

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : De heer A te B, tegen C en D te E  
Zaak : Risicodrager, premie, zorgkosten, betalingsachterstand  
Zaaknummer : 2012.00871  
Zittingsdatum : 20 maart 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 2009 - 2012, artt. 9, 16, 17, 18 en 19 Zvw, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009 - 2012)

---

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C en

2) D beide te E,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam collectiviteit] Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen [naam ziektekostenverzekeraar] Extra Aanvullend en [naam ziektekostenverzekeraar] Tandengezond 150 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde 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. Verzoeker heeft met ingang van 1 januari 2009 een zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering willen afsluiten via [naam collectiviteit]. [Naam collectiviteit] heeft de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering ondergebracht bij de ziektekostenverzekeraar die tevens risicodrager is van deze verzekeringen. Met ingang van 1 januari 2009 is verzoeker verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar, echter niet in het kader van het collectieve contract.
- 3.2. Bij brief van 14 september 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker medegedeeld dat hij alsnog met terugwerkende kracht met ingang van 1 januari 2009 wordt ingeschreven onder het collectieve contract van [naam collectiviteit]. De teveel betaalde premie over de periode van 1 januari 2009 tot en met 1 mei 2011 zal met verzoeker worden verrekend.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 29 juni 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

- 3.5. Op 14 augustus 2012 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) telefonisch verzocht te bepalen dat hij niet verzekerd is bij de ziektekostenverzekeraar maar bij [naam collectiviteit] (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 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 15 oktober 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 oktober 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Verzoeker is in de gelegenheid gesteld te reageren op de in overweging 3.7 bedoelde standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Van de geboden mogelijkheid heeft verzoeker geen gebruik gemaakt.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 15 februari 2013 telefonisch medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 1 maart 2013 telefonisch medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 maart 2013 telefonisch gehoord.

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

- 4.1. Verzoeker is eind 2008 op straat benaderd door enkele heren die hem een [naam collectiviteit] zorgverzekering voor € 85,99 per maand aanboden. Dit aanbod betrof een zorgverzekering met aanvullende ziektekostenverzekering. Verzoeker is op dit aanbod ingegaan en heeft zijn gegevens ter plekke aan voornoemde heren gegeven. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens vanaf het begin te hoge bedragen bij verzoeker in rekening gebracht. Bovendien werd de gefactureerde maandpremie regelmatig gewijzigd. Verzoeker is naar zijn zeggen geen overeenkomst aangegaan met de ziektekostenverzekeraar en heeft evenmin de intentie gehad dit te doen. Hij heeft zijn zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering namelijk ondergebracht bij [naam collectiviteit].
- 4.2. Uit het door de ziektekostenverzekeraar overgelegde aanvraagformulier blijkt dat verzoeker dit formulier niet kan hebben ingevuld. Op het formulier staan allerlei - voor verzoeker onbekende - codes vermeld. Bovendien is de aanvraag digitaal ingediend en beschikt verzoeker niet over internet.
- 4.3. Verzoeker heeft de premie steeds door middel van automatische incasso dan wel periodieke overschrijving aan de ziektekostenverzekeraar voldaan.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft uiteindelijk besloten de verzekering met terugwerkende kracht aan te passen met ingang van 1 januari 2009. Als gevolg hiervan zou een nabetaling plaatsvinden. Verzoeker heeft deze nabetaling echter nooit ontvangen.

- 4.5. Ter zitting heeft verzoeker nogmaals uiteengezet hoe een en ander destijds is verlopen. Hij heeft ter aanvulling verklaard dat hij eind 2008, direct na ontvangst van een acceptgiro voor € 116,06, telefonisch contact heeft opgenomen met [naam collectiviteit], omdat de in rekening gebrachte premie niet correct was. Deze zou immers € 85,99 per maand bedragen. Hij werd echter doorverbonden met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar.  
Bij een later contact zou door [naam collectiviteit] zijn toegezegd dat verzoeker nog wordt gecompenseerd voor de gemiste collectiviteitskorting vanaf 1 januari 2009.
- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Verzoeker is naar aanleiding van een 'internetaanvraag' met ingang van 1 januari 2009 bij de ziektekostenverzekeraar ingeschreven voor een individuele zorgverzekering. Gezien het feit dat verzoeker altijd de intentie heeft gehad verzekerd te worden van [naam collectiviteit], en niet te achterhalen is wie de aanvraag heeft ingediend, terwijl verzoeker niet beschikt over internet, heeft de ziektekostenverzekeraar in september 2011 besloten hem met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2009 onder te brengen in de collectieve ziektekostenverzekering van [naam collectiviteit].
- 5.2. De [naam collectiviteit] Zorgverzekering is een collectieve verzekering van de ziektekostenverzekeraar. Verzekerden die deze verzekering afsluiten, doen dit dan ook altijd bij de ziektekostenverzekeraar, bij de in de voetnoot genoemde rechtspersonen. Zij ontvangen, omdat zij de verzekering via de collectiviteit afsluiten – die juridisch gezien als hun belangenbehartiger geldt – een collectiviteitskorting op de premies van de ziektekostenverzekeraar. De collectiviteit is dus zelf geen verzekeraar of risicodragers.
- 5.3. De stelling van verzoeker dat het aanbod van eind 2008 van € 85,99 per maand inclusief de aanvullende ziektekostenverzekering is, is door hem niet dan wel onvoldoende onderbouwd. In de flyer wordt ook geen melding gemaakt van een aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.4. Op grond van de collectieve zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering is verzoeker een lagere premie verschuldigd dan voor zijn individuele zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering. Echter, de aanvullende ziektekostenverzekering is in september 2011 met terugwerkende kracht vanaf 1 mei 2011 hersteld. Over deze periode is hij dan ook premie verschuldigd voor de aanvullende ziektekostenverzekering. De vanwege de omzetting naar het collectief contract teveel betaalde premie is verrekend met de nog openstaande bedragen. Op 29 juni 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar berekend dat verzoeker nog een bedrag van € 626,24 aan hem is verschuldigd. Genoemd bedrag is exclusief de premie van juli 2012 en de vordering die is overgedragen aan de deurwaarder, en bestaat uit premie, zorgkosten, eigen risico, vertragsrente en incassokosten.
- 5.5. In zijn brief van 15 oktober 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie medegedeeld dat de vordering van € 626,24 inmiddels is verminderd naar € 588,42, omdat hij een bedrag van € 37,82 aan incassokosten en vertragsrente heeft laten vervallen.

- 5.6. Naast voornoemde vordering van € 588,42 staat de premie over de maanden december 2011 en februari 2012 nog open. De betreffende vordering is overgedragen aan de deurwaarder. Deze heeft geen betalingen ontvangen. De totale vordering is inmiddels opgelopen tot € 659,53.
- 5.7. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar herhaald dat de collectiviteitskorting met terugwerkende kracht is toegepast. De teveel betaalde premie voor de zorgverzekering is verrekend met de premie die nog verschuldigd was voor de aanvullende ziektekostenverzekering. Per saldo is door verzoeker niet meer premie betaald dan wanneer vanaf het begin was deelgenomen aan de collectiviteit. Van een toezegging door [naam ziektekostenverzekeraar], inhoudende dat door deze compensatie wordt verleend, is de ziektekostenverzekeraar niets bekend.
- 5.8. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op artikel A.21.2 (2012) van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering 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. In de polisvoorwaarden van 2009, 2010 en 2011 zijn vergelijkbare bepalingen opgenomen.
7. Het geschil
- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar verzoeker terecht heeft ingeschreven als verzekerde, en zo ja, of verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar een betalingsachterstand heeft.
8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving
- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. Artikel A.2.11 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering (2012) bepaalt dat als iemand zich voor het eerst bij de ziektekostenverzekeraar verzekert, of als de ververzekeringsvoorwaarden, vergoeding of premie(grondslag) veranderen, de ziektekostenverzekeraar hem een nieuwe polis en desgevraagd de nieuwe polisvoorwaarden stuurt.
- 8.3. Artikel A.4.1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering (2012) bepaalt dat de verzekering ingaat op de datum waarop de ziektekostenverzekeraar het verzoek van de verzekerde om de verzekering bij hem af te sluiten heeft ontvangen.
- 8.4. Artikel A.4.4 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering (2012) bepaalt dat de verzekering één volledig kalenderjaar duurt. De verzekering wordt telkens automatisch van jaar tot jaar verlengd. Dit wordt jaarlijks aan de verzekerde medegedeeld samen met de wijzigingen, voordat

de verlenging ingaat. De verzekerde heeft dan de gelegenheid zijn verzekering te wijzigen of te beëindigen.

- 8.5. Artikel A.7 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering (2012), dat de hoogte van de premie en kosten regelt, luidt voor zover hier van belang:

*"A.7.1. Kosten*

*Voor de verzekering moet u (verzekeringnemer) aan ons de volgende kosten betalen:*

- a. de premie;*
  - b. de bedragen die op grond van wettelijke regelingen voor uw rekening komen / blijven (zoals eigen risico, eigen bijdragen, overschrijding van vastgestelde maximale vergoedingen);*
  - c. bedragen voor verzekerde zorg die wij u bij rechtstreekse betaling aan uw zorgverlener hebben voorgesloten.*
  - d. eventuele toeslagen en andere kosten. Hieronder valt een bedrag dat wij extra bij u (verzekeringnemer) in rekening brengen als u de kosten die u aan ons moet betalen, niet betaalt via automatische afschrijving van uw rekening.*
- Onder kosten verstaan we niet incassokosten die wij moeten maken als u te laat of niet betaalt.*

*(...)*

*A.7.3. Hoogte van de premie*

*De premie die is genoemd in artikel A.7.1. onder a. en die u (verzekeringnemer) aan ons moet betalen, is gelijk aan de premiegrondslag - dit is de brutopremie - waarvan de volgende kortingen als die van toepassing zijn, worden afgetrokken:*

- a. korting als u hebt gekozen voor vrijwillig eigen risico;*
- b. collectiviteitskorting;*
- c. korting als u uw premie voor een langere periode vooruit betaalt dan één kalendermaand (betaaltermijnkorting).*

*(...)"*

- 8.6. Artikel A.8 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering (2012) regelt de betaling van premie en kosten. Hierin is onder meer bepaald dat de verzekeringnemer verantwoordelijk is voor de volledige en tijdige betaling van de verschuldigde bedragen.
- 8.7. In de polisvoorwaarden van 2009, 2010 en 2011 zijn vergelijkbare bepalingen opgenomen.
- 8.8. De artikelen A.2.11, A.4.1, A.4.4, A.7.1, A.7.3 en A.8 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering zijn volgens artikel A.2.3 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering (2012) gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.9. Artikel 9 Zvw regelt dat de ziektekostenverzekeraar de verzekeringnemer zo spoedig mogelijk na het sluiten van de zorgverzekering en vervolgens voorafgaande aan ieder kalenderjaar een zorgpolis verstrekt. Artikel 16 Zvw bepaalt dat de verzekeringnemer premie verschuldigd is. Artikel 17 Zvw bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar, voor iedere variant van de zorgverzekering die hij aanbiedt, de grondslag van de premie en de bij die variant behorende premiekorting vaststelt. Artikel 18 Zvw regelt de mogelijkheid van een korting op de grondslag van de premie op basis van een collectieve overeenkomst. In artikel 19 Zvw is bepaald dat iedere verzekerde van achttien jaar of ouder een verplicht eigen risico per kalenderjaar heeft.

- 8.10. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

**Ten aanzien van het aangaan van de verzekeringsovereenkomst met de ziektekostenverzekeraar**

- 9.1. Vaststaat dat verzoeker eind 2008 heeft beoogd een zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering met een premie van in totaal € 85,99 per maand af te sluiten bij [naam collectiviteit].  
De commissie is gebleken dat [naam collectiviteit] bemiddelt tussen de ziektekostenverzekeraar en potentiële nieuwe verzekerden bij het sluiten van een zorgverzekering en eventuele aanvullende ziektekostenverzekeringen. Als zodanig treedt [naam collectiviteit] op namens de deelnemers. Het verzekerde risico wordt ondergebracht bij de ziektekostenverzekeraar. De deelnemers vallen onder een collectieve overeenkomst tussen [naam collectiviteit] en de ziektekostenverzekeraar, uit hoofde waarvan zij aanspraak hebben op een korting op de verschuldigde premie. [Naam collectiviteit] treedt niet zelf op als ziektekostenverzekeraar.
- 9.2. Verzoeker heeft eind 2008 een polisblad ontvangen van de ziektekostenverzekeraar voor een individuele zorgverzekering en een individuele aanvullende ziektekostenverzekering. De totale premie hiervoor bedroeg € 126,06. Op dit polisblad is duidelijk vermeld dat de verzekering is afgesloten bij de ziektekostenverzekeraar en dat deze niet via [naam collectiviteit] loopt. Zo is er geen naam van de collectiviteit of een collectiviteitsnummer vermeld, en blijkt niet van een premiekorting als bedoeld in artikel A.7.3 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. In de procedure is gesteld noch gebleken dat verzoeker dit polisblad niet (tijdig) heeft ontvangen, zodat hij met het voorgaande bekend mocht worden verondersteld. Indien verzoeker destijds van mening was dat hem ten onrechte een polisblad voor een verzekering werd toegestuurd door een partij met wie hij geen overeenkomst wilde aangaan, had het op zijn weg gelegen per omgaande contact op te nemen met de ziektekostenverzekeraar dan wel de verzekering per omgaande te beëindigen. Hiervan is echter in de onderhavige procedure niet gebleken.  
Wel heeft verzoeker eind 2008 telefonisch contact gehad met zowel de [naam collectiviteit] als de ziektekostenverzekeraar, maar dit had enkel betrekking op de hoogte van de gefactureerde premie. In de procedure is niet gebleken dat verzoeker de intentie had de tot stand gekomen verzekeringsovereenkomst op te zeggen.
- 9.3. Deze conclusie wordt bevestigd door het feit dat verzoeker de premie voor de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering (deels) heeft betaald aan de ziektekostenverzekeraar. Ook zijn diverse zorgkosten ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering ten behoeve van verzoeker vergoed. Het bestaan van de verzekeringsovereenkomst tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar staat hiermee voldoende vast. Derhalve wordt thans toegekommen aan de vraag naar de hoogte van de premie voor de afgesloten verzekering.

**Ten aanzien van de hoogte van de premie**

- 9.4. De ziektekostenverzekeraar brengt volgens verzoeker een telkens wisselende en bovendien te hoge premie in rekening aangezien hij een overeenkomst is aangegaan voor een zorgverzekering én een aanvullende ziektekostenverzekering voor € 85,99 per maand. De commissie overweegt ten aanzien hiervan als volgt.  
Uit de door verzoeker overgelegde flyer van [naam collectiviteit] blijkt niet dat voornoemd bedrag ziet op een all-in prijs voor zowel de zorgverzekering als de aanvullende ziektekostenverzekering. Daarbij komt dat op het aanvraagformulier diverse aanvullende ziektekostenverzekeringen zijn vermeld die elk een eigen pakket met aanspraken hebben en waarvoor dus verschillende premies zijn verschuldigd. De stelling van verzoeker dat door de ziektekostenverzekeraar van meet af aan een te hoge premie is berekend omdat een premie van € 85,99 per maand was overeengekomen, zal daarom worden gepasseerd.
- 9.5. Waar het gaat om de vraag of sprake is geweest van een telkens wisselende premie, zoals door verzoeker is gesteld, geldt het volgende. Met ingang van 1 januari 2009 is een bedrag van in totaal € 126,06 bij verzoeker in rekening gebracht als de verschuldigde premie per maand voor de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. Met ingang van 1 april 2009 is dit bedrag gesteld op € 116,06, omdat de dekking voor tandartskosten in de aanvullende ziektekostenverzekering was verlaagd.  
Met ingang van 1 januari 2010 is een bedrag van € 118,89 bij verzoeker in rekening gebracht. Deze premiewijziging betreft de aanpassing die ieder jaar met ingang van 1 januari kan plaatsvinden. De ziektekostenverzekeraar dient zijn verzekerde hierover te informeren, samen met de wijzigingen in het verzekerde pakket, voordat de verlenging van de verzekeringsovereenkomst ingaat. De verzekerde heeft dan de gelegenheid zijn verzekering te wijzigen of te beëindigen. In de onderhavige situatie is niet gebleken dat verzoeker niet tijdig is geïnformeerd over de premiewijziging.  
Met ingang van 1 januari 2011 is de premie gewijzigd in € 130,39. Ook dit betreft de jaarlijkse aanpassing zoals hierboven genoemd.  
Met ingang van 1 mei 2011 is de premie gewijzigd in € 97,29, omdat de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker per die datum is beëindigd.  
Met ingang van 1 oktober 2011 is de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker hersteld en is de collectiviteitskorting alsnog toegepast op de maandpremie. De maandpremie bedraagt daarom sindsdien € 120,70.  
Met ingang van 1 januari 2012 is de premie gewijzigd in € 126,64. Dit betreft de jaarlijkse aanpassing zoals eerder genoemd.  
Met ingang van 1 maart 2012 is de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker beëindigd. De premie bedraagt daarom sindsdien € 100,91.
- 9.6. Gezien voorgaande weergave van de aanpassingen van de maandpremie vanaf 1 januari 2009, concludeert de commissie dat al deze aanpassingen terecht hebben plaatsgevonden en dat zij aldus voldoende zijn verklaard.
- 9.7. Op grond van de indertijd door verzoeker beoogde collectieve verzekering heeft hij aanspraak op een zogenoemde collectiviteitskorting op de premie van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 14 september 2011 aan verzoeker medegedeeld dat hij met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2009 onder het collectieve contract van [naam collectiviteit] wordt gebracht, zodat dit punt thans niet meer in geschil is.



- 9.8. De, als gevolg van de onder punt 9.7 bedoelde correctie, teveel betaalde premie over de periode van 1 januari 2009 tot en met 1 mei 2011 is inmiddels verrekend met de openstaande premie naar aanleiding van het met terugwerkende kracht herstellen van de aanvullende ziektekostenverzekering en andere nog openstaande (premie)bedragen. Het is derhalve correct dat verzoeker geen nabetaling heeft ontvangen. Voor zover door [naam collectiviteit] op dit punt een toezegging is gedaan, geldt dat deze buiten de beoordeling van het onderhavige geschil valt.

#### **Ten aanzien van de hoogte van de betalingsachterstand**

- 9.9. Bij brief van 29 juni 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar de Ombudsman Zorgverzekeringen medegedeeld dat de betalingsachterstand op dat moment € 626,24 bedraagt. Bij brief van 15 oktober 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie medegedeeld dat de achterstand op dat moment € 588,42 bedraagt, omdat hij na correctie van enige betalingen een bedrag van € 37,82 aan incassokosten en vertragingsrente achteraf ten onrechte in rekening had gebracht. De achterstand bestaat uit de verschuldigde maandpremie over de maanden maart en april 2012, twee bedragen die de ziektekostenverzekeraar ten behoeve van verzoeker heeft “voorgeschoten” aan een zorgverlener, en drie bedragen die betrekking hebben op het door verzoeker verschuldigde eigen risico. In deze betalingsachterstand is de aan de incassogemachtigde overgedragen vordering niet meegenomen.
- 9.10. Door de ziektekostenverzekeraar is een vordering ter zake van de verschuldigde maandpremie over de maanden december 2011 en februari 2012 ten bedrage van in totaal € 221,61, exclusief rente en incassokosten, overgedragen aan de incassogemachtigde.
- 9.11. Verzoeker is in de gelegenheid gesteld te reageren op de door de ziektekostenverzekeraar aldus onderbouwde vordering. Van de geboden mogelijkheid heeft verzoeker geen gebruik gemaakt. Evenmin heeft hij betalingsbewijzen overgelegd waaruit blijkt dat hij de betreffende bedragen heeft voldaan. Derhalve heeft de door de ziektekostenverzekeraar berekende betalingsachterstand van € 810,03 (€ 588,42 + € 221,61), exclusief rente en incassokosten, als juist te gelden.

#### **Conclusie**

- 9.12. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 3 april 2013,

Voorzitter