



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Anderzorg N.V. te Groningen
Zaak : Premie, betalingsachterstand, overdracht vordering aan incassogemachtigde, aanmelding
Zorginstituut, opzegging
Zaaknummer : 201503376
Zittingsdatum : 6 april 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, paragraaf 3.3 Zvw)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

Anderzorg N.V. te Groningen, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Verzoeker is tot op heden bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Anderzorg Basis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Genoemde zorgverzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst 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. Verzoeker is met ingang van 1 maart 2014 aangemeld als wanbetaler bij het toenmalige College voor zorgverzekeringen, thans het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut).
- 3.2. Verzoeker heeft diverse malen bij de zorgverzekeraar een klacht ingediend. Bij e-mailbericht van 20 mei 2014 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat onduidelijk is waar zijn klacht op ziet.
- 3.3. De kantonrechter in de rechtbank Den Haag heeft verzoeker op 29 september 2014 veroordeeld tot betaling aan de zorgverzekeraar van een bedrag van € 740,91, vermeerderd met de wettelijke rente, en veroordeeld in de proceskosten.
- 3.4. Verzoeker heeft nogmaals een klacht ingediend bij de zorgverzekeraar. Bij brief van 7 december 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunten te handhaven.
- 3.5. Bij klachtenformulier van 10 december 2015 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht - naar de commissie begrijpt - te bepalen (i) dat de door de zorgverzekeraar gestelde achterstand onjuist is, (ii) dat ten onrechte vorderingen zijn overgedragen aan de incassogemachtigde en incassokosten worden gevorderd, (iii) dat hij ten onrechte is aangemeld bij het Zorginstituut, (iv) dat de zorgverzekering dient te worden beëindigd, en (v) dat hem een schadevergoeding wordt toegekend (hierna: het verzoek).
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar 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.



3.7. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij e-mailbericht van 10 februari 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 februari 2016 aan verzoeker gezonden.



3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 17 februari 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 30 maart 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.



3.9. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.



3.10. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 6 april 2016 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker



4.1. De administratie van de zorgverzekeraar is niet op orde. Verzoeker wordt vals beschuldigd en de zorgverzekeraar maakt zich schuldig aan valsheid in geschrifte, fraude en oplichting. Zo worden nagenoeg nooit exacte data vermeld in correspondentie, maar alleen bepaalde periodes. Als voorbeeld noemt verzoeker de toezending van de zorgpolis voor 2016. De betreffende brief vermeldt enkel "november 2015". Daarnaast werd hem geen zorgpas toegezonden. Voorts werkt de zorgverzekeraar uitsluitend met kopieën. Van verzoeker worden echter originelen gevraagd. Dit is oneerlijk, en verzoeker houdt originele stukken dan ook achter. Kopieën van betalingsbewijzen zijn aan de zorgverzekeraar gestuurd.



De zorgverzekeraar heeft een deurwaarder, het Zorginstituut en het Centraal Justitieel Incassobureau (hierna: CJIB) ingeschakeld. Verzoeker heeft echter niets met deze instanties van doen. Dit is misbruik van persoonsgegevens. Er worden ten onrechte incassokosten in rekening gebracht.



4.2. De zorgpas die verzoeker in zijn bezit heeft, is inmiddels ongeldig. Verzoeker vraagt zich dan ook af waarvoor hij betaalt aan de zorgverzekeraar. Onduidelijk is of verzoeker zorg kan ontvangen als dit noodzakelijk is. De zorgverzekeraar heeft een zorgplicht en dient zijn verantwoordelijkheid te nemen.



4.3. De zorgverzekering moet worden beëindigd omdat verzoeker geen vertrouwen meer in de zorgverzekeraar heeft. Hieraan voorafgaand zijn diverse waarschuwingen gestuurd. Bovendien is de machtiging tot automatische verlenging van de zorgverzekering per 1 januari 2014 ingetrokken, en had verzoeker reeds voor het jaar 2012 de zorgverzekering opgezegd, maar dit werd niet gehonoreerd. Voorts maakt verzoeker aanspraak op een schadevergoeding.



4.4. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald. Voorts heeft verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij een uitschrijvingsbewijs van de zorgverzekeraar wenst te ontvangen. De zorgpas is, anders dan de zorgverzekeraar meent, niet meer geldig. De zorgverzekeraar heeft diverse acceptgiro's aan verzoeker gestuurd. Verzoeker bestrijdt dat sprake is van een betalingsachterstand.



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



5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar



5.1. Een zorgpas is geldig zolang iemand bij de zorgverzekeraar is verzekerd. Een verzekerde krijgt dus niet elk jaar een nieuwe pas. Ook krijgt een verzekerde geen nieuwe pas bij verhuizing of als een (andere) aanvullende verzekering wordt afgesloten. Die gegevens staan namelijk niet op de zorgpas.



- 5.2. Afmelding bij het Zorginstituut geschiedt als:
- de volledige achterstand (inclusief bijkomende kosten) is voldaan; of
 - de schuldsanering natuurlijke personen is uitgesproken;
 - door tussenkomst van een schuldhelpverlener een schuldregeling is getroffen.
- 5.3. De zorgverzekering kan jaarlijks per 31 december worden opgezegd, mits alle achterstanden dan zijn voldaan.
- 5.4. De zorgverzekeraar heeft verzoeker een voorstel voor een betalingsregeling gedaan voor de openstaande premie van juni 2011 tot en met juni 2012 ten bedrage van € 1.152,38. Vóór het ingaan van de regeling, op 4 juli 2012, is op deze vordering € 69,25 betaald. Op 20 juli 2012 is een regeling overeengekomen voor een bedrag van € 1.083,13, te betalen in vijftien termijnen; veertien termijnen van € 72,20 en een laatste termijn van € 72,33. Verzoeker heeft voor de betaling van termijn vijf op 31 december 2012 in plaats van één termijn, drie termijnen overgemaakt. De twee teveel ontvangen bedragen van € 72,20 zijn geboekt op de premie voor november en december 2012 omdat termijn zes nog niet was aangeboden. Termijn zes van de regeling is niet betaald door verzoeker. Vervolgens is de regeling op 3 maart 2013 beëindigd. Het restant van de regeling (€ 722,13) is in zijn geheel van verzoeker gevorderd, en een bedrag van € 649,93 is uiteindelijk overgedragen aan de incassogemachtigde. Op 27 februari 2013 heeft verzoeker € 120,30 betaald. Deze betaling is op 6 maart 2013 verwerkt. Toen was de regeling al vervallen. De betaling is geboekt op de premie van januari 2013 en de premie van juni 2011 tot en met juni 2012. De zorgverzekeraar heeft vorderingen overgedragen aan de incassogemachtigde, en aldaar zijn twee dossiers aangemaakt: 213044246 en 214035064. Dossier 213044246 ziet op de premie van juni 2011 tot en met juni 2012. Verzoeker is op 9 april 2013 gesommeerd. De rechtbank heeft op 29 september 2014 vonnis gewezen. Naar de stand van 25 januari 2016 is het openstaande bedrag in dit dossier € 1.667,47, inclusief kosten en rente. Dossier 214035064 ziet op de premie van januari en februari 2014. Verzoeker is op 10 april 2014 gesommeerd. Naar de stand van 25 januari 2016 is het openstaande bedrag € 229,52, inclusief kosten en rente. Verzoeker is op 19 februari 2014 als wanbetaler aangemeld bij het Zorginstituut omdat hij een premieachterstand van zes of meer maanden had. Vanaf maart 2014 is verzoeker de bestuursrechtelijke premie verschuldigd aan het Zorginstituut. Naar de stand van 25 januari 2016 is sprake van een betalingsachterstand van € 678,03, exclusief kosten en rente. Verzoeker heeft bij herhaling gesteld dat de zorgverzekeraar bezig is met oplichterij en valsheid in geschrifte. Bij e-mailbericht van 20 mei 2014 is verzoeker verzocht telefonisch contact op te nemen met de betreffende klachtbehandelaar, en hem is gevraagd betaalbewijzen (kopieën van bankafschriften) over te leggen. Onduidelijk was namelijk waar het probleem in was gelegen. Verzoeker heeft geen telefonisch contact met de zorgverzekeraar opgenomen. De zorgverzekeraar betreurt het dat verzoeker de zorgverzekering wil beëindigen. Per ultimo 2015 was dit voor hem echter niet mogelijk in verband met een bestaande achterstand.
- 5.5. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat als niet wordt betaald, een sommatie volgt. De verzekeringspas van verzoeker is nog steeds geldig. Voorts heeft de zorgverzekeraar herhaald dat als een betalingsachterstand bestaat, overstappen niet mogelijk is.
- 5.6. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het onderhavige verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op artikel A17 van de zorgverzekering (2014) 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 hoogte van de betalingsachterstand, (ii) de overdracht van een vordering aan de incassogemachtigde en de berekende incassokosten, (iii) de aanmelding van verzoeker bij het Zorginstituut, (iv) de opzegging van de zorgverzekering, en (v) de toekenning van een 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 A12 van de zorgverzekering is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.

-  8.3. Artikel A13 van de zorgverzekering bepaalt dat als de premie voor de zorgverzekering niet (tijdig) is betaald, incassokosten en wettelijke rente zijn verschuldigd.

- 8.4. Artikel A7 van de zorgverzekering betreft de opzegging en luidt, voor zover hier van belang:

"Als u verzekeringnemer bent, kunt u:

- *altijd opzeggen per 1 januari. Anderzorg moet uw opzegging dan op zijn laatst op 31 december ontvangen hebben,*
- (...)*

Let op

- *Opzeggen kan niet met terugwerkende kracht. U kunt de verzekering niet opzeggen als Anderzorg wettelijk verplicht is deze te veranderen. U kunt de Basisverzekering niet opzeggen als u de premie niet heeft betaald en daarvoor bent aangemaand, tenzij Anderzorg de dekking heeft geschorst of de opzegging binnen 2 weken heeft bevestigd.*
- (...)"*

-  8.5. 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:

(...)

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

-  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 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."

- 8.8. 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.

9. Beoordeling van het geschil

Hoogte betalingsachterstand

- 9.1. De kantonrechter in de rechtbank Den Haag heeft verzoeker bij vonnis van 29 september 2014 veroordeeld tot betaling van € 740,91 aan de zorgverzekeraar. Dit bedrag ziet op de premieachterstand over de periode tot en met 30 juni 2012, en is inclusief buitengerechtelijke incassokosten en rente. Dit vonnis is in kracht van gewijsde gegaan en heeft mitsdien gezag van gewijsde. De commissie neemt hetgeen in het vonnis is bepaald derhalve als vaststaand aan. De onderhavige beoordeling ziet daarom enkel op de periode vanaf 1 juli 2012.
- 9.2. De zorgverzekeraar heeft een financieel overzicht overgelegd, gedateerd 25 januari 2016. Hieruit blijkt dat verzoeker in de periode van 1 juli 2012 tot en met 28 februari 2014 - vanaf 1 maart 2014 is hij aangemeld bij het Zorginstituut - de premie voor januari en februari 2014 onbetaald heeft gelaten. Dit betreft tweemaal € 86,25, zijnde totaal € 172,50. Dat genoemde maandpremies wél zijn voldaan, is door verzoeker niet aannemelijk gemaakt. Derhalve is naar de stand van 25 januari 2016 sprake van een betalingsachterstand van € 172,50. Dit bedrag is exclusief de onder 9.1 genoemde achterstand, waarover de rechter reeds uitspraak heeft gedaan.

Overdracht vorderingen

- 9.3. De zorgverzekeraar heeft vorderingen overgedragen aan de incassogemachtigde. Aldaar zijn twee dossiers aangemaakt. Dossier 213044246 betreft de premie van juni 2011 tot en met juni 2012, waarover de rechter vonnis heeft gewezen. De commissie is met betrekking tot dit dossier niet bevoegd, zodat wordt volstaan met de vaststelling dat naar de stand van 25 januari 2016 de vordering € 1.667,47 *inclusief kosten en rente* bedraagt. Dossier 214035064 betreft de in 9.2 genoemde, onbetaald gebleven premie voor januari en februari 2014, met een hoofdsom van € 172,50. Het stond de zorgverzekeraar ingevolge artikel A13 van de zorgverzekering vrij de betreffende vordering over te dragen aan de incassogemachtigde en kosten en rente van verzoeker te vorderen. Naar de stand van 25 januari 2016 bedraagt de vordering € 229,52 *inclusief kosten en rente*. Verzoeker dient dit bedrag aan de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar te voldoen.

Aanmelding Zorginstituut

- 9.4. De zorgverzekeraar heeft verzoeker op 19 februari 2014 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 nader commentaar van de zorgverzekeraar en het daarbij gevoegde financiële overzicht blijkt dat op 2 april 2013 een bedrag van € 649,93 is overgedragen aan de incassogemachtigde. Deze hoofdsom betreft meer dan zes maandpremies. Hierbij dienen te worden opgeteld de onbetaald gebleven maandpremies voor januari en februari 2014, zodat wordt geconcludeerd dat op 19 februari 2014 ten minste zes maandpremies (in casu ging het zelfs om acht maandpremies) nog niet waren voldaan. Aangezien verzoeker de ontvangst van de brieven, bedoeld in de artikelen 18a, 18b en 18c Zvw niet heeft bestreden, stond het de zorgverzekeraar vrij verzoeker met ingang van 1 maart 2014 aan te melden als wanbetaler bij het Zorginstituut.
- Van afmelding bij het Zorginstituut is pas sprake als alle uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden, kosten en rente daaronder begrepen, zijn voldaan. Gelet op het vorenoverwogene heeft verzoeker nog immer een premieachterstand, zodat afmelding bij het Zorginstituut (nog) niet aan de orde is.

Opzegging zorgverzekering

- 9.5. Verzoeker wenst de zorgverzekering bij de zorgverzekeraar op te zeggen. De zorgverzekeraar heeft dit geweigerd omdat sprake is van een betalingsachterstand.
- De verzekeringnemer kan de zorgverzekering jaarlijks tegen 1 januari opzeggen. Hiertoe dient de zorgverzekeraar de opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar te hebben ontvangen. De zorgverzekering kan niet worden opgezegd als sprake is van een premieachterstand, waarvoor de verzekeringnemer is aangemaand, tenzij de zorgverzekeraar de opzegging heeft bevestigd. Nu hiervoor is geconcludeerd dat verzoeker reeds in 2012 een betalings/premieachterstand had bij de zorgverzekeraar, welke achterstand tot op heden niet is ingelopen, staat het de zorgverzekeraar vrij de opzegging niet te accepteren. Overigens is, anders dan verzoeker kennelijk veronderstelt, van een machtiging tot automatische verlenging van de zorgverzekering geen sprake. De zorgverzekering heeft een looptijd van één jaar. Aan het einde van het kalenderjaar ontvangt de verzekeringnemer een aanbod voor een verzekering voor het nieuwe jaar. De verzekeringnemer kan de zorgverzekering, zo aan het einde van het kalenderjaar geen betalingsverplichtingen meer bestaan, in beginsel tegen het einde van het kalenderjaar opzeggen. Laat hij dit na of is opzegging niet mogelijk vanwege een betalingsachterstand, dan vindt automatisch verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar. Intrekking van de machtiging tot automatische verlenging van de zorgverzekering door verzoeker is dan ook niet aan de orde.



Schadevergoeding



9.6. Voorts maakt verzoeker aanspraak op een schadevergoeding. Nu is vastgesteld dat de zorgverzekeraar niet onjuist heeft gehandeld, bestaat voor toekenning hiervan geen aanleiding.



9.7. Hetgeen overigens door verzoeker is aangevoerd maakt het voorgaande niet anders.

Conclusie



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



10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 20 april 2016,



P.J.J. Vonk

