



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep
Zorgverzekeraar U.A. en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep
Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg

Zaak : Premie, betalingsachterstand, afmelding Zorginstituut Nederland,
overdracht vordering aan incassogemachtigde, verrekening tandartsnota,
eerste uitgiftegesprek

Zaaknummer : 201402367

Zittingsdatum : 3 juni 2015

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2010-2014, artikel 8a Zvw, paragraaf 3.3 Zvw, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010, art. 6:127 e.v. BW)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,
tegen

1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, en
2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Verzoekster is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was tot 1 november 2010 ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering CZ Jongeren afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster bij verschillende brieven medegedeeld dat sprake is van een betalingsachterstand.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormeld standpunt gevraagd. Bij brief van 21 augustus 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

3.3. Bij klachtenformulier van 9 september 2014 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is (i) de openstaande vorderingen bij hem en bij zijn incassogemachtigde te laten vervallen, (ii) haar per omgaande af te melden bij het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) en (iii) de zorgverzekering te beëindigen (hierna: het verzoek).

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

3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brieven van 20 februari en 20 maart 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Afschriften hiervan zijn op 30 maart 2015 aan verzoekster gezonden.

- 3.6. Verzoekster heeft op 1 april 2015 gereageerd op het onder 3.5 bedoelde standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 1 april 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 18 mei 2015 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 3 juni 2015 telefonisch gehoord.
- 3.9. Na de hoorzitting heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar gevraagd na te gaan of in 2010 aan verzoekster is gemeld dat er werd verrekend. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 8 juni 2015 medegedeeld dat aan verzoekster diverse aanmaningen zijn verstuurd, waarin is vermeld dat geen vergoedingen meer werden verleend indien de achterstand niet werd voldaan. Een afschrift van deze reactie is aan verzoekster gezonden, waarbij zij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 23 juni 2015 op de brief van de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een afschrift hiervan is op 24 juni 2015 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster heeft in 2010 een tandartsnota bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. In december van dat jaar kreeg zij van de ziektekostenverzekeraar bericht dat deze nota zou worden vergoed. Zij heeft de nota vervolgens niet uitbetaald gekregen. Eerst in december 2012 kreeg zij van de ziektekostenverzekeraar een brief, waarin stond dat de betreffende nota niet werd uitbetaald, omdat deze met openstaande premie was verrekend. In de twee jaar durende periode dat de nota onbetaald is gebleven, is de hoogte van de tandartsnota opgelopen van € 108,64 naar € 550,83. Dit bedrag lost verzoekster in maandelijkse termijnen af aan de incassogemachtigde van de tandarts.
- 4.2. Verzoekster was in 2010 aanvullend verzekerd. Zij kreeg van de ziektekostenverzekeraar bericht dat deze verzekering vanwege een betalingsachterstand met ingang van 1 november 2010 werd beëindigd. Verzoekster heeft hierop diverse keren contact gehad met medewerkers van de ziektekostenverzekeraar, waarbij haar steeds verschillende bedragen werden genoemd die open zouden staan. Geen enkele keer werd echter gezegd dat het op dat moment openstaande bedrag van € 613,97 - zoals in de brief medegedeeld - juist was. Verzoekster is daarom van mening dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte bedragen van haar vordert.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar vordert van verzoekster zesmaal een bedrag van € 6,85 met betrekking tot het eerste uitgiftegesprek. Verzoekster is het niet eens met deze vordering, omdat zij het geneesmiddel - de anticonceptiepil - waarvoor deze kosten in rekening worden gebracht, slechts driemaal heeft opgehaald bij de apotheek. Bovendien betreft het hier geen eerste uitgifte, omdat zij dit middel reeds jaren gebruikt. Zij heeft hierover ook nooit enige uitleg gekregen.
- 4.4. In de voorwaarden van de zorgverzekering is opgenomen dat de ziektekostenverzekeraar geen veranderingen mag doorvoeren zonder verzekerden hierover te informeren, als dat voor die verzekerden nadelig is. In dat geval is de verzekerde gerechtigd de verzekering per direct op te zeggen en hiervoor geen betalingen meer te verrichten. Ook in geval van fraude kan de verzekering worden opgezegd. Omdat de ziektekostenverzekeraar verzoekster niet tijdig heeft geïnformeerd over de verrekening van de tandartsnota, en onterecht bedragen bij haar vordert met betrekking tot onder andere het eerste uitgiftegesprek, is verzoekster van mening dat zij de verzekering mag opzeggen. Het eerste verzoek daartoe heeft zij in 2014 aan de ziektekostenverzekeraar gedaan, maar dit verzoek is door de ziektekostenverzekeraar afgewezen. Verzoekster stelt verder dat zij niet is gehouden de vordering van de ziektekostenverzekeraar en de incassogemachtigde te voldoen, en dat zij per omgaande dient te worden afgemeld bij het Zorginstituut.

 4.5. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat zij in 2010 een tandartsrekening heeft ontvangen. Het eigen risico was toen al op, en de rekening moest daarom door de ziektekostenverzekeraar worden betaald. Twee jaar later is verzoekster dakloos geraakt. Pas daarna werd het bedrag door de tandarts bij haar gevorderd. Verzoekster heeft via de website van de ziektekostenverzekeraar gezien dat de nota aan haar zou zijn uitbetaald, maar dit is niet het geval. Doordat eerder is medegedeeld dat werd vergoed, heeft verzoekster niet gemerkt dat dit niet het geval was. Daardoor heeft zij nu problemen met de tandarts.

 4.6. Bij e-mailbericht van 23 juni 2015 heeft verzoekster opgemerkt dat zij de brieven van de ziektekostenverzekeraar van 12 november 2010 en 31 december 2010 nooit heeft ontvangen, hoewel de ziektekostenverzekeraar diverse kansen heeft gehad haar deze te sturen.

 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

 5.1. Verzoekster heeft - naar de stand van 20 maart 2015 - een betalingsachterstand van € 783,21. Hiervan is een bedrag van € 257,25 meegenomen in een betalingsregeling van € 15,- per maand. Deze betalingsregeling is afgesproken op 21 juli 2014. De resterende € 525,39 is teruggekomen van de deurwaarder, omdat deze heeft medegedeeld dat het gaat om oninbare dossiers. Het bedrag is opgebouwd uit de premie voor juni 2011 (€ 73,93) en juli 2011 (€ 104,50), drie bedragen met betrekking tot het verplicht eigen risico van diverse jaren (€ 71,31, € 16,44 en € 220,-) en een bedrag aan rente en kosten 2011 (€ 39,21). De hiervoor genoemde bedragen dient verzoekster thans nog aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen.

 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft twee vorderingen overgedragen aan zijn incassogemachtigde, die hiervoor twee dossiers heeft geopend. Het dossier 1644999 heeft een hoofdsom van € 380,06. Hiervan staat - naar de stand van 20 maart 2015 - nog een bedrag open van € 100,79. Het dossier 1434328 heeft een hoofdsom van € 766,35. In dit dossier is door de rechter vonnis gewezen op 24 augustus 2011. De incassogemachtigde heeft aan de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat sindsdien alle betalingen op dit dossier zijn verricht, zodat het betreffende dossier is gesloten.

 5.3. Aangezien de achterstand nog niet is ingelopen, zal de ziektekostenverzekeraar niet overgaan tot afmelding van verzoekster bij het Zorginstituut. Verzoekster is ook gehouden de kosten van het eerste uitgiftegesprek aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen. Zij kan de zorgverzekering niet opzeggen vanwege de bestaande betalingsachterstand.

 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de nota destijds wel is betaald, maar dat deze is verrekend met op dat moment openstaande vorderingen.

 5.5. Bij brief van 8 juni 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat op 12 november 2010 en op 31 december 2010 aan verzoekster brieven zijn verzonden waarin staat dat de vergoeding van € 108,64 zou worden verrekend met een openstaande achterstand. Het bedrag is verrekend met de premie voor augustus 2010, een gedeelte van de premie van september 2010, en met verpagingsrente van 11 november 2010 en 9 december 2010.

 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het onderhavige verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

 6.1. Gelet op de artikelen 14.2 (2010) en A.2.4 (2011-2014) van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.



7. Het geschil



- 7.1. Niet in geschil is dat verzoekster ten tijde van de aanmelding bij het Zorginstituut (destijds: College voor Zorgverzekeringen) een achterstand had van ten minste zes maandpremies. Ook is niet in geschil dat de aanvullende ziektekostenverzekering vanwege het bestaan van een betalingsachterstand met ingang van 1 november 2010 is beëindigd. In geschil zijn de verrekening van de tandartsnota van € 108,64, het in rekening brengen van zesmaal € 6,85 in verband met het eerste uitgiftegesprek, de hoogte van de betalingsachterstand, de afmelding van verzoekster bij het Zorginstituut en de opzegging van de zorgverzekering.



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 7 (2010) respectievelijk A.8.2. (2011-2014) van de zorgverzekering is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.



- 8.3. Artikel A.5 (2014) van de zorgverzekering regelt wanneer de zorgverzekering mag worden opgezegd en luidt, voor zover hier van belang:

"A.5.1. Herroepen van uw nieuwe verzekering (...)

A.5.2. Met ingang van een nieuw jaar (...)

A.5.3. Bij verandering van de verzekeringsvoorwaarden (...)

A.5.4. Bij verandering van de premiegrondslag (...)

A.5.5. Bij verandering van werkgever (...)

A.5.6. Bij einde van de verzekering voor iemand anders (...)

A.5.7. Bij einde van de zorgverzekering die het College voor Zorgverzekeringen heeft gesloten (...)

A.5.8 Wanneer kunt u niet opzeggen en wijzigen?

De opzeg- en wijzigingsmogelijkheden die wij hiervoor in de artikelen A.5.2., A.5.5., en A.5.6. hebben aangegeven, gelden niet in de volgende situaties:

- U (verzekeringnemer) hebt de premie die u moet betalen niet op tijd aan ons betaald: en*
- Wij hebben u hiervoor een aanmaning gestuurd om de premie alsnog binnen maximaal 14 dagen aan ons te betalen: en*
- Wij hebben de dekking van de verzekering (nog) niet opgeschort (geschorst); en*
- Wij hebben niet binnen 14 dagen aangegeven akkoord te gaan met de opzegging.*

Vanaf het moment dat u (verzekeringnemer) de premie en eventuele incassokosten alsnog aan ons betaald hebt, kunt u (verzekeringnemer) alsnog gebruikmaken van deze opzeg- en wijzigingsmogelijkheden."



- 8.4. Artikel 15.10 sub c van de zorgverzekering (2010) luidt:

"c. Verrekening

Als wij een rekening niet rechtstreeks aan de zorgverlener betalen maar aan u, dan mogen wij de bedragen die wij aan u moeten betalen, verrekenen met uw openstaande premie."



- 8.5. Artikel 8a Zvw luidt:

"1. Nadat de zorgverzekeraar de verzekeringnemer heeft aangemaand tot betaling van een of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie, kan de verzekeringnemer gedurende de tijd dat de verschuldigde premie, rente en incassokosten niet zijn voldaan, de zorgverzekering niet opzeggen, tenzij de zorgverzekeraar de zorgverzekering of de dekking daarvan heeft geschorst of opgeschort.

2 Het eerste lid lijdt uitzondering indien de zorgverzekeraar de verzekeringnemer binnen twee weken te kennen geeft de opzegging te bevestigen"



- 8.6. 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.”*

- 8.7. 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.

- 8.8. Artikel 18d Zvw regelt de verschuldigdheid van de bestuursrechtelijke premie aan het Zorginstituut. Dit artikel luidt als volgt:

“Artikel 18d

1. *De verzekeringnemer is aan het Zorginstituut een bestuursrechtelijke premie verschuldigd vanaf de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin dat college de melding, bedoeld in artikel 18c, heeft ontvangen tot de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin de datum, bedoeld in het derde lid, ligt.*
2. *De bestuursrechtelijke premie bedraagt per maand 130% van de tot een maandbedrag herleide standaardpremie, bedoeld in de Wet op de zorgtoeslag.*
3. *De zorgverzekeraar stelt het Zorginstituut, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde, met het oog op de toepassing van het eerste lid onverwijld op de hoogte van de datum waarop:*
 - 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, of*
 - 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 of een schuldregeling tot stand is gekomen waarin, naast de verzekeringnemer, ten minste zijn zorgverzekeraar deelneemt.*
4. *In afwijking van het eerste tot en met derde lid, is de verzekeringnemer wederom aan het Zorginstituut 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 mede door de schuldhulpverlener ondertekende melding van zijn zorgverzekeraar, aan deelname aan de in het derde lid, onderdeel c, bedoelde regeling heeft onttrokken voordat hij de in die regeling neergelegde afspraken jegens zijn zorgverzekeraar volledig is nagekomen.”*

- 8.9. De artikelen 6:127 e.v. van het BW regelen de bevoegdheid tot verrekening. Dit artikel luidt als volgt:

“Artikel 127

1. Wanneer een schuldenaar die de bevoegdheid tot verrekening heeft, aan zijn schuldeiser verklaart dat hij zijn schuld met een vordering verrekent, gaan beide verbintenissen tot hun gemeenschappelijk beloop teniet.
2. Een schuldenaar heeft de bevoegdheid tot verrekening, wanneer hij een prestatie te vorderen heeft die beantwoordt aan zijn schuld jegens dezelfde wederpartij en hij bevoegd is zowel tot betaling van de schuld als tot het afdwingen van de betaling van de vordering.
3. De bevoegdheid tot verrekening bestaat niet ten aanzien van een vordering en een schuld die in van elkaar gescheiden vermogens vallen.”

9. Beoordeling van het geschil

Verrekening tandartsnota

- 9.1. Door verzoekster is gesteld dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte een tandartsnota heeft verrekend met openstaande premies. De commissie merkt hierover op dat in artikel 6:127 BW de mogelijkheid is opgenomen openstaande vorderingen over en weer met elkaar te verrekenen. In artikel 15.10 sub c van de zorgverzekering (2010) is bepaald dat de ziektekostenverzekeraar bevoegd is de door de verzekeringnemer - in casu verzoekster - verschuldigde openstaande premie te verrekenen met de door de ziektekostenverzekeraar aan de verzekeringnemer te betalen bedragen.

Niet in geschil is dat ten tijde van de declaratie van de tandartsnota een betalingsachterstand bestond, zodat de nota mocht worden verrekend. Dat de ziektekostenverzekeraar verzoekster heeft bericht dat de nota voor vergoeding in aanmerking komt, brengt hierin geen verandering. Op grond van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden diende de ziektekostenverzekeraar de nota immers te vergoeden. Dat geen uitbetaling is gevolgd, is veroorzaakt doordat op dat moment een premieachterstand bestond en door de ziektekostenverzekeraar de bevoegdheid tot verrekening werd bedongen, waarmee verzoekster bij het aangaan van de overeenkomst heeft ingestemd. Het gegeven dat de nota onbetaald is gebleven en dat verzoekster hierdoor is geconfronteerd met een incassogemachtigde van de tandarts, waarmee zij een betalingsregeling heeft getroffen voor een veel hoger bedrag dan de oorspronkelijke rekening, ligt in haar risicosfeer, en kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen. Op grond van de met de tandarts gesloten behandelingsovereenkomst was verzoekster tot betaling van de nota gehouden.

Eerste terhandstellingsgesprek

- 9.2. Gelet op de beleidsregel van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) met nummer BR/CU-5102 omvat de prestatie 'eerste terhandstellingsgesprek' het volgende:

"Het houden van een geprotocolleerd eerste terhandstellingsgesprek vóór de start van de betreffende farmacotherapie met de patiënt dan wel diens verzorger, waarbij de verwachtingen van de patiënt worden besproken. Aanvullende mondelinge en/of schriftelijke informatie wordt aan de patiënt aangeboden en zo nodig verstrekt. (...)"

- 9.3. Los van het aantal eerste terhandstellingsgesprekken en van de vraag of inderdaad sprake was van een eerste aflevering van de betreffende geneesmiddelen - de meningen van partijen lopen hierover uiteen - is door verzoekster bestreden dat met haar bij de verschillende gelegenheden een gesprek is gevoerd waarbij haar verwachtingen zijn besproken. Ook is haar geen aanvullende mondelinge en/of schriftelijke informatie gegeven. De ziektekostenverzekeraar heeft de bezwaren van verzoekster uitgelegd als een verzoek om informatie en haar de folder "Meer inzicht in uw apotheekkosten" gestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft niet gesteld dat op de zes momenten waarop aan verzoekster geneesmiddelen zijn afgeleverd, aan de minimeisen van de in 9.2

weergegeven beleidsregel is voldaan. De enkele mededeling van de apotheker is niet voldoende om zulks aan te nemen.

Genoemde handelingen dienen te zijn vastgelegd in het digitale patiëntendossier. Dat dit laatste is gebeurd is gesteld noch gebleken.

Hoogte betalingsachterstand

- 9.4. Waar het de hoogte van de betalingsachterstand betreft, is door de ziektekostenverzekeraar een overzicht naar de stand 20 maart 2015 in het geding gebracht. Uit dit overzicht blijkt dat door verzoekster met betrekking tot de periode van 1 juni 2011 tot en met 20 maart 2015 niet alle verschuldigde bedragen zijn betaald en dat per saldo nog een bedrag openstaat van € 525,39 exclusief het bedrag van € 257,25, waarvoor een betalingsregeling van € 15,-- per maand is getroffen. Dat door verzoekster meer of andere betalingen zijn gedaan dan door de ziektekostenverzekeraar gesteld, is door verzoekster niet aannemelijk gemaakt, hetgeen wel op haar weg zou hebben gelegen.
- 9.5. Onder de gegeven omstandigheden stond het de ziektekostenverzekeraar vrij vorderingen over te dragen aan zijn incassogemachtigde. Door de ziektekostenverzekeraar is aangevoerd dat bij de incassogemachtigde naar de stand van 20 maart 2015 nog een bedrag openstaat van € 100,79. Het tegendeel is door verzoekster niet aannemelijk gemaakt, hoewel dit op haar weg ligt, zodat de commissie dit bedrag als vaststaand aanneemt. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de achterstand naar de stand van 20 maart 2015 € 883,43 (€ 525,39 + € 257,25 + 100,79) bedraagt, waarop nog in mindering moet worden gebracht de correctie die volgt uit hetgeen onder 9.3 is overwogen.

Afmelding Zorginstituut en opzegging

- 9.6. Aangezien - zoals hiervóór is overwogen - nog een betalingsachterstand bestaat, is de ziektekostenverzekeraar, gelet op het bepaalde in artikel 18d Zvw, niet gehouden verzoekster af te melden bij het Zorginstituut. Verder geldt dat zij vanwege deze premieachterstand de zorgverzekering niet kan opzeggen. Een en ander is verwoord in artikel 5 (2010) respectievelijk A.5. (2011-2014) van de zorgverzekering. Deze bepalingen vinden hun grondslag in artikel 8a Zvw.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.3. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.
- 9.8. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.3. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 1 juli 2015,

J.A.M. Strens-Meulemeester