Beoordeling van het geschil

**Terugstorting**

9.1. De ziektekostenverzekeraar heeft een bedrag van € 3.285,04 aan verzoeker uitbetaald en € 335,44 verrekend met de openstaande premie. De achtergrond hiervan vormt de beëindiging van de verzekering van de echtgenote van verzoeker over de periode van 1 januari 2011 tot en met 31 december 2013, hetgeen heeft geleid tot terugstorting onderscheidenlijk verrekening van de betaalde premie voor deze verzekering over die periode. De ziektekostenverzekeraar heeft nadien erkend dat de beëindiging van de verzekering en de daaropvolgende terugstorting en verrekening op een fout berusten. De verzekering van de echtgenote van verzoeker is sindsdien hersteld, en thans wordt van verzoeker een bedrag van € 3.540,48 gevorderd, waarbij in het midden kan blijven of zulks een vordering is die is gebaseerd op onverschuldigde betaling dan wel op herstel van de verzekeringsovereenkomst en daarin haar grondslag vindt. Partijen zijn verdeeld over deze vordering.

9.2. Verzoeker stelt zich op het standpunt dat vanwege de door de ziektekostenverzekeraar gemaakte fouten, het bedrag dat van hem wordt gevorderd geheel dan wel gedeeltelijk dient te worden kwijtgescholden. Daarbij beroept hij zich op telefoongesprekken die hij heeft gevoerd met medewerkers van de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft daarentegen gesteld geen aanleiding te zien voor kwijtschelding, aangezien de verzekering van de echtgenote

van verzoeker is hersteld en premie voor deze verzekering is verschuldigd. Van de aangehaalde telefoongesprekken is geen registratie voorhanden.

- 9.3. Ingevolge artikel 16 lid 1 Zvw is de verzekeringnemer premie verschuldigd voor de zorgverzekering. Artikel A12 van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering (2014-2015) bepaalt dat de premie bij vooruitbetaling moet worden voldaan. Dat door de ziektekostenverzekeraar is erkend dat fouten zijn gemaakt, doet niets af aan de verplichting tot premiebetaling. Hierbij zij aangetekend dat het bestaan van de verzekeringsovereenkomst tussen partijen geen onderwerp van geschil vormt. De echtgenote van verzoeker heeft zorg genoten en deze zorg is door de ziektekostenverzekeraar - achteraf alsnog - vergoed. De commissie is van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar terecht het bedrag van € 3.540,48 van verzoeker - als verzekeringnemer - vordert, aangezien de verplichting tot premiebetaling en het verlenen van dekking onlosmakelijk met elkaar zijn verbonden. Niet valt in te zien waarom verzoeker wel aanspraak zou kunnen maken op zorg en andere diensten ten laste van de zorgverzekering, maar niet verplicht zou zijn de overeengekomen premie te voldoen. Dat bij hem, tijdens de naar aanleiding van de terugstorting gevoerde telefoongesprekken, de indruk is gewekt dat hij het bedrag van € 3.540,48 mocht behouden, is door verzoeker niet aannemelijk gemaakt. Bovendien is evenmin aannemelijk geworden dat een zodanige toezegging door de ziektekostenverzekeraar is gedaan. Overigens hebben verzoeker en de ziektekostenverzekeraar ter voldoening van de vordering een ruimere betalingsregeling dan gebruikelijk getroffen. De commissie stelt dit slechts vast met daarbij de opmerking dat het treffen van een betalingsregeling is voorbehouden aan partijen. Enkel op basis van wilsovereenstemming kan tot een dergelijke afspraak worden gekomen; de commissie kan hier niet in treden.

#### **Aanmelding Zorginstituut**

- 9.4. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker en zijn echtgenote met ingang van 1 oktober 2015 aangemeld bij het Zorginstituut. Inmiddels heeft verzoeker van het Zorginstituut een brief ontvangen dat hij en zijn echtgenote ten onrechte waren aangemeld. Hiermee is dit gedeelte van het verzoek ingewilligd.

#### **Conclusie**

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen wat betreft de (gedeeltelijke) kwijtschelding van de vordering van € 3.540,48, terwijl voorts dient te worden vastgesteld dat het verzoek inmiddels alsnog is ingewilligd wat betreft de aanmelding van verzoeker en zijn echtgenote bij het Zorginstituut.
- 9.6. Aangezien de ziektekostenverzekeraar lopende de procedure bij de commissie is overgegaan tot afmelding van verzoeker en zijn echtgenote bij het Zorginstituut, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.

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

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af op de wijze als onder 9.5 is omschreven.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 2 maart 2016,

H.A.J. Kroon