

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C te D
Zaak : Premie, betalingsachterstand, aanmelding CVZ
Zaaknummer : 2013.01568
Zittingsdatum : 30 oktober 2013

1. Partijen

De heer 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 [naam zorgverzekeraar] Zorg Samen Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Tevens heeft verzoeker bij de zorgverzekeraar ten behoeve van één andere persoon een zorgverzekering afgesloten. Verder was ten behoeve van verzoeker en de door hem verzekerde persoon bij de zorgverzekeraar de gratis aanvullende ziektekostenverzekering Rechtshulpverzekering Medische Zorg afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil, en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker is op 13 maart 2012 in staat van faillissement verklaard.
- 3.2. Op 13 november 2012 is het faillissement opgeheven wegens gebrek aan baten.
- 3.3. Bij brief van 28 januari 2013 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van twee of meer maanden.
- 3.4. Bij brief van 6 april 2013 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van vier of meer maanden.
- 3.5. De zorgverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 23 april 2013 medegedeeld dat de betalingsachterstand € 2.656,78 bedraagt.
- 3.6. Verzoeker heeft zich op 28 april 2013 bij de zorgverzekeraar beklagd over de onder 3.5 genoemde betalingsachterstand.
- 3.7. Verzoeker heeft zich op 12 juni 2013 tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (hierna: SKGZ) gewend.

- 3.8. Bij brief van 13 juni 2013 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van zes of meer maanden, en dat hij is aangemeld bij het College voor zorgverzekeringen (hierna: CVZ).
- 3.9. Bij brief van 21 juni 2013 heeft de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar verzoeker aangemaand voor de openstaande vordering van € 6.086,25, inclusief kosten en rente.
- 3.10. Verzoeker heeft meermalen aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormeld standpunt gevraagd. Bij brief van 11 juli 2013 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.11. Bij e-mailberichten van 14 en 19 juli 2013 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de betalingsachterstand correct te berekenen, de onder 3.8 genoemde brief in te trekken, en hem af te melden bij het CVZ (hierna: het verzoek).
- 3.12. 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.
- 3.13. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 21 augustus 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 3 september 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.14. Verzoeker heeft op 11 september 2013 gereageerd op het in overweging 3.13 bedoelde standpunt van de zorgverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is aan de wederpartij gezonden.
- 3.15. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 23 september 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 29 oktober 2013 telefonisch medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.16. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 30 oktober 2013 telefonisch gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. De zorgverzekeraar stelt zich ten onrechte op het standpunt dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van zes of meer maanden. Hij is ten onrechte overgegaan tot aanmelding bij het CVZ.
- 4.2. Op 13 maart 2012 is het faillissement van verzoeker uitgesproken. In verband daarmee zijn door de zorgverzekeraar bedragen kwijtgescholden. Dit blijkt uit een overzicht van 23 april 2013, behorende bij een brief van de zorgverzekeraar van dezelfde datum aan verzoeker, waarin op pagina 2 daarvan staat vermeld dat op 24 april 2012 een bedrag van € 199,02 onderscheidenlijk € 2.706,21 en op 5 september 2012 een

bedrag van € 219,16 is kwijtgescholden. Het faillissement is op 13 november 2012 opgeheven.

- 4.3. Verzoeker verklaart verder dat met de zorgverzekeraar in het kader van het faillissement is overeengekomen dat een betalingsregeling mogelijk was die langer dan acht maanden zou duren. Dit moest schriftelijk worden aangevraagd, hetgeen verzoeker heeft gedaan. De zorgverzekeraar heeft echter noch de overeengekomen betalingsregeling bevestigd, noch medegedeeld dat het aanbod daartoe was vervallen. Verzoeker stelt dat zodoende in 2012 een betalingsregeling is getroffen voor de gehele achterstand, dus na aftrek van de kwijtgescholden bedragen. Deze regeling hield in maandelijkse betaling van een bedrag van € 50,89 gedurende 36 achtereenvolgende maanden.
- 4.4. De zorgverzekeraar heeft verzoeker op 12 juni 2013 telefonisch medegedeeld dat geen nieuwe betalingsregeling werd getroffen, en dat de verschuldigde bedragen van vóór het faillissement weer in rekening werden gebracht. Hierbij betrof het ook de bedragen die eerder waren kwijtgescholden door de zorgverzekeraar. Verzoeker bestrijdt deze gang van zaken. Kwijtgescholden bedragen kunnen niet opnieuw worden opgevoerd.
- 4.5. Verzoeker voert voorts aan dat hij tijdig een klacht heeft ingediend over de vermeende premieachterstand. De zorgverzekeraar heeft hem in de periode dat deze klacht in behandeling was, aangemeld bij het CVZ. De aanmelding was enkel om deze reden al niet mogelijk.
- 4.6. In 2012 is door de zorgverzekeraar € 203,58 gestort op een rekening die was geblokkeerd vanwege het faillissement. Dit was bovendien niet de rekening van waar het bedrag was betaald. Verzoeker stelt de zorgverzekeraar aansprakelijk voor het zoekraken van genoemd bedrag. Tevens rekent de zorgverzekeraar betalingen van verzoeker toe aan andere posten dan waarvoor deze zijn bedoeld. Hierdoor is een financieel warrig beeld ontstaan. Voorts werd op enig moment door de zorgverzekeraar geweigerd een betalingsregeling te treffen omdat de WSNP op verzoeker van toepassing zou zijn. Er was echter geen sprake van een WSNP-traject, maar van een faillissement. In dat kader is overigens door de zorgverzekeraar geen opgave van de volledige betalingsachterstand aan de curator gedaan. Verzoeker concludeert dat de zorgverzekeraar onzorgvuldig en incorrect heeft gehandeld.
- 4.7. Verzoeker is verheugd dat de zorgverzekeraar uiteindelijk is overgegaan tot afmelding bij het CVZ. De hoogte van de betalingsachterstand is evenwel nog onderwerp van geschil. Verzoeker verklaart weinig financiële mogelijkheden te hebben, maar desalniettemin bereid te zijn een betalingsregeling te treffen.
- 4.8. Ter zitting is door verzoeker zijn standpunt herhaald. Voorts is door hem ter aanvulling aangevoerd dat hij vijf maanden na het opheffen van het faillissement een financieel overzicht van de zorgverzekeraar heeft ontvangen waaruit bleek dat de kwijtgescholden vorderingen opnieuw werden opgevoerd. Hierover is gesproken met een medewerkster van de zorgverzekeraar, en de uitkomst van dit contact was dat overeenstemming bestond over de hoogte van de betalingsachterstand. Verzoeker zou circa € 2.100,-- moeten voldoen. Wel was er nog discussie over het teruggestorte bedrag van € 203,58. Enige tijd later volgde de aanmelding bij het CVZ. Verzoeker zag

zich hierdoor gedwongen de procedure bij de commissie te starten.

4.9. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. Op 24 april 2012 is het interne openstaande saldo aan de curator van verzoeker doorgegeven. Tevens is verwezen naar het incassobureau. Laatstgenoemde heeft opgave gedaan van de dossiers 907138918 en 010062963. Op 24 april 2012 is € 2.706,21 afgeboekt. Later is nog € 199,02 afgeboekt; ook dit bedrag viel in het faillissement. Op 12 juni 2012 heeft de financiële afdeling contact gehad met de curator. Deze gaf aan dat het faillissement van verzoeker was opgeheven wegens gebrek aan baten. Op grond van de Faillissementswet werd de gehele vordering weer opeisbaar. Om die reden zijn de afgeboekte bedragen weer open gezet.
- 5.2. Op 16 augustus 2012 is een betalingsregeling getroffen voor het bedrag van € 1.033,40, bestaande uit betaling van 20 maandelijkse termijnen van € 50,89. Deze betalingsregeling is per 1 maart 2013 beëindigd, omdat verzoeker zijn betalingsverplichtingen niet nakwam.
- 5.3. Verzoeker is per 1 juni 2013 aangemeld bij het CVZ. Op 28 april 2013 gaf hij aan de vordering te betwisten. Gelet op artikel 18b lid 1 Zvw had verzoeker niet mogen worden aangemeld. De zorgverzekeraar biedt verzoeker hiervoor zijn excuses aan. Het CVZ is opdracht gegeven de aanmelding met terugwerkende kracht te laten vervallen. De reeds betaalde bestuursrechtelijke premie zal worden terugbetaald aan verzoeker. Over de periode dat sprake was van aanmelding bij het CVZ, wordt de nominale premie bij verzoeker in rekening gebracht.
- 5.4. Op 18 juni 2013 is een vordering overgedragen aan het incassobureau. In dit dossier is door verzoeker een aantal betalingen verricht. Omdat de vordering is overgedragen nadat verzoeker het geschil aanhangig maakte bij de SKGZ, is besloten het incassodossier uit coulance te sluiten. De incassokosten neemt de zorgverzekeraar voor zijn rekening.
- 5.5. Naar de stand van 21 augustus 2013 bedraagt de betalingsachterstand € 5.689,16. Dit bedrag bestaat uit de vordering die was overgedragen aan de incassogemachtigde (€ 5.080,04) en de premie voor de periode juni 2013 tot en met augustus 2013 (€ 609,12).
- 5.6. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het bedrag van € 203,58 volledig ten goede van verzoeker is gekomen. Er is € 143,46 overgemaakt naar het juiste rekeningnummer, en € 60,12 is verrekend met het eigen risico. In het laatste financiële overzicht is dit correct verwerkt. Voorts stelt de zorgverzekeraar dat in verband met het faillissement enkele vorderingen tijdelijk waren afgeboekt. Deze vorderingen zijn ingediend bij de curator. Het faillissement is opgeheven wegens gebrek aan baten en hierdoor zijn deze vorderingen weer herleefd.
- 5.7. 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 10 van de zorgverzekering (2012-2013) is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. Het bestaan van de onder 2.1 omschreven verzekeringsrelatie, het verschuldigd zijn van de premie voor de zorgverzekering, en de hoogte van de periodiek verschuldigde premie voor de zorgverzekering zijn niet in geschil.
In geschil zijn de door de zorgverzekeraar genoemde betalingsachterstand en de aanmelding bij het CVZ.

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 3 van de zorgverzekering is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.
- 8.3. 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 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 zorgverzekeraar), 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.
- 8.4. Voor zover hier van belang, bepalen de artikelen 18b en 18c Zvw 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.

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 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;

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.”

- 8.5. Uit de memorie van toelichting op het Wetsvoorstel Structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering (TK 2008-2009, 31736, nr. 3, pag. 28) kan worden afgeleid dat de premieachterstand als bedoeld in de artikelen 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 18b en 18c Zvw uitsluitend de *premie voor de zorgverzekering* van belang.

- 8.6. Artikel 6:160 BW luidt, voor zover hier van belang:

“1. Een verbintenis gaat teniet door een overeenkomst van de schuldeiser met de schuldenaar, waarbij hij van zijn vorderingsrecht afstand doet.

2. Een door de schuldeiser tot de schuldenaar gericht aanbod tot afstand om niet geldt als aanvaard, wanneer de schuldenaar van het aanbod heeft kennisgenomen en het niet onverwijld heeft afgewezen.

(...)”

9. Beoordeling van het geschil

Aanmelding CVZ

- 9.1. De zorgverzekeraar heeft verzoeker op 24 mei 2013 aangemeld bij het CVZ, waarvoor hij vanaf 1 juni 2013 de bestuursrechtelijke premie verschuldigd is. Verzoeker is tegen deze beslissing opgekomen.

- 9.2. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 21 augustus 2013 verklaard dat verzoeker niet had mogen worden aangemeld bij het CVZ, gelet op artikel 18b lid 1 Zvw. Verzoeker wordt daarom met terugwerkende kracht afgemeld. De commissie stelt vast dat zodoende de aanmelding bij het CVZ niet langer in geschil is.
- 9.3. De zorgverzekeraar is gehouden de met de aanmelding voor verzoeker gepaard gaande financiële gevolgen ongedaan te maken. Dit betekent dat de zorgverzekeraar aan 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 en (wordt) geïnd, een en ander vanaf 1 juni 2013, 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.

Hoogte betalingsachterstand

- 9.4. Door de zorgverzekeraar is een financieel overzicht, gedateerd 20 augustus 2013, overgelegd. Hieruit blijkt dat naar de stand van die datum sprake is van een betalingsachterstand van € 5.689,16. Dit bedrag ziet op premie voor de zorgverzekering, acceptgirokosten, administratiekosten en zorgkosten. Verzoeker bestrijdt de hoogte van de betalingsachterstand. Hiertoe is door hem aangevoerd dat de zorgverzekeraar in het kader van het faillissement bedragen heeft kwijtgescholden. Ter ondersteuning van zijn stelling heeft verzoeker een brief van de zorgverzekeraar van 23 april 2013 overgelegd. Bij deze brief is een financieel overzicht gevoegd. Op dit overzicht is vermeld dat een drietal bedragen is kwijtgescholden. Het totaal hiervan bedraagt € 3.124,39 (€ 199,02 + € 2.706,21 + € 219,16). De zorgverzekeraar heeft gesteld dat genoemde bedragen in het kader van het faillissement zijn afgeboekt, maar later – door de opheffing van het faillissement – weer open zijn gezet. De commissie is van oordeel dat genoemd totaalbedrag niet langer bij verzoeker in rekening kan worden gebracht. Uit de brief blijkt ongeclausuleerd dat sprake is van kwijtschelding, en kwijtgescholden bedragen kunnen niet op een later moment alsnog in rekening worden gebracht (artikel 6:160 BW). Dit betekent dat genoemd bedrag in mindering moet worden gebracht op de openstaande vordering.
- 9.5. Uit het financiële overzicht blijkt verder dat verzoeker over de periode van 1 januari 2009 tot en met 31 augustus 2013 totaal € 10.646,25 is verschuldigd ter zake van premie, acceptgirokosten, administratiekosten en zorgkosten. In voornoemde periode is door verzoeker totaal € 5.160,67 aan betalingen uitgevoerd. Dat meer of andere betalingen zijn gedaan is door hem niet aannemelijk gemaakt, hoewel dit op zijn weg lag. Voorts is door de zorgverzekeraar op 3 juli 2012 € 203,58 aan verzoeker gestort. Met betrekking hiertoe merkt de commissie op dat genoemd bedrag afwijkt van hetgeen verzoeker enige tijd eerder had betaald. Daarbij is het overgemaakt op het bij de zorgverzekeraar bekende rekeningnummer, zodat sprake was van bevrijdende beta-

ling. Indien verzoeker wenste dat door de zorgverzekeraar een ander rekeningnummer werd gehanteerd, lag het op zijn weg de zorgverzekeraar hierover te informeren. Naar ter zitting is gebleken werd aan verzoeker tevens een betaling gedaan van € 143,46, en is een bedrag van € 60,12 verrekend met het eigen risico. Hieruit volgt dat, nu feitelijk sprake is van een dubbele betaling, in totaal € 203,58 onverschuldigd werd betaald. Verzoeker zal dit bedrag moeten restitueren.

In het overzicht van 3 juli 2012 zijn bedragen van € 203,58 en € 60,12 opgevoerd als door de zorgverzekeraar ontvangen, naar het oordeel van de commissie ten onrechte. Aangezien correctie hiervan in het nadeel van verzoeker zou zijn, en van de zorgverzekeraar als professionele partij mag worden verwacht dat deze een deugdelijke administratie voert, zal het totaal der ontvangen bedragen worden gesteld op € 5.160,67.

Het onder 9.4 genoemde kwijtgescholden bedrag – te weten € 3.124,39 – dient nog in mindering te worden gebracht op eerdergenoemd verschuldigd bedrag.

Derhalve is naar de stand van 20 augustus 2013 sprake van een betalingsachterstand van € 2.564,77 ($€ 10.646,25 - € 5.160,67 + € 203,58 - € 3.124,39$). Genoemd bedrag is exclusief de onder 9.3 bedoelde, nog bij verzoeker in rekening te brengen nominale premie.

Van een betalingsregeling zoals door verzoeker is gesteld, is in de procedure niet gebleken. Met name over de hoogte van de hoofdsom en het aantal termijnen heeft kennelijk nimmer de noodzakelijk overeenstemming bestaan tussen verzoeker en de zorgverzekeraar.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.7. Aangezien het verzoek 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.
 - 10.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 6 november 2013,

Voorzitter