

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. L. Ritzema en mr. drs. J.W. Heringa

Zaaknummer: 202401141

Partijen

A. te B., hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C. te B.,

en

N.V. Univé Zorg te Arnhem, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft op 19 augustus 2025 telefonisch aan een medewerker van de Ombudsman Zorgverzekeringen verklaard een uitspraak te willen van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie). Namens de commissie is getracht telefonisch contact op te nemen met verzoekster voor een intakegesprek. Toen dit niet mogelijk bleek, is verzoekster schriftelijk verzocht het entreegeld te voldoen en een formulier te ondertekenen. Zij heeft aan dit verzoek voldaan, en op 6 oktober 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 11 december 2025 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 12 december 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij bericht van 27 februari 2026 heeft de zorgverzekeraar aan de commissie een nieuw financieel overzicht gezonden, dat dezelfde dag in kopie ter kennisname aan verzoekster is gestuurd.
- 1.4. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 11 maart 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster is tot op heden bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Univé Zorg Geregeld Polis (hierna: de zorgverzekering).
- 2.2. Verzoekster heeft van de zorgverzekeraar diverse premienota's en zorgkostennota's ontvangen. De zorgverzekeraar heeft haar op verschillende momenten meegedeeld dat een betalingsachterstand is ontstaan. Hij heeft een aantal vorderingen overgedragen aan een incassogemachtigde.

- 2.3. Verzoekster was het niet eens met (de hoogte van) de betalingsachterstand, en heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van zijn beslissing gevraagd. Bij brieven van 13 oktober 2023 en 12 augustus 2024 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. De zorgverzekeraar heeft naar aanleiding hiervan bij brief van 26 juni 2025 het voorstel gedaan het dossier bij de incassogemachtigde te sluiten en de in dat kader berekende incassokosten te laten vervallen. De hoofdsom van € 699,-- komt dan weer open te staan bij de zorgverzekeraar, en deze wordt opgeteld bij het bedrag van € 300,-- van de lopende betalingsregeling. Verzoekster heeft bij brief van 14 augustus 2025 op het voorstel van de zorgverzekeraar gereageerd.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar een overzicht dient te geven van de verzonden premie- en zorgkostennota's met daarop de volledige bedragen die in rekening zijn gebracht en die volgens de zorgverzekeraar nog openstaan.
- 3.2. Zij heeft in dat kader aangevoerd dat zij heeft gekeken naar de financiële overzichten die de zorgverzekeraar heeft meegezonden met zijn brief van 14 oktober 2024. In de eerste plaats wijst verzoekster erop dat deze overzichten inmiddels ongeveer tien maanden oud en daardoor niet meer actueel zijn, temeer nu de zorgverzekeraar voortdurend bezig is betalingen op niet (meer) relevante posten te boeken. Verzoekster heeft naar een aantal posten specifiek gekeken. Zij merkt op dat in 2024 (januari tot en met mei) een bedrag van € 293,27 per maand is genoemd, terwijl het premiebedrag destijds € 294,60 per maand bedroeg. Het verschil van € 1,33 wordt met andere betalingen gedekt, soms wel een maand later. Verzoekster vindt dit een vreemde methodiek van verwerking van betalingen. In de maanden juni en juli is de maandpremie wel juist berekend. De premienota (€ 266,--) van augustus 2022 is in twee keer afgeboekt, namelijk met bedragen van € 241,-- en € 25,--. Deze verwerking van betalingen komt vaker voor. Op 25 juli 2023 is de premie voor juli (€ 284,60) op twee posten (€ 260,93 en € 23,67) verwerkt. Verzoekster vraagt zich af waarom niet consequent op de juiste post wordt afgeboekt. Er zal dan mogelijk wel een keer een bedrag open blijven staan als gevolg van vertragingen in de post, vakantie of ziekte, maar dan is een aanmaning voldoende om dat recht te trekken. Dan is ook duidelijk om welke post het precies gaat en heeft het vermelden van de kenmerken zin. Alle premienota's worden door verzoekster als één bedrag voldaan.
- 3.3. Sinds begin 2025 volgt steevast rond de 20^e van de maand een brief van de incassogemachtigde die verzoekster volkomen zinloos vindt. Het is immers bij de zorgverzekeraar bekend dat rond die datum alle betalingen door verzoekster worden gedaan, waaronder de premiebetaling van de desbetreffende maand. In juni 2025 kwam er echter een brief waarin een hoofdsom van € 289,07 werd genoemd, terwijl de premie in dit jaar € 315,40 bedraagt. Verzoekster vraagt zich af waar het verschil door wordt veroorzaakt. Gezien alle verwarring wenst zij een overzicht van de verzonden premie- en zorgkostennota's te ontvangen met daarop de volledige bedragen die in rekening zijn gebracht en die volgens de zorgverzekeraar nog openstaan. De zorgverzekeraar verlangt (terecht) betaling met vermelding van een kenmerk, maar zodra die betaling door de "voordeur" binnengekomen is, wordt er in de verwerking een niet meer te controleren brij van gemaakt. De nu ontstane situatie is daarmee te wijten aan de door de zorgverzekeraar gehanteerde methodiek. Op het moment dat een duidelijk overzicht wordt gegeven waaruit blijkt dat er daadwerkelijk nog posten openstaan, zal verzoekster die betalen. Tot dan heeft zij er echter geen enkel vertrouwen in dat daadwerkelijk nog een bedrag openstaat.

- 3.4. In haar brief aan de commissie van 15 januari 2026 heeft verzoekster aanvullend verklaard dat het haar gaat om een overzicht op factuurniveau. Waarschijnlijk weet de zorgverzekeraar dit zelf niet, gezien de afboekingen op detailniveau. De zorgverzekeraar komt uitsluitend met een ellenlange lijst van detailposten die niet of nauwelijks aan de desbetreffende facturen zijn te relateren. Volgens de zorgverzekeraar moet de premie bij vooruitbetaling worden voldaan, en dus niet pas op de tiende van de maand. Verzoekster heeft bij herhaling diverse redenen genoemd waarom zij alle betalingen rond de 25^e van de maand plant. Rondom die datum komen salarissen, AOW en pensioenen binnen. Het is daarom voor haar praktisch om op dat moment de administratie te doen. Volgens de zorgverzekeraar zou uit een uitspraak van de commissie volgen dat een verzekerde zelf verantwoordelijk is voor betaling, ook als hij geen factuur heeft ontvangen. Verzoekster vindt dit krom, want zonder een factuur heeft een verzekerde ook geen betaalgegevens waaronder het kenmerknummer, en bij zorgkostennota's het bedrag, zonder welk geen juiste verwerking van de betaling kan plaatsvinden. De zorgverzekeraar gaat er bovendien gemakshalve van uit dat de factuur tijdig bij de verzekerde op de mat valt, maar niets is minder waar. Alle post wordt op de dag van ontvangst met een ontvangstdatum afgestempeld. Hieruit blijkt dat de post van de zorgverzekeraar er wel erg lang over doet. Gemiddeld duurt het tien tot zelfs wel zeventien dagen voordat post aankomt. Ook ontvangt verzoekster bij herhaling post die niet voor haar is bestemd, en komt post die wel voor haar is bestemd niet bij haar aan. De post van de incassogemachtigde komt overigens wel vaak binnen twee dagen aan. Waarom dit bij de zorgverzekeraar niet het geval is, is verzoekster een raadsel.
- 3.5. De premiefactuur van 22 november 2025 ter hoogte van € 315,40 is op 22 december 2025 betaald. Hoe men aan een bedrag van € 262,11 komt is verzoekster onduidelijk. Van de betalingsregeling van 28 februari 2025 zou nog een bedrag van € 275,-- openstaan, maar hierop is consequent € 25,-- per maand betaald. Het openstaande saldo op 24 november 2025 bedroeg € 150,--. Dit bedrag is op 22 december 2025 in zijn geheel voldaan. Declaratie 108470916 blijkt om een factuur met datum 5 november 2025 ter hoogte van € 173,74 te gaan, waarvoor een betalingsregeling liep. Op 24 november 2025 is hierop € 73,74 betaald, en ondanks de betalingsregeling is het restant van € 100,-- op 22 december 2025 voldaan. Inderdaad zijn in 2022 tot tweemaal toe de maandelijkse premies met vertraging betaald. In plaats van rond het einde van de maand, is de premienota van 23 juli 2022 pas op 11 oktober 2022 betaald. De premienota van 20 augustus 2022 is eveneens pas op 11 oktober 2022 betaald. Gezien het gegeven dat beide nota's op dezelfde datum zijn betaald, vermoedt verzoekster dat deze verkeerd in de ordner hebben gezeten. Bij het controleren van de gegevens kwam zij tot de ontdekking dat er nog premienota's openstonden. Over de zorgkostennota met datum 4 maart 2022 is veel te doen geweest. Op dezelfde nota staan een te betalen bedrag van € 431,67 en een te ontvangen bedrag van € 120,28. Herhaalde verzoeken om uitleg leverden geen resultaat op. Dat de zorgverzekeraar deze nota heeft overgedragen aan zijn incassogemachtigde is daarom onjuist. Op de nota komt ook declaratie nummer 84885990 voor waarvan de zorgverzekeraar meldt dat € 353,04 moest worden voldaan. Verzoekster komt echter tot een bedrag van € 716,93. De zorgverzekeraar stelt dat op deze factuur twee betalingen zijn verricht, namelijk op 21 juli 2022 € 25,-- wat lijkt op een bedrag voor een betalingsregeling die voor deze factuur zou zijn afgesloten, hetgeen echter niet het geval is. Daarnaast zou op 31 augustus 2023 een bedrag van € 130,97 zijn ontvangen. Dit bedrag komt echter niet voor als een door verzoekster gedane betaling, en dus lijkt het hier weer te gaan om geschuif met betalingen naar posten waarvoor zij niet bedoeld waren. Bovendien staat op deze factuur een te ontvangen bedrag van € 120,28. Verzoekster vraagt zich af wat er met dit bedrag is gebeurd. De door de zorgverzekeraar genoemde bijlage 8 betreft een zorgkostennota van 3 oktober 2025 van € 76,96. Op 23 september 2025 (dus nog vóór de factuurdatum van 3 oktober 2025) is per abuis een bedrag van € 25,-- op de rekening van de zorgverzekeraar gestort, terwijl dit voor een andere crediteur bestemd was. Bij brief van 29 oktober 2025 heeft verzoekster de zorgverzekeraar gevraagd het kenmerknummer 8000.0010.0992.3857 te negeren en het bedrag af te boeken op de zorgkostennota van 3 oktober 2025 met kenmerknummer 3000.0104.0730.9619. In de reactie

van de zorgverzekeraar van 5 oktober 2025 staat onder het kopje ‘Uw bezwaar’ dat verzoekster bezwaar maakt tegen deze zorgkostenfactuur. Niets is echter minder waar; goed lezen is blijkbaar erg moeilijk. Verzoekster verzocht de betaling van 23 september 2025 af te boeken op de zorgkostennota van 3 oktober 2025 (bedrag € 76,96) hetgeen vervolgens op 4 november 2025 is gebeurd. Al jaren worden door haar de kenmerknnummers bij de betalingen gebruikt. Het komt praktisch niet voor dat dit vergeten wordt of, zoals in bovenstaand geval, dat een verkeerd nummer wordt gebruikt. Het is verzoekster bekend dat de zorgverzekeraar te pas en te onpas kenmerknnummers laat vervallen, maar dat is geheel aan hem en niet aan verzoekster. Op 22 januari 2026 viel plotseling de premiefactuur van februari, gedateerd 18 januari 2026, op de mat. Het kan dus kennelijk wel, aldus verzoekster.

- 3.6. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop verklaard dat het bedrag waarvoor een betalingsregeling werd getroffen inmiddels is voldaan. De zorgverzekeraar gaat ervan uit dat een nota via de post binnen een paar dagen op de mat ligt. Dit is niet het geval. Gemiddeld doet een brief er tien of twaalf dagen over, maar het is ook weleens zeventien dagen geweest. De nota komt dan te laat binnen en gaat mee met de betalingen van de volgende maand. Het is onbegrijpelijk dat het betalingskenmerk dan vervalt. Het heeft geen nut als dit vervalt. Verzoekster is er pas recent achter gekomen dat het systeem zo werkt. Als er een premienota wordt betaald, boekt de zorgverzekeraar de betaling af op een zorgkostennota. Een premiebetaling moet evenwel worden geboekt op een premienota en een zorgkostenbetaling moet worden geboekt op een zorgkostennota. In het verleden is voorgesteld om de zaak bij het incassobureau te laten vervallen als een bepaald bedrag ineens zou worden betaald. Dit was akkoord, maar dan moest er informatie worden gegeven op factuurniveau en niet op het achterliggende declaratieniveau. Het is geen kwestie van niet willen betalen. Het gaat verzoekster erom dat de nota's duidelijk moeten zijn. Zolang dat niet zo is wordt er niet betaald. Op de nota's staat een kenmerknummer, maar daar blijkt een heel systeem achter te zitten. Daar heeft verzoekster niets mee te maken. Als een bepaalde nota wordt betaald, maar deze betaling wordt afgeboekt onder andere posten, weet zij het ook niet meer. Verzoekster betaalt misschien te laat, maar zij betaalt wel. De essentie is dat de zorgverzekeraar straight en duidelijk moet zijn.

4. Standpunt zorgverzekeraar

- 4.1. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster – naar de stand van 11 december 2025 – een bedrag aan hem was verschuldigd van € 1.263,07. Hij heeft hiertoe in zijn brief aan de commissie van 11 december 2025 aangevoerd dat hij in zijn brief van 14 oktober 2024 aan verzoekster heeft uitgelegd dat op de facturen een vervaldatum is vermeld. Standaard volgen hierna, bij uitblijven van betaling, een betalingsherinnering (zonder extra kosten) en aanmaningen. Voor verzoekster loopt een minnelijk dossier bij een incassogemachtigde. Een verzekerde die is aangemaand voor het te laat betalen van een vordering, ontvangt geen verdere herinneringen of aanmaningen meer zodra het dossier bij de incassogemachtigde ligt. Dit volgt uit artikel 3.5.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Op een betalingsherinnering of aanmaning staat onderaan altijd om welke bedragen het gaat, met daarbij een omschrijving. Rekening houdend met de postbezorging had verzoekster steeds twee weken de tijd om openstaande vorderingen tijdig te voldoen. De correspondentie is verstuurd naar het bij de zorgverzekeraar bekende BRP-adres. Uit een bindend advies van de commissie van 29 november 2024 (SKGZ202401148) volgt dat post die is verzonden naar het bekende adres uit de BRP in beginsel wordt geacht te zijn ontvangen, tenzij door de ontvanger feiten of omstandigheden zijn aangevoerd die het vermoeden van ontvangst ontzenuwen.

- 4.2. In artikel 3.3.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat een verzekerde verplicht is de premie bij vooruitbetaling te voldoen. Het is duidelijk dat iedere maand de vervaldatum voor de premie op de 10^e van de maand is. De zorgverzekeraar heeft verzoekster diverse keren geïnformeerd dat het mogelijk is een betalingsregeling af te spreken, mocht een zorgkostenfactuur door haar niet tijdig kunnen worden voldaan. Bij het niet-tijdig voldoen van een vordering, dat wil zeggen vóór de daarvoor gestelde vervaldatum, wordt de vordering overgedragen aan het minnelijk dossier bij de incassogemachtigde. Hierdoor groeit de overgedragen hoofdsom telkens. Premiefacturen worden op of rond de 20^e van iedere maand verstuurd voor de premie van de komende maand.
- 4.3. Als eerder gesteld, was verzoekster – naar de stand van 11 december 2025 – een bedrag verschuldigd van totaal € 1.263,07. Dit betreft een bedrag van € 537,11 dat intern openstaat, en een bedrag van € 725,96 dat extern openstaat bij de incassogemachtigde. Bij het bedrag dat intern open staat (totaal € 537,11) gaat het om de volgende posten. De premie voor de maand december 2025 is niet volledig aan de zorgverzekeraar voldaan, waardoor € 262,11 open is blijven staan. Dit bedrag is verzoekster daarom ook aan de zorgverzekeraar verschuldigd. Het interne bedrag heeft daarnaast voor € 275,-- betrekking op zorgkosten. Hiervan betreft € 100,-- de declaratie met nummer 108470916. Deze kosten zijn gespecificeerd op de zorgkostenfactuur van 5 november 2025. Op 24 november 2025 is door verzoekster een bedrag van € 65,25 voldaan, waardoor nog € 100,-- voor deze zorgkosten open is blijven staan. De betalingsregeling die op 28 februari 2025 werd afgesproken, heeft betrekking op de zorgkosten die zijn gespecificeerd op de zorgkostenfacturen van 4 februari 2025. Verzoekster heeft acht termijnen van deze regeling voldaan, maar de overige termijnen (totaal € 175,-) staan nog open.
- 4.4. Bij de incassogemachtigde staan vorderingen open (totaal € 725,96) die betrekking hebben op de premie voor de maanden oktober 2022 en augustus 2023, declaratie 84885990 en declaratie 107376576. In september 2022 zijn door verzoekster geen betalingen verricht die zagen op de premie voor oktober 2022. De zorgverzekeraar heeft op 11 oktober 2022 tweemaal een bedrag van € 266,-- ontvangen. Hiervan is € 25,-- afgeboekt op de premie voor oktober 2022, en de rest op de premie voor augustus 2022 (deels) en september 2022 (volledig). Een deel van de premie voor oktober 2022 is open blijven staan. De eerstvolgende premiebetaling volgens het overzicht is verricht op 4 december 2022 (premie november en december 2022). Het resterende deel van de premie voor oktober 2022 is derhalve niet aan de zorgverzekeraar betaald vóór de premievervaldatum, en daarom toegevoegd aan het incassodossier. Daardoor staat nog steeds een bedrag extern open van € 241,00 dat aan de zorgverzekeraar is verschuldigd voor de premie voor oktober 2022. Op 25 juli 2023 heeft de zorgverzekeraar een bedrag van € 284,60 ontvangen, maar dit bedrag is niet volledig afgeboekt op de premie voor augustus 2023, omdat eerst op de oudste openstaande vordering is afgeboekt. De premie voor juli 2023 stond nog voor een deel openen op deze vordering is de betaling afgeboekt. De premie voor augustus 2023 is niet vóór de premievervaldatum volledig voldaan, en daarom werd ook het nog openstaande deel toegevoegd aan het incassodossier. Zichtbaar op het financiële overzicht is dat op 25 juli 2023 € 23,67 is afgeboekt op de premie voor augustus 2023, maar het overige deel aan premie dat was verschuldigd, is nooit betaald en staat dus tot op heden open.
- 4.5. Extern is daarnaast een bedrag verschuldigd voor de zorgkosten, vermeld op de zorgkostenfactuur van 4 maart 2022. Het betreft de declaratie met nummer 84885990. Op de zorgkostenfactuur is vermeld dat betaling vóór 25 maart 2022 dient te geschieden. De kosten die verzoekster voor deze zorg had moeten betalen bedroegen € 353,04. Dit bedrag is niet overgemaakt vóór de vervaldatum, die is vermeld op de zorgkostenfactuur, waarna ook deze vordering is overgedragen aan de incassogemachtigde. Voor deze kosten zijn naderhand wel twee betalingen verricht, namelijk op 21 juli 2022 (€ 25,00) en 31 augustus 2023 (€ 130,97), waardoor een bedrag van € 197,07 is open blijven staan, en dit is tot op heden verschuldigd.

- 4.6. Bijlage 8 bij de brief van de zorgverzekeraar betreft de zorgkostenfactuur waarop de laatste extern openstaande vordering staat. Het gaat hierbij om declaratie 107376576 (€ 58,23). Van het totaalbedrag van € 58,23 dat voor rekening van verzoekster kwam, is op 23 september 2025 € 6,27 voldaan en op 24 november 2025 € 25,00. Hierdoor bleef een bedrag van € 26,96 openstaan. Deze zorgkosten zijn niet tijdig door verzoekster betaald, waarna zij zijn toegevoegd aan het incassodossier.
- 4.7. De vierde termijn van de afgesloten betalingsregeling bedroeg € 23,67, maar op 26 september 2023 werd € 25,- betaald. De vorige drie termijnen waren eveneens € 25,--. Dit betekent dat door verzoekster € 1,33 'te veel' werd overgemaakt bij de betaling van deze vierde termijn. De premie voor oktober 2023 had echter voorafgaand aan de desbetreffende maand dienen te worden betaald. Zo is € 1,33 op de premie voor oktober 2023 afgeboekt. Het overige verschuldigde deel van de premie voor oktober volgde op 26 oktober 2023. Dit is de reden dat verzoekster op het financiële overzicht bij de afboekingen, van januari tot aan mei 2024 zoals wordt vermeld, vaker het bedrag € 1,33 ziet staan. De premie voor augustus 2022 diende vooraf te worden voldaan. Op 22 juli 2022 is een deel van de premie voor augustus 2022 (€ 25,--) betaald en het overige deel pas op 11 oktober 2022. Een deel van de premie voor juli 2023 is reeds op 22 juni 2023 afgeboekt. Dat is de reden dat op 25 juli 2023 het overige verschuldigde premiebedrag wordt afgeboekt voor juli 2025 en € 23,67 wordt afgeboekt op de premie voor augustus 2023. Verzoekster handelt niet in overeenstemming met de polisvoorwaarden (art. 3.1.1 van de zorgverzekering), waardoor onduidelijkheden voor haar blijven ontstaan.
- 4.8. Verzoekster en haar echtgenoot verbruiken jaarlijks allebei vaak volledig hun verplicht eigen risico. Verzoekster heeft eerder verklaard zorgkostenfacturen van boven de € 50,- nooit in één keer te voldoen. De zorgverzekeraar heeft haar daarom geadviseerd om voor het eigen risico een 'gespreid betalen eigen risico'-regeling aan te vragen. Met deze regeling betaalt een verzekerde jaarlijks in tien termijnen van € 38,50 gedurende de maanden maart tot en met december het gehele verplichte eigen risico. In het daaropvolgend jaar controleert de zorgverzekeraar of een verzekerde het eigen risico daadwerkelijk volledig heeft opgemaakt. Indien dit het geval is, is daarvoor al betaald en hoeft er niet in één keer een groot bedrag te worden voldaan of daarvoor een betalingsregeling te worden afgesproken. Zo niet, dan ontvangt de verzekerde het teveel betaalde bedrag retour. Deze regeling kan per 1 januari van het komende jaar worden aangevraagd.
- 4.9. Bij bericht van 27 februari 2026 heeft de zorgverzekeraar een nieuw financieel overzicht gestuurd, waaruit volgt dat het openstaande bedrag op die datum totaal € 1.362,80 bedraagt.
- 4.10. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar verklaard dat hij de gewenste duidelijkheid heeft gegeven in zijn brief aan de commissie van 11 december 2025. Hierin wordt verwezen naar premienota's en zorgkostennota's die zijn verzonden. Ook is er een financieel overzicht mee gestuurd waaruit blijkt hoe de betalingen zijn verwerkt. De zorgverzekeraar is alles handmatig nagelopen en heeft uitgelegd hoe hij tot de openstaande vordering is gekomen. Ook heeft de zorgverzekeraar alle vragen beantwoord. In 2024 is ook al een financieel overzicht opgestuurd. Op grond van artikel 3.3.1. van de verzekeringsvoorwaarden is een verzekerde verplicht om vooraf de premie te betalen. Hieraan wordt niet steeds voldaan, waardoor onduidelijkheden ontstaan. De premie moet vooraf worden betaald, tenzij anders overeengekomen. Verzoekster beroept zich weliswaar op andere afspraken, maar hiervan is geen sprake. De zorgverzekeraar moet zich houden aan de verzekeringsvoorwaarden. Overigens geldt 'anders overeengekomen' voor heel specifieke situaties die hier niet aan de orde zijn. Ten aanzien van de bezorging van de nota's geldt dat verzoekster ervoor kiest om deze per post te ontvangen. De zorgverzekeraar handelt conform deze voorkeur. De premienota's worden altijd rond de 20ste van de voorafgaande maand gestuurd naar het BRP-adres. Als post wordt gestuurd naar het BRP-adres, wordt deze geacht te zijn ontvangen. Dit heeft de commissie eerder

bepaald. De premienota heeft een vervaldatum rond de 10de van de volgende maand. Aldus wordt rekening gehouden met vertraging bij de postbezorging. Een verzekerde heeft zo circa 15 werkdagen om te betalen. Dit is een redelijk lange termijn. Als door de communicatievoorkeur niet tijdig kan worden betaald, dient te worden overwogen wat de best passende betaaloptie is. Dat de post later aankomt bij een verzekerde, komt niet voor risico van de zorgverzekeraar. Het is heel belangrijk om de premie voorafgaand te betalen. Anders ontstaan er onduidelijkheden. Dat geldt eveneens voor een betalingsregeling. Ook de termijnbedragen moeten tijdig worden betaald. De betalingstermijnen staan altijd duidelijk vermeld in de brieven. Gelet op alle feiten en omstandigheden heeft de zorgverzekeraar juist gehandeld. De zorgverzekeraar heeft geprobeerd alles duidelijk uit te leggen. Er is recent ook nog een actueel financieel overzicht gestuurd. Nota's die worden gestuurd hebben een vervaldatum. Het kenmerk kan daardoor komen te vervallen. Het noemen van betalingskenmerken op het financieel overzicht zorgt voor onduidelijkheid, omdat deze kenmerken niet altijd blijven gelden. De posten waarop de betalingen zijn afgeboekt zijn allemaal zichtbaar op het financieel overzicht.

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.
- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) over de verplichting tot premiebetaling en het verplicht eigen risico, en die uit het Burgerlijk Wetboek (BW) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 6.2. De commissie begrijpt de stellingen van verzoekster aldus dat zij van mening is dat de zorgverzekeraar geen duidelijkheid heeft gegeven over de openstaande bedragen in verband met premie, (verplicht) eigen risico en zorgkosten en dat de zorgverzekeraar een ander financieel overzicht moet verstrekken dan hij tot op heden heeft gedaan. Hierbij staat vast dat verzoekster vanwege verschillende omstandigheden betalingen te laat of niet verricht, en de zorgverzekeraar de ontvangen bedragen vervolgens verrekent met andere openstaande posten. Verzoekster wenst met name duidelijkheid omtrent de vraag op welke oorspronkelijke nota's de in rekening gebrachte bedragen zijn geboekt. De vraag moet worden beantwoord of de zorgverzekeraar voldoende duidelijkheid heeft geboden over het openstaande bedrag van € 1.362,80 – naar de stand van 27 februari 2026 –.
- 6.3. Ten aanzien van de premie geldt dat dit een brengschuld is, zodat het op de weg van verzoekster ligt zorg te dragen voor tijdige betaling, dat wil zeggen vóór of uiterlijk op de premievervaldatum. De zorgverzekeraar heeft toegelicht dat de premienota wordt verstuurd rond de 20^e van de voorafgaande maand en dat de premievervaldatum de 10^e van de lopende maand is. Bij niet-tijdige betaling treedt het verzuim automatisch in. Dit kan anders zijn indien verzoekster niet op de hoogte was van het bedrag dat zij aan de zorgverzekeraar was verschuldigd. Dit is echter niet aan de orde. Verzoekster heeft de ontvangst van de polisbladen niet bestreden en aan de hand hiervan had zij kennis kunnen nemen van de verschuldigde maandpremie. Ook indien rekening wordt gehouden met de vertraging bij de postbezorging, die volgens verzoekster kan oplopen tot 17 dagen, bereiken de premienota's met het betalingskenmerk haar nog steeds vóór

de premievervaldatum. Dat zij de maandpremie bij herhaling pas voldoet na deze premievervaldatum, en in sommige gevallen onder vermelding van een – op dat moment regelmatig reeds vervallen – betalingskenmerk, waardoor betalingen mogen worden toegerekend aan een andere post dan door haar beoogd, ligt in haar risicosfeer. De zorgverzekeraar mag, hoewel hij heeft beaamd dat het relatief snelle verval van de betalingskenmerken voor onduidelijkheid kan zorgen, betalingen zonder geldig kenmerk verwerken op de meest bezwarende vordering dan wel – indien alle vorderingen even bezwarend zijn – op de oudste vordering, zo is vermeld in artikel 6:43 BW.

- 6.4. Met betrekking tot de zorgkosten en het (verplicht) eigen risico geldt dat verzoekster hiermee pas bekend werd na ontvangst van de betreffende facturen. Door verzoekster is, als eerder opgemerkt, aangevoerd dat zij met enige regelmaat de post niet tijdig ontvangt. Niet gebleken is echter dat de post door haar in het geheel niet werd ontvangen, dan wel dat op een later moment niet duidelijk is geworden welke bedragen zij was verschuldigd. Verzoekster heeft uitgebreid toegelicht waarom de verwerking van de betalingen haar onbegrijpelijk voorkomt. Uit de gegeven toelichting volgt echter niet dat zij het volgens het laatste overzicht verschuldigde bedrag van totaal € 1.362,80 heeft voldaan, dan wel dat zij meer of andere betalingen heeft verricht dan die welke op het overzicht van de zorgverzekeraar zijn vermeld. Met het overzicht heeft de zorgverzekeraar zich voldoende ingespannen om duidelijkheid te geven over de openstaande bedragen. Daarbij moet worden opgemerkt dat het overzicht moet worden gelezen in samenhang met de door de zorgverzekeraar overgelegde nota's. Het overzicht van de zorgverzekeraar moet als uitgangspunt worden genomen voor de openstaande schuld en biedt naar het oordeel van de commissie gegeven de complexe situatie die is ontstaan voldoende duidelijkheid.

Slotsom

- 6.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 9 april 2026,

J.W. Heringa

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Voorwaarden zorgverzekering
2. Wetgeving

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 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.

Zorgverzekeringswet

Artikel 16

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 of 18e.

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. afspraken over de betaling van nieuw vervallende termijnen van de premie,
 - 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 afspraken, bedoeld in de onderdelen a en b, nakomt.
3. Indien de verzekeringnemer een ander heeft verzekerd en ten aanzien van diens verzekering een premie-achterstand 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 18aa

1. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat in daarbij aan te wijzen gevallen een aan de verzekeringnemer of zijn partner uit te betalen zorgtoeslag als bedoeld in de Wet op de zorgtoeslag of een voorschot daarop, in afwijking van artikel 25, eerste lid, van de Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen, als tegemoetkoming in de premie en, voor zover de zorgtoeslag of het voorschot daarop dan nog toereikend is, het eigen risico, geheel of gedeeltelijk, direct of door tussenkomst van het CAK aan de zorgverzekeraar wordt uitbetaald indien ten aanzien van een zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend,

een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van drie maandpremies is ontstaan.

2. Bij ministeriële regeling kunnen regels worden gesteld met betrekking tot het eerste lid.

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 18bb

1. Naast de op incasso gerichte inspanningen, bedoeld in de artikelen 18a en 18b, verricht de zorgverzekeraar aantoonbaar voldoende inspanningen tot inning van de premie voorafgaand aan de melding, bedoeld in artikel 18c, eerste lid.
2. Bij ministeriële regeling wordt bepaald wanneer sprake is van het verrichten van aantoonbaar voldoende inspanningen als bedoeld in het eerste lid.

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 CAK, 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 aantoonbaar dat hij in het kader daarvan een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van zijn schulden heeft gesloten;
 - e. ingeval het adres van de verzekeringnemer en, indien dit een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde, niet in de basisregistratie personen voorkomt of het adres

zoals dat is opgenomen in de administratie van de zorgverzekeraar afwijkt van het adres waaronder deze persoon of personen in de basisregistratie personen als ingezetene staat of staan ingeschreven, tenzij deze afwijking het gevolg is van een omstandigheid als bedoeld in artikel 4a, derde lid, onderdeel a tot en met c.

3. Onderdeel van de melding vormt een verklaring van de zorgverzekeraar, inhoudende dat hij artikel 18b en het tweede lid in acht heeft genomen.
4. Na de melding verleent de zorgverzekeraar aantoonbaar voldoende medewerking aan activiteiten van de verzekeringnemer of derden, gericht op aflossing van de jegens de zorgverzekeraar bestaande, uit de zorgverzekering voortvloeiende schuld.
5. Bij ministeriële regeling wordt bepaald wanneer sprake is van het verrichten van aantoonbaar voldoende medewerking als bedoeld in het vierde lid.

Artikel 18d

1. De verzekeringnemer is vanaf de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin het CAK de melding, bedoeld in artikel 18c, heeft ontvangen aan het CAK 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 CAK, 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 CAK 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 schuldhulpverlener te zijn ondertekend.
6. Bij ministeriële regeling wordt bepaald hoe de gemiddelde premie, bedoeld in het eerste lid, wordt berekend.