



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem  
Zaak : Premie, eigen risico, betalingsachterstand, verzekeringnemer  
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2013-2018, artt. 4, 4a en 18a tot en met 18d Zvw  
Zaaknummer : 202001465  
Zittingsdatum : 3 februari 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

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

2. Verloop van de procedure

2.1. Op 27 juni 2020 heeft verzoeker het geschil met de zorgverzekeraar voorgelegd aan de SKGZ. De kwestie is eerst door de Ombudsman Zorgverzekeringen in behandeling genomen. Verzoeker heeft de uitkomst van de bemiddeling niet willen afwachten en heeft op 2 september 2020 telefonisch verklaard het geschil direct voor een bindend advies te willen voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie).

2.2. De zorgverzekeraar heeft op 27 november 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 27 november 2020 aan verzoeker gezonden.

2.3. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 3 februari 2021 gehoord.

3. Vaststaande feiten

3.1. Van 1 januari 2013 tot en met 31 oktober 2018 was verzoeker bij de zorgverzekeraar bekend als verzekeringnemer van zijn stiefzoon (hierna: verzekerde). Hierbij zou het gaan om een verzekering tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) met een vrijwillig eigen risico van € 500,- per kalenderjaar.

3.2. De zorgverzekeraar heeft verzoeker met ingang van 1 augustus 2013 aangemeld als wanbetaler bij de rechtsvoorganger van het CAK. Op 25 december 2018 heeft het CAK per brief aan verzoeker meegedeeld dat de aanmelding met terugwerkende kracht is komen te vervallen.

3.3. De zorgverzekeraar heeft op 27 juni 2020 per e-mail aan verzoeker meegedeeld dat hij nog een bedrag van € 2.146,10 moet voldoen.

3.4. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 24 juni 2020 heeft de zorgverzekeraar per e-mail aan verzoeker meegedeeld dat de verschuldigde premie is kwijtgescholden, maar dat hij het in rekening gebrachte eigen risico alsnog dient te voldoen.

3.5. Op 27 november 2020 heeft de zorgverzekeraar een financieel overzicht opgesteld. Hieruit volgt dat verzoeker nog een bedrag van € 1.602,68 is verschuldigd.

4. Geschil


- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de zorgverzekeraar geen vordering ter zake van het eigen risico op hem heeft.
- 4.2. De zorgverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie


- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling


- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) over het afsluiten van een zorgverzekering en de verschuldigdheid van premie en het (vrijwillig) eigen risico zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 6.2. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij ten behoeve van verzekerde nooit de zorgverzekering heeft afgesloten bij de zorgverzekeraar. Hij is zelf bij een andere verzekeraar verzekerd tegen ziektekosten en het ligt niet voor de hand ten behoeve van verzekerde elders een zorgverzekering af te sluiten. Verder heeft verzoeker aangevoerd dat hij nooit polisbladen of rekeningen van de zorgverzekeraar heeft ontvangen, waaruit hij kon opmaken dat hij bij hem als verzekeringnemer bekend was. Daarbij heeft verzoeker erop gewezen dat hij met ingang van 31 december 2015 failliet is verklaard en dat het faillissement op 11 november 2016 is omgezet in een schuldsanering. Vanaf 31 december 2015 was sprake van een postblokkade en ging alle post via de curator. Voor zover al sprake zou zijn van een vordering is verzoeker van mening dat deze onder het faillissement of de schuldsanering valt. Aangezien op 8 november 2019 het einde van de schuldsanering is uitgesproken, was sprake van een zogenoemde 'schone lei' en zou een eventuele vordering van de zorgverzekeraar dus zijn komen te vervallen. Overigens heeft verzoeker opgemerkt dat uit de brief van de zorgverzekeraar van 27 november 2020 blijkt dat de zorgverzekering ten behoeve van verzekerde eind 2018 met terugwerkende kracht tot de ingangsdatum is komen te vervallen, waardoor verzekerde vanaf 2013 onverzekerd was. Verzoeker kan ook om die reden niet plaatsen dat hij nog rekeningen ter zake zou moeten voldoen.
- 6.3. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat de aanvraag voor een zorgverzekering ten behoeve van verzekerde met ingang van 1 januari 2013 niet meer is te achterhalen. Sinds 1 januari 2013 zijn echter 11 polisbladen aan verzoeker gestuurd en 28 zorgkostenfacturen. Verzoeker had dus eerder contact kunnen opnemen met de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar acht het niet aannemelijk dat geen enkele brief verzoeker heeft bereikt. Naar aanleiding van de klacht van verzoeker is uit coulance besloten de openstaande premie kwijt te schelden, de aanmelding bij het CAK ongedaan te maken en de zorgverzekering van verzekerde met terugwerkende kracht tot en met 1 januari 2013 te beëindigen. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat verzoeker wel is gehouden het equivalent van het eigen risico te voldoen, aangezien zorgkosten ten behoeve van verzekerde zijn vergoed.
- 6.4. De commissie overweegt dat verbintenissen kunnen ontstaan uit een overeenkomst of uit de wet. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat - voor zover al een verzekeringsovereenkomst tot stand was gekomen – deze met terugwerkende kracht tot en met 1 januari 2013 is beëindigd. Dit betekent dat de verzekeringsovereenkomst feitelijk nimmer heeft bestaan. Uit deze overeenkomst kunnen dan ook geen verbintenissen voor partijen zijn voortgevloeid. Dit betekent dat op verzoeker geen verplichting rustte om premie, eigen risico, eigen bijdragen of door de zorgverzekeraar voorgesloten zorgkosten voor eigen rekening te voldoen. Van een verbintenis uit de wet - die



ertoe leidt dat verzoeker het eigen risico verschuldigd is - is evenmin sprake. Zowel het wettelijk verplicht als het vrijwillig eigen risico moeten met een verzekeraar worden overeengekomen. De verschuldigdheid hiervan vloeit niet rechtstreeks uit de wet voort. Ook anderszins is niet gebleken van een uit de wet volgende betalingsverplichting voor verzoeker jegens de zorgverzekeraar.



6.5. Voor zover de zorgverzekeraar de zorgkosten die hij heeft vergoed ten behoeve van verzekerde wenst te verhalen op een derde partij, zoals is gesuggereerd tijdens de hoorzitting, kan dit geen onderwerp zijn van het onderhavige geschil. De betreffende partij is namelijk geen partij in deze procedure.




6.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies




7.1. De commissie beslist dat:

- 
- (i) de zorgverzekeraar geen vordering ter zake van het eigen risico heeft op verzoeker;
  - (ii) de zorgverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.



Zeist, 10 februari 2021,



H.A.J. Kroon

# BIJLAGEN

1. Nationale wet- en regelgeving  
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

---

## Zorgverzekeringswet

---

### Artikel 4

1. Degene die een zorgverzekering wenst te sluiten, vermeldt bij het verzoek daartoe het burgerservicenummer van de te verzekeren persoon, indien deze persoon daarover beschikt.
2. De zorgverzekeraar stelt, voor zover dat redelijkerwijs nodig is voor de uitvoering van de zorgverzekering en van deze wet, de identiteit van de te verzekeren persoon vast.
3. De in het tweede lid bedoelde vaststelling geschiedt aan de hand van documenten als bedoeld in artikel 1 van de Wet op de identificatieplicht, die de verzekeringnemer of de te verzekeren persoon hem desgevraagd ter inzage geeft.
4. De zorgverzekeraar neemt aard en nummer van de in het derde lid bedoelde documenten in zijn administratie op.
5. De zorgverzekeraar verlangt van de vreemdeling, bedoeld in de Vreemdelingenwet 2000, voor wie hem wordt verzocht een zorgverzekering te sluiten, een kopie van het document of de schriftelijke verklaring, bedoeld in artikel 9, eerste lid, van die wet, dat wordt aangemerkt als een bescheid als bedoeld in artikel 4:3, tweede lid, van de Algemene wet bestuursrecht.

### Artikel 4a

1. Degene die een zorgverzekering wenst te sluiten, vermeldt bij het verzoek daartoe zijn adres, en indien hij niet de te verzekeren persoon is, het adres van de te verzekeren persoon.
2. De zorgverzekeraar sluit de verzekering niet zolang het verstrekte adres van de persoon of personen, bedoeld in het eerste lid, niet in de basisregistratie personen voorkomt of afwijkt van het adres waaronder deze persoon of personen in die administratie als ingezetene staat of staan ingeschreven.
3. In afwijking van het tweede lid wordt de te verzekeren persoon ingeschreven:
  - a. indien degene die de zorgverzekering wenst te sluiten een verklaring van de werkgever of een salarisafschrift heeft overgelegd, waaruit blijkt dat de te verzekeren persoon, onder vermelding van de ingangsdatum van de dienstbetrekking, ter zake van in Nederland of op het continentaal plat als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige zorg, in dienstbetrekking verrichte arbeid aan de loonbelasting is onderworpen, mits die verklaring of het salarisafschrift niet ouder zijn dan één maand;
  - b. indien degene die de zorgverzekering wenst te sluiten een verklaring van de Sociale verzekeringsbank heeft overgelegd waaruit blijkt dat de te verzekeren persoon verzekerd is ingevolge de Wet langdurige zorg; of
  - c. indien de persoon of de personen, bedoeld in het tweede lid, van de afwijking redelijkerwijs geen verwijt kan worden gemaakt.
4. Bij ministeriële regeling kunnen regels worden gesteld met betrekking tot het derde lid.

## Artikel 19

1. Iedere verzekerde van achttien jaar of ouder heeft een verplicht eigen risico van € 385 per kalenderjaar.
2. Het bedrag, genoemd in het eerste lid, wordt jaarlijks geïndexeerd overeenkomstig het verschil in geraamde uitgaven voor de zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, tussen het kalenderjaar waarop het verplicht eigen risico betrekking zal hebben en vergelijkbare uitgaven voor het jaar voorafgaand aan dat kalenderjaar.
3. Indien het geïndexeerde bedrag naar beneden afgerond € 5 of een veelvoud daarvan verschilt van het in het eerste lid genoemde bedrag, wordt dit bedrag bij ministeriële regeling gewijzigd, waarna het in die regeling genoemde bedrag in de plaats treedt van het in het eerste lid genoemde bedrag.
4. Rekeningen voor kosten van zorg of overige diensten worden slechts op het verplicht eigen risico in mindering gebracht, indien deze door de zorgverzekeraar zijn ontvangen voor een bij algemene maatregel van bestuur te bepalen dag van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop het verplicht eigen risico betrekking heeft, tenzij het aan de verzekerde te wijten is dat de rekening niet voor die dag is ingediend.
5. In afwijking van het vierde lid is de zorgverzekeraar gerechtigd het verplicht eigen risico in rekening te brengen indien het aan de verzekerde te wijten is dat de rekening niet voor de bij algemene maatregel van bestuur bepaalde dag is ingediend.
6. Bij algemene maatregel van bestuur wordt bepaald op welke wijze het verplicht eigen risico in mindering wordt gebracht.
7. Het tweede en derde lid blijven buiten toepassing voor de jaren 2019, 2020 en 2021.