

# Anoniem Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

Zaaknummer: 202201934

### Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen,  
2) Menzis N.V. te Wageningen,  
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

### 1. Samenvatting

1.1. Verzoeker heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar dient af te zien van het in rekening brengen van het bedrag van € 2,- per maand voor per post verzonden facturen ter zake van de premie en het eigen risico. Dit omdat verzoeker stelt te worden gedwongen gebruik te maken van automatische incasso of accept-e-mail.

De ziektekostenverzekeraar stelt dat terecht € 2,- per maand bij verzoeker in rekening wordt gebracht. Verzoeker betaalt op een andere wijze; hij betaalt te laat, en hij gebruikt bij de betalingen een onjuist kenmerk.

1.2. De commissie overweegt dat onderscheid moet worden gemaakt tussen betaalwijze en facturatie. Voor de betaalwijze moet er, naast automatische incasso, altijd één ander kosteloos alternatief zijn. Dat is hier het geval. Het kan vervolgens niet zo zijn dat verzoeker vanwege de facturatie gedwongen is om uit deze beide mogelijkheden te kiezen. Dat is echter niet het geval. Verzoeker kan de factuur downloaden, en hierop staat alle relevante informatie, zoals onderwerp, vervaldatum, bedrag en betalingskenmerk. Deze informatie is al bij 'stap 1' zichtbaar. Wordt gekozen voor een andere betaalwijze dan de beide, door de ziektekostenverzekeraar aangeboden vormen, dan leidt dit mogelijk tot extra kosten. Partijen kunnen hierover nadere afspraken maken, hetgeen in dit geval ook is gebeurd. Verzoeker is daarom € 2,- per maand verschuldigd. Verder stelt de commissie vast dat verzoeker te laat en onder vermelding van het verkeerde betalingskenmerk betaalt. Dit neemt niet weg dat de ziektekostenverzekeraar het bepaalde in artikel 6:43, eerste lid, van het Burgerlijk Wetboek (BW) in acht moet nemen, zodat het hem niet vrij staat de betalingen naar eigen inzicht te boeken op andere maanden of andere verbintenissen. Correctie van deze boekingen is evenwel niet zinvol. Het verzoek wordt afgewezen.

- 1.3. Hierna wordt het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

## 2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij brief van 22 mei 2023 aan de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 6 juni 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 10 augustus 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 14 augustus 2023 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 november 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

## 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering TandVerzorgd 250 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Met ingang van 2020 berekent de ziektekostenverzekeraar € 2,- per verzekering per maand voor per post verzonden facturen ter zake de premie en het eigen risico. Verzoeker heeft hierover op 9 november 2022 een klacht ingediend. Bij brief van 10 november 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar hierop gereageerd, onder handhaving van zijn standpunt. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 15 november 2022 verzocht om heroverweging. Bij e-mailbericht van 16 november 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard bij zijn beslissing, bedoelde kosten in rekening te brengen, te blijven. Hierna is door de Ombudsman Zorgverzekeringen bemiddeld, hetgeen niet heeft geleid tot een andere uitkomst.

## 4. Standpunt verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar dient af te zien van het in rekening brengen van het bedrag van € 2,- per maand voor per post verzonden facturen ter zake de premie en het eigen risico.
- 4.2. In dat verband heeft verzoeker in zijn oorspronkelijke klacht gesteld dat ten onrechte een bedrag van € 24,- per jaar bovenop de premie wordt berekend. De ziektekostenverzekeraar zou erop gericht moeten zijn klanten een service te bieden, maar in plaats daarvan worden heel veel financiële middelen ingezet om door middel van automatisering zoveel mogelijk 'echte' klanten af te schudden. Zijns inziens zijn er nog veel mensen die een voorkeur hebben voor 'analoog' of 'hybride' en is verzending per post een volstrekt normale service. In zijn brief van 15 november 2022 stelt verzoeker dat sprake is van een boete, en dat het niet gaat om een door de klant aangegeven voorkeur, maar een 'verdientrucje'. De door de ziektekostenverzekeraar gegeven uitleg betreft geen antwoord of reden. Het dwingende karakter blijkt uit het feit dat deze kosten in zeven jaar tijd met 400% zijn gestegen. Volgens verzoeker is papieren post nog volstrekt gebruikelijk, ook bij andere bedrijven en organisaties, waarbij hij Allianz en de Belastingdienst met name noemt.

Anders dan de ziektekostenverzekeraar beweert, gaat het hier niet om een voorkeurservice van de klant. Er is sprake van een machtsmiddel om mensen te dwingen naar een elektronische-virtuele omgeving, met hoge kosten. Dit gaat ten koste van de zorgpakketten.

Verzoeker merkt in zijn mailbericht van 6 april 2023 op dat hij de betalingen steeds heeft verricht, voorzien van een kenmerk voor de premie.

In zijn mailbericht van 1 juni 2023 stelt verzoeker dat acht stappen moeten worden gezet om een pdf van een factuur te downloaden. Bij Eneco gaat dit in één stap.

Verzoeker merkt voorts in zijn brief van 22 mei 2023 aan de commissie nog op dat door de wijze van toerekening een scheefstand ontstaat, waardoor het risico van juridische stappen tegen hem, terwijl de premie altijd - met kenmerk - is betaald. Het achterstallige bedrag van € 89,88 heeft verzoeker inmiddels onder protest aan de ziektekostenverzekeraar voldaan.

- 4.3. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar in 2020 zonder enige vorm van communicatie ervoor heeft gekozen € 2,- per maand in rekening te brengen als een verzekerde ervoor kiest om de facturen per post te ontvangen. Verzoeker wil graag van de ziektekostenverzekeraar een PDF-document ontvangen waarop alle gegevens staan vermeld. De betaallink die nu door de ziektekostenverzekeraar wordt ontvangen is onvoldoende. Weliswaar kan een factuur wordt gedownload, maar dit kan niet zonder gebruik van DigiD.
- 4.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoeker te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

## 5. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 10 november 2022 toegelicht dat er verschillende betaalmethoden zijn. Automatische incasso en accept-e-mail zijn gratis. De kosten van per post verzonden papieren rekeningen zijn hoog. In 2013 is gestart met het in rekening brengen van € 0,50 voor een papieren eigen risico factuur. Met ingang van 2015 is dit bedrag verhoogd naar € 1,50 voor papieren facturen ter zake van eigen risico en premie. Sinds 2020 gaat het om een bedrag van € 2,- per maand en dit is vastgelegd in de verzekeringsvoorwaarden. Omdat verzoeker weigerde deze kosten te betalen, was een achterstand ontstaan van € 89,88 per oktober 2022. In zijn brief van 10 augustus 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat op 7 maart 2023 ter zake van deze vordering nog een bedrag van € 83,78 openstond. Op 6 april 2023 heeft verzoeker een betaling gedaan van € 89,88. Op 24 juli 2023 heeft verzoeker de premie voor de maand juli voldaan. Door deze betaling resteert een betalingsoverschot van € 6,10. Dit betekent dat verzoeker voor de premie van de maand augustus 2023 al € 6,10 heeft betaald.
- 5.2. De extra kosten voor het versturen van papieren facturen kunnen worden voorkomen door te kiezen voor automatische incasso. In zijn mailbericht van 16 november 2022 voegt de ziektekostenverzekeraar hieraan toe dat wettelijk is vastgesteld dat kosten in rekening mogen worden gebracht mits er twee kosteloze betaalmethoden zijn. De premie voor de verzekering is bij vooruitbetaling verschuldigd. Verzoeker betaalt echter structureel achteraf, onder vermelding van een oud kenmerk. Zo is er op 23 januari 2023 een betaling gedaan met het kenmerk dat hoort bij de premie voor december 2022. Die premie werd echter al op 22 december 2022 voldaan, met het kenmerk dat hoort bij de premie van november 2022. De betaling is daarom toegerekend aan de oudste openstaande schuld. De ziektekostenverzekeraar heeft hierbij geen onderscheid gemaakt tussen premie en de nog openstaande kosten van papieren facturen.
- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar voor een inhoudelijke reactie verwezen naar zijn brief van 10 augustus 2023. In deze brief wordt uiteengezet waarom het bedrag van € 2,- in rekening wordt gebracht en hoe de facturen op een kosteloze wijze kunnen worden voldaan. Deze alternatieven bestaan uit een automatische incasso of AcceptEmail. Wordt niet voor een van deze mogelijkheden gekozen, dan ontvangt de verzekerde de facturen per post en wordt een bedrag van € 2,- per maand in rekening gebracht.

- 5.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

## 6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A17 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

## 7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepaling uit het Burgerlijk Wetboek (BW) over de toerekening van betalingen is vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. In een eerdere zaak (201503461) heeft de commissie overwogen dat onderscheid dient te worden gemaakt tussen de betaalwijze en de facturatie. Wat betreft de betaalwijze heeft de commissie in haar bindend advies van 19 april 2017 (GcZ 19 april 2017, 201602652) bepaald dat steeds een kosteloos alternatief moet bestaan voor het geven van een machtiging tot automatische incasso. In de desbetreffende zaak beschikte betrokkene niet over internet, zodat hij feitelijk geen kosteloze betaalmogelijkheid had en aan hem geen kosten voor acceptgirokaarten mochten worden berekend.  
In het onderhavige geval heeft de ziektekostenverzekeraar betoogd dat door hem twee kosteloze betaalwijzen worden aangeboden, namelijk automatische incasso en accept-e-mail. Het eventuele alternatief - betaling per acceptgiro, toegezonden door de zorgverzekeraar - is inmiddels vervallen. Vanaf 31 maart 2023 worden geen acceptgiro's meer verstuurd en per 31 mei 2023 is de verwerking ervan gestaakt. In artikel A12 van de voorwaarden van de zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering worden de kosten van € 2,- overigens niet gekoppeld aan de toezending van acceptgirokaarten, maar aan het betalen op een andere wijze dan per automatische incasso of accept-e-mail. De commissie stelt vast dat dit laatste in de situatie van verzoeker het geval is.
- 7.3. Zoals hiervoor al overwogen, moet de facturatie van de betaalwijze worden onderscheiden. Indien verzoeker, om hem moverende redenen, geen gebruik wenst te maken van de aangeboden kosteloze betaalwijzen - automatische incasso of accept- e-mail - en hij bijvoorbeeld wil betalen door middel van een handmatige overschrijving, zal hij nog steeds moeten beschikken over het juiste betalingskenmerk. De commissie kan verzoeker volgen in zijn stelling dat het vreemd zou zijn als hij maandelijks € 2,- moet betalen, uitsluitend om kennis te kunnen nemen van het verschuldigde bedrag en het betalingskenmerk. Dit is hier echter niet aan de orde, omdat de facturen door verzoeker zelf kunnen worden gedownload. Volgens verzoeker zou hij hiervoor wel acht stappen moeten doorlopen. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoeker een aantal screenshots overgelegd. Uit deze screenshots blijkt aan de commissie dat reeds bij 'stap 1' duidelijk is welk bedrag moet worden betaald ("€ 114,50"), waarvoor dit moet worden betaald ("premie juni 2023"), en het kenmerk ("... 7689") en daarmee dat zij de stellingen van verzoeker op dit punt niet onderschrijft. De bij deze stap 1 verkregen informatie volstaat voor het kunnen doen van een handmatige overschrijving.
- 7.4. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat verzoeker gebruik kan maken van twee kosteloze betaalwijzen, en dat hij voor de facturatie niet is aangewezen op één van deze betaalwijzen. Anders dan door hem lijkt te worden gesuggereerd, wordt hij dus niet 'gedwongen' uitsluitend om die reden van deze betaalwijzen gebruik te maken.

Iets anders is dat de administratieve verwerking van betalingen die op een andere wijze worden gedaan voor de ziektekostenverzekeraar mogelijk tot extra kosten leidt, waarbij in dit kader met name valt te denken aan de verwerking van betalingen die zonder of met een onjuist betalingskenmerk worden gedaan. Het staat partijen vrij hierover, in het kader van de verzekeringsovereenkomst, afspraken te maken, zoals in dit geval ook is gebeurd. De kosten ten bedrage van € 2,- per maand zijn dan ook terecht in rekening gebracht. Dit wordt niet anders door hetgeen verzoeker in de onderhavige procedure heeft aangevoerd.

Ter zitting heeft verzoeker betoogd dat hij graag ziet dat de ziektekostenverzekeraar een PDF-bestand meestuurt bij het versturen van de AcceptEmail. Hiertoe geldt dat de commissie de ziektekostenverzekeraar in overweging geeft dit verzoek in te willigen, doch uitsluitend voor zover dit technisch mogelijk is en de regelgeving van de AVG zich hiertegen niet verzet.

- 7.5. Door de ziektekostenverzekeraar is onweersproken gesteld dat verzoeker bij de premiebetalingen telkens het betalingskenmerk van de voorgaande maand vermeldt en dat deze betalingen achteraf worden gedaan in plaats van vooraf. Ook heeft verzoeker bij de betalingen het in artikel A12 bedoelde bedrag in mindering gebracht, waardoor een betalingsachterstand ontstond. Verzoeker heeft in dit verband erop gewezen dat zijn betalingen niet zijn verwerkt op de door hem aangewezen verbintenis.

De commissie stelt vast dat tussen partijen niet ter discussie staat dat de premiebetaling vooraf moet plaatsvinden. Voor zover hierover bij verzoeker twijfel bestaat, blijkt uit de onder 7.3. bedoelde factuur ook de premievaliddatum. Aan de hand van het onderwerp van de factuur (bijv. "premie juni 2023"), de premievaliddatum en het betalingskenmerk is het aan verzoeker ervoor zorg te dragen dat tijdig bevrijdend wordt betaald. Waar het vervolgens de toerekening van de door verzoeker gedane betalingen betreft, begrijpt de commissie uit de door de ziektekostenverzekeraar gegeven toelichting dat deze toerekening niet altijd heeft plaatsgevonden met inachtneming van het bepaalde in de artikel A12 van de voorwaarden en artikel 6:43, eerste lid, BW. Er zijn kennelijk premiebetalingen toegerekend aan andere maanden en aan andere verbintenissen dan die door verzoeker - vanwege de vermelding van een onjuist betalingskenmerk - zijn aangewezen. Het zou naar het oordeel van de commissie te ver gaan deze posten met terugwerkende kracht te corrigeren, zeker nu verzoeker, door een bedrag van € 89.88 onder protest te betalen, de destijds aanwezige betalingsachterstand heeft ingelopen. Ter voorkoming van problemen in de toekomst is het evenwel aan verzoeker steeds het correcte, door de ziektekostenverzekeraar bij de factuur opgegeven betalingskenmerk te gebruiken. Daarnaast is het aan de ziektekostenverzekeraar om bij de toerekening van betalingen de bepalingen van artikelen A12 van de verzekeringsvoorwaarden en artikel 6:43 BW in acht te nemen.

*Slotsom*

- 7.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 4 december 2023,

A.I.M. van Mierlo

**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 sprake is van ernstige gebreken. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.*

**BIJLAGE - Relevante bepalingen**

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering

---

## 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.



- u niet langer voldoet aan de voorwaarden om deel te nemen aan een collectiviteit,
- uw verzekeringsplicht voor de Basisverzekering eindigt.

U bent ook verplicht te melden wie uw nieuwe zorgverzekeraar is als u de verzekering bij Menzis heeft opgezegd. Als Menzis op grond van de door u verstrekte gegevens tot de conclusie komt dat uw Basisverzekering eindigt of geëindigd is, informeert Menzis u daarover direct.

- U bent verplicht de informatie te verstrekken die Menzis bij u opvraagt, voor zover u dit kunt. Bijvoorbeeld informatie over de reden van een opname, voor een onderzoek naar fraude, of voor controle. Als u niet meewerkt, kan het zijn dat uw recht op zorg of vergoeding van kosten vervalt.
- U bent verplicht Menzis informatie te verstrekken over ziektekosten die door iemand anders zijn veroorzaakt. Bijvoorbeeld ziektekosten door een verkeersongeval of een medische fout. U kunt daarover contact opnemen met onze Klantenservice of onze afdeling Verhaal op 088 222 44 99. U kunt ook online informatie verstrekken via [menzis.nl/klantenservice/schade-melden](https://menzis.nl/klantenservice/schade-melden). Menzis kan u adviseren en de schade verhalen op de aansprakelijke partij. U mag zelf geen regeling treffen met de aansprakelijke partij of zijn verzekeraar als dit nadelig is voor Menzis.

## **A12 Premie, manier van betalen en betaling eigen risico**

### **1 Premie**

- Per 1 januari 2022 is de premiegrondslag voor de Basisverzekering € 133,25 per kalendermaand. De premie die u moet betalen is de premiegrondslag verminderd met kortingen. U kunt korting krijgen bij deelname aan een collectiviteit en als u kiest voor een vrijwillig eigen risico. De premie die u moet betalen staat op uw zorgpolis.
- Tot 18 jaar hoeft u voor de Basisverzekering geen premie te betalen. Vanaf de 1e dag van de maand na de maand waarin u 18 wordt, moet u wél premie betalen.
- Menzis moet uw premie hebben ontvangen voor het begin van de periode waarop de premie betrekking heeft.
- U mag de premie niet verrekenen met een betaling die u van Menzis verwacht.
- Als u een betaling doet zonder vermelding van het betalingskenmerk van Menzis, bepaalt Menzis waarop de betaling wordt afgeboekt.
- Als u niet per automatische incasso of accept-e-mail betaalt, brengt Menzis u € 2 in rekening.
- Als u met Menzis een betalingsregeling heeft afgesproken, kan Menzis kosten in rekening brengen.

### **2 Manier van betalen**

Als u Menzis toestemming geeft om uw premie automatisch te incasseren, geldt die toestemming ook voor alle andere betalingen die u aan Menzis moet doen. Bijvoorbeeld betalingen voor het eigen risico en eigen bijdragen. Over automatische incasso van eigen risico en eigen bijdragen krijgt u tijdig bericht. Uiterlijk 5 werkdagen voordat de incasso plaatsvindt. De zorgpolis geldt als aankondiging voor de automatische incasso van de premie voor het gehele kalenderjaar.

### **3 Betaling eigen risico en eigen bijdrage**

- Het eigen risico en de eigen bijdragen van alle personen die u heeft verzekerd, worden door Menzis bij u in rekening gebracht.
- Als u het eigen risico en de eigen bijdrage niet per automatische incasso of accept-e-mail betaalt, brengt Menzis u € 2 in rekening.

## **A13 Wat er gebeurt als u de premie niet betaalt**