



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak : Premie, betalingsachterstand, aanmelding Zorginstituut, postontvangst
Zaaknummer : 201501602
Zittingsdatum : 13 januari 2016



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



(Voorwaarden zorgverzekering 2014-2015, paragraaf 3.3 Zvw, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014-2015, artt. 3:37 en 7:933 BW)

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 Zeist,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 
- 2.1. Verzoeker is vanaf 1 januari 2013 tot heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de (Agis) Basispolis Basic (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder had verzoeker vanaf 1 januari 2013 bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen AV Amsterdam en Gespreid betalen Eigen Risico 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 29 december 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van vier of meer maanden.
- 
- 3.2. Bij brief van 9 februari 2015 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).
- 
- 3.3. Bij brief van 20 februari 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker de overeengekomen betalingsregeling voor een bedrag van € 769,96 bevestigd.
- 
- 3.4. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van het onder 3.2 vermelde standpunt gevraagd. Bij brieven van 25 februari 2015 en 20 april 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 12 mei 2015 aan verzoeker medegedeeld dat de betalingsregeling is vervallen.
- 
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker op 28 mei 2015 een betalingsherinnering gezonden voor een bedrag van € 189,07.

- 3.7. Door toezending van stukken, zonder begeleidende brief, door de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen ontvangen op 5 juni 2015, heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen - naar de commissie begrijpt - dat de ziektekostenverzekeraar hem ten onrechte met ingang van 1 maart 2015 heeft aangemeld bij het Zorginstituut (hierna: het verzoek).
- 3.8. 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.
- 3.9. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 23 september 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 oktober 2015 aan verzoeker gezonden.
- 3.10. Verzoeker heeft de commissie aanvullende informatie gezonden, door de commissie ontvangen op 10 november 2015. Een afschrift hiervan is aan de wederpartij gestuurd.
- 3.11. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 27 oktober 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 12 januari 2016 telefonisch medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.12. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 13 januari 2016 telefonisch gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Het postadres van verzoeker is opgenomen in de basisadministratie persoonsgegevens van de gemeente Amsterdam. In de polisvoorwaarden van 2014 is vermeld dat wijzigingen in de gegevens van verzekerden automatisch aan de ziektekostenverzekeraar worden doorgegeven door de betreffende gemeente.
Verzoeker woont sinds 2006 in de A. [...]straat te Amsterdam. Het betreft een portiekwoning en veel post komt bij de burens terecht. De burens geven de post niet door aan de geadresseerde. Het adres A. [...]straat te Amsterdam is al jaren bekend bij de ziektekostenverzekeraar. Ook in de persoonlijke omstandigheden van verzoeker hebben zich de afgelopen jaren geen wijzigingen voorgedaan. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn administratie, geheel buiten verzoeker om, een verkeerd postadres opgenomen. Hierdoor was verzoeker niet op de hoogte van de betalingsachterstand bij de ziektekostenverzekeraar. De brief van de ziektekostenverzekeraar van 26 september 2014 is niet door hem ontvangen. De brief van de ziektekostenverzekeraar van 29 december 2014 bereikte verzoeker eerst in januari 2015.
Op basis van de - opgelopen - achterstand is verzoeker op 7 februari 2015 aangemeld bij het Zorginstituut. Hierdoor is hij sindsdien de (hoge) bestuursrechtelijke premie verschuldigd. Verzoeker heeft een betalingsregeling met de ziektekostenverzekeraar getroffen om de achterstand in te lopen.
- 4.2. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar hem ten onrechte heeft aangemeld bij het Zorginstituut. Er is een administratieve fout gemaakt en de aanmelding bij het Zorginstituut is dan ook niet rechtmatig geweest. De ziektekostenverzekeraar dient verzoeker met terugwerkende kracht af te melden, en aan hem de betaalde bestuursrechtelijke premie te vergoeden.
- 4.3. Verzoeker ontving een eindafrekening van het Zorginstituut gedateerd 10 augustus 2015. Het openstaande bedrag van deze eindafrekening is € 112,86 en ziet op de periode van 1 maart 2015 tot 1 juli 2015.
- 4.4. Ter zitting heeft verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij niet op de hoogte was van de overgang van Agis naar Zilveren Kruis. Hij kreeg na vijf maanden ineens een brief van de

ziektekostenverzekeraar met de mededeling dat hij de premie voor een aantal maanden ineens moest betalen. Verzoeker vond het vreemd dat het een brief van Zilveren Kruis was. Pas later bleek hem van de wijziging. Dit heeft hem in diepe problemen gebracht, omdat hij werd aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut. De ziektekostenverzekeraar heeft ook hoge kosten in rekening gebracht. Voorts heeft verzoeker verklaard dat hij met de ziektekostenverzekeraar had afgesproken een bepaald bedrag te betalen, "waarna het klaar zou zijn". Na drie maanden ontving hij echter een nota van het Zorginstituut. Het Zorginstituut houdt zijn zorgtoeslag in. Tot slot heeft verzoeker toegelicht dat hij regelmatig post ontvangt die voor de burens is bestemd. Dit zal andersom ook gebeuren.

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. Verzoeker is vanaf januari 2013 collectief verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar via de gemeente Amsterdam. Verplichtingen bij deze collectiviteit zijn dat de verzekerde naast een basisverzekering, een aanvullende verzekering dient af te sluiten en dat hij het eigen risico verplicht gespreid dient te betalen. Omdat deze aanvullende verzekeringen verplicht afgesloten dienen te worden, is de ziektekostenverzekeraar niet gerechtigd deze bij een betalingsachterstand te beëindigen. Als verzekeringnemer van de polis is verzoeker zelf verantwoordelijk en aansprakelijk voor de betaling van de premie. Verzoeker diende vanaf 2013 de premie en zorgkostennota's aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen. Voor de betaling hiervan heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar gemachtigd deze kosten automatisch van zijn rekening af te schrijven. De polisbladen van de jaren 2013, 2014 en 2015 zijn overgelegd.

5.2. Verzoeker liet vanaf maart 2014 een betalingsachterstand ontstaan. De automatische incasso en de her-incasso van de premie voor maart 2014 werden op 27 februari 2014 respectievelijk 13 maart 2014 gestorneerd. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker daarom op 13 maart 2014 en 3 april 2014 herinneringen gestuurd.

Naast de premie voor maart 2014, liet verzoeker de premie voor april 2014 onbetaald. Voor de achterstand op dat moment heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker op 9 mei 2014 een herinnering gestuurd.

Op 5 juni 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar de herinnering van 9 mei 2014 retour ontvangen.

Hierdoor werd verondersteld dat de herinnering naar een onjuist adres was gestuurd. Naar aanleiding hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker op 27 juni 2014 per e-mail gevraagd naar het juiste adres. Hierop is geen reactie ontvangen. De ziektekostenverzekeraar heeft daarom het postadres uit privacyoverwegingen gewijzigd naar het eigen adres. Daardoor is bijvoorbeeld de herinnering van 24 september 2014 niet naar het adres van verzoeker gestuurd. De ziektekostenverzekeraar biedt zijn excuses aan voor deze foutieve adreswijziging.

Op 20 februari 2015 is het postadres voor de polis van verzoeker verwijderd.

5.3. De ziektekostenverzekeraar diende de brieven in het kader van de wanbetalersregeling niet naar een postadres, maar naar een 'officieel adres' te sturen. Daarom zijn, ondanks de foutieve wijziging van het postadres van verzoeker, de twee-, vier- en zesmaandsbrief wel naar het juiste adres gestuurd. Deze brieven zijn namelijk verstuurd naar het adres A. [...]straat in Amsterdam. Op dit adres is verzoeker volgens de Basisregistratie Personen (hierna: BRP) woonachtig. Op 26 september 2014 is de tweemaandsbrief aan verzoeker gestuurd in verband met de premieachterstand voor de maanden april 2014 en september 2014. Vervolgens liet verzoeker de premieachterstand oplopen door de premie voor november en december 2014 niet te betalen. Daarom is op 29 december 2014 de viermaandsbrief aan verzoeker gestuurd. In beide brieven is verzoeker gewezen op de premieachterstand van (minstens) twee respectievelijk vier maanden, zijn de mogelijke gevolgen van het verder oplopen van de achterstand beschreven, en is verzoeker geïnformeerd over hoe hij een eventuele aanmelding bij het Zorginstituut kon voorkomen. Verzoeker heeft op beide brieven niet gereageerd. Ook ging hij niet tot betaling over. Daarom heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker op 7 februari 2015 terecht aangemeld bij het Zorginstituut. Naast de vier onbetaalde maanden, liet verzoeker namelijk de premie voor januari en februari 2015

onbetaald. Verzoeker is bij brief van 9 februari 2015 op de hoogte gesteld van de aanmelding bij het Zorginstituut.

Vanaf maart 2015 diende verzoeker de bestuursrechtelijke premie plus de boete te betalen aan het Zorginstituut. Omdat verzoeker onder de collectiviteit van de gemeente Amsterdam viel, en de ziektekostenverzekeraar daarom de aanvullende ziektekostenverzekering niet mocht beëindigen, diende verzoeker de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering nog steeds aan de ziektekostenverzekeraar voldoen.

Afschriften van de twee-, vier- en zesmaandsbrief, alsmede een financieel overzicht van de achterstand op het moment van de aanmelding bij het Zorginstituut, zijn overgelegd.

- 5.4. Op 20 februari 2015 heeft verzoeker per e-mail een klacht ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker liet weten geen brieven te hebben ontvangen over de premieachterstand, en over de overgang van Agis naar Zilveren Kruis. Dezelfde dag heeft verzoeker voor de premieachterstand op zijn polis van totaal € 759,96, telefonisch een betalingsregeling getroffen van € 64,16 per maand (eerste termijn € 64,20). De ziektekostenverzekeraar heeft de betalingsregeling schriftelijk bevestigd met hierin opgesomd de richtdatum van de termijnbetaling en de voorwaarden van de regeling. Tijdens het betreffende telefoongesprek heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker uitgelegd dat pas na betaling van het gehele achterstallige bedrag, afmelding bij het Zorginstituut plaatsvindt. Tevens heeft de ziektekostenverzekeraar het postadres gewijzigd naar het juiste adres van verzoeker.
- Op 25 februari 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd op de klacht van verzoeker van 20 februari 2015. Hierbij is uitleg gegeven over de verstuurde brieven, de wijziging van het postadres en het niet kunnen overstappen naar een andere zorgverzekeraar als gevolg van de achterstand.
- Op 5 maart 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar nogmaals uitleg gegeven over de betalingsregeling en wanneer afmelding bij het Zorginstituut zou kunnen plaatsvinden, ditmaal aan een medewerker van een juridisch loket waartoe verzoeker zich had gewend.
- Verzoeker heeft op 20 april 2015 schriftelijk om een herbeoordeling van zijn klacht gevraagd. Deze herbeoordeling heeft op 20 april 2015 plaatsgevonden. De ziektekostenverzekeraar heeft in dat kader geconcludeerd dat de aanmelding bij het Zorginstituut correct is verlopen.
- 5.5. De eerste termijn van de betalingsregeling van € 64,20 is succesvol van de rekening van verzoeker afgeschreven. Het volgende termijnbedrag is echter gestorneerd. Ook een tweede poging op 7 mei 2015 om dit termijnbedrag af te schrijven faalde. De ziektekostenverzekeraar ontving op 12 mei 2015 het bericht van de bank dat deze automatische incasso was gestorneerd. Om die reden is de betalingsregeling beëindigd. Dit is op 12 mei 2015 schriftelijk aan verzoeker medegedeeld.
- De ziektekostenverzekeraar heeft per abuis op 28 mei 2015 de bank van verzoeker gevraagd een bedrag van € 462,35 rond 1 juni 2015 van de rekening van verzoeker af te schrijven. Voor het restant van € 189,07 is op 28 mei 2015 een betalingsherinnering aan verzoeker gestuurd.
- Op 1 juni 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 462,35 van verzoeker ontvangen. Het restant van inmiddels € 220,32 is, na telefonisch contact met verzoeker, op 2 juni 2015 ontvangen. Hiermee had verzoeker de gehele betalingsachterstand voldaan. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker per 1 juli 2015 afgemeld bij het Zorginstituut. Vanaf juli 2015 dient verzoeker de reguliere maandpremie weer aan de ziektekostenverzekeraar te betalen.
- 5.6. Vaststaat dat verzoeker een premieachterstand heeft laten ontstaan. Voor deze onbetaald gelaten maandpremies heeft verzoeker in eerste instantie wel herinneringen van de ziektekostenverzekeraar ontvangen. Vanaf juni 2014 zijn de herinneringen echter naar een foutief adres gestuurd. Ook de brieven over de overgang van Agis naar Zilveren Kruis en de zorgkostennota's heeft verzoeker niet ontvangen. Dit is een vergissing geweest van de ziektekostenverzekeraar. Ondanks dit foutieve postadres, zijn de twee-, vier- en zesmaandsbrief wél naar het juiste adres gestuurd. Nu verzoeker heeft verklaard vanaf 2006 op dit adres te wonen, kan het niet anders dan dat deze brieven verzoeker hebben bereikt. Bovendien mag de ziektekostenverzekeraar - conform artikel 5.6 van de verzekeringsvoorwaarden - er van uitgaan dat als een bericht aan de verzekeringnemer is gestuurd naar diens laatst bekende adres, dit bericht de verzekeringnemer heeft bereikt. Dat verzoeker stelt alle drie de brieven niet te hebben ontvangen, bevreedt de ziektekostenverzekeraar. Daarbij

komt dat verzoeker heeft verklaard dat hij in een portiekwoning woont, en dat veel post bij de burens terecht komt. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat deze omstandigheid voor rekening en risico van verzoeker komt. Dit is niet aan de ziektekostenverzekeraar toe te rekenen.

Voorts wenst de ziektekostenverzekeraar te benadrukken dat verzoeker wist of had behoren te weten dat hij maandelijks de premie verschuldigd was. Verzoeker had zijn rekening kunnen raadplegen en kunnen constateren dat de maandpremie regelmatig werd gestorneerd. Hij had dan kunnen weten dat sprake was van een premieachterstand. Het had dan ook op de weg van verzoeker gelegen hierover contact op te nemen met de ziektekostenverzekeraar. Dit heeft hij nagelaten.

Gezien het bovenstaande is de ziektekostenverzekeraar van mening dat de aanmelding bij het Zorginstituut terecht is geweest. Er wordt niet overgegaan tot afmelding bij het Zorginstituut met terugwerkende kracht tot 1 maart 2015. Thans is geen sprake van een betalingsachterstand op de polis van verzoeker.

5.7. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald.

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 18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering (2014-2015) is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is de aanmelding van verzoeker bij het Zorginstituut over de periode van 1 maart 2015 tot 1 juli 2015.

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 14 (2014) en artikel 8 (2015) van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.

8.3. Artikel 16 Zvw regelt in welke gevallen voor de zorgverzekering geen premie verschuldigd is, en luidt, voor zover hier van belang, 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: (...)

b. is geen premie verschuldigd over de periode, bedoeld in artikel 18d, eerste lid.”

8.4. In artikel 3 (2014) en artikel 4 (2015) van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat de premie voor die verzekering bij vooruitbetaling is verschuldigd.

8.5. 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

ziekttekostenverzekeraar 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.

8.6. 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 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."

8.7. 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.

8.8. Artikel 3:37 lid 3 BW luidt:

"Een tot een bepaalde persoon gerichte verklaring moet, om haar werking te hebben, die persoon hebben bereikt. Nochtans heeft ook een verklaring die hem tot wie zij was gericht, niet of niet tijdig heeft bereikt, haar werking, indien dit niet of niet tijdig bereiken het gevolg is van zijn eigen handeling, van de handeling van personen voor wie hij aansprakelijk is, of van andere omstandigheden die zijn persoon betreffen en rechtvaardigen dat hij het nadeel draagt."

8.9. Artikel 7:933 lid 1 BW luidt:

"Alle mededelingen waartoe de bepalingen van deze titel of de overeenkomst de verzekeraar aanleiding geven, geschieden schriftelijk. De verzekeraar kan zich daarbij houden aan de laatste hem bekende woonplaats van de geadresseerde."

 9. Beoordeling van het geschil

-  9.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker op 7 februari 2015 aangemeld bij het Zorginstituut. Beoordeeld dient te worden of naar de stand van die datum sprake was van een premieachterstand van ten minste zes maanden en of de procedure zoals omschreven in de artikelen 18a, 18b en 18c Zvw correct is verlopen.
-  9.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij zijn brief van 23 september 2015 een financieel overzicht overgelegd dat ziet op de periode van januari 2013 - de ingangsdatum van de zorgverzekering - tot en met februari 2015 - het moment van aanmelding bij het Zorginstituut. Uit dit overzicht blijkt dat verzoeker de premie voor de maanden april 2014, september 2014, november 2014, december 2014, januari 2015 en februari 2015 onbetaald heeft gelaten. Dat genoemde maandpremies wél zijn voldaan, is door verzoeker niet aannemelijk gemaakt. Derhalve stonden op 7 februari 2015 zes maandpremies voor de zorgverzekering open.
-  9.3. Verzoeker heeft gesteld dat hij geen tweedemaandsaanbod heeft ontvangen, zoals bedoeld in artikel 18a Zvw. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat weliswaar een foutieve adreswijziging ter zake van de polis van verzoeker heeft plaatsgevonden, maar dat de brieven als bedoeld in de artikelen 18a, 18b en 18c Zvw naar het juiste adres zijn gestuurd, te weten het adres waarmee verzoeker in de BRP staat geregistreerd. Daarbij heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat het feit dat verzoeker in een portiekwoning woont en post vaak bij de burens terecht komt, voor rekening en risico van verzoeker komt, en dat hij op grond van de polis mag uitgaan van het laatst bekende adres.
-  De hoofregel van artikel 3:37 lid 3 BW is dat een tot een bepaalde persoon gerichte verklaring, om haar werking te hebben, die persoon moet hebben bereikt. Dit is slechts anders indien het niet ontvangen het gevolg is van een eigen handeling, een handeling van personen voor wie hij aansprakelijk is, of van andere omstandigheden die zijn persoon betreffen en rechtvaardigen dat hij het nadeel draagt. Het antwoord op de vraag wanneer kan worden gezegd dat een verklaring door de geadresseerde is ontvangen, wordt noch in de wettekst noch in de daarbij behorende toelichting gegeven. Indien de ontvangst van de verklaring wordt betwist, brengt een redelijke, op de behoeften van de praktijk afgestemde uitleg mee dat de afzender in beginsel feiten of omstandigheden dient te stellen en zo nodig te bewijzen waaruit volgt dat de verklaring door hem is verzonden naar een adres waarvan hij redelijkerwijs mocht aannemen dat de geadresseerde aldaar door hem kon worden bereikt, en dat de verklaring aldaar is aangekomen. Als adres in vorenbedoelde zin kan in beginsel worden aangemerkt het adres als vermeld in de Basisregistratie Personen (BRP), dan wel, gelet op het bepaalde in artikel 7:933 lid 1 BW, het laatst bekende adres van de verzekerde.
-  De commissie is van oordeel dat voorshands aannemelijk is dat de ziektekostenverzekeraar de brieven als bedoeld in de artikelen 18a, 18b en 18c Zvw naar het correcte adres van verzoeker heeft verzonden. De ontvangst van deze brieven, met name van de brief als bedoeld in artikel 18a Zvw, is echter door verzoeker gemotiveerd betwist. Normaliter ligt de ontvangst van brieven, zoals hiervoor is overwogen, in de risicosfeer van de verzekerde. In het onderhavige geval is evenwel sprake van bijzondere omstandigheden (onjuiste adreswijziging, problemen met de postbezorging), waarmee de ziektekostenverzekeraar bekend was. Het ligt daarom op zijn weg aannemelijk te maken dat voornoemde brief c.q. brieven verzoeker hebben bereikt. Een verwijzing naar het bepaalde in de verzekeringsvoorwaarden volstaat in dit verband niet. De commissie concludeert dat de ziektekostenverzekeraar in zijn bewijsvoering niet is geslaagd. Om die reden is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker (nog) niet had mogen aanmelden bij het Zorginstituut, zoals bedoeld in artikel 18c Zvw. Desondanks heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker met ingang van 1 maart 2015 als wanbetaler bij het Zorginstituut aangemeld.
-  9.4. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker met ingang van 1 juli 2015 afgemeld bij het Zorginstituut, omdat hij de betalingsachterstand intussen had voldaan. Partijen zijn hierover niet verdeeld.
-     

- 9.5. Nu de aanmelding van verzoeker bij het Zorginstituut onterecht heeft plaatsgevonden, is de ziektekostenverzekeraar gehouden hem met terugwerkende kracht af te melden en de met *deze* aanmelding voor verzoeker gepaard gaande financiële gevolgen ongedaan te maken. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker dient te vergoeden al hetgeen door of namens het Zorginstituut in het kader van de bestuursrechtelijke premieheffing als bedoeld in artikel 18d Zvw is geheven en geïnd, een en ander van 1 maart 2015 tot 1 juli 2015, en uitsluitend voor zover door het Zorginstituut (in het kader van de eindafrekening) nog geen restitutie van de geïnde bestuursrechtelijke premie heeft plaatsgevonden of zal plaatsvinden. Daartegenover is verzoeker gehouden aan de ziektekostenverzekeraar alsnog de nominale premie voor de zorgverzekering te voldoen – voor zover dat nog niet heeft plaatsgevonden – over de periode dat sprake is geweest van de bestuursrechtelijke premieheffing door het Zorginstituut. Immers, ingevolge artikel 16 lid 2 onder b Zvw is geen premie verschuldigd gedurende de periode dat een bestuursrechtelijke premie verschuldigd is. De ziektekostenverzekeraar mag overgaan tot verrekening van vorenbedoelde bestuursrechtelijke premie – alleen voor zover deze door hem daadwerkelijk wordt vergoed – en de door verzoeker over de hiervoor genoemde periode nog te betalen nominale premie.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.7. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 27 januari 2016,

P.J.J. Vonk