



**SKGZ**



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Ate B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea  
Zorgverzekeringen N.V. te Amersfoort  
Zaak : Premie, zorgkosten, betalingsachterstand, aanmelding Zorginstituut, incassobureau,  
opzegging  
Zaaknummer : 201600927  
Zittingsdatum : 28 september 2016



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.A.J. Kroon)



(Voorwaarden zorgverzekering 2015, paragraaf 3.3 Zvw, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

---



1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

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



2. De verzekeringssituatie

- 
- 2.1. Verzoeker is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend HBO drie sterren en Aanvullend Tand 1 ster afgesloten (hierna gezamenlijk: 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 28 april 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van hemzelf van zes of meer maanden, en dat hij is aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut).
- 
- 3.2. Bij e-mailbericht van 17 maart 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een financieel overzicht gestuurd, waaruit blijkt dat de betalingsachterstand op dat moment € 567,33 bedraagt.
- 
- 3.3. Verzoeker heeft zich tot de Stichting Klachten en Geschillencommissie Zorgverzekeringen gewend. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 23 mei 2016 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 
- 3.4. Bij brief van 13 juni 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat (i) de door de ziektekostenverzekeraar gestelde betalingsachterstand onjuist is, (ii) de beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering onterecht is, (iii) de ziektekostenverzekeraar hem ten onrechte heeft aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut, (iv) hij met terugwerkende kracht tot 1 januari 2016 kan overstappen naar een andere zorgverzekeraar en (v) de ziektekostenverzekeraar gehouden is hem alle met de behandeling van het onderhavige geschil gemoeide kosten te vergoeden (hierna: het verzoek).
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
-

- 3.5. 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.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 8 augustus 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 augustus 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Verzoeker heeft op 4 september 2016 gereageerd op het onder 3.6 bedoelde standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 4 september 2016 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 27 september 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker heeft eerder een klacht ingediend over de nota voor het verplicht eigen risico 2013. Hierop is nog steeds geen afdoende reactie ontvangen van de ziektekostenverzekeraar. Voor verzoeker is het niet verifieerbaar waarop de kosten betrekking hebben. Hij is derhalve niet verplicht de nota te betalen.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de betalingen van verzoeker verrekend met de openstaande vordering. Hierdoor is een achterstand ontstaan in de premiebetaling. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar per 1 oktober 2015 de aanvullende ziektekostenverzekering heeft beëindigd. Behandelingen die normaliter door de aanvullende ziektekostenverzekering worden gedekt, zoals mondzorg en fysiotherapie, worden hierdoor niet vergoed. Verzoeker voelde zich genooddaakt de kosten die voor vergoeding in aanmerking zouden komen ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, te verrekenen met de verschuldigde premie. Na 1 januari 2016 is geen premie meer betaald aan de ziektekostenverzekeraar.
- 4.3. Verzoeker wilde per 1 januari 2016 overstappen naar een andere zorgverzekeraar en heeft de verzekering opgezegd. De ziektekostenverzekeraar heeft, vanwege de vermeende betalingsachterstand, deze overstap geblokkeerd. Tevens heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker ten onrechte aangemeld bij het Zorginstituut. Dit alles is te herleiden naar de onduidelijkheid over de nota voor het verplicht eigen risico 2013.
- 4.4. Verzoeker wil dat een en ander wordt gecorrigeerd en dat de ziektekostenverzekeraar wordt veroordeeld voor alle met de behandeling van het geschil gemoeide kosten en gevolgen, te weten: de kosten van het entreegeld van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen, de kosten als gevolg van beëindigen van de aanvullende ziektekostenverzekering, de kosten die voortvloeien uit de aanmelding als wanbetaler bij het Zorginstituut en alle onvoorziene toekomstige kosten.
- 4.5. In reactie op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 8 augustus 2016 heeft verzoeker het ter aanvulling het volgende aangevoerd. De ziektekostenverzekeraar verrekent de betalingen van verzoeker op een willekeurige manier waardoor het overzicht niet meer duidelijk is. Voorts geeft de ziektekostenverzekeraar een tegenstrijdig beeld over de manier van declareren tijdens een behandeling.  
Het eigen risico 2013 blijft voor verzoeker een raadsel, aangezien de omschrijving die de ziektekostenverzekeraar heeft gegeven hem geen helderheid biedt waar het bedrag precies vandaan komt en of de factuur terecht is.  
De extra kosten voor het gebruik van acceptgiro's horen niet voor rekening te komen van verzoeker. Extra kosten voor een acceptgiro zijn toegestaan mits de verzekerde minimaal twee

betalingsopties heeft en deze extra kosten zijn opgenomen in de algemene voorwaarden. De kosten werden ingevoerd tijdens een lopend kalenderjaar terwijl de algemene voorwaarden daar niet op waren aangepast. In de brief aan verzoeker is niet expliciet aangegeven dat daardoor een rechtsgrond is ontstaan tot opzegging van de zorgverzekering. Verzoeker heeft hierdoor de extra kosten niet uitdrukkelijk aanvaard waardoor deze voor rekening horen te blijven van de ziektekostenverzekeraar.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. In de brief van 28 oktober 2014 is een duidelijke toelichting gegeven op de nota voor het eigen risico 2013 ten bedrage van € 169,27. Meer uitleg over de nota kan door de ziektekostenverzekeraar niet worden verstrekt. Indien verzoeker meer wenst te weten over de betreffende behandelingen, kan hij terecht bij het ziekenhuis. De ziektekostenverzekeraar kan namelijk inhoudelijk geen discussie voeren over de behandeling in het ziekenhuis. Het feit dat verzoeker het niet eens is met de nota, betekent niet dat hij niet verplicht is dit eigen risico te betalen. Verzoeker heeft drie betalingsherinneringen gekregen. Omdat betaling uitbleef, heeft de ziektekostenverzekeraar op 3 maart 2015 het restant van het eigen risico 2013, ten bedrage van € 39,82, ter incasso overgedragen aan de incassogemachtigde.

5.2. Verzoeker betaalt vanaf september 2013 structureel de toeslag voor het betalen via acceptgirokaarten en de verschuldigde zorgkosten niet, waardoor een achterstand is ontstaan. In verschillende contacten tussen de ziektekostenverzekeraar en verzoeker, is aan hem duidelijk gemaakt dat hij niet heeft gereageerd op de betalingsherinneringen waarin hij ook wordt gewezen op de extra kosten bij niet tijdige en volledige betaling. Tevens werd aan verzoeker medegedeeld dat hij bij betalingen niet de juiste betalingskenmerken vermeldt. Het gevolg hiervan is dat de ziektekostenverzekeraar de betalingen kan boeken tegen de verschuldigde incassokosten en de oudste openstaande posten op dat moment. Verzoeker heeft verschillende klachten ingediend omtrent de betalingsachterstand. Iedere keer heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker voldoende geïnformeerd en uitleg gegeven over het ontstaan en de hoogte van de achterstand. Deze is ontstaan doordat verzoeker de verschuldigde premie en zorgkosten niet tijdig en volledig betaalde, waardoor er steeds kosten bijkwamen. Verzoeker is hier continue op gewezen in de betalingsherinneringen. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker een eenmalig voorstel gedaan. Indien verzoeker vóór 25 maart 2016 een betalingsregeling zou treffen, dan zou het dossier bij de incassogemachtigde worden gesloten. De gemaakte kosten bij de incassogemachtigde zouden dan worden kwijtgescholden. Verzoeker heeft hier echter niet meer op gereageerd waardoor het voorstel kwam te vervallen.

Vanwege de achterstand van meer dan zes maandpremies heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker per 28 april 2016 aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut. Pas als verzoeker de volledige achterstand en de kosten heeft betaald, wordt hij afgemeld. Bij het treffen van een betalingsregeling wordt zijn aanmelding bij het Zorginstituut opgeschort. Op dit moment is van beide situaties geen sprake, waardoor verzoeker nog steeds is aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut.

5.3. Momenteel lopen twee dossiers bij de incassogemachtigde, aldaar bekend onder de dossiernummers 5129374 en 6315209.

5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 18 juni 2015 verzoeker erop gewezen dat bij niet tijdige en volledige betaling van de premie de aanvullende ziektekostenverzekering zouden worden beëindigd. Ondanks deze waarschuwing heeft verzoeker zijn achterstand niet voldaan, hetgeen heeft geleid tot beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering per 1 oktober 2015. Bij brief van 15 september 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar dit aan verzoeker medegedeeld.

5.5. Door de betalingsachterstand is het voor verzoeker niet mogelijk de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering te beëindigen en over te stappen naar een andere zorgverzekeraar. Uit het financiële overzicht blijkt dat de betalingsachterstand op dit moment totaal € 666,84 bedraagt.

5.6. Wat betreft de kosten van het geschil, die verzoeker vergoed wil zien, stelt de ziektekostenverzekeraar dat deze voor rekening komen van verzoeker. Uit het voorgaande blijkt immers dat de bestreden beslissingen van de ziektekostenverzekeraar - te weten de beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering, de aanmelding als wanbetaler bij het Zorginstituut, de verrekening van de declaraties en het afwijzen van de overstap naar een andere zorgverzekeraar - terecht waren. Verzoeker is meerdere malen duidelijk gewezen op de gevolgen van niet tijdige en volledige betaling. Desondanks bleef hij nalatig te betalen, waarvan de gevolgen voor zijn rekening dienen te komen.

5.7. 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 10.5 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en van 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 (i) de door de ziektekostenverzekeraar gestelde betalingsachterstand, (ii) de beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering, (iii) de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het Zorginstituut per 28 april 2016, (iv) de opzegging van de verzekering met ingang van 1 januari 2016 en (v) de vergoeding van de kosten die gemoeid zijn met de behandeling van dit geschil.

## 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 8.2. van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd. Voorts bepaalt dit artikel dat de verzekeringnemer de premie die betaald moet worden, niet mag verrekenen met de aanspraak op zorg en/of op de vergoeding van de kosten van zorg.

8.3. In artikel 9.4 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering is bepaald dat de zorgverzekering pas kan worden opgezegd als achterstallige premie is betaald:

*"Hebben wij u aangemaand om één of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie te betalen? Dan kunt u (verzekeringnemer) de basisverzekering niet opzeggen totdat u de verschuldigde premie en eventuele administratiekosten, invorderingskosten ende wettelijke rente heeft betaald. Een uitzondering hierop is als wij de dekking van uw basisverzekering schorsen; (...)"*

8.4. Artikel 16 Zvw regelt in welke gevallen voor de zorgverzekering geen premie verschuldigd is, en luidt als volgt:

### **"Artikel 16**

**1. Krachtens de zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd.**

2. In afwijking van artikel 925 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek en van het eerste lid:
- is geen premie verschuldigd tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin een verzekerde de leeftijd van achttien jaren heeft bereikt;
  - is geen premie verschuldigd over de periode, bedoeld in artikel 18d, eerste lid."

8.5. Artikel 8a lid 1 Zvw bepaalt:

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

8.6. 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.

8.7. 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 schuldhulpverlening, 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 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 schuldhulpverlener 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."

- 8.8. Uit de memorie van toelichting op het Wetsvoorstel Structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering (TK 2008-2009, 31736, nr. 3, p. 28) kan worden afgeleid dat de premieachterstand als bedoeld in artikel 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.

- 8.9. In artikel 8 van de 'algemene voorwaarden' van de aanvullende ziektekostenverzekering is geregeld dat de ziektekostenverzekeraar deze kan beëindigen als de verzekeringnemer de verschuldigde bedragen niet heeft betaald binnen de betalingstermijn die de ziektekostenverzekeraar hiervoor in de tweede schriftelijke aanmaning heeft gesteld.

9. Beoordeling van het geschil

**Hoogte betalingsachterstand**

- 9.1. Verzoeker stelt dat de betalingsachterstand is ontstaan door de nota van het verplicht eigen risico 2013. Deze klacht is destijds door de Ombudsman Zorgverzekeringen behandeld. Verzoeker heeft daarna geen vervolgstappen ondernomen. Ingevolge artikel 5 van het toepasselijke reglement kan een zaak binnen drie maanden na de dag waarop de Ombudsman zijn bevindingen schriftelijk aan de verzekerde kenbaar heeft gemaakt, aan de commissie worden voorgelegd. Gelet op het voorgaande ziet de commissie geen aanleiding deze kwestie in de onderhavige procedure inhoudelijk te behandelen.
- 9.2. De ziektekostenverzekeraar heeft een financieel overzicht, gedateerd 8 augustus 2016, overgelegd. Hieruit blijkt dat verzoeker over de periode van 1 januari 2013 tot en met 30 april 2016 nog een bedrag van € 666,84 is verschuldigd ter zake van premie, zorgkosten en administratiekosten. De commissie is van oordeel dat door verzoeker niet aannemelijk is gemaakt dat meer of andere betalingen zijn gedaan dan die door de ziektekostenverzekeraar zijn opgenomen in het financiële overzicht, of dat het overzicht anderszins niet juist is. Naar de stand van 4 augustus 2016 bedraagt de betalingsachterstand derhalve € 666,84.
- 9.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 3 maart 2015 en 2 juli 2016 vorderingen overgedragen aan de incassogemachtigde. Aldaar zijn dossiers 5129374 en 6315209 aangemaakt. Naar de stand van 4 augustus 2016 bedraagt het openstaande saldo in dossier 5129374 € 444,68, inclusief rente en kosten, en in dossier 6315209 € 354,72, inclusief rente en kosten. Verzoeker heeft een en ander niet gemotiveerd bestreden, zodat de commissie mag uitgaan en ook uitgaat van de juistheid van de opgave van de ziektekostenverzekeraar.

**Beëindiging aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.4. De ziektekostenverzekeraar heeft, conform artikel 8 van de 'algemene voorwaarden', de aanvullende ziektekostenverzekering beëindigd, aangezien verzoeker niet heeft betaald binnen de daarvoor geldende termijn. Hierdoor kan verzoeker geen aanspraak (meer) maken op vergoedingen ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekeringen.

**Aanmelding Zorginstituut**

- 9.5. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker per 28 april 2016 aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut. Beoordeeld dient te worden of naar de stand van die datum sprake was van een premieachterstand van ten minste zes maanden. Uit het financiële overzicht van de ziektekostenverzekeraar van 8 augustus 2016 blijkt dat verzoeker een premieachterstand had van zes volledige maanden ten tijde van de aanmelding. Deze premieachterstand wordt door verzoeker niet betwist. Integendeel, hij heeft erkend dat hij heeft geweigerd te betalen omdat hij het niet eens was met de nota van het eigen risico 2013. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker derhalve terecht met ingang van 28 april 2016 aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut.
- 9.6. Hetgeen door verzoeker is aangevoerd ter verklaring van de ontstane premieachterstand kan niet leiden tot een ander oordeel. De toetsing door de commissie blijft beperkt tot de vraag of de

ziektekostenverzekeraar al dan niet terecht de mededeling van de melding als bedoeld in artikel 18c Zvw heeft gedaan, en dit is, gelet op de bestaande premieachterstand, het geval.

#### **Opzegging / overstap per 1 januari 2016**

- 9.7. Verzoeker wenste per 1 januari 2016 over te stappen naar een andere zorgverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft deze overstap geweigerd. De commissie merkt dienaangaande op dat van een geldige opzegging door verzoeker niet is gebleken. Aangezien voorts artikel 9.4 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering onder de gegeven omstandigheden aan een opzegging in de weg staat, was een overstap naar een andere zorgverzekeraar ultimo 2015 voor verzoeker niet mogelijk.

#### **Schadevergoeding**

- 9.8. Aangezien de ziektekostenverzekeraar op alle bovenstaande punten correct heeft gehandeld, ziet de commissie geen aanleiding de ziektekostenverzekeraar te verplichten om de kosten die verzoeker met betrekking tot dit geschil heeft gemaakt te vergoeden.

#### **Conclusie**

- 9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 28 september 2016,

A.I.M. van Mierlo