



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen N.V. Univé Zorg te Arnhem
Zaak : Premie, betalingsachterstand, aanmelding Zorginstituut Nederland
Zaaknummer : 201403134
Zittingsdatum : 1 juli 2015

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, paragraaf 3.3 Zvw, art. 6:43 BW)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen

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

2. De verzekeringssituatie

2.1. Verzoeker is tot op heden bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Univé Zorg Samen Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Tevens heeft verzoeker bij de zorgverzekeraar ten behoeve van één ander persoon een zorgverzekering afgesloten. Genoemde zorgverzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Bij brief van 14 maart 2014 heeft de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar aan verzoeker een sommatie gezonden voor de openstaande vordering van € 2.152,71, inclusief rente en kosten.

3.2. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar verzocht om kwijtschelding van de achterstand die ziet op de periode van vóór 2014. Bij brieven van 25 april, en 6 en 24 juni 2014 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld niet over te gaan tot kwijtschelding. Tevens heeft de zorgverzekeraar medegedeeld het dossier bij de incassogemachtigde te sluiten en de incassokosten voor zijn rekening te nemen.

3.3. Bij brief van 28 oktober 2014 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de betalingsachterstand € 4.042,72 bedraagt.

3.4. Verzoeker is met ingang van 1 november 2014 aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut).

3.5. Bij e-mailbericht van 8 december 2014 en brief van 18 december 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar ten onrechte is overgegaan tot aanmelding bij het Zorginstituut en dat de door de zorgverzekeraar gestelde betalingsachterstand onjuist is (hierna: het verzoek).

3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 
- 3.7. Bij brief van 3 maart 2015 heeft de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar aan verzoeker een sommatie gezonden.
- 
- 3.8. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 2 april 2015 en e-mailbericht van 14 april 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Afschriften hiervan zijn op 17 april 2015 aan verzoeker gezonden.
- 
- 3.9. Verzoeker heeft de commissie bij e-mailbericht van 6 april 2015 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is aan de zorgverzekeraar gestuurd.
- 
- 3.10. Verzoeker heeft op 19 april 2015 gereageerd op het onder 3.8 bedoelde standpunt van de zorgverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is aan de wederpartij gezonden.
- 
- 3.11. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 3 mei 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 22 juni 2015 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.12. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 1 juli 2015 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 
- 4.1. In 2013 heeft de commissie een bindend advies uitgebracht in een eerder gerezen geschil tussen verzoeker en de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar lijkt nu terug te komen op hetgeen is bepaald in dit bindend advies. Betaalde bedragen worden weer opgevoerd als zijnde verschuldigd en diverse betalingen zijn niet opgenomen in het financiële overzicht van de zorgverzekeraar. De thans gestelde betalingsachterstand is dan ook onjuist.
De premie van september 2013 is dubbel betaald. Ten tijde van de aanmelding bij het Zorginstituut stonden geen zes premiemaanden open, maar hooguit twee, te weten augustus en november 2014. Overigens had één premiemaand moeten worden verrekend met de dubbel betaalde premie van september 2013. Zodoende is de aanmelding bij het Zorginstituut ten onrechte geschied.
Voorts heeft verzoeker de zorgverzekeraar verzocht om kwijtschelding van de achterstand die ziet op de periode van vóór 2014. Hierop is negatief gereageerd. Verzoeker benadrukt dat zowel hij als zijn partner - vanwege hun beider gezondheidstoestand - ieder jaar het verplicht eigen risico opsoupeert. Dit legt een groot beslag op de financiën. Overigens telt het openstaande eigen risico niet mee voor de aanmelding bij het Zorginstituut. De verschuldigde bestuursrechtelijke premie is een financiële adering. Verzoeker verklaart dat intussen bijzondere bijstand is aangevraagd bij de gemeente.
- 
- 4.2. Naar verzoeker begrijpt, heeft de onderhavige procedure geleid tot afmelding bij het Zorginstituut. Verzoeker wenst evenwel duidelijkheid hieromtrent te krijgen. De aanmelding bij het Zorginstituut heeft veel financieel ongemak veroorzaakt. Zo kon verzoeker door de verschuldigdheid van de bestuursrechtelijke premie zijn energierekening niet betalen en dit heeft tot afsluiting geleid.
- 
- 4.3. Het door de zorgverzekeraar overgelegde financiële overzicht is onjuist en verwarrend, aangezien bedragen van vóór het eerdere bindend advies worden opgevoerd. Verzoeker wijst op posten uit 2009, 2010, 2011 en 2012. Het eerdere bindend advies dient te worden gerespecteerd. Voorts maakt de zorgverzekeraar geenszins duidelijk welke zes premiemaanden onbetaald zijn gebleven. Verzoeker stelt dat over de periode tot 13 maart 2012 een bedrag is kwijtgescholden en dat daarna regelmatig premie is betaald. Enkel het eigen risico is niet voldaan.
- 
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker zijn standpunt herhaald. Voorts is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat het bedrag dat destijds - na het eerdere bindend advies - aan hem is gerestitueerd door het College voor zorgverzekeringen, is overgemaakt aan de zorgverzekeraar. Verzoeker benadrukt dat geen sprake is van een premieachterstand. Enkel het eigen risico staat open. Tot slot verklaart verzoeker dat de gemeente bijzondere bijstand heeft geweigerd.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

 5.1. In 2013 heeft de commissie een bindend advies uitgebracht in een eerder gerezen geschil met verzoeker. Bij brief van 16 december 2013 is uitgelegd op welke manier gevolg is gegeven aan dit bindend advies.

 5.2. Bij brief van 25 april 2014 is aan verzoeker bij hoge uitzondering een aanbod gedaan voor een betalingsregeling voor de achterstand van maximaal 60 termijnen. Van dit aanbod heeft verzoeker geen gebruik gemaakt, zodat geen regeling tot stand is gekomen. Derhalve is het reguliere aanmaaanproces hervat. Op 4 juni 2014 is aan verzoeker een betalingsherinnering gestuurd voor de achterstand. De gevolgen van niet-tijdige betaling zijn opgenomen in artikel 3.6 van de zorgverzekering.

In de brief van 6 juni 2014 is aan verzoeker medegedeeld dat niet meer inhoudelijk wordt gereageerd op correspondentie inzake zijn betalingsproblematiek en het verzoek om kwijtschelding van de achterstand. Tevens is verzoeker in deze brief gewezen op de financiële consequenties van het niet voldoen van de betalingsachterstand, te weten een incassotraject en aanmelding als wanbetaler bij het Zorginstituut.

 De zorgverzekeraar begrijpt dat verzoeker zich in een financieel moeilijke situatie bevindt en vindt het vervelend dat de gezondheid van verzoeker en zijn partner hiervan mede de oorzaak is. Tot (gedeeltelijke) kwijtschelding van de achterstand en het laten vervallen van het verplicht eigen risico wordt echter niet overgegaan.

 5.3. De zorgverzekeraar heeft op 21 november 2014 een e-mailbericht van verzoeker ontvangen met het verzoek om de polis te splitsen. Deze wijziging is per 1 december 2014 gerealiseerd.

 5.4. Het dossier (4412627) bij de incassogemachtigde is op 9 december 2014 terecht opnieuw opgestart omdat verzoeker zijn betaalverplichting niet nakwam. De hoofdsom in dit dossier bedraagt € 5.511,21 en de incassokosten € 814,82. Van 10 december 2014 tot en met 14 april 2015 bedraagt de rente € 58,80.

 5.5. De zorgverzekeraar heeft niet de juiste procedure gevolgd bij het versturen van de brieven als bedoeld in de artikelen 18a, 18b en 18c Zvw. Verzoeker is ten onrechte aangemeld bij het Zorginstituut. De aanmelding bij het Zorginstituut vanaf 1 november 2014 vervalt daarom met terugwerkende kracht. De zorgverzekeraar benadrukt voor de volledigheid dat verzoeker wel meer dan zes maanden premieachterstand heeft.

 Verzoeker zal van het Zorginstituut een eindafrekening ontvangen. De ingehouden bedragen krijgt hij terug. De zorgverzekeraar zal in verband hiermee alsnog de nominale premie vanaf 1 november 2014 bij verzoeker in rekening brengen.

 5.6. De zorgverzekeraar benadrukt dat verzoeker als verzekeringnemer verplicht is tot het betalen van de premie, zorgkosten alsmede de betalingsachterstand.
Om duidelijkheid te geven over de betalingsachterstand is een financieel overzicht overgelegd. Naar de stand van 2 april 2015 is sprake van een betalingsachterstand van € 4.984,02.
Als verzoeker zijn betaalverplichting ten aanzien van de betalingsachterstand niet nakomt, zal de zorgverzekeraar de brieven als bedoeld in de artikelen 18a, 18b en 18c Zvw sturen en hem opnieuw aanmelden bij het Zorginstituut.

 5.7. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt herhaald. Voorts is door de zorgverzekeraar verklaard dat naar de stand van 30 juni 2015 de betalingsachterstand € 4.984,02 bedraagt. De hoofdsom die op genoemde datum openstaat bij de incassogemachtigde bedraagt € 4.045,02, exclusief incassokosten en rente. De achterstand ziet op zorgkosten en op premiebedragen uit onder meer 2012, 2013 en 2014.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. Aangezien de zorgverzekeraar lopende de procedure bij de commissie is overgegaan tot afmelding van verzoeker bij het Zorginstituut met terugwerkende kracht tot 1 november 2014, is enkel nog de hoogte van de betalingsachterstand in geschil.

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 van de zorgverzekering is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd. Voorts is in dit artikel bepaald dat bij niet-tijdige betaling, incassokosten en rente in rekening kunnen worden gebracht.

8.3. Artikel 16 Zvw regelt in welke gevallen voor de zorgverzekering geen premie verschuldigd is, en luidt als volgt:

“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, eerste lid.”

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 maandelijks 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 aantoonde 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.

- 8.7. De toerekening van betalingen is geregeld in onder meer artikel 6:43 BW. Dit artikel luidt als volgt:

"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."

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. De commissie heeft op 6 november 2013 een bindend advies uitgebracht in een eerder gerezen kwestie tussen verzoeker en de zorgverzekeraar. Hierin is opgenomen dat de aanmelding per 1 juni 2013 bij het toenmalige College voor Zorgverzekeringen (hierna: CVZ) onterecht is geschied en is bepaald dat naar de stand van 20 augustus 2013 de betalingsachterstand € 2.564,77 bedroeg. Genoemd bedrag was exclusief de nog bij verzoeker in rekening te brengen nominale premie in verband met de afmelding met terugwerkende kracht bij het CVZ. De commissie neemt het eerdere bindend advies als uitgangspunt bij de beoordeling.

- 9.2. Het oorspronkelijke verzoek aan de commissie was tweeledig en zag op de aanmelding van verzoeker bij het Zorginstituut en de hoogte van de betalingsachterstand. Wat betreft het eerste gedeelte, de aanmelding bij het Zorginstituut, stelt de commissie vast dat de afmelding van verzoeker bij het Zorginstituut inmiddels heeft plaatsgevonden. Dit is geschied met terugwerkende kracht, zodat verzoeker na afronding van een en ander in de (financiële) positie zal zijn gebracht als ware hij nimmer aangemeld. Aangezien deze afmelding bij het Zorginstituut lopende de procedure bij de commissie heeft plaatsgevonden, dient de zorgverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden. Aangaande de hoogte van de betalingsachterstand geldt het volgende.

- 9.3. Door de zorgverzekeraar is ter zitting verklaard dat naar de stand van 30 juni 2015 de betalingsachterstand € 4.984,02 bedraagt. In het kader van het eerdere bindend advies is een bedrag van € 3.124,39 afgeboekt. Bij de incassogemachtigde staat € 4.045,02 exclusief rente en incassokosten open. De zorgverzekeraar heeft toegelicht dat na het eerdere bindend advies een bedrag openstond en dat verzoeker hiervoor een betalingsregeling is aangeboden. Op dit aanbod is door hem echter niet ingegaan. Zodoende bestaat de achterstand thans uit zowel premie als zorgkosten (eigen risico en eigen bijdrage). Door verzoeker is slechts gesteld dat ná het eerdere bindend advies geen premieachterstand resteerde, en dat enkel nog zorgkosten open staan. Deze stelling is door hem niet aannemelijk gemaakt, zodat de commissie uitgaat van de juistheid van de opgave van de zorgverzekeraar. Zodoende staat vast dat naar de stand van 30 juni 2015 sprake is van een betalingsachterstand van € 4.984,02. Verzoeker dient het bedrag van € 4.045,02, verhoogd met de bijkomende rente en incassokosten, aan de incassogemachtigde te voldoen. Het restant staat bij de zorgverzekeraar open en verzoeker dient dit rechtstreeks aan de zorgverzekeraar te voldoen.
- 9.4. De commissie merkt nog het volgende op. Indien slechts een gedeelte van een nota wordt betaald, al dan niet onder vermelding van het zestiencijferig betalingskenmerk, mag deze betaling conform artikel 6:43 BW worden toegerekend aan de oudste openstaande post. Dit is slechts anders indien in de toelichting/mededeling bij de betaling wordt vermeld welke maand het betreft.
- 9.5. Verzoeker heeft verzocht het verplicht eigen risico voor hemzelf en voor zijn echtgenote kwijt te schelden, aangezien zij niet de financiële mogelijkheden hebben dit te voldoen. Hiertoe merkt de commissie op dat bij wet is bepaald dat het eigen risico voor iedere volwassen verzekerde in Nederland geldt, zo ook voor verzoeker (en zijn echtgenote). Van kwijtschelding kan dan ook geen sprake zijn.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 9.7. Aangezien verzoeker lopende de procedure bij de commissie is afgemeld bij het Zorginstituut, dient de zorgverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan hem te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 15 juli 2015,

A.I.M. van Mierlo