

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. drs. J.W. Heringa, mr. B.L.A. van Drunen en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202600549

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij klachtenformulier van 1 april 2026 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 28 april 2026 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 24 juni 2026 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 1 juli 2026 aan verzoeker gestuurd. Bij e-mailberichten van 7, 10 en 17 juli 2026 heeft verzoeker hierop gereageerd. Afschriften van deze reacties zijn aan de zorgverzekeraar gezonden.
- 1.3. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 23 september 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was van 1 januari 2012 tot en met 12 maart 2025 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering). Ten tijde van de beëindiging van de zorgverzekering had verzoeker een betalingsachterstand waarvoor hij met de zorgverzekeraar een betalingsregeling had afgesproken.
- 2.2. Bij brief van 28 april 2025 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de afgesproken betalingsregeling door hem is beëindigd. In de maanden daarna hebben verzoeker en de zorgverzekeraar nieuwe betalingsregelingen afgesproken. Deze zijn ingegaan per mei 2025, respectievelijk september 2025. In de bevestigingsbrieven van 16 mei 2025, respectievelijk 12 september 2025 verklaart de zorgverzekeraar dat de regeling wordt stopgezet als de afgesproken termijnbedragen, dan wel andere, nieuw opgekomen bedragen niet tijdig worden voldaan.
- 2.3. Bij brieven van 17 augustus, respectievelijk 22 december 2025 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de op dat moment lopende betalingsregeling wordt beëindigd. Dit omdat zowel de door verzoeker verschuldigde termijnbedragen als de nieuw opgekomen maandpremies niet (tijdig) door hem werden voldaan. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar gevraagd de beslissing om de meest recente betalingsregeling te beëindigen te heroverwegen.

Laatstelijk bij brief van 21 april 2026 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar:
 - (i) de meest recente, met hem afgesproken betalingsregeling ten onrechte heeft beëindigd;
 - (ii) de openstaande vordering ten onrechte ter incasso heeft overgedragen aan zijn incassogemachtigde;
 - (iii) de betalingsachterstand niet juist heeft vastgesteld;
 - (iv) is gehouden de vordering kwijt te schelden en zijn schade ten bedrage van totaal € 1.378,93 te vergoeden;
 - (v) is gehouden een te veel betaald bedrag van € 1.302,- te restitueren.
- 3.2. Op de polis van verzoeker is een betalingsachterstand ontstaan, hetgeen door hem niet wordt betwist. Verzoeker heeft meerdere pogingen ondernomen om met de zorgverzekeraar hiervoor een betalingsregeling af te spreken. Anders dan de zorgverzekeraar stelt, zijn de afgesproken termijnbedragen ook daadwerkelijk via de ontvangen betaallink voldaan. Als de betalingen te laat werden verricht, zoals de zorgverzekeraar beweert, zouden deze niet meer hebben kunnen plaatsvinden. Verzoeker heeft in de afgelopen maanden zowel de zorgverzekeraar als diens incassogemachtigde verzocht om opheldering, maar een inhoudelijke reactie is uitgebleven. In plaats daarvan heeft verzoeker verschillende betalingsherinneringen ontvangen, waarin wordt gedreigd met een gerechtelijke procedure. Zelfs toen de klacht al bij SKGZ was ingediend, heeft de zorgverzekeraar geweigerd zijn incassomaatregelen te staken.
- 3.3. Gelet op alle fouten die door de zorgverzekeraar zijn gemaakt, vordert verzoeker sluiting van de incassodossiers en kwijtschelding van het volgens de zorgverzekeraar thans nog openstaande bedrag. Daarnaast vordert verzoeker een bedrag van totaal € 1.378,93. Dit laatste bedrag bestaat uit € 550,- aan immateriële schadevergoeding vanwege langdurige intimidatie, en € 828,93 vanwege onnodige en overdadige administratiekosten voor de 32 uren die zijn besteed aan verplichte dossieropbouw.
- 3.4. In reactie op het nader commentaar van de zorgverzekeraar voert verzoeker aan dat hij de betalingen aan de zorgverzekeraar doet door middel van de hem gestuurde betaallink. Bij deze betaallink staat ook een betalingskenmerk vermeld. Desondanks boekt de zorgverzekeraar de betalingen af op andere openstaande posten. Een en ander is in strijd met de bepalingen van het Burgerlijk Wetboek en zorgt voor een onduidelijke dossieropbouw. Dat de incassogemachtigde het dossier heeft moeten sluiten is niet omdat verzoeker naar Griekenland is verhuisd, maar een teken dat de administratie van de zorgverzekeraar niet klopt. Verzoeker wenst in dat kader ook duidelijkheid ten aanzien van de stelling van de zorgverzekeraar dat de vordering is opgelopen van € 681,80 in januari 2025 naar € 1.524,98 in september 2025. Gelet op alle onduidelijkheden is de gevorderde schadevergoeding meer dan terecht.
- 3.5. Ter zitting heeft verzoeker toegelicht dat hij in januari 2025 naar Griekenland is geëmigreerd. Tijdens een telefonisch contact met de zorgverzekeraar op 23 januari 2025 heeft verzoeker meegedeeld dat hij was geëmigreerd en zijn zorgverzekering om die reden diende te worden beëindigd. Ondanks deze melding heeft de zorgverzekeraar de zorgverzekering pas met ingang van 13 maart 2025 beëindigd. Verzoeker stelt zich daarom op het standpunt dat de zorgverzekeraar ten onrechte premie heeft berekend over de periode van 23 januari 2025 tot en met 12 maart 2025. Voorts heeft de zorgverzekeraar na 23 januari 2025, naast de premie, andere bedragen bij verzoeker in rekening gebracht. Volgens verzoeker heeft de zorgverzekeraar tot op heden geen afdoende verklaring gegeven voor de toename van de betalingsachterstand van € 681,80 in

januari 2025 naar € 1.524,98 in mei 2025, en vervolgens naar € 1.220,- in september 2025. Het enige overzicht dat verzoeker heeft ontvangen betreft een premiespecificatie van 3 juni 2026, die eerst ongeveer zes maanden na zijn verzoek aan hem is verstrekt.

Nu de zorgverzekeraar volgens verzoeker geen inzichtelijke verklaring heeft gegeven voor de aanzienlijke stijging van de vordering na januari 2025, dient deze naar zijn mening geheel te worden kwijtgescholden. Daarnaast stelt verzoeker zich op het standpunt dat de zorgverzekeraar gehouden is een bedrag aan hem te restitueren. Verzoeker voert daartoe aan dat uit een vergelijking van de door hem betaalde bedragen met de daadwerkelijk verschuldigde bedragen volgt dat hij in totaal € 1.302,- te veel heeft betaald.

4. Standpunt zorgverzekeraar

- 4.1. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat de betalingsachterstand van verzoeker over de periode van 1 januari 2012 tot en met 12 maart 2025 naar de stand van 3 juni 2026 totaal € 854,-- bedraagt. Naar de stand van 24 juni 2026 is dit bedrag verlaagd tot € 819,-. Laatstgenoemd bedrag heeft betrekking op de (deels) nog openstaande premie voor de maanden januari 2025 (€ 298,45), februari 2025 (€ 314,60) en maart 2025 (€ 125,84), alsmede op een nog openstaande vordering van € 80,11 ter zake van het verplicht eigen risico 2025.
- 4.2. Verzoeker heeft verklaard dat hij de hoogte van de betalingsachterstand niet betwist, maar wel kwijtschelding van de vordering wenst, omdat hij van mening is dat deze ten onrechte ter incasso werd overgedragen. De zorgverzekeraar ziet daartoe geen grond en voert in dat verband aan dat hij op 12 september 2025 met verzoeker een betalingsregeling had afgesproken voor een bedrag van totaal € 1.220,-. In de bevestigingsbrief is uitgelegd dat de termijnbedragen € 122,- zijn en dat de eerste, tweede en derde termijn vóór respectievelijk 13 oktober, 13 november en 13 december 2025 dienen te worden voldaan. Ten aanzien van de eerste termijn van € 122,- geldt dat verzoeker deze niet vóór de afgesproken datum van 13 oktober 2025 voldeed. Om die reden is op 19 oktober 2025 aan verzoeker een betalingsherinnering gestuurd. Hierin stond vermeld dat hij de termijn alsnog vóór 2 november 2025 kon betalen. Verzoeker heeft, naar aanleiding hiervan, op 23 oktober 2025 het verschuldigde bedrag voldaan. De tweede termijn van de betalingsregeling diende, als gezegd, vóór 13 november 2025 te worden voldaan. Omdat verzoeker ook ditmaal naliet het verschuldigde bedrag tijdig te voldoen, is hem op 23 november 2025 een betalingsherinnering gestuurd. In deze herinnering stond vermeld dat verzoeker de tweede termijn van € 122,- alsnog vóór 7 december 2025 diende te voldoen, maar op deze datum had verzoeker het bedrag van € 122,- nog steeds niet betaald. Op het moment dat een betalingsregeling niet wordt nagekomen en er tevens een betalingsherinnering is verzonden, wordt de regeling beëindigd op de eerstvolgende vrijdag na het verstrijken van de interne vervaldatum. In het geval van de tweede termijn van de betalingsregeling stond de interne vervaldatum op 18 december 2025. Dit betekent dat de betalingsregeling op vrijdag 19 december 2025 is beëindigd. Een en ander is bij brief van 22 december 2025 aan verzoeker gecommuniceerd. Weliswaar heeft verzoeker op 19 december 2025 via de betaallink, behorende bij de betalingsherinnering, nog een bedrag van € 122,- aan de zorgverzekeraar overgemaakt, maar dit is niet meer meegenomen in de betalingsregeling. De reden hiervoor is dat op het moment dat de betaaltermijn was verstreken, ook het daaraan gekoppelde betalingskenmerk is komen te vervallen. Als verzoeker de status van de betaallink had gecontroleerd, had hij kunnen constateren dat deze al was vervallen. Op dat moment had verzoeker ervoor kunnen kiezen het bedrag van € 122,- over te maken naar het bekende rekeningnummer, onder vermelding van 'termijn 2 van de betalingsregeling'. Nu verzoeker dit heeft nagelaten, is de betaling conform de wettelijke regeling afgeboekt op de oudste nog openstaande vordering. De betalingsregeling is op 19 december 2025 beëindigd. Dat verzoeker de derde termijn van de betalingsregeling op 2 december 2025 voldeed, en daarmee vóór de bij die termijnbetaling behorende vervaldatum van 13 december 2025, is niet meer relevant, nu tijdige betaling van de tweede termijn was uitgebleven. Voor zover verzoeker met zijn betaling van

2 december 2025 de bedoeling had om de tweede termijn van de regeling te voldoen, ligt de gemaakte vergissing in zijn risicosfeer.

4.3. Nadat de afgesproken betalingsregeling op 19 december 2025 was komen te vervallen, was de gehele vordering weer opeisbaar en heeft de zorgverzekeraar het openstaande bedrag ter incasso overgedragen. De incassogemachtigde heeft echter laten weten dat het incassodossier wegens ‘geen verhaal’ is gesloten. De reden hiervoor is dat verzoeker naar het buitenland is geëmigreerd. Door de sluiting van het incassodossier bij de incassogemachtigde zijn er bij verzoeker geen incassokosten in rekening gebracht en is de vordering weer intern open komen te staan. Dit betekent dat verzoeker, mocht hij dat willen, voor het thans openstaande bedrag van totaal € 819,- een nieuwe betalingsregeling kan afspreken. Voor zover verzoeker stelt dat het openstaande bedrag dient te worden kwijtgescholden, geldt dat de zorgverzekeraar hiertoe geen aanleiding ziet. Verzoeker heeft door de sluiting van het dossier geen financieel nadeel ondervonden en ook vermag de zorgverzekeraar niet in te zien waarom het in de communicatie met verzoeker mis zou zijn gegaan.

4.4. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar herhaald dat verzoeker over de periode van 1 januari 2012 tot en met 12 maart 2025 nog een bedrag van € 819,- verschuldigd is. Dit bedrag betreft uitsluitend de hoofdsom, aangezien de vordering gedurende de procedure bij de commissie is teruggehaald bij de incassogemachtigde. Verzoeker is daarom op dit moment geen incassokosten of wettelijke rente verschuldigd.

Voor zover verzoeker stelt dat hij zijn zorgverzekering op 23 januari 2025 telefonisch heeft opgezegd, merkt de zorgverzekeraar op dat dit niet blijkt uit de van het gesprek gemaakte telefoonregistratie. Ook overigens is de zorgverzekeraar niet gebleken dat de zorgverzekering al per die datum had moeten worden beëindigd. De zorgverzekeraar heeft op 14 april 2025 een bericht ontvangen waarin de verhuisdatum 12 maart 2025 werd vermeld. Naar aanleiding hiervan is de zorgverzekering met terugwerkende kracht beëindigd per 13 maart 2025. Daarnaast wijst de zorgverzekeraar erop dat verzoeker in een e-mailbericht van 2 april 2026, gericht aan SKGZ, zelf heeft vermeld dat zijn zorgverzekering in maart 2025 is beëindigd, zonder daarbij te stellen dat deze beëindigingsdatum onjuist was. Verder zijn in de periode tussen 23 januari 2025 en 13 maart 2025 zorgkosten gedeclareerd en door de zorgverzekeraar vergoed. Volgens de zorgverzekeraar vormt dit een aanwijzing dat ook de betrokken zorgaanbieders ervan uitgingen dat verzoeker gedurende die periode nog bij hem verzekerd was.

Verzoeker heeft aangevoerd dat het hem onduidelijk is waarop de thans nog openstaande vorderingen betrekking hebben en dat deze daarom dienen te worden kwijtgescholden. De zorgverzekeraar kan zich niet verenigen met dit standpunt. Daartoe voert hij aan dat verzoeker deze stelling eerst in een laat stadium van de procedure heeft ingenomen. In eerdere correspondentie heeft verzoeker steeds aangegeven dat de hoogte van de betalingsachterstand niet ter discussie stond. Dit vindt volgens de zorgverzekeraar ook bevestiging in het feit dat verzoeker in 2025 meerdere betalingsregelingen met hem heeft afgesproken. Hieruit blijkt volgens de zorgverzekeraar dat verzoeker zowel het bestaan als de omvang van de betalingsachterstand heeft erkend.

De zorgverzekeraar ziet daarom geen aanleiding om de vordering ten bedrage van totaal € 819,- kwijt te schelden dan wel bedragen aan verzoeker te restitueren. Evenmin bestaat aanleiding voor toekenning van een schadevergoeding. Nog daargelaten dat de commissie op grond van artikel 21 van haar reglement niet bevoegd is een schadevergoeding toe te kennen en de zorgverzekeraar zelf het vergoeden van schade die voortvloeit uit zijn handelen of nalaten op grond van artikel 1.11 van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden heeft uitgesloten.

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 verschuldigdheid van premie en het eigen risico zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke bepalingen uit het Burgerlijk Wetboek (BW), het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (Rv), en de verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 6.2. Door de zorgverzekeraar is een financieel overzicht naar de stand van 3 juni 2026 overgelegd. Uit dit overzicht blijkt dat door verzoeker met betrekking tot de periode van 1 januari 2012 tot en met 12 maart 2025 niet alle verschuldigde bedragen zijn betaald en per saldo nog een bedrag openstaat van € 854,-, exclusief rente en incassokosten. Zowel in zijn brief van 24 juni 2026, gericht aan de commissie, als tijdens de hoorzitting heeft de zorgverzekeraar verklaard dat nog een bedrag openstaat van totaal € 819,-. Laatstgenoemd bedrag heeft betrekking op de (deels) nog openstaande premie voor de maanden januari 2025 (€ 298,45), februari 2025 (€ 314,60) en maart 2025 (€ 125,84), alsmede op een vordering van € 80,11 ter zake van het verplicht eigen risico 2025.

Verzoeker heeft het bestaan en de hoogte van het door de zorgverzekeraar genoemde openstaande bedrag betwist en aangevoerd dat hij zijn zorgverzekering reeds op 23 januari 2025 telefonisch heeft beëindigd, en de zorgverzekeraar daarom ten onrechte premie in rekening heeft gebracht over de periode van 23 januari 2025 tot en met 12 maart 2025. In zijn optiek heeft hij € 1.302,- te veel betaald en dient dit bedrag te worden gerestitueerd.

Voorts voert verzoeker aan dat de zorgverzekeraar de overeengekomen betalingsregeling ten onrechte heeft beëindigd en dat hij de openstaande vordering niet ter incasso had mogen overdragen. Ook stelt verzoeker dat de zorgverzekeraar geen inzichtelijke verklaring heeft gegeven voor de aanzienlijke stijging van de vordering na januari 2025. Volgens verzoeker dient deze vordering daarom volledig te worden kwijtgescholden.

- 6.3. Waar het gaat om de datum van beëindiging van de zorgverzekering heeft verzoeker vanaf 17 juli 2026 de stelling betrokken dat hij op 23 januari 2025 telefonisch contact heeft opgenomen met de zorgverzekeraar en daarbij kenbaar heeft gemaakt zijn zorgverzekering te willen beëindigen vanwege emigratie naar Griekenland. De zorgverzekeraar heeft deze stelling gemotiveerd betwist en, onder overlegging van een telefoonregistratie, aangevoerd dat verzoeker tijdens het gesprek op 23 januari 2025 uitsluitend heeft geïnformeerd naar het rekeningnummer van de zorgverzekeraar.

De commissie overweegt dat op grond van artikel 150 Rv de stelplicht en, indien nodig, de bewijslast ter zake van deze stelling op verzoeker rusten. Het is daarom aan verzoeker te bewijzen dat hij op 23 januari 2025 telefonisch contact heeft opgenomen met de zorgverzekeraar om zijn verzekering vanwege emigratie per die datum te beëindigen, dan wel om aan te tonen dat hij reeds vóór 13 maart 2025 niet langer op grond van artikel 2.1.1, eerste lid, onder b, verzekerd was ingevolge de Wet langdurige zorg (Wlz), zodat de zorgverzekering van rechtswege eindigde per die eerdere datum. Naar het oordeel van de commissie is verzoeker hierin niet geslaagd. Hierbij is van belang dat op grond van artikel 6 van de voorwaarden van de zorgverzekering een opzegging van de zorgverzekering altijd schriftelijk dient te geschieden. De door verzoeker overgelegde stukken bieden onvoldoende aanknopingspunten voor de conclusie dat hij zijn verzekering al op 23 januari 2025 heeft opgezegd of zijn verzekeringsplicht op grond van de Wlz eerder dan 13 maart 2025 is geëindigd. De commissie neemt daarom als vaststaand aan dat

verzoeker in de periode van 23 januari 2025 tot en met 12 maart 2025 nog verzekeringsplichtig was in Nederland. Hieruit volgt tevens dat er geen grond is voor restitutie van het volgens verzoeker teveel betaalde bedrag van € 1.302,-.

- 6.4. Het voorgaande laat onverlet dat verzoeker ook na het uitbrengen van dit bindend advies bij de Sociale Verzekeringsbank (SVB) een Wlz-verklaring kan aanvragen. Als uit een door de SVB afgegeven verklaring blijkt dat verzoeker inderdaad al vóór 13 maart 2025 niet langer verzekerd was ingevolge de Wlz, dient de zorgverzekeraar de beëindigingsdatum van de zorgverzekering alsnog overeenkomstig die verklaring aan te passen. Verzoeker moet er in dat geval rekening mee houden dat de rechtsgrond aan de door de zorgverzekeraar verrichte betalingen voor zorg en andere diensten, betrekking hebbend op de periode tussen de nieuwe einddatum en 13 maart 2025, komt te vervallen. Ter zitting is door verzoeker verklaard dat hij in deze periode daadwerkelijk gebruik heeft gemaakt van een hulpmiddel ten laste van de verzekering.
- 6.5. Verzoeker heeft voorts gesteld dat de zorgverzekeraar de meest recente, met hem afgesproken betalingsregeling ten onrechte heeft beëindigd. Hiertoe geldt dat verzoeker en de zorgverzekeraar voor het laatst op 12 september 2025 een betalingsregeling zijn overeengekomen. Afgesproken werd dat verzoeker het op dat moment openstaande bedrag van totaal € 1.220,- zou betalen in 10 maandelijkse termijnen van € 122,-. De eerste termijn diende te worden voldaan vóór 13 oktober 2025, de tweede termijn vóór 13 november 2025 en de derde termijn vóór 13 december 2025. De commissie merkt op dat het hierbij een brengschuld betreft, zodat het op de weg van verzoeker lag zorg te dragen voor tijdige betaling, dat wil zeggen vóór of uiterlijk op de vervaldatum. Bij niet-tijdige betaling treedt het verzuim automatisch in. De commissie constateert dat verzoeker zowel het eerste als het tweede termijnbedrag van € 122,- niet vóór de afgesproken vervaldatum heeft voldaan. Beide keren heeft de zorgverzekeraar ervoor gekozen de betalingsregeling niet direct te beëindigen, maar verzoeker een betalingsherinnering te sturen met een nieuwe vervaldatum. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker de eerste termijn vóór de nieuwe vervaldatum voldeed, en wel op 2 november 2025. Het geschil spitst zich toe op de vraag of verzoeker ook de tweede termijn tijdig heeft voldaan. Hiertoe geldt dat door het versturen van de betalingsherinnering de vervaldatum is verschoven van 13 november 2025 naar 7 december 2025. Deze laatste datum is duidelijk richting verzoeker gecommuniceerd. Het staat vast dat verzoeker de tweede termijn van de betalingsregeling niet vóór of uiterlijk op genoemde datum heeft voldaan. Dat de zorgverzekeraar in zijn administratie niet de datum van 7 december 2025 hanteerde, maar die van 18 december 2025, is niet relevant althans kan niet tot toewijzing van het verzoek leiden: dat is immers een omstandigheid in het voordeel van verzoeker. Hier komt bij dat ook op 18 december 2025 het verschuldigde bedrag van € 122,- niet was voldaan. Dit betekent dat het de zorgverzekeraar vrijstond de betalingsregeling te beëindigen. Uit de overgelegde stukken blijkt dat de zorgverzekeraar de betalingsregeling op 19 december 2025 heeft beëindigd.
Dat verzoeker, eveneens op 19 december 2025, via een betaallink nog een bedrag van € 122,- heeft voldaan, kan niet leiden tot een andere conclusie. Die betaling voor de termijn van november 2025 was immers hoe dan ook te laat, nu deze na 7 december 2025 werd verricht.
- 6.6. Waar het de toerekening van de betaling van 19 december 2025 betreft, geldt dat de zorgverzekeraar onweersproken heeft gesteld dat het bijbehorende betalingskenmerk al was vervallen, zodat hij de betaling mocht toerekenen aan de oudste openstaande schuld. De commissie merkt op dat overeenkomstig artikel 6:43, eerste lid, BW de schuldenaar de verbintenis kan aanwijzen waarop toerekening moet plaatsvinden. Een dergelijke aanwijzing ontbreekt. Volgens het tweede lid moet in dat geval worden toegerekend op de meest bezwarende verbintenis, en als sprake is van even bezwarende verbintenissen, op de oudste. In de situatie van verzoeker is niet gebleken dat de verbintenissen niet even bezwarend zouden zijn, zodat de zorgverzekeraar de betaling van 19 december 2025 terecht heeft toegerekend op de oudste.

Volledigheidshalve tekent de commissie nog aan dat, indien hierover tussen partijen onduidelijkheid zou bestaan, de betaling van 2 december 2025 geen betrekking had op de tweede termijn van de betalingstermijn, maar op de derde. Dat de derde betalingstermijn in die situatie wel tijdig werd voldaan leidt niet tot een andere conclusie ten aanzien van de tweede betalingstermijn; deze werd ook dan niet tijdig betaald.

- 6.7. Verzoeker heeft gevraagd te verduidelijken waarom de betalingsachterstand van januari 2025 tot september 2025 bijna is verdubbeld. De commissie stelt vast dat de zorgverzekeraar het verschuldigde bedrag heeft genoemd en heeft toegelicht waaruit de hoofdsom van € 819,- bestaat, te weten achterstallige premie en een bedrag vanwege het eigen risico. Indien de verhoging mogelijk verband hield met de overdracht van de vordering aan de incassogemachtigde, heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de vordering intussen door hem werd teruggehaald bij deze incassogemachtigde zodat de vordering alleen ziet op eerdergenoemde hoofdsom.

De commissie constateert verder dat gesteld, noch gebleken is dat door verzoeker meer of andere betalingen zijn gedaan dan die welke zijn vermeld op het overzicht van de zorgverzekeraar. Om die reden houdt de commissie het ervoor dat het in de brief en ter zitting genoemde bedrag van € 819,- met betrekking tot de periode van 1 januari 2012 tot en met 12 maart 2025 juist is. Niet valt in te zien waarom de zorgverzekeraar zou moeten overgaan tot kwijtschelding hiervan. Desgevraagd heeft verzoeker daarvoor ook geen rechtsgrond kunnen noemen.

- 6.8. Verzoeker heeft tot slot van de zorgverzekeraar zowel vergoeding van materiële als immateriële schade gevorderd. Op grond van de artikelen 21.2 en 21.3 van het reglement is de commissie ten aanzien van deze verzoeken niet bevoegd.

Slotsom

- 6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 7 oktober 2026,

B.L.A. van Drunen

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

2.6. Mededelingen

Mededelingen gericht aan het laatst bij ons bekende adres, worden geacht u te hebben bereikt. Als u alle mededelingen van ons langs elektronische weg wilt ontvangen, dan kunt u dit aangeven in de [Mijn VGZ](#) of in de [VGZ app](#).

2.7. Lidmaatschap van de Coöperatie VGZ

Bij de totstandkoming van deze zorgverzekering wordt u als verzekeringnemer ook lid van de Coöperatie VGZ U.A., tenzij u schriftelijk aangeeft daar geen prijs op te stellen. De Coöperatie behartigt het belang van haar leden op het terrein van de (zorg)verzekering. U kunt het lidmaatschap op elk gewenst moment opzeggen, met inachtneming van een opzegtermijn van één maand. Het lidmaatschap eindigt in ieder geval op het moment dat de verzekeringsovereenkomst eindigt.

2.8. Bedenkperiode

Bij het aangaan van de zorgverzekering heeft u als verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. U kunt de verzekering schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

2.9. Voorrangsbepaling

Voor zover het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringswet bepaalde van invloed is of moet zijn op de zorgverzekering, geldt dit als in deze verzekeringsvoorwaarden opgenomen. Is het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringswet bepaalde strijdig met de bepalingen van deze overeenkomst? Dan gaat hetgeen is bepaald in de Zorgverzekeringswet voor en daarna hetgeen is bepaald bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek en daarna het bepaalde in deze zorgverzekering.

2.10. Nederlands recht

Op de zorgverzekering is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 3. Premie

3.1. Premiegrondslag en premiekortingen

De premiegrondslag is de premie zonder premiekorting voor een vrijwillig eigen risico. De premiegrondslag vindt u op uw polisblad en op de premiebijlage op onze website.

Premiekorting bij vrijwillig eigen risico

Als u kiest voor een vrijwillig eigen risico, ontvangt u een korting op de premie. U vindt deze korting op uw polisblad en op de premiebijlage op onze website.

3.2. Wie betaalt premie?

De verzekeringnemer is verplicht premie te betalen. Voor een verzekerde jonger dan 18 jaar hoeft tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de 18e verjaardag geen premie te worden betaald. Bij overlijden van een verzekerde is premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden. Bij wijziging van de zorgverzekering berekenen wij de premie opnieuw met ingang van de datum van wijziging.

Voorbeeld

Iemand die op 1 juli 18 jaar wordt, betaalt premie vanaf 1 augustus.

Aan welke eisen moet het rekeningnummer voldoen?

De tenaamstelling van het rekeningnummer moet overeenkomen met de naam van de verzekeringnemer. Ook moet het een rekeningnummer zijn van een land dat deelneemt aan de Single Euro Payments Area (SEPA).

3.3. Betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico en kosten

- 3.3.1. U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdrage maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen.
- 3.3.2. Als u geen gebruik maakt van digitale post, dan betaalt u kosten voor papieren post. De kosten zijn € 1,25 per maand. U betaalt geen kosten voor de polis en de Europese gezondheidskaart (EHIC). Meer informatie over de kosten voor papieren post vindt u op onze website.
- 3.3.3. U betaalt de premie, eigen risico, eigen bijdragen, kosten voor papieren post en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen op de betalingswijze zoals met ons is overeengekomen.

Betaalmogelijkheden

- a. U machtigt ons voor automatische incasso van verschuldigde bedragen (zie ook artikel 3.3.4).
 - b. U maakt gebruik van de mogelijkheid om via uw [Mijn VGZ](#) gratis een digitale factuur te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling. Dit kan desgewenst direct via iDEAL.
 - c. Uw werkgever houdt de premie en mogelijke kosten voor papieren post in op uw salaris en draagt deze aan ons af.
 - d. U maakt gebruik van de mogelijkheid om een papieren factuur te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling.
- 3.3.4. Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing op de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen, kosten voor papieren post en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen. Deze toestemming geldt tijdens, en zo nodig ook na afloop van, de verzekeringsovereenkomst. Op uw polisblad informeren wij u over de datum van automatische incasso van de premie voor het gehele kalenderjaar. Voor de overige kosten informeren wij u ten minste 3 dagen voor de datum waarop de afschrijving plaatsvindt over het af te schrijven bedrag en de datum. Bent u het niet eens met een afschrijving? Dan kunt u het bedrag laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met uw bank.

3.4. Verrekening

U mag de verschuldigde bedragen niet verrekenen met een bedrag dat u nog van ons verwacht.

3.5. Niet-tijdig betalen

- 3.5.1. Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen, kosten voor papieren post en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen niet op tijd betaalt, dan sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, dan kunnen wij de dekking van deze zorgverzekering schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premieervaldag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg vanaf de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen.
Wij hebben het recht de zorgverzekering te beëindigen als u niet op tijd betaalt. De verzekering wordt in dat geval niet met terugwerkende kracht beëindigd.
- 3.5.2. Als u al bent aangemaand voor het niet op tijd betalen van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen, kosten voor papieren post of onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen, dan hoeven wij u bij het niet op tijd voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.
- 3.5.3. Wij hebben het recht om opeisbare premie, kosten en wettelijke rente te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere bedragen die u van ons moet ontvangen.
- 3.5.4. Als wij de verzekering beëindigen omdat u de premie niet op tijd heeft betaald, dan hebben wij het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.
- 3.5.5. Gevolgen van het niet betalen van 2 maandpremies of meer:
 - a. Heeft u als verzekeringnemer een premieachterstand ter hoogte van 2 maandpremies? Dan bieden wij u een betalingsregeling aan. U heeft 4 weken de tijd om deze betalingsregeling te accepteren. Ook informeren wij u over de gevolgen als u ons aanbod niet accepteert en de achterstand oploopt tot 6 of meer maandpremies.
 - b. Heeft u als verzekeringnemer een premieachterstand ter hoogte van 4 maandpremies? Dan ontvangt u een waarschuwing dat wij u bij het CAK aanmelden voor de regeling betalingsachterstand zorgpremie bij een betalingsachterstand van 6 maandpremies, tenzij wij alsnog met u een betalingsregeling aangaan.
 - c. Heeft u als verzekeringnemer een premieachterstand ter hoogte van 6 maandpremies of meer? Dan melden wij u

aan bij het CAK voor de regeling betalingsachterstand zorgpremie en bent u verplicht een bestuursrechtelijke premie aan het CAK te betalen. Voor de periode dat u een bestuursrechtelijke premie aan het CAK verschuldigd bent, bent u geen premie aan ons verschuldigd. De bestuursrechtelijke premie aan het CAK is hoger dan de premie die u normaal gesproken aan ons zou moeten betalen. Het eventuele vrijwillig eigen risico vervalt per datum aanmelding bij het CAK.

Heeft u anderen op uw polis verzekerd en is er voor hen een betalingsachterstand ontstaan? Zij ontvangen dan kopieën van onze berichten aan u over de premieachterstand.

U vindt de gevolgen van het niet betalen van de premie en de bestuursrechtelijke premie in de artikelen 18a tot en met artikel 18g Zorgverzekeringswet.

3.5.6. U bent geen premie aan ons verschuldigd over de periode bedoeld in artikel 18e Zorgverzekeringswet.

Artikel 4. Overige verplichtingen

U bent verplicht:

- Ons te informeren over feiten, die ervoor (kunnen) zorgen dat kosten verhaald kunnen worden op (mogelijk) aansprakelijke derden en ons in dat verband de benodigde inlichtingen te verstrekken. U mag geen enkele regeling treffen met een derde, zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring. U moet zich onthouden van handelingen waardoor onze belangen kunnen worden geschaad;
- Medewerking te verlenen aan onze medisch adviseur of medewerkers tot het verkrijgen van alle benodigde informatie die zij nodig hebben voor (de controle op) de uitvoering van de zorgverzekering;
- De zorgaanbieder te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur;
- Ons zo spoedig mogelijk feiten en omstandigheden te melden die voor een juiste uitvoering van de verzekering van belang zijn. Dat zijn onder meer einde verzekeringsplicht, begin en einde detentie, (echt)scheiding, geboorte, adoptie of wijziging rekeningnummer. Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde, dragen wij geen enkel risico.

Als u uw verplichtingen niet nakomt en onze belangen worden hierdoor geschaad, dan kunnen wij uw recht op (vergoeding van de kosten van) de verzekerde zorg schorsen.

Artikel 5. Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden

5.1. Wijziging voorwaarden

Wij hebben het recht de voorwaarden en premie(grondslag) van de zorgverzekering op elk moment te wijzigen. Wij zullen u als verzekeringnemer hierover schriftelijk informeren. Een wijziging van de premiegrondslag treedt niet eerder in werking dan 7 weken na de dag waarop deze aan u is meegedeeld. Een wijziging in de voorwaarden treedt niet eerder in werking dan 1 maand na de dag waarop deze aan u is meegedeeld.

5.2. Opzeggingsrecht

Als wij de voorwaarden en/of premiegrondslag van de zorgverzekering in uw nadeel wijzigen, dan kunt u als verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. U kunt de overeenkomst opzeggen, in ieder geval gedurende 1 maand nadat de wijziging aan u is meegedeeld. Dit opzeggingsrecht heeft u niet, als een wijziging in de verzekerde zorg rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van de bij of krachtens de artikelen 11 tot en met 14a Zorgverzekeringswet gestelde regels.

Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de zorgverzekering

6.1. Begin en duur

- 6.1.1. De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop wij uw aanvraag(formulier) ontvangen. U ontvangt een ontvangstbevestiging met de datum waarop uw aanvraag is ontvangen. Bent u verzekeringsplichtig, maar heeft u nog geen burgerservicenummer (BSN)? Dan kunt u toch als verzekerde worden ingeschreven.
- 6.1.2. Soms kunnen wij niet uit uw aanvraag afleiden of wij verplicht zijn een zorgverzekering voor de te verzekeren persoon af te sluiten. In dit geval vragen wij u om informatie waaruit blijkt dat wij verplicht zijn een zorgverzekering te sluiten. De zorgverzekering gaat pas in op de dag dat wij de genoemde informatie ontvangen. U ontvangt een

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.