

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen D
te E en F te G
Zaak : Premie, premieachterstand: zesmaandsmelding, aanmelding
CVZ, hoogte betalingsachterstand, totstandkoming verzekering
door splitsing
Zaaknummer : 2012.00973
Zittingsdatum : 6 februari 2013

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2010-2012, paragraaf 3.3 Zvw, artikel IX Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011-2012)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer C te B,

tegen

1) D te E, en

2) F te G,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Verzoekster is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was tot en met 31 augustus 2012 ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Beter Af Plus Plus Polis één ster afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Bij brief van 11 oktober 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van haarzelf van zes of meer maanden en dat zij zal worden aangemeld bij het College voor zorgverzekeringen (CVZ).
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormeld standpunt gevraagd. Bij brief van 15 mei 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 19 oktober 2012 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen, naar de commissie de stellingen van verzoekster begrijpt, dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is (i) de ingangsdatum voor de zorgverzekering juist vast te stellen, en (ii) haar met terugwerkende kracht af te melden bij het CVZ (hierna: het verzoek).
- 3.4. 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 3 december 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 december 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.6. Verzoekster is in de gelegenheid gesteld te reageren op het in overweging 3.5 bedoelde standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Van de geboden mogelijkheid heeft verzoekster geen gebruik gemaakt.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 24 december 2012 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 februari 2013 in persoon gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
 - 4.1. De ziektekostenverzekeraar stelt zich ten onrechte op het standpunt dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van haarzelf van zes of meer maanden.
 - 4.2. Hiertoe voert verzoekster aan dat zij en haar partner eind 2005 hebben geprobeerd de inschrijving als ziekenfondsverzekerde te beëindigen bij het ziekenfonds waar zij destijds verzekerd waren. Vanwege het bestaan van een betalingsachterstand was het toen echter niet mogelijk over te stappen. Verzoekster en haar partner hebben destijds wel meerdere offertes aangevraagd. Uiteindelijk heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster en haar partner geaccepteerd, maar in maart 2006 moesten zij de verzekeringspasjes weer inleveren.
 - 4.3. Uit deze handelwijze hebben verzoekster en haar partner geconcludeerd dat de verzekering bij de ziektekostenverzekeraar met terugwerkende kracht tot de ingangsdatum werd beëindigd. Pas eind maart 2010 hebben verzoekster en haar partner van de ziektekostenverzekeraar nieuwe pasjes ontvangen. Verzoekster is dan ook van mening dat de zorgverzekering bij de ziektekostenverzekeraar dient in te gaan met ingang van 1 april 2010 in plaats van 1 januari 2006.
 - 4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
 - 5.1. Ten aanzien van de ingangsdatum van de zorgverzekering geldt dat de partner van verzoekster zich eind 2005 door middel van een ingevuld en ondertekend aanvraagformulier samen met verzoekster heeft aangemeld bij de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster en haar partner zijn vanaf 1 januari 2006 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten, waarbij de partner van verzoekster als verzekeringnemer voor beide verzekeringen optreedt en derhalve de premie is verschuldigd. Bij vonnis van 12 maart 2008 heeft de rechtbank Zwolle - Lelystad het voorgaande bevestigd.

- 5.2. Omdat de partner van verzoekster een premieachterstand heeft laten ontstaan, heeft de ziektekostenverzekeraar de betreffende polis gesplitst. Zodoende is verzoekster met ingang van 1 augustus 2010 zelf verzekeringnemer geworden, met een eigen polis, en is zij zelf premie verschuldigd.
- 5.3. Over de periode van 1 augustus 2010 tot en met 31 augustus 2012 bedraagt de betalingsachterstand op deze polis – naar de stand van 4 december 2012 – € 647,75, exclusief rente en incassokosten. Per saldo was op 1 november 2011 sprake van een premieachterstand van ten minste zes maandpremies voor de zorgverzekering zodat de aanmelding van verzoekster bij het CVZ met ingang van die datum terecht heeft plaatsgevonden.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het onderhavige verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op artikel 16 van de “Algemene voorwaarden” van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekeringen is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.
- 6.2. De commissie is niet bevoegd voor zover de vordering reeds onder de rechter is geweest.
7. Het geschil
- 7.1. In geschil is met ingang van welke datum ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering tot stand zijn gekomen, en of de aanmelding, met ingang van 1 november 2011, van verzoekster bij het CVZ terecht is geweest.
8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving
- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. Ingevolge artikel 9 van de zorgverzekering (2006) is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd. Eenzelfde regeling is opgenomen in de verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekering voor de kalenderjaren 2007 tot en met 2011.
- 8.3. Artikel 16 Zvw regelt in welke gevallen voor de zorgverzekering geen premie verschuldigd is en luidt, voor zover hier van belang:

“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:*
 - a. *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;*
 - b. *is geen premie verschuldigd over de periode, bedoeld in artikel 18d, eerste lid.”*

- 8.4. De (wijze van) premiebetaling voor de aanvullende verzekering is geregeld in artikel 5 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Hierbij is onder meer geregeld dat de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering bij vooruitbetaling is verschuldigd.
- 8.5. Op 1 september 2009 is de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering (hierna: 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.
- 8.6. Voorts is een overgangsregeling getroffen. Deze overgangsregeling voorziet in een verkort traject voor reeds bestaande premieachterstanden op het moment van inwerkingtreding van de wet. Daarbij is tevens voorzien in een regeling die bepaalt dat bepaalde handelingen die door de ziektekostenverzekeraar vooruitlopend op de inwerkingtreding van de wet zijn verricht – voor zover deze handelingen voldoen aan het geregelde in de wet, al was deze reeds in werking getreden – worden aangemerkt als handelingen in het kader van de wet.
- 8.7. Voor zover hier van belang, bepalen artikelen 18a, 18c Zvw en artikel IX van de Wsmwz 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 aanzien van diens verzekering een premieachterstand als bedoeld in het eerste lid is ontstaan, omvat het aanbod, be-

doeld 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 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 College zorgverzekeringen, 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;
- (...)”

”Artikel IX

(...)

2. Indien de verzekeringnemer een ander heeft verzekerd en ten aanzien van diens verzekering een premieachterstand als bedoeld in het eerste lid is ontstaan:

- a. is artikel 18a, derde lid, van de Zorgverzekeringswet niet van toepassing,
- b. zendt de zorgverzekeraar deze verzekerde, tegelijk met de stukken, bedoeld in artikel 18a, vijfde lid, van de Zorgverzekeringswet een aanbod om zelf een zorgverzekering met hem te sluiten,
- c. omvat het aanbod aan de verzekeringnemer de mededeling dat de zorgverzekeraar de ten behoeve van de andere verzekerde gesloten zorgverzekering met ingang van de eerste dag van de tweede maand volgende op de maand waarin het aanbod is gedaan, zal beëindigen, tenzij deze verzekerde hem voordien heeft laten weten het aanbod, bedoeld in onderdeel b, te verwerpen.

(...)

4. Indien op de datum van inwerkingtreding van deze wet ten aanzien van een zorgverzekering volgens de administratie van de zorgverzekeraar reeds een premieschuld van vier of meer maanden bestaat, doet een zorgverzekeraar, in afwijking van artikel 18b, de daar bedoelde mededeling:

- a. zodra de termijn voor aanvaarding van het aanbod, bedoeld in het eerste lid, is verlopen zonder dat het aanbod is aanvaard, of
- b. het aanbod is aanvaard en desondanks toch nieuw vervallende termijnen van de premie

niet voldaan worden.

5. Een voor de datum van inwerkingtreding van deze wet gedaan aanbod tot het treffen van een betalingsregeling, dat aan de eisen van artikel 18a van de Zorgverzekeringswet juncto het tweede lid van dit artikel zou hebben voldaan indien die bepalingen op de datum waarop het aanbod is gedaan reeds in werking zouden zijn getreden, en een voor de datum van inwerkingtreding van deze wet gedane mededeling die aan de eisen van artikel 18b van de Zorgverzekeringswet juncto het vierde lid van dit artikel zou hebben voldaan indien deze bepalingen op het moment van verzending van de mededeling in werking zouden zijn getreden en waartegen de verzekeringnemer of, indien dit een ander dan de verzekeringnemer is, de verzekerde, bij de verzekeraar en vervolgens bij een onafhankelijke instantie als bedoeld in artikel 114 van de Zorgverzekeringswet of de burgerlijke rechter heeft kunnen opkomen als ware artikel 18b van de Zorgverzekeringswet reeds in werking getreden, gelden voor de toepassing van artikel 18c van die wet en het gestelde bij en krachtens artikel 34a van die wet als aanbod en mededeling als bedoeld in artikel 18a respectievelijk 18b van die wet. (...)”

9. Beoordeling van het geschil

Totstandkoming verzekering

- 9.1. Verzoekster heeft gesteld dat zij en haar partner over de periode van 1 januari 2006 tot en met 31 maart 2010 niet verzekerd zijn geweest bij de ziektekostenverzekeraar en dat zij derhalve over deze periode geen premie zijn verschuldigd. Deze stelling wordt door de ziektekostenverzekeraar betwist en ter onderbouwing heeft deze een vonnis van de rechtbank Zwolle – Lelystad van 12 maart 2008 overgelegd. De kantonrechter heeft de stelling van verzoekster dat zij vanaf 1 januari 2006 geen klant is geweest van de ziektekostenverzekeraar, verworpen. Niet gebleken is dat verzoekster, dan wel haar partner, tegen dit vonnis in hoger beroep is gegaan, zodat dit kracht van gewijsde heeft. Hiermee staat vast dat op 1 januari 2006 bij de ziektekostenverzekeraar ten behoeve van verzoekster en haar partner een verzekeringsovereenkomst tot stand is gekomen, waarbij laatstgenoemde optreedt als verzekeringnemer.
- 9.2. Voor zover de stelling van verzoekster is dat sprake is geweest van dubbele verzekering geldt in de eerste plaats dat niet gebleken is dat verzoekster en haar partner zich na de veronderstelde beëindiging van de verzekering in maart 2006 elders hebben verzekerd, en dat, indien dit toch het geval zou zijn, de Zvw destijds aan “dubbele” verzekering niet in de weg stond.
- 9.3. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, en door verzoekster niet bestreden, dat de met ingang van 1 januari 2006 tot stand gekomen polis van verzoekster en haar partner, overeenkomstig artikel 18a Zvw jo. artikel IX lid 2 onder c Wsmwz, met ingang van 1 augustus 2010 is gesplitst in verband met het bestaan van een premieachterstand. Deze splitsing gaat volgens voornoemde artikelen in met ingang van de eerste dag van de tweede maand volgende op de maand waarin het aanbod is gedaan. Uit de door partijen overgelegde stukken blijkt dat de ziektekostenverzekeraar op 29 juni 2010 aan de partner van verzoekster een aanbod als bedoeld in artikel 18a Zvw heeft gezonden, waarna verzoekster met ingang van 1 augustus 2010 een eigen zorgverzekering heeft gekregen.

Aanmelding CVZ

- 9.4. Rest de vraag of op 1 november 2011 voor de zorgverzekering van verzoekster een premieachterstand bestond van zes of meer maanden, in welk geval de aanmelding bij het CVZ terecht is. Door de ziektekostenverzekeraar is in de procedure een betalingsoverzicht – naar de stand van 4 december 2012 – overgelegd waaruit blijkt dat over de periode van 1 augustus 2010 tot en met 31 augustus 2012 nog een (premie)-vordering openstaat van € 647,75, exclusief rente en incassokosten. Daartoe door de commissie in de gelegenheid gesteld, heeft verzoekster niet, althans onvoldoende, aannemelijk gemaakt dat de overeengekomen premie inderdaad vóór 1 november 2011 steeds tijdig en volledig is voldaan, zodat de commissie tot de conclusie komt dat het door de ziektekostenverzekeraar ingebrachte overzicht juist is.
- 9.5. Uit de memorie van toelichting op het Wetsvoorstel Structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering (TK 2008-2009, 31736, nr. 3, pag. 28) kan worden afgeleid dat voor de toepassing van de regeling als opgenomen in artikel 18c Zvw en artikel IX Wsmwz uitsluitend de *premie voor de zorgverzekering* van belang is. Derhalve kan bij de berekening van de achterstand onder meer geen rekening worden gehouden met het eveneens op het overzicht vermelde eigen risico 2011 (€ 170,--), en de premie voor de aanvullende verzekering € 184,60 (20 x € 9,23). Nu deze bedragen niet mogen worden meegeteld, resteert een premieachterstand ten bedrage van € 293,15 (€ 647,75 - € 170,00 - € 184,60).
- 9.6. Gelet op het voorgaande heeft de ziektekostenverzekeraar niet aannemelijk gemaakt dat op 1 november 2011 sprake was van een premieachterstand voor de zorgverzekering van meer dan zes maanden, zodat het hem niet vrij stond verzoekster met ingang van die datum aan te melden bij het CVZ.
- 9.7. Nu de melding van verzoekster bij het CVZ ten onrechte heeft plaatsgevonden, is de ziektekostenverzekeraar gehouden verzoekster met terugwerkende kracht af te melden en in ieder geval de daarmee voor verzoekster gepaard gaande financiële gevolgen ongedaan te maken. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar verzoekster dient te vergoeden al hetgeen door of namens het CVZ in het kader van de bestuursrechtelijke premieheffing als bedoeld in artikel 18d Zvw is geheven, een en ander vanaf het moment van aanmelding tot de eerste van de maand volgende op de maand waarin dit bindend advies is uitgebracht, en uitsluitend voor zover door het CVZ (in het kader van de eindafrekening) nog geen restitutie van de geïnde bestuursrechtelijke premie heeft plaatsgevonden of zal plaatsvinden. Daartegenover is verzoekster 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 CVZ. 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 verzoekster over de hiervoor genoemde periode nog te betalen nominale premie.

Conclusie

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen voor zover het de aanmelding bij het CVZ betreft en de daaruit voortvloeiende financiële consequenties voor verzoekster.
Het meer of anders gevorderde dient te worden afgewezen.
- 9.9. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, ligt het – mede indachtig artikel 17 van het reglement van de commissie – in de rede dat de ziektekostenverzekeraar ook het entreegeld aan verzoekster vergoedt.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe op de wijze als hierboven in overweging 9.8 is vermeld.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 20 februari 2013,

Voorzitter