

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D  
Zaak : Premie, premieachterstand: viermaandswaarschuwing,  
zesmaandsmelding, aanmelding CVZ, geen vaste woon- of  
verblijfplaats, Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekerings-  
wet  
Zaaknummer : 2011.00050  
Zittingsdatum : 11 mei 2011

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2006-2010, paragraaf 3.3 Zvw, artikel IX Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering, artikel 2.5.1 I&A-wet, en art. 3:37 BW)

---

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Verzoeker is tot op heden bij de zorgverzekeraar 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). Genoemde zorgverzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst 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 4 oktober 2010 heeft de zorgverzekeraar verzoeker meegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van hemzelf van vier of meer maanden.

3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormeld standpunt gevraagd. Bij brief van 10 november 2010 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

3.3. Vooruitlopend op eerder genoemde heroverweging heeft de zorgverzekeraar verzoeker bij brief van 8 november 2010 medegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van hemzelf van zes of meer maanden en dat hij om die reden met ingang van 1 december 2010 zal worden aangemeld bij het College voor zorgverzekeringen (CVZ).

3.4. Bij aanmeldingsformulier van 13 januari 2011 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar ten onrechte de premie over de periode dat hij dakloos is geweest bij hem in rekening heeft gebracht, alsmede te bepalen dat de zorgverzekeraar hem ten onrechte heeft aangemeld bij het CVZ (hierna: het verzoek).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 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.

- 3.6. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij fax van 18 maart 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 april 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Verzoeker is in de gelegenheid gesteld te reageren op het in overweging 3.6 bedoelde standpunt van de zorgverzekeraar. Van de geboden mogelijkheid heeft verzoeker geen gebruik gemaakt.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 23 april 2011 schriftelijk meegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft telefonisch meegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
- 3.9. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 11 mei 2011 in persoon gehoord.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt dat de zorgverzekeraar zich ten onrechte op het standpunt stelt dat sprake is van een betalingsachterstand van zes of meer maanden. Daartoe voert verzoeker aan dat hij in 2004 heeft geprobeerd de verzekering te beëindigen. Dit is niet gelukt. Na deze opzegging is verzoeker dakloos geworden en sindsdien kon hij de premie onmogelijk voldoen. In 2008 heeft verzoeker zich opnieuw bij de zorgverzekeraar aangemeld en betaalt hij weer de premie.
- 4.2. Ter zitting is door verzoeker benadrukt dat hij in 2004 geprobeerd heeft de verzekering te beëindigen. Na deze periode is verzoeker dakloos geworden en heeft hij van de zorgverzekeraar geen post meer ontvangen. Zo heeft verzoeker van de zorgverzekeraar geen polisbladen, pasjes of facturen ontvangen. In juli 2008 is verzoeker weer terug in de maatschappij en heeft hij weer werk. Samen met de echtgenote van zijn werkgever is hij naar de zorgverzekeraar toegegaan om zich opnieuw aan te melden. Vervolgens bleek hij in de administratie voor te komen en is hem een wijzigingsformulier verstrekt. Deze heeft verzoeker ingevuld.
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

#### 5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt dat verzoeker in 2004 heeft geprobeerd de toenmalige ziekenfondsverzekering op te zeggen omdat hij geen inkomsten meer zou hebben. Deze opzegging is door het ziekenfonds niet geaccepteerd waardoor verzoeker bij het ziekenfonds verzekerd is gebleven. Eind 2005 is hem, als bestaande verzekeringsrelatie, door de zorgverzekeraar of diens rechtsvoorganger een aanbod voor een zorgverzekering gedaan. Verzoeker heeft dit aanbod niet tijdig ontbonden of verworpen zodat de ziekenfondsverzekering van verzoeker op 1 januari 2006 is geëindigd en aansluitend bij de zorgverzekeraar een zorgverzekering tot stand is gekomen. Met betrekking tot de stelling van verzoeker dat hij vanaf 2004 dakloos is geworden stelt de zorgverzekeraar dat verzoeker dit nooit aan hem heeft medegedeeld. Dat verzoeker ook na die tijd een vaste woon- en verblijfplaats had blijkt uit het feit dat hij op het door hem ingevulde wijzigingsformulier van 17 juli 2008 zijn oude adres heeft vermeld.
- 5.2. Verder stelt de zorgverzekeraar dat – naar de stand van 18 maart 2011 – met betrekking tot de periode van 1 januari 2006 tot en met 31 maart 2010 sprake is van een

achterstand in de premiebetaling van € 2.583,--. Per saldo belooft de achterstand in de betaling van de premie voor de zorgverzekering van verzoeker ten minste zes maanden en daarom is hij met ingang van 1 december 2010 aangemeld bij het CVZ.

5.3. Ter zitting is door de zorgverzekeraar aangevoerd dat eenzijdige beëindiging van de ziekenfondsverzekering in 2004 niet zonder meer mogelijk was. Op grond van de wet of een onderlinge afspraak tussen verzekeraars was uitschrijving alleen mogelijk als de verzekerde zich elders had ingeschreven. Dit was niet het geval zodat ook na 2004 is doorgelopen. Verder verklaart de zorgverzekeraar dat hij in juli 2008 van verzoeker een wijzigingsformulier heeft ontvangen. Kennelijk was verzoeker zelf ook van mening dat hij nog bij de zorgverzekeraar verzekerd was tegen ziektekosten.

5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het onderhavige verzoek dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

6.2. De commissie is niet bevoegd ten aanzien van de verzekeringen tegen ziektekosten van vóór 1 januari 2006.

## 7. Het geschil

7.1. In geschil of ten behoeve van verzoeker op 1 januari 2006 bij de zorgverzekeraar een zorgverzekering tot stand is gekomen, en zo ja of naar de stand van 18 maart 2011 al dan niet een betalingsachterstand bestaat, alsmede of de aanmelding met ingang van 1 december 2010 van verzoeker bij het CVZ terecht is geweest.

## 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 2.5.1 Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet krijgen alle op dat moment verzekerde personen een aanbod tot het sluiten van een zorgverzekering gekregen van hun zorgverzekeraar. Artikel 2.5.1 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

*“1. In afwijking van artikel 217 van Boek 6 van het Burgerlijk Wetboek en van artikel 41, eerste lid, van de Wet financiële dienstverlening is een verzekeringsplichtige die vóór 16 december 2005 van zijn ziekenfonds of zijn ziektekostenverzekeraar een aanbod heeft ontvangen tot het sluiten van een zorgverzekering met een in dat aanbod aangewezen zorgverzekeraar, met ingang van 1 januari 2006 volgens de in dat aanbod aangeduide variant van de zorgverzekering bij die zorgverzekeraar verzekerd, tenzij hij degene die het aanbod deed vóór die datum heeft laten weten het aanbod te verwerpen.  
(...)”*

8.3. Ingevolge artikel 9 van de zorgverzekering is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.

- 8.4. Artikel 16 Zvw regelt in welke gevallen voor de zorgverzekering geen premie verschuldigd is. Voor zover hier van belang, luidt laatstgenoemd artikel 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:*
  - 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.”*

- 8.5. 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 zorgverzekeraar een aanbod respectievelijk een mededeling moet doen aan de polishouder en/of de verzekerde. Is sprake van een premieschuld 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 een – hogere – bestuursrechtelijke premie van toepassing wordt, alsmede een ander incassoregime, waarbij onder andere bronheffing en incasso door het Centraal Justitieel Incasso Bureau mogelijk zijn.
- 8.6. Voor op 1 september 2009 reeds bestaande gevallen van premieachterstand is een overgangsregeling getroffen, die voorziet in een verkort traject. Hierbij is tevens voorzien in een regeling die bepaalt dat bepaalde handelingen die door de zorgverzekeraar 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 de artikelen 18b en 18c Zvw en artikel IX van de Wsmwz, het volgende:

**“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.  
(...)”*

**“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**

(...)

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.

(...)"

8.8. Artikel 3:37 BW ziet op de werking van verklaringen. Het derde lid van dit artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

" 3. 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.

(...)"

9. Beoordeling van het geschil

#### **Totstandkoming verzekering**

- 9.1. Verzoeker heeft gesteld dat hij in 2004 de toenmalige ziekenfondsverzekering heeft opgezegd omdat hij geen inkomsten meer zou hebben. De zorgverzekeraar heeft met betrekking tot deze stelling verklaard dat deze opzegging niet door het ziekenfonds is geaccepteerd zodat verzoeker aldaar ingeschreven is gebleven. Aangezien het hier een kwestie betreft die dateert van vóór 1 januari 2006, is de commissie niet bevoegd hier een uitspraak over te doen en zal zij hetgeen verzoeker dienaangaande heeft gesteld voor kennisgeving aannemen. Mitsdien neemt de commissie aan dat verzoeker in ieder geval tot en met 31 december 2005 bij het toenmalige ziekenfonds verzekerd is gebleven.
- 9.2. Op 1 januari 2006 is een nieuw ziektekostenstelsel ingevoerd waardoor onder andere iedere Nederlands ingezetene in beginsel verplicht is tot het sluiten van zorgverzekering. Niet in geschil is dat verzoeker Nederlands ingezetene is. Ingevolge artikel 2.5.1 Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet (hierna: I&A-wet) hebben alle op dat moment verzekerde personen een aanbod tot het sluiten van een zorgverzekering gekregen van hun verzekeraar. Verzoeker stelt dat het door de zorgverzekeraar of diens rechtsvoorganger aan hem gezonden aanbod voor een zorgverzekering hem niet heeft bereikt aangezien hij op dat moment geen vaste woon- of verblijfplaats had. De zorgverzekeraar heeft ten aanzien van deze stelling verklaard dat verzoeker in 2008 een adreswijziging heeft doorgegeven. Uit deze adreswijziging, waarop verzoeker ook zijn oude adres heeft vermeld, heeft de zorgverzekeraar afgeleid dat bij verzoeker wel sprake was van een vaste woon- of verblijfplaats zodat ook het aanbod als bedoeld in artikel 2.5.1 I&A-wet hem moet hebben bereikt. Met betrekking tot deze stelling merkt de commissie op dat uit artikel 3:37 lid 3 BW volgt dat een verklaring, om zijn werking te hebben, de andere partij moet hebben bereikt. Verzoeker heeft, desgevraagd, ter zitting nadrukkelijk verklaard dat hij vanaf 2004 geen post meer heeft ontvangen van de zorgverzekeraar. Pasjes polisbladen en facturen zijn hem nimmer gestuurd, althans hebben hem niet bereikt. Het wijzigingsformulier is verzoeker bij de aanmelding in juli 2008 niet op zijn verzoek, maar op initiatief van de zorgverzekeraar verstrekt; blijkbaar omdat hij nog in diens administratie voorkwam. Het formulier verlangt dwingend dat het laatst bij de zorgverzekeraar bekende adres wordt ingevuld. Niet wordt verlangd dat betrokkene daar ook woont. Aan verzoeker kan dan ook niet tegengeworpen worden dat hij het adres heeft ingevuld waar hij woonde voordat hij dakloos werd. Nu de zorgverzekeraar verder niet aannemelijk heeft gemaakt, bijvoorbeeld door het overleggen van een bewijs van aangetekende verzending, dat het eerder genoemde aanbod als bedoeld in artikel 2.5.1 I&A-wet verzoeker wel heeft bereikt, is de commissie van oordeel dat op 1 januari 2006 ten behoeve van verzoeker geen zorgverzekering tot stand is gekomen.
- 9.3. Uit het door verzoeker ingevulde wijzigingsformulier – hetwelk op 17 juli 2008 is ondertekend –, in combinatie met het feit dat verzoeker vanaf september 2008 weer regelmatig premie betaalt, maakt de commissie op dat verzoeker in ieder geval vanaf 17 juli 2008 bij de zorgverzekeraar verzekerd wenst te zijn. Mede gelet hierop is de commissie van oordeel dat verzoeker met ingang van 17 juli 2008 bij de zorgverzekeraar verzekerd is tegen ziektekosten.
- 9.4. Een en ander heeft tot gevolg dat verzoeker vanaf 1 januari 2006 tot en met 16 juli 2008 niet bij de zorgverzekeraar verzekerd is geweest en dat partijen hetgeen over en weer is gepresteerd ongedaan dienen te maken. Verzoeker heeft geen premie voldaan zodat hij geen aanspraak heeft op restitutie daarvan. Onduidelijk is of met

betrekking tot genoemd tijdvak door de zorgverzekeraar kosten zijn vergoed. Mocht dit het geval zijn, dan heeft de zorgverzekeraar recht op teruggave van de in het kader van de zorgverzekering uitgekeerde declaraties.

Voorts merkt de commissie ten overvloede op dat indien de zorgverzekeraar verzoeker een boete van 130 percent op zou leggen vanwege een onverzekerde periode, verzoeker in het kader van de publiekrechtelijke rechtsbescherming hiertegen bezwaar kan maken. Nu dit laatste echter buiten de bevoegdheid van de commissie valt, laat de commissie dit punt verder rusten.

### **Aanmelding CVZ**

- 9.5. Nu de commissie hiervoor tot de conclusie is gekomen dat verzoeker pas vanaf 17 juli 2008 bij de zorgverzekeraar is verzekerd, rest de vraag of op 1 december 2010 sprake was van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van zes of meer maanden, in welk geval de aanmelding bij het CVZ terecht heeft plaatsgevonden. Door de zorgverzekeraar is een overzicht – gedateerd op 18 maart 2011 – in de procedure ingebracht. Gelet op de door verzoeker vanaf 17 juli 2008 verschuldigde en door de ziektekostenverzekeraar ontvangen betalingen was geen sprake van een premie-achterstand van zes of meer maanden zodat de zorgverzekeraar verzoeker, mede gelet op artikel 18c Zvw, niet met ingang van 1 december 2010 kon aanmelden bij het CVZ.
- 9.6. Aangezien de melding van verzoeker bij het CVZ onterecht heeft plaatsgevonden, is de zorgverzekeraar gehouden hem met terugwerkende kracht af te melden en in ieder geval de daarmee voor verzoeker gepaard gaande financiële gevolgen ongedaan te maken. Dit betekent dat de zorgverzekeraar verzoeker 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 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 verzoeker gehouden aan de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar 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**

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen in die zin dat verzoeker pas met ingang van 17 juli 2008 bij de zorgverzekeraar is verzekerd tegen ziektekosten, en moet tevens worden toegewezen voor zover het de aanmelding bij het CVZ betreft en de daaruit voortvloeiende financiële consequenties voor verzoeker. Het meer of anders gevorderde dient te worden afgewezen.



- 9.8. Aangezien het verzoek deels dient te worden toegewezen, ligt het – mede indachtig artikel 17 van het reglement van de commissie – in de rede dat de zorgverzekeraar het entreegeld aan verzoeker vergoedt.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe op de wijze als hierboven in 9.7 vermeld.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 25 mei 2011,

Voorzitter