



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te B, tegen D te E
Zaak : Premie, betalingsachterstand, tweemaandsaanbod, beëindiging aanvullende ziektekostenverzekering, schadevergoeding
Zaaknummer : 201302703
Zittingsdatum : 19 maart 2014

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2012-2013, paragraaf 3.3 Zvw, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012-2013, en artt. 6:43, 6:44 BW)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door mevrouw C te B,
tegen

D te E, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Verzoekster is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorg Geregeld Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster van 1 januari 2012 tot 1 oktober 2013 bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [naam ziektekostenverzekeraar] GemeentePakket Compleet afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle hiervoor 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. Bij brief van 5 september 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster een herinnering gezonden vanwege een betalingsachterstand van € 453,70.
- 3.2. Bij brief van 29 september 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van twee of meer maanden.
- 3.3. Verzoekster heeft meermalen aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde standpunten gevraagd en tevens verzocht om restitutie van door haar teveel betaalde bedragen en een schadevergoeding. Bij brieven van 28 augustus 2013 en 26 september 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunten te handhaven en niet over te gaan tot de gevraagde restitutie en schadevergoeding.
- 3.4. Bij brief van 10 oktober 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster een herinnering gezonden voor een betalingsachterstand van € 280,52.
- 3.5. Bij brief van 15 oktober 2013 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat (i) de ziektekostenverzekeraar zich ten onrechte op het standpunt stelt dat sprake is van een betalingsachterstand, (ii) dat de ziektekostenverzekeraar dient over te gaan tot restitutie van door haar teveel betaalde bedragen, (iii) dat hij de door verzoekster geleden schade dient te vergoeden, en (iv) dat hij de ten onrechte beëindigde aanvullende ziektekostenverzekering dient te herstellen (hierna: het verzoek).
- 3.6. 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.

- 3.7. Bij brief van 6 november 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster een herinnering gezonden voor een betalingsachterstand van € 398,97.
- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 30 december 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 januari 2014 aan verzoekster gestuurd.
- 3.9. Verzoekster heeft de commissie bij faxbericht van 13 januari 2014 aanvullende informatie gezonden. Een afschrift hiervan is aan de wederpartij gestuurd.
- 3.10. Verzoekster heeft op 30 januari 2014 gereageerd op het onder 3.8 bedoelde standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
- 3.11. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 30 januari 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 30 januari 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.12. Verzoekster heeft de commissie bij faxbericht van 4 februari 2014 aanvullende informatie gezonden. Een afschrift hiervan is aan de wederpartij gestuurd.
- 3.13. Verzoekster heeft de commissie bij brief van 7 februari 2014 aanvullende informatie gezonden. Een afschrift hiervan is aan de wederpartij gestuurd.
- 3.14. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 maart 2014 telefonisch gehoord.
- 3.15. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij e-mailbericht van 1 april 2014 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is aan de wederpartij gezonden.
- 3.16. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 15 april 2014 gereageerd op het onder 3.15 genoemde standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De commissie heeft op 8 februari 2012 een bindend advies uitgebracht. In dit advies is verzoekster in het gelijk gesteld. Uit dit advies blijkt niet dat naast premie, ook zorgkosten, kosten voor betaling per acceptgiro en administratiekosten verschuldigd zijn. Het is onduidelijk op grond waarvan de ziektekostenverzekeraar thans stelt dat verzoekster deze kosten wel verschuldigd is.
- 4.2. Verzoekster stelt dat geen sprake is van een betalingsachterstand, maar juist van een betalingsoverschot ten bedrage van € 609,70. Zij heeft aan haar verplichtingen voldaan. Verzoekster betaalt telkens per de eerste van de maand de verschuldigde premie. De ziektekostenverzekeraar gebruikt deze betalingen echter voor het eigen risico en/of zorgkosten. Dit terwijl daarvoor een betalingsregeling is overeengekomen. In dat kader heeft verzoekster in 2013 telkens € 29,16 per de eerste van de maand voldaan. De ziektekostenverzekeraar verklaarde in eerste instantie dat de achterstand zag op premies uit 2013. Later bleek het te gaan om achterstallige premies uit 2011 en 2012. Verzoekster verklaart dat zij meermalen door middel van financiële overzichten heeft aangetoond dat er geen premieachterstand bestaat. De ziektekostenverzekeraar dient de teveel betaalde bedragen - die onverschuldigd door verzoekster zijn voldaan - te restitueren. Daarnaast stelt verzoekster dat ten onrechte administratie- en acceptgirokosten in rekening worden gebracht, aangezien zij telkens tijdig door middel van automatische bankafschrijving betaalt.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard met verzoekster geen betalingsregeling voor het eigen risico 2013 te willen treffen. Dit is strijdig met de informatie die de ziektekostenverzekeraar op zijn website publiceert. Bovendien

betaalt verzoekster al vanaf 2009 het eigen risico gespreid. Ook voor het jaar 2013 is de afspraak gemaakt dat het eigen risico in twaalf maandelijkse termijnen wordt voldaan.

- 4.4. Vanwege de vermeende betalingsachterstand is de ziektekostenverzekeraar overgegaan tot beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 oktober 2013. Verzoekster ondergaat regelmatig fysiotherapiebehandelingen. Door de beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering worden de kosten hiervan niet langer vergoed. Zodoende maakt de ziektekostenverzekeraar het verzoekster onmogelijk deze behandelingen te ondergaan, dit terwijl zij hier veel baat bij heeft.
- 4.5. Het handelen van de ziektekostenverzekeraar is klachtwaardig en veroorzaakt schade. De ziektekostenverzekeraar is hiervoor aansprakelijk en dient over te gaan tot vergoeding van de schade ten bedrage van € 240,--. Dat de ziektekostenverzekeraar in zijn polisvoorwaarden schadevergoeding heeft uitgesloten maakt dit niet anders. Voornoemd bedrag ziet op kosten die verzoekster noodzakelijkerwijs heeft moeten maken om haar gelijk aan te tonen, zoals het opvragen van bankgegevens. Daarnaast vordert verzoekster vergoeding van geleden en nog te lijden schade als gevolg van de aanmelding bij het CVZ en vanwege het niet door de ziektekostenverzekeraar vergoeden van behandelingen fysiotherapie.
- 4.6. De ziektekostenverzekeraar heeft lopende de procedure bij de commissie een vordering overgedragen aan de incassogemachtigde. Op 3 januari 2013 is door de incassogemachtigde een sommatie naar haar gestuurd ten bedrage van € 321,47, inclusief buitengerechtelijke kosten en rente. Verzoekster bestrijdt een en ander en heeft verzocht om opschorting van de incassoprocedure.
- 4.7. Ter zitting is door verzoekster haar standpunt herhaald. Voorts is door haar ter aanvulling aangevoerd dat in het eerdere bindend advies van de commissie is vastgesteld dat geen sprake was van een betalingsachterstand, maar van een betalingsoverschot, en dat de aanvullende ziektekostenverzekering diende te worden hersteld. Verzoekster heeft steeds de premie voor de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering voldaan. Betalingen worden door haar gespecificeerd. Het is onbegrijpelijk dat de ziektekostenverzekeraar betalingen boekt op de oudst openstaande schuld en zelfs enkele bedragen heeft teruggestort. In het overzicht van de ziektekostenverzekeraar van december 2013 komen de betalingen van de maanden januari en februari ten bedrage van € 109,39 niet voor. Het is spijtig dat de ziektekostenverzekeraar pas in de procedure bij de commissie de mogelijkheid van betalen via een persoonlijke website aandraagt. Als dit eerder bekend was geweest, hadden veel problemen kunnen worden voorkomen. De automatische incasso werkte namelijk niet door de vele storneringen, terwijl het saldo van verzoekster toch steeds toereikend was. De oorzaak ligt derhalve in de machting.
- 4.8. De commissie heeft in het eerdere bindend advies geoordeeld dat de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht tot 1 april 2011 diende te worden hersteld en dat verzoekster de premie voor deze verzekering alsnog moest te voldoen. Dit betreft negen maal de maandpremie van € 25,35 (2011) en drie maal de maandpremie van € 28,90 (2012), inclusief maart. Verzoekster stelt thans dat zij de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekeraar heeft doorbetaald, ook nadat deze was beëindigd. Van een achterstand zoals is vermeld in het financiële overzicht van de ziektekostenverzekeraar van 1 april 2014 kan zodoende geen sprake zijn. Over het jaar 2011 is € 109,-- te veel betaald. Over het jaar 2012 moet volgens voornoemd overzicht € 1.584,70 worden voldaan en zou € 1.335,85 zijn betaald. Verzoekster stelt echter over het jaar 2012 € 1.787,80 te hebben betaald. Hiertoe zijn betaalbewijzen overgelegd. Over het jaar 2013 zou volgens het overzicht € 1.852,09 moeten worden voldaan en zou € 1.914,24 zijn betaald. Verzoekster stelt betaalbewijzen over het hele jaar 2013 te hebben overgelegd. Over het jaar 2014 moet volgens het overzicht € 362,98 worden voldaan en zou € 481,08 zijn betaald. Verzoekster heeft over het betreffende deel van het jaar 2014 eveneens betaalbewijzen overgelegd. Op basis van een en ander kan worden geconcludeerd dat verzoekster over de jaren 2006 tot en met 2014 € 380,-- te veel heeft betaald. Dit bedrag dient te worden gerestitueerd. De aanvullende ziektekostenverzekering is ten onrechte beëindigd.
- 4.9. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De commissie heeft op 7 maart 2012 een bindend advies uitgebracht. Met uitzondering van het herstel van de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 april 2011 en de daaruit voortvloeiende kosten en vergoedingen, is de periode vóór 15 februari 2012 conform het bindend advies afgehandeld. Uit het bindend advies blijkt dat op 15 februari 2012 sprake was van een betalingsoverschot van € 53,39. Dit bedrag is deels verrekend met de maandpremie voor maart 2012. De commissie heeft destijds voorts besloten dat verzoekster de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering dient te voldoen. Dit betrof negen keer de maandpremie van € 25,35 (2011) en drie keer de maandpremie van € 28,90 (2012). Deze bedragen zijn in rekening gebracht met de nota van 24 maart 2012. Verzoekster heeft deze factuur niet voldaan.
- 5.2. Verzoekster is premie, zorgkosten, kosten voor betaling per acceptgiro en administratiekosten verschuldigd. Deze zijn bij haar in rekening gebracht en verzoekster heeft hiervoor een acceptgirokaart ontvangen. Elke acceptgirokaart heeft een uniek 16-cijferig betalingskenmerk. Verzoekster heeft haar bank gemachtigd om periodiek betalingen aan de ziektekostenverzekeraar te doen. Hierbij wordt het betalingskenmerk echter niet vermeld. De ziektekostenverzekeraar werkt met een geautomatiseerd systeem. Wanneer bedragen zonder kenmerk worden overgemaakt, is onduidelijk voor welke vordering de betaling bestemd is. In een dergelijk geval wordt de betaling geboekt op de langst openstaande vordering of kosten en rente. De ziektekostenverzekeraar verwijst in dit kader naar de artikelen 6:43 en 6:44 BW. Het is de verantwoordelijkheid van verzoekster tijdig en op de juiste wijze aan haar betalingsverplichtingen te voldoen.
- 5.3. Desgevraagd is aan de commissie een financieel overzicht overgelegd. Hierin zijn alle bedragen die vanaf 2009 bij verzoekster in rekening zijn gebracht, en alle ontvangen betalingen opgenomen. Verzoekster is totaal € 8.585,92 verschuldigd. Een bedrag van € 57,31 is teruggestort. De ziektekostenverzekeraar heeft in totaal € 8.306,21 ontvangen van verzoekster. Er is derhalve geen sprake van een betalingsoverschot. Vanwege de bestaande premieachterstand is de brief als bedoeld in artikel 18a Zvw aan verzoekster gezonden. De brieven als bedoeld in de artikelen 18b en 18c zijn niet aan haar gestuurd, en er heeft geen aanmelding bij het CVZ plaatsgevonden.
- 5.4. Verzoekster heeft het verplicht eigen risico 2013 ten bedrage van € 350,-- volledig verbruikt. Derhalve is zij genoemd bedrag verschuldigd aan de ziektekostenverzekeraar. Er is geen betalingsregeling met verzoekster overeengekomen voor het verplicht eigen risico 2013. In de administratie van de ziektekostenverzekeraar is hierover ook geen notitie aangetroffen.
- 5.5. Verzoekster maakt aanspraak op een schadevergoeding. Op basis van artikel 1.11 van de zorgverzekering bestaat geen recht op vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van het handelen of nalaten van de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster wordt derhalve niet tegemoetgekomen in de schade die zij meent te hebben geleden (en te lijden).
- 5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald. Voorts is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat naar de stand van 19 maart 2014 sprake is van een betalingsachterstand van € 202,54, welk bedrag ziet op premie, zorgkosten en acceptgirokosten. De ziektekostenverzekeraar stelt, onder verwijzing naar artikel 3.4.2, dat er diverse kosteloze betaalmogelijkheden zijn. Eén mogelijkheid is via een persoonlijke website, waarvandaan door middel van internetbankieren kan worden betaald. Alsdan worden geen acceptgirokosten berekend. In het systeem van de ziektekostenverzekeraar staat geregistreerd dat verzoekster betaalt per acceptgiro. Verzoekster heeft ook verklaard dat zij de destijds afgegeven incassomachtiging heeft ingetrokken. Tot slot bevestigt de ziektekostenverzekeraar dat in het eerdere bindend advies is bepaald dat de aanvullende ziektekostenverzekering diende te worden hersteld. Als gevolg hiervan moest verzoekster alsnog de premie voor die verzekering voldoen.
- 5.7. Nadien is door de ziektekostenverzekeraar verklaard dat naar de stand van 1 april 2014 sprake is van een betalingsachterstand van € 125,91. Dit blijkt uit een hernieuwd financieel overzicht, waarbij het eerdere bindend advies van de commissie in acht is genomen.

5.8. 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 10 van de zorgverzekering (2012-2013) en artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2012-2013) 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 door de ziektekostenverzekeraar gestelde betalingsachterstand, de verzending van de brief als bedoeld in artikel 18a Zvw, de beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering en de vordering van verzoekster tot restitutie en schadevergoeding.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van het geschil tussen partijen zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. Ingevolge artikel 3 van de zorgverzekering (2012-2013) en artikel 3 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2012-2013) is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd. Voorts is in deze artikelen bepaald dat bij betaling per acceptgiro € 0,50 per acceptgiro wordt berekend, en dat bij niet-tijdige betaling administratiekosten, (buiten)gerechtelijke incassokosten en rente in rekening kunnen worden gebracht en de aanvullende ziektekostenverzekering kan worden beëindigd.

8.3. De toerekening van betalingen is geregeld in de artikelen 6:43 en 6:44 BW. Deze artikelen luiden:

“Artikel 6:43

1. Verricht de schuldenaar een betaling die zou kunnen worden toegerekend op twee of meer verbintenissen jegens een zelfde schuldeiser, dan geschiedt de toerekening op de verbintenis welke de schuldenaar bij de betaling aanwijst.

2. Bij gebreke van zodanige aanwijzing geschiedt de toerekening in de eerste plaats op de opeisbare verbintenissen. Zijn er ook dan nog meer verbintenissen waarop de toerekening zou kunnen plaatsvinden, dan geschiedt deze in de eerste plaats op de meest bezwarende en zijn de verbintenissen even bezwarend, op de oudste. Zijn de verbintenissen bovendien even oud, dan geschiedt de toerekening naar evenredigheid.”

“Artikel 6:44

1. Betaling van een op een bepaalde verbintenis toe te rekenen geldsom strekt in de eerste plaats in mindering van de kosten, vervolgens in mindering van de verschenen rente en ten slotte in mindering van de hoofdsom en de lopende rente.

2. De schuldeiser kan, zonder daardoor in verzuim te komen, een aanbod tot betaling weigeren, indien de schuldenaar een andere volgorde voor de toerekening aanwijst.

3. De schuldeiser kan volledige aflossing van de hoofdsom weigeren, indien daarbij niet tevens de verschenen en lopende rente alsmede de kosten worden voldaan.”

8.4. Op 1 september 2009 is de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering (hierna: de Wsmwz) in werking getreden. Vanaf dat moment is onder meer aan de Zvw een nieuwe afdeling toegevoegd die de gevolgen regelt van het niet (tijdig) betalen van de premie voor de zorgverzekering. De wet voorziet in een aantal beoordelingsmomenten waarop de ziektekostenverzekeraar een aanbod, respectievelijk een mededeling moet doen aan de polishouder en/of de verzekerde. Is sprake van een premieschuld voor de zorgverzekering ter hoogte van zes of meer maandpremies, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, dan vindt in beginsel melding daarvan plaats aan het College voor zorgverzekeringen. 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 CVZ komt doorgaans weer een einde zodra de schuld uit de zorgverzekering is ingelost of een schuldregeling wordt getroffen.

8.5. Voor zover hier van belang, bepaalt artikel 18a 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.”

8.6. Uit de memorie van toelichting op het Wetsvoorstel Structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering (TK 2008-2009, 31736, nr. 3, pag. 28) kan worden afgeleid dat de premieachterstand als bedoeld in artikel 18a 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 artikel 18a Zvw uitsluitend de premie voor de zorgverzekering van belang.

9. Beoordeling van het geschil

Bindend advies 7 maart 2012

9.1. In het bindend advies van 7 maart 2012 is bepaald dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht tot 1 april 2011 te herstellen. Verzoekster is daarentegen gehouden de vanaf deze datum verschuldigde premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering te voldoen, hetgeen neerkomt op een bedrag van € 314,85 (inclusief de premie voor de maand maart 2012). Voorts is bepaald dat naar de stand van 28 februari 2012 sprake is van een betalingsoverschot van € 53,39.

Vermeende betalingsachterstand

- 9.2. Volgens de ziektekostenverzekeraar is thans sprake van een betalingsachterstand; volgens verzoekster van een betalingsoverschot. De commissie neemt de stand van zaken per 28 februari 2012, zoals omschreven in voornoemd bindend advies, als uitgangspunt. Door de ziektekostenverzekeraar is een financieel overzicht, gedateerd 1 april 2014, overgelegd. Hieruit blijkt dat verzoekster over de periode tot en met 31 maart 2014 een bedrag van totaal € 3.799,77 is verschuldigd ter zake van de achterstand naar aanleiding van het bindend advies van 7 maart 2012, premie, zorgkosten en acceptgirokosten. In voornoemde periode is door verzoekster voor totaal € 3.731,17 aan betalingen uitgevoerd. Dat meer of andere betalingen zijn gedaan is door haar niet aannemelijk gemaakt. Een bedrag van € 57,31 is door de ziektekostenverzekeraar teruggestort aan verzoekster, zodat dit nog moet worden opgeteld bij het totaal verschuldigde bedrag. Zoals onder 9.1 is vermeld, bestond volgens het eerdere bindend advies een betalingsoverschot van € 53,39. Dit bedrag dient nog in mindering te worden gebracht op de betalingsachterstand. Derhalve is naar de stand van 1 april 2014 sprake van een betalingsachterstand van € 72,52 (€ 3.799,77 - € 3.731,17 + € 57,31 - € 53,39).
- 9.3. Door verzoekster is in dit verband nog gesteld dat de wijze van toerekening door de ziektekostenverzekeraar niet correct is. Eigen risicobetalingen zijn volgens haar geboekt op premievorderingen. De commissie is van oordeel dat de door de ziektekostenverzekeraar toegepaste toerekening inderdaad niet strookt met de artikelen 6:43 en 6:44 BW. Zo heeft de ziektekostenverzekeraar eigen risicobetalingen geboekt op premie en acceptgirokosten. Consequentie hiervan zou moeten zijn dat de ziektekostenverzekeraar dient over te gaan tot correctie van de toerekening van de diverse betalingen. Per saldo maakt dit echter de uitkomst van de onder 9.2 uitgevoerde berekening niet anders, zodat correctie achterwege kan blijven.

Tweemaandsaanbod

- 9.4. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster op 29 september 2013 de brief als bedoeld in artikel 18a Zvw (tweemaandsaanbod) gezonden. Beoordeeld dient te worden of naar de stand van die datum sprake was van een premieachterstand van tenminste twee maanden. Uit eerdergenoemd financieel overzicht van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat verzoekster vanaf maart 2012 maandelijks de premie voor de zorgverzekering heeft voldaan. De achterstand die bestond naar aanleiding van het vorige bindend advies ziet op premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering. Kennelijk zijn door de onjuiste toerekening van betalingen door de ziektekostenverzekeraar premievorderingen opengevallen/onbetaald gebleven, waardoor uiteindelijk de brief als bedoeld in artikel 18a Zvw aan verzoekster is gezonden. De commissie is van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar voornoemde brief ten onrechte aan verzoekster heeft gestuurd, nu bij een juiste toerekening van de betalingen niet is gebleken dat een premieachterstand voor de zorgverzekering bestond van ten minste twee maanden.

Beëindiging aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoekster met ingang van 1 oktober 2013 beëindigd vanwege een betalingsachterstand. Beoordeeld dient te worden of dit terecht is geschied. Uit eerdergenoemd financieel overzicht van de ziektekostenverzekeraar blijkt, zoals reeds opgemerkt, dat verzoekster vanaf maart 2012 iedere maand de premie heeft voldaan. Naar aanleiding van het eerdere bindend advies stond echter nog een bedrag open, welk bedrag ziet op premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld dat deze vordering niet door verzoekster is voldaan. Verzoekster heeft niet aannemelijk gemaakt dat zij de verschuldigde premie wél volledig heeft voldaan. Zodoende dient als vaststaand te worden aangenomen dat (een gedeelte van) de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering over de periode tot en met maart 2012 onbetaald is gebleven. Het stond de ziektekostenverzekeraar onder de gegeven omstandigheden ingevolge artikel 3 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2012-2013) vrij over te gaan tot beëindiging van deze verzekering.

Schadevergoeding

- 9.6. Verzoekster maakt aanspraak op een schadevergoeding ten bedrage van € 240,--, welk bedrag ziet op kosten die zij noodzakelijkerwijs heeft moeten maken om haar gelijk aan te tonen, zoals het opvragen van bankgegevens. De commissie is van oordeel dat de vordering tot schadevergoeding onvoldoende is gespecificeerd, zodat deze reeds om die reden moet worden afgewezen.
- Voorts heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar aansprakelijk gesteld voor de geleden en te lijden schade, waaronder schade als gevolg van de aanmelding bij het CVZ en het niet vergoeden van fysiotherapiebehandelingen. Met betrekking hiertoe merkt de commissie op dat van aanmelding bij het CVZ op dit moment geen sprake is zodat dit gedeelte van de vordering van verzoekster niet toewijsbaar is. Een eventuele aanmelding bij het CVZ is eerst aan de orde als zij zes maandpremies voor de zorgverzekering niet (tijdig) heeft voldaan, en verzoekster heeft dit dus zelf in de hand. Aangaande het niet vergoeden van de fysiotherapiebehandelingen oordeelt de commissie dat dit het gevolg is van het beëindigen van de aanvullende ziektekostenverzekering. Onder 9.5 is geoordeeld dat deze beëindiging terecht is geschied met het oog op de bestaande betalingsachterstand, zodat ook dit gedeelte van de vordering van verzoekster niet toewijsbaar is.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen wat betreft de hoogte van de betalingsachterstand en het tweemaandsaanbod, en voor het overige dient te worden afgewezen.
- 9.8. Aangezien het verzoek deels dient te worden toegewezen, ligt het – mede indachtig artikel 17 van het reglement van de commissie – in de rede dat de ziektekostenverzekeraar het betaalde entreegeld aan verzoekster vergoedt.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe op de wijze als onder 9.7 is omschreven.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het betaalde entreegeld van € 37,--.

Zeist, 14 mei 2014,

Voorzitter