



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea  
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Premie, ingangsdatum, collectiviteit, betalingsachterstand, aanmelding Zorginstituut,  
aanvullende ziektekostenverzekering

Zaaknummer : 201402276

Zittingsdatum : 9 september 2015

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2013-2014, artt. 2 en 5, paragraaf 3.3 Zvw, art. 6 Beleidsregels inning bestuursrechtelijke premie Zorgverzekeringswet 2012, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013-2014)

---

1. Partijen

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

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
  - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Verzoeker is vanaf 6 mei 2013 tot heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar vanaf 6 mei 2013 de aanvullende ziektekostenverzekeringen Beter Af Plus Polis drie sterren en - vanaf 1 augustus 2013 - Beter Af Tandarts Polis twee sterren en Gemeente Extra Pakket (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering) afgesloten. De genoemde 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 op 9 mei 2013 een polis aan verzoeker afgegeven waaruit blijkt dat de ingangsdatum van de zorgverzekering en de aanvullende verzekering Beter Af Plus Polis 6 mei 2013 is.
- 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 31 juli 2013 een polis aan verzoeker afgegeven waaruit blijkt dat hij deelneemt aan een collectiviteit van de gemeente en dat hij vanaf 1 augustus 2013 tevens de aanvullende verzekeringen Beter Af Tandarts Polis twee sterren en Gemeente Extra Pakket heeft.
- 3.3. Bij brief van 31 juli 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij deelneemt aan een collectiviteit van de gemeente, en dat hij via de gemeente maandelijks € 50,-- betaalt als aflossing op de bestaande betalingsachterstand.
- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 2 september 2013 een polis aan verzoeker afgegeven waaruit blijkt dat hij vanaf 6 mei 2013 de zorgverzekering en de aanvullende verzekering Beter Af Plus Polis drie sterren heeft afgesloten, en dat hij niet (meer) deelneemt aan een collectiviteit van de gemeente.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft op 17 januari 2014 een polis aan verzoeker afgegeven waaruit blijkt dat hij deelneemt aan een collectiviteit van de gemeente en dat hij vanaf 1 augustus 2013

tevens de aanvullende verzekeringen Beter Af Tandarts Polis twee sterren en Gemeente Extra Pakket heeft.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker op 29 april 2014 een betalingsherinnering gezonden voor een bedrag van € 657,30.
- 3.7. Bij brief van 6 juni 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanvullende ziektekostenverzekering wordt beëindigd in verband met een betalingsachterstand. Op diezelfde datum heeft de ziektekostenverzekeraar een polis aan verzoeker afgegeven waaruit blijkt dat hij deelneemt aan een collectiviteit van de gemeente en dat hij enkel de zorgverzekering heeft afgesloten.
- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 juni 2014 een polis aan verzoeker afgegeven waaruit blijkt dat hij niet langer deelneemt aan een collectiviteit van de gemeente en dat hij enkel de zorgverzekering heeft afgesloten.
- 3.9. Bij brief van 11 augustus 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van zes of meer maanden, en dat hij is aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut).
- 3.10. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde standpunten gevraagd. Bij brief van 3 september 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunten te handhaven.
- 3.11. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoeker bij brief van 17 december 2014 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.12. Bij klachtenformulier van 29 januari 2015 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ingangsdatum van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering onjuist is, dat de aanvullende verzekering Beter Af Tandarts Polis van kracht dient te zijn, dat de gestelde betalingsachterstand niet correct is en dat hij ten onrechte is aangemeld bij het Zorginstituut (hierna: het verzoek).
- 3.13. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar 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.
- 3.14. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 27 mei 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 juni 2015 aan verzoeker gezonden.
- 3.15. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 12 juni 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 september 2015 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.16. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 9 september 2015 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft op 1 mei 2013 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een collectieve verzekering via de gemeente. Deze verzekering betrof, naast de zorgverzekering, een aanvullende verzekering voor tandartskosten. De gemeente heeft verzoeker hiertoe inschrijfformulieren verschaft en hij hoefde deze slechts te ondertekenen. Hiertoe is verzoeker

overgegaan, ervan uitgaande dat alles goed zou worden geregeld. De ziektekostenverzekeraar berichtte verzoeker vervolgens dat vanaf 6 mei 2013 de zorgverzekering van kracht was geworden, maar de aanvullende verzekering voor tandartskosten niet. Verzoeker is het hier niet mee eens.

4.2. Omdat verzoeker medische klachten kreeg, heeft hij zich tot het ziekenhuis gewend voor onderzoek. De kosten hiervan zijn verrekend met het verplicht eigen risico 2013 en de ziektekostenverzekeraar heeft het betreffende bedrag geïncasseerd van de bankrekening van verzoeker. Hierover werd hij echter niet geïnformeerd, en verzoeker heeft het bedrag daarom laten terugstorten en verdere incasso's van de ziektekostenverzekeraar laten blokkeren.

4.3. Na drie maanden kwam verzoeker erachter dat hij niet collectief verzekerd was via de gemeente. Er is alsnog een aanvraag hiertoe ingediend, en uiteindelijk werd de collectieve verzekering geëffectueerd. Na enkele dagen werd dit echter weer geannuleerd, omdat het verplicht eigen risico 2013 nog openstond. Dit is onbegrijpelijk, aangezien verzoeker via de gemeente een betalingsregeling met de ziektekostenverzekeraar was overeengekomen. Overigens was het in dat verband afgesproken maandbedrag van € 50,-- te hoog, omdat verzoeker moet rondkomen van een bijstandsuitkering. De gang van zaken is vreemd. De ziektekostenverzekeraar heeft bedragen terugbetaald aan verzoeker én heeft bedragen verrekend. Hierdoor is een premieachterstand van meer dan zes maanden ontstaan en is verzoeker als wanbetaler aangemeld bij het Zorginstituut. Tevens heeft de ziektekostenverzekeraar een vordering overgedragen aan de incassogemachtigde. Er werd een bedrag ter zake van het eigen risico gevorderd, maar dit kwam niet overeen met het eerder door verzoeker teruggestorte bedrag. Verzoeker vermoedt dat de kwestie grotendeels is ontstaan door miscommunicatie.

4.4. Ter zitting heeft verzoeker benadrukt dat hij een handtekening heeft gezet onder een aanbod van de gemeente voor een verzekering met ingangsdatum 1 mei 2013. Dit is bindend. Voorts heeft verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij al een jaar niet meer in het ziekenhuis is geweest, en dat hij problemen heeft met zijn gebit. Verzoeker wilde twee jaar geleden al tot een oplossing komen. Alles dient op € 0,-- te worden gesteld. Verzoeker wenst per heden aanvullend verzekerd te worden. Hij heeft nu geen tandartsverzekering. De bestuursrechtelijke premie is ingehouden op de uitkering van verzoeker. Inmiddels heeft het Zorginstituut de bestuursrechtelijke premie teruggestort. Verzoeker heeft echter niets aan de ziektekostenverzekeraar betaald, aangezien zijn moeder van deze nog geld krijgt. Bovendien heeft de ziektekostenverzekeraar geen recht op de 30% opslag. De schade die verzoeker heeft geleden bedraagt de achterstand (circa € 2.600,--) plus de € 500,-- tandartskosten van zijn moeder. Verzoeker heeft zich ter zitting bereid verklaard € 1.000,-- ter finale kwijting aan de ziektekostenverzekeraar te betalen. Dit is door de ziektekostenverzekeraar echter afgewezen, waarna verzoeker zijn aanbod heeft ingetrokken.

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

#### 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Op 6 mei 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar het aanvraagformulier van verzoeker ontvangen. Verzoeker wenste zich aan te melden voor de zorgverzekering en gebruik te maken van een gemeentecollectiviteit. Deze collectieve verzekering bestaat uit de zorgverzekering, de Beter Af Plus Polis drie sterren en de Beter Af Tandarts Polis twee sterren. Omdat er verschillende privéomstandigheden speelden die de aanvraag voor de collectiviteit complex maakten, is verzoeker bij brief van 8 mei 2013 geadviseerd een aanvraag te doen via de gemeente. Naar aanleiding van het door hem ontvangen aanvraagformulier heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker per 6 mei 2013 verzekerd voor de zorgverzekering en de Beter Af Plus Polis drie sterren, zonder deelname aan de collectiviteit. Voor de door verzoeker gewenste verzekering Beter Af Tandarts Polis twee sterren geldt een medische beoordeling. Op 7 mei 2013 is hiervoor een aanvraagformulier naar verzoeker gestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft geen ingevuld aanvraagformulier van verzoeker retour ontvangen.

Zodoende was verzoeker vanaf 6 mei 2013 verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar voor de zorgverzekering en de Beter Af Plus Polis drie sterren. De premie voor deze verzekeringen (totaal € 135,30 per maand) werd conform het aanvraagformulier maandelijks automatisch afgeschreven van de rekening van verzoeker. Voor de premie van 6 mei 2013 tot 1 juni 2013 was verzoeker een bedrag van € 112,75 verschuldigd. De automatische incasso van deze premie storneerde, waardoor een achterstand ontstond. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker hiervoor op 13 juni 2013 en 5 juli 2013 betalingsherinneringen gestuurd.

- 5.2. Op 31 juli 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar via de gemeente de aanvraag voor deelname aan de collectiviteit ontvangen. Vanaf 1 augustus 2013 maakte verzoeker gebruik van de gemeentecollectiviteit en was hij zodoende ook aanvullend verzekerd voor tandartskosten (Beter Af Tandarts Polis twee sterren). Voor deze verzekering geldt in het kader van de gemeentecollectiviteit namelijk geen medische beoordeling. Bovendien genoot verzoeker een collectiviteitskorting op de premie. Als gevolg van deze wijzigingen bedroeg de verschuldigde premie vanaf 1 augustus 2013 totaal € 139,46 per maand.

Naar aanleiding van de overgang naar de collectiviteit heeft de ziektekostenverzekeraar een premiecorrectie uitgevoerd. De oorspronkelijk in rekening gebrachte premie van € 135,50 diende te worden gewijzigd in de nieuwe collectiviteitspremie van € 139,46. Op 6 augustus 2013 is het oorspronkelijke premiebedrag van € 135,50 abusievelijk aan verzoeker uitbetaald.

- 5.3. De Beter Af Plus Polis drie sterren en de Beter Af Tandarts Polis twee sterren maken deel uit van het vaste pakket van de gemeentecollectiviteit. Voor het afsluiten van een aanvullende verzekering mag echter op grond van artikel 2.2. van de voorwaarden geen sprake zijn van een premieachterstand. Verzoeker had een achterstand van € 112,75 over de periode van 6 mei 2013 tot 1 juni 2013. Om voor verzoeker toch de Beter Af Tandarts Polis twee sterren te kunnen afsluiten, diende een betalingsregeling te worden getroffen voor deze achterstand. Met de gemeente is afgesproken dat de achterstand zou worden afgelost in maandelijks termijnen van € 50,--. Verzoeker is hier bij brief van 31 juli 2013 over geïnformeerd.

De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat de hoogte van het termijnbedrag in overleg met de gemeente is vastgesteld, en dat hij geen onderzoek heeft gedaan naar de draagkracht van verzoeker. Het is de ziektekostenverzekeraar niet bekend of de gemeente dit wel heeft gedaan. Ten algemene geldt dat de ziektekostenverzekeraar inzake betalingsregelingen een maandelijks termijnbedrag van minimaal € 25,-- hanteert. Als een verzekerde dit bedrag niet kan opbrengen, wordt verwezen naar hulpverlenende instanties. Deze kunnen dan door middel van een overzicht aannemelijk maken wat de draagkracht van betrokkene is. In het geval van verzoeker is hier geen sprake van geweest.

Op 6 augustus 2013 heeft verzoeker te kennen gegeven het niet eens te zijn met de betalingsregeling, omdat hij geen akkoord had gegeven voor het termijnbedrag. Hierdoor is de betalingsregeling vervallen. Omdat zodoende geen sprake was van een lopende betalingsregeling voor de achterstand over de periode van 6 mei 2013 tot 1 juni 2013, kon de Beter Af Tandarts Polis twee sterren niet worden afgesloten. Verzoeker kwam daardoor ook niet meer in aanmerking voor deelname aan de gemeentecollectiviteit. Deze is daarom beëindigd per 1 augustus 2013.

- 5.4. In januari 2014 heeft overleg plaatsgevonden tussen de gemeente en de ziektekostenverzekeraar. Daarbij is besloten om verzoeker met terugwerkende kracht per 1 augustus 2013 collectief te verzekeren. De gemeente zou in overleg met verzoeker een betalingsregeling treffen voor de achterstand op dat moment. Op 17 januari 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar een nieuw polisblad aan verzoeker gestuurd. Vanaf januari 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar maandelijks extra betalingen van € 10,-- van de gemeente ontvangen.

Door de wijziging naar de collectieve verzekering heeft wederom een premiecorrectie plaatsgevonden. De oorspronkelijke individuele maandpremie van € 135,50 diende te worden gewijzigd naar de collectiviteitspremie van € 139,46. In verband met de premiecorrectie is op 23 januari 2014 een bedrag van € 414,25 aan verzoeker uitbetaald. Dit was het totaalbedrag van de in de periode van 1 augustus 2013 tot 1 december 2013 ontvangen betalingen.

Door de premiecorrectie ontstond opnieuw een premieachterstand op de polis van verzoeker. Op 3, 10 en 25 maart 2014 en 29 april 2014 zijn betalingsherinneringen aan verzoeker gestuurd.

Hierin heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker verzocht de achterstand alsnog te voldoen, en is hij erop gewezen dat de aanvullende verzekeringen zouden worden beëindigd en dat een incassogemachtigde/deurwaarder zou worden ingeschakeld als niet tijdig werd betaald.

Omdat de achterstand niet tijdig werd voldaan, zijn de aanvullende verzekeringen per 1 juli 2014 beëindigd. Aangezien deze verzekeringen deel uitmaken van het vaste pakket van de gemeentecollectiviteit, kwam verzoeker per 1 juli 2014 ook niet meer in aanmerking voor deze collectiviteit. De deelname hieraan is beëindigd.

De ziektekostenverzekeraar heeft de vordering overgedragen aan de incassogemachtigde. De incassogemachtigde heeft verzoeker onder dossier 4176209 aangesproken om de achterstand tot september 2014 te betalen. Inmiddels is het dossier bij de incassogemachtigde gesloten. De ziektekostenverzekeraar heeft daarbij de kosten van de incassogemachtigde voor zijn rekening genomen. Verzoeker heeft in dossier 4176209 geen betalingen aan de incassogemachtigde verricht.

- 5.5. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker in het kader van de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering geprobeerd te bewegen tot betaling van de premieachterstand. Deze wet verplicht zorgverzekeraars om verzekerden met een premieachterstand van zes of meer maanden bij het Zorginstituut aan te melden.

Verzoeker is bij brief van 28 augustus 2013 geïnformeerd over de premieachterstand van ten minste twee maanden. Dit betrof de maandpremies van mei en augustus 2013. In de brief is aan verzoeker uitgelegd hoe aanmelding bij het Zorginstituut kon worden voorkomen en is aan hem een betalingsregeling aangeboden. De ziektekostenverzekeraar heeft geen inhoudelijke reactie van verzoeker op de tweemaandsbrief ontvangen.

Door de premiecorrectie op 23 januari 2014 liep de premieachterstand op tot vijf maanden. De maandpremies van augustus tot en met december 2013 stonden op dat moment namelijk open. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 24 februari 2014 opnieuw gewezen op de dreigende aanmelding bij het Zorginstituut en hem wederom een betalingsregeling aangeboden. Tevens is verzoeker geïnformeerd over de mogelijkheid om binnen vier weken schriftelijk bezwaar te maken. Verzoeker heeft van de geboden mogelijkheden geen gebruik gemaakt.

Vanaf juli 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar geen betalingen meer ontvangen van de gemeente. Ook werden de automatische incasso's van de premie voor juli en augustus 2014 gestorneerd. De premieachterstand liep hierdoor op tot meer dan zes maanden. Op 11 augustus 2014 was namelijk de premie voor de maanden augustus tot en met december 2013 en juli en augustus 2014 niet (volledig) betaald. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker in verband met deze premieachterstand op 11 augustus 2014 aangemeld bij het Zorginstituut. Bij brief van gelijke datum is verzoeker hierover geïnformeerd. Sinds 1 september 2014 is verzoeker de bestuursrechtelijke premie verschuldigd.

- 5.6. De ziektekostenverzekeraar constateert dat de premieachterstand, als gevolg waarvan verzoeker is aangemeld bij het Zorginstituut, grotendeels is ontstaan door de premiecorrecties waarbij bedragen aan verzoeker zijn uitbetaald. Zodoende is de aanmelding niet terecht geweest.

De aanmelding bij het Zorginstituut zal daarom met terugwerkende kracht ongedaan worden gemaakt. Vervolgens zal het Zorginstituut de bestuursrechtelijke premie die verzoeker heeft betaald, terugbetalen. De ziektekostenverzekeraar zal de premie voor de zorgverzekering vanaf 1 september 2014 tot heden bij verzoeker in rekening brengen. Tot en met juni 2015 bedraagt deze premie totaal € 1.014,50 (4 x € 99,95 + 6 x € 102,45).

De ziektekostenverzekeraar stelt voor dat, nadat verzoeker is afgemeld bij het Zorginstituut, met hem een passende betalingsregeling wordt getroffen voor de achterstand. Zodra deze regeling loopt, kan verzoeker zich mogelijk opnieuw via de gemeente aanmelden voor de collectiviteit.

- 5.7. Naar de stand van 27 mei 2015 bedraagt de betalingsachterstand € 1.292,34. Dit bedrag ziet op de periode tot september 2014 en is exclusief het onder 5.6 genoemde bedrag van € 1.014,50.

- 5.8. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de betreffende aanvullende verzekeringen medio 2014 zijn beëindigd. Herstel is niet mogelijk. Er bestaat een achterstand en daarvoor dient

eerst een regeling te worden getroffen. De achterstand beliep circa € 1.300,-- en vanwege de afmelding bij het Zorginstituut is verzoeker weer de reguliere premie aan de ziektekostenverzekeraar verschuldigd, waardoor de totale achterstand inmiddels € 2.614,19 bedraagt.

De ziektekostenverzekeraar is bereid een gedeelte van de achterstand kwijt te schelden. Het gat tussen € 0,-- en € 2.600,-- is echter wel heel groot. De ziektekostenverzekeraar zou voor een bedrag van € 1.800,-- een afspraak willen maken met verzoeker, maar deze is daartoe niet bereid. Het aanbod van verzoeker tot betaling van € 1.000,-- tegen finale kwijting wordt afgewezen.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 16 van de 'Algemene voorwaarden' 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. In geschil zijn de ingangsdatum van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering, de beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering, de hoogte van de betalingsachterstand, en de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het Zorginstituut.

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 9 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.

- 8.3. Artikel 3 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering (2013) betreft de aanmelding en inschrijving, en luidt, voor zover hier van belang:

*"3.1 U (verzekeringnemer) meldt zich voor de basisverzekering aan bij ons, door het insturen van een volledig ingevuld en ondertekend aanvraagformulier, of het invullen van het internet aanvraagformulier op onze website (zoals beschreven in artikel 2.1).*

*3.2 Bij aanmelding gaan wij na of is voldaan aan de voorwaarden voor inschrijving volgens de Zorgverzekeringswet. Wanneer hieraan wordt voldaan, wordt een polisblad afgegeven en bestaat daarna aanspraak op en/of vergoeding van de kosten van zorg volgens deze wet.  
(...)"*

- 8.4. Artikel 4.1 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering (2013) betreft de ingangsdatum, en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

*"(...)*

**4.1 Ingangsdatum en duur van uw basisverzekering**

*4.1.1 De basisverzekering gaat in op de datum die op het polisblad als ingangsdatum is vermeld. De ingangsdatum is de dag waarop wij het verzoek tot het sluiten van de basisverzekering van u (verzekeringnemer) hebben ontvangen. Vanaf 1 januari daaropvolgend vindt van jaar tot jaar stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar.*

*(...)*

4.1.3 *Wanneer de basisverzekering ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, wordt als ingangsdatum aangehouden de dag waarop de verzekeringsplicht is ontstaan. (...)*"

8.5. Artikel 5 van de 'Algemene voorwaarden' van de aanvullende ziektekostenverzekering (2013) bepaalt dat deze verzekering wordt beëindigd als de premie niet is betaald. Eenzelfde bepaling is opgenomen voor het jaar 2014.

8.6. Artikel 5 Zvw luidt, voor zover hier van belang:

*"1. De zorgverzekering gaat in op de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek, bedoeld in artikel 3, eerste lid, en, indien het tweede of vijfde lid van dat artikel van toepassing is, de aanduiding van de variant waar de verzekeringnemer voor kiest, heeft ontvangen. (...)"*

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. 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 maandelijkse 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 aan zien 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 schuldhelpverlening, waarbij hij tevens informatie verstrekt over de vormen hiervan en wijze waarop deze kan worden verzocht.

5. Indien het derde lid van toepassing is, zendt de zorgverzekeraar de verzekerde tegelijk met de verzending van de in het eerste tot en met vierde lid bedoelde stukken aan de verzekeringnemer, afschriften van deze stukken."

#### **"Artikel 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 schuldhelpverlener als bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet en aantoont 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."

8.9. 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.

8.10. Artikel 7 van de Beleidsregels inning bestuursrechtelijke premie Zorgverzekeringswet 2012 luidt, voor zover hier van belang:

*"Artikel 7. De eindafrekening voor de verzekeringnemer  
(...)*

*2. Het college stuurt de verzekeringnemer, zo spoedig mogelijk na het bericht, bedoeld in het eerste lid, een eindafrekening, die tenminste omvat:*

*a. het saldo van aan het college af te dragen bestuursrechtelijke premie en reeds ontvangen bestuursrechtelijke premie;*

*b. een vermelding van het bedrag dat door het CVZ is ontvangen van de broninhouder. Dit bedrag wordt in mindering gebracht op het saldo, bedoeld in onderdeel a;*

*c. de mededeling van het college dat de verzekeringnemer het saldo, bedoeld in onderdeel a, rekeninghoudend met onderdeel b, aan het college dient te betalen dan wel van het college terugontvangt.*

*(...)"*

9. Beoordeling van het geschil

#### **Ingangsdatum**

9.1. De zorgverzekering is een verzekering tegen ziektekosten voor hen die als verzekeringsplichtig op grond van de wet worden beschouwd. Wie dat zijn, is bepaald in de AWBZ - thans in de Wet langdurige zorg - en de daarop gebaseerde uitvoeringsbesluiten in combinatie met artikel 2 Zvw. Tussen partijen is niet in geschil de datum waarop de verzekeringsplicht van verzoeker is ontstaan. Hetgeen hen verdeeld houdt, is de vraag of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker te laten ingaan op een andere datum dan 6 mei 2013.

9.2. De ziektekostenverzekeraar stelt in dit verband dat het door verzoeker ingevulde en ondertekende aanvraagformulier voor de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering op 6 mei 2013 door hem is ontvangen. Ingevolge artikel 4.1 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is deze datum als ingangsdatum gehanteerd. Verzoeker stelt dat de ingangsdatum van 6 mei 2013 onjuist is. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

Door de ziektekostenverzekeraar is het door verzoeker ingevulde en ondertekende aanvraagformulier overgelegd, dat dateert van 1 mei 2013. Dat dit formulier door de ziektekostenverzekeraar op 6 mei 2013 is ontvangen komt de commissie niet onaannemelijk voor. Verzoeker heeft daarentegen zijn stelling dat de ingangsdatum van 6 mei 2013 onjuist is, niet onderbouwd. Zo is door hem niet gemotiveerd waarom de ingangsdatum zou moeten worden aangepast en zijn door hem geen stukken overgelegd die zijn stelling ondersteunen. De commissie concludeert dan ook dat de ingangsdatum van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering, gelet op artikel 4.1 van die verzekeringen, door de ziektekostenverzekeraar terecht op 6 mei 2013 is gesteld. Verzoeker is zodoende vanaf die datum verplicht de premie en de overige, op grond van de verzekering voor zijn rekening komende kosten aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen.

- 9.3. Voorts verschillen partijen van mening over welke verzekeringen zijn afgesloten. Verzoeker stelt dat hij heeft getekend voor een aanvullende verzekering die tandartskosten dekt (naar de commissie begrijpt: de Beter Af Tandarts Polis twee sterren). De ziektekostenverzekeraar stelt zich op het standpunt dat verzoeker in eerste instantie individueel was verzekerd voor de zorgverzekering en de Beter Af Plus Polis drie sterren - voor de Beter Af Tandarts Polis twee sterren werd hij geweigerd -, en dat in januari 2014 is besloten hem alsnog met terugwerkende kracht tot 1 augustus 2013 collectief te verzekeren, waardoor de aanvullende verzekeringen Beter Af Tandarts Polis en Gemeente Extra Pakket van kracht werden. De deelname van verzoeker aan de gemeentecollectiviteit is per 1 juli 2014 evenwel weer geëindigd, waardoor vanaf die datum de aanvullende ziektekostenverzekering (waaronder de Beter Af Tandarts Polis twee sterren) niet meer van kracht is.

Uit het overgelegde aanvraagformulier blijkt dat verzoeker de aanvullende verzekeringen Beter Af Plus Polis drie sterren en de Beter Af Tandarts Polis twee sterren heeft aangevraagd. De Beter Af Plus Polis drie sterren is vanaf 6 mei 2013 van kracht geworden. Partijen zijn hierover niet verdeeld. Voor de Beter Af Tandarts Polis twee sterren geldt een medische selectie als deze niet in het kader van de gemeentecollectiviteit wordt aangevraagd. Verzoeker heeft het in dit kader aan hem gestuurde vragenformulier niet ingevuld geretourneerd aan de ziektekostenverzekeraar. Dit betekent dat deze aanvullende verzekering hem terecht door de ziektekostenverzekeraar is geweigerd. Uiteindelijk is, vanwege de deelname aan de gemeentecollectiviteit, de Beter Af Tandarts Polis twee sterren vanaf 1 augustus 2013 van kracht geworden. Volgens de ziektekostenverzekeraar is dit gebeurd op verzoek van de gemeente. Verzoeker heeft deze ingangsdatum niet gemotiveerd bestreden, maar enkel gesteld dat zijn aanvankelijke wens was de verzekering op 1 mei 2013 te laten ingaan. Aangezien, zoals hiervoor is overwogen, die aanvraag betrekking had op een individuele verzekering, waarvoor verzoeker niet zonder meer kon worden geaccepteerd, stelt de commissie vast dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag van verzoeker correct heeft verwerkt.

#### **Beëindiging aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.4. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 juli 2014 beëindigd. Beoordeeld dient te worden of dit terecht is geschied. Uit artikel 5 van de 'Algemene voorwaarden' van de aanvullende ziektekostenverzekering volgt dat deze verzekering wordt beëindigd als sprake is van een premieachterstand. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 27 mei 2015 aan de commissie verklaard dat de premieachterstand voor een groot deel is ontstaan door een tweetal premiecorrecties, waarbij premie aan verzoeker is terugbetaald. Uit het bij deze brief gevoegde financieel overzicht is af te leiden dat tot begin juni 2014 de premie is betaald en dat de achterstand ziet op de teruggestorte bedragen, incassokosten en zorgkosten. De commissie is dan ook van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar geen beroep op artikel 5 van de 'Algemene voorwaarden' van de aanvullende ziektekostenverzekering toekomt en dat de aanvullende ziektekostenverzekering ten onrechte is beëindigd. Deze dient daarom met terugwerkende kracht tot 1 juli 2014 te worden hersteld. Ter zitting heeft verzoeker evenwel zijn verzoek gewijzigd, in die zin dat hij heeft verklaard dat de aanvullende ziektekostenverzekering per heden dient te worden hersteld. De commissie bepaalt daarom dat de aanvullende ziektekostenverzekering eerst met ingang van 1 oktober 2015 wederom van kracht wordt en dat verzoeker gehouden is de premie vanaf deze datum te voldoen.

#### **Aanmelding Zorginstituut**

- 9.5. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 27 mei 2015 aan de commissie verklaard dat de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het Zorginstituut op 9 augustus 2014 niet terecht is geweest. Deze aanmelding wordt dan ook ongedaan gemaakt. De commissie stelt vast dat partijen niet langer verdeeld zijn over de aanmelding bij het Zorginstituut. Wel merkt de commissie nog op dat verzoeker door deze afmelding met terugwerkende kracht, vanaf 1 september 2014 weer de nominale premie aan de ziektekostenverzekeraar is verschuldigd. De eventueel door hem aan het Zorginstituut betaalde bestuursrechtelijke premie heeft verzoeker intussen gerestitueerd gekregen.

## Betalingsachterstand

- 9.6. Rest de vraag wat de huidige stand van zaken is. Uit het door de ziektekostenverzekeraar bij zijn brief van 27 mei 2015 overgelegde financieel overzicht blijkt dat verzoeker over de periode van 6 mei 2013 tot en met 27 mei 2015 totaal € 2.815,07 is verschuldigd ter zake van premie, incassokosten en zorgkosten. Ter zake van het jaar 2013 heeft verzoeker een bedrag van € 732,44 onbetaald gelaten, en ter zake van het jaar 2014 € 559,90. Door verzoeker is dit alles niet gemotiveerd bestreden. Derhalve is naar de stand van 27 mei 2015 sprake van een betalingsachterstand van totaal € 1.292,34 (€ 732,44 + € 559,90). Hierbij zij opgemerkt dat de onder 9.5 bedoelde premie vanaf 1 september 2014 - die verschuldigd wordt aan de ziektekostenverzekeraar vanwege de afmelding met terugwerkende kracht bij het Zorginstituut - niet in het financiële overzicht is opgenomen. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting verklaard dat naar de stand van 9 september 2015 sprake is van een betalingsachterstand van € 2.614,19. Dit is inclusief de hiervoor genoemde achterstand van € 1.292,34 en de premie vanaf 1 september 2014.

## Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen wat betreft het herstel van de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 oktober 2015, en voor het overige dient te worden afgewezen. Voorts zal de aanmelding bij het Zorginstituut door de ziektekostenverzekeraar met terugwerkende kracht tot 9 augustus 2014 ongedaan worden gemaakt.
- 9.8. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe op wijze als onder 9.7 is omschreven.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 23 september 2015,

P.J.J. Vonk