

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak : Premie, betalingsachterstand, aanmelding CVZ, beëindiging
verzekering, schadevergoeding
Zaaknummer : 2013.01854
Zittingsdatum : 4 december 2013

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 2011-2013, artt. 2, 5 en paragraaf 3.3 Zvw, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011-2013, artt. 3:37, 6:217 BW)

1. Partijen

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

tegen

1) C te E en

2) D te E

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Verzoeker is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Basispolis Basic (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering AV Tand Compact 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).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft op 16 november 2011 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 januari 2012.
- 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker een polisblad, gedateerd 18 november 2011, gezonden waaruit blijkt dat de ingangsdatum van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering 16 november 2011 is.
- 3.3. Bij brief van 28 februari 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar 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 16 april 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van vier of meer maanden.
- 3.5. Bij brief van 12 juni 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar 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).

- 3.6. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde standpunten gevraagd. Bij brief van 12 juni 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunten te handhaven.
- 3.7. Bij klachtenformulier van 12 juli 2013 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de ingangsdatum van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering te wijzigen in 1 januari 2012, de onder 3.3-3.5 genoemde brieven in te trekken, hem af te melden bij het CVZ, een schadevergoeding toe te kennen, en te bepalen dat met ingang van 1 mei 2013 niet langer sprake is van een verzekeringsovereenkomst tussen hem en de ziektekostenverzekeraar (hierna: het verzoek).
- 3.8. 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.
- 3.9. Bij brief van 25 september 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker een betalingsherinnering gezonden voor een bedrag van € 1.461,77 ter zake van achterstallige premie, incassokosten en toeslag betaalwijze. Bij brief van gelijke datum is aan verzoeker een betalingsherinnering gezonden voor een bedrag van € 333,52 ter zake van zorgkosten.
- 3.10. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 27 september 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 oktober 2013 aan verzoeker gezonden, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Van de geboden mogelijkheid heeft verzoeker geen gebruik gemaakt.
- 3.11. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 21 oktober 2013 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 27 november 2013 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.12. Verzoeker is op 4 december 2013 in persoon gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker kampt met sociale, lichamelijke en psychiatrische problemen. In de periode van januari 2012 tot juli 2013 had hij geen vaste woon- of verblijfplaats; hij had geen grip meer op zijn leven en verkeerde in een overmachtsituatie. Vanaf 2 juli 2013 is verzoeker ingeschreven in de Gemeentelijke Basisadministratie (hierna: GBA). Hij probeert thans zijn leven weer op de rit te krijgen.
- 4.2. Op 16 november 2011 heeft verzoeker een aanvraag ingediend voor de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 januari 2012. Op 30 november 2011 ontving verzoeker het polisblad van de ziektekostenverzekeraar, waaruit bleek dat hij met ingang van 16 november 2011 was ingeschreven. De reden voor deze afwijkende datum was volgens de ziektekostenverzekeraar dat verzoeker

tot dat moment onverzekerd was en dat daarom de aanvraagdatum als ingangsdatum werd gehanteerd.

- 4.3. Verzoeker verklaart zich niet aan de indruk te kunnen onttrekken dat het polisblad door de ziektekostenverzekeraar bewust pas twaalf dagen na dagtekening is verzonden. Toen was immers de wettelijke termijn voor beëindiging al bijna verstreken. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar na ontvangst van het polisblad medegedeeld dat hij destijds niet in de GBA stond ingeschreven en dat zodoende de ingangsdatum van 16 november 2011 onjuist is. De ziektekostenverzekeraar had hem, conform zijn verzoek, met ingang van 1 januari 2012 moeten verzekeren tegen ziektekosten. Naar aanleiding hiervan volgde een maandenlange discussie. In die periode is een premieachterstand ontstaan en is de ziektekostenverzekeraar overgegaan tot aanmelding van verzoeker bij het CVZ. Deze aanmelding is ten onrechte geschied, aangezien de ziektekostenverzekeraar hem nimmer heeft ingelicht over de hoogte van de premieachterstand en het voornemen tot aanmelding bij het CVZ. Verzoeker stelt verder dat geen sprake was van een premieachterstand van minimaal zes maanden.
- 4.4. Bij brief van 27 maart 2013 deelde de ziektekostenverzekeraar verzoeker mede dat de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 mei 2013 zouden worden beëindigd, omdat hij niet stond ingeschreven in de GBA en zodoende niet verplicht was zich te verzekeren tegen ziektekosten. Verzoeker bestrijdt deze beslissing. In 2011 kon hij immers wél met terugwerkende kracht verzekerd worden, ondanks dat hij niet stond ingeschreven in de GBA, en in 2013 zijn de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering juist beëindigd op de grond dat hij niet is ingeschreven in de GBA. Dit is incorrect en inconsistent. Het opnieuw afsluiten van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering bleek op dat moment niet mogelijk. Volgens de ziektekostenverzekeraar was hiervoor namelijk inschrijving in de GBA vereist.
- 4.5. Gelet op zijn gezondheidssituatie, wenste verzoeker ook na 1 mei 2013 verzekerd te zijn tegen ziektekosten. Als oplossing voor het ontstane probleem heeft hij zich met ingang van 2 juli 2013 in de GBA laten inschrijven op een adres van een familielid en met ingang van die datum noodgedwongen een zorgverzekering afgesloten bij een andere verzekeraar. In de periode van mei tot juli 2013 was zodoende sprake van onverzekerdheid en had verzoeker geen toegang tot zorg. Hierdoor heeft verzoeker via alternatieve kanalen de voor hem noodzakelijke medicijnen moeten aanschaffen en is zijn gezondheid blijvend verslechterd. Dit is de ziektekostenverzekeraar aan te rekenen.
- 4.6. Op 12 juli 2013 deelde de ziektekostenverzekeraar verzoeker mede dat de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 mei 2013 weer van kracht waren en dat de verzekering bij de andere verzekeraar was beëindigd. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte hiertoe is overgegaan. Destijds werd op zijn herhaalde verzoek de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering te herstellen, immers niet ingegaan.
- 4.7. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar niet conform de geldende wet- en regelgeving heeft gehandeld. Van meet af aan was duidelijk dat hij niet stond ingeschreven in de GBA. Vanaf 1 mei 2013 is geen sprake (meer) van een verzekeringsovereenkomst tussen hem en de ziektekostenverzekeraar. Zodoende

bestaat vanaf die datum ook geen verplichting tot premiebetaling. Verzoeker is financieel benadeeld door de ziektekostenverzekeraar en wenst hiervoor compensatie te ontvangen. Deze dient in ieder geval te bestaan uit vergoeding van een bedrag van € 575,--, zijnde de kosten van medicijnen en van een behandeling – inclusief reiskosten – die zijn gemaakt in mei en juni 2013.

4.8. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij bij het indienen van de aanvraag heeft aangegeven dat hij geen vast woonadres had, en dat hij op dat moment niet was verzekerd tegen ziektekosten. Hij is een jaar lang onverzekerd geweest en heeft toen alle kosten zelf gedragen. Verzoeker heeft nadrukkelijk verzocht de zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering op 1 januari 2012 te laten ingaan. De ziektekostenverzekeraar int echter tevens de premies voor de maanden november en december 2011. Verzoeker stelt dit vreemd te vinden. Het CVZ legt bij onverzekerdheid een boete op; het is niet aan de ziektekostenverzekeraar op dit punt een eigen beleid te voeren. De aanmelding bij het CVZ is zodoende ten onrechte geschied, aangezien de premies voor de maanden november en december 2011 niet zijn verschuldigd en deze zodoende niet mogen worden meegenomen in de berekening van de achterstand. Voorts stelt verzoeker dat hij er tijdens een bezoek aan de apotheek achter is gekomen dat de ziektekostenverzekeraar de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering vanaf 1 mei 2013 had beëindigd met als reden dat hij geëmigreerd zou zijn. Verzoeker heeft daarna getracht zich elders te verzekeren tegen ziektekosten. Tot slot verklaart verzoeker dat hij de premie niet heeft voldaan, omdat hem door de ziektekostenverzekeraar geen oplossing werd aangeboden.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Verzoeker heeft zich op 16 november 2011 aangemeld voor de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. Omdat hij op dat moment niet verzekerd was tegen ziektekosten, is de datum van aanmelding als ingangsdatum gehanteerd. Dit is conform artikel 2 lid 1 Zvw.

5.2. Op 18 november 2011 is het polisblad met begeleidend schrijven verzonden naar het adres dat door verzoeker bij de aanmelding was vermeld. Verzoeker had de mogelijkheid de aanmelding binnen veertien dagen na ontvangst van de polis te beëindigen. Hiervan heeft hij geen gebruik gemaakt.

5.3. De hoofdregel is dat Nederlands ingezetenen verplicht verzekerd zijn krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (hierna: AWBZ). Om te bepalen of iemand Nederlands ingezetene is, kan de GBA als hulpmiddel worden gebruikt. De GBA is echter niet leidend voor de zorgverzekeringsplicht. De situatie wordt naar de feitelijke omstandigheden beoordeeld. Regelmatig vinden controles plaats inzake het recht op inschrijving. Bij de eerste controle van de gegevens van verzoeker werd de melding ontvangen dat verzoeker als “geëmigreerd” stond geregistreerd in de GBA. Bij verificatie van de gegevens bleek verzoeker wel te zijn geregistreerd met een adres in de GBA, en is hij opnieuw ingeschreven.

- 5.4. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de hernieuwde inschrijving is gedaan op basis van een melding van de GBA. Vanaf 2 juli 2013 staat verzoeker met een geldig adres geregistreerd in de GBA. Aangezien verzoeker een premieachterstand had, zijn de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht hersteld. De door verzoeker bij de andere verzekeraar afgesloten verzekering is beëindigd. Naar de stand van 27 september 2013 is geen sprake van aanmelding bij het CVZ, en de betalingsachterstand bedraagt € 1.795,29. Genoemd bedrag bestaat uit € 1.461,77 ter zake van premie over de periode van 16 november 2011 tot 1 juni 2013, en € 333,52 ter zake van zorgkosten.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het onderhavige verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. In artikel 18 van de “Algemene Voorwaarden” van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering (2011-2013) en artikel 15 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2013) wordt voor geschillenbeslechting verwezen naar de commissie. Er is echter geen verwijzing naar de bevoegde rechter opgenomen, hoewel dit zou moeten. Dit maakt de bepaling waarin naar de commissie wordt verwezen op grond van de wet vernietigbaar. Om te voorkomen dat de commissie niet over de kwestie kan adviseren, omdat in de loop van de procedure tot vernietiging wordt besloten, en verzoeker zich (alsnog) tot de bevoegde rechter moet wenden, heeft de commissie verzoeker hierop bij brief van 22 juli 2013 gewezen. Verzoeker heeft de commissie bij brief van 23 juli 2013 bevestigd dat hij gebruik wil maken van de in de verzekeringsvoorwaarden geboden mogelijkheid een bindend advies te vragen aan de commissie. Hierdoor is in geval van vernietiging van bedoelde bepaling toch een formele basis aanwezig voor de bindende advisering.
7. Het geschil
- 7.1. In geschil zijn de ingangsdatum van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering, het bestaan van een verzekeringsrelatie ná 1 mei 2013, de hoogte van de premieachterstand, de aanmelding bij het CVZ, en de toekenning van een schadevergoeding.
8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving
- 8.1. Voor de beoordeling van het geschil tussen partijen zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. Ingevolge artikel 14 van de “Algemene Voorwaarden” van de zorgverzekering (2011-2013) is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.
- 8.3. De (wijze van) premiebetaling voor de aanvullende ziektekostenverzekering is geregeld in artikel 3 van de “Algemene Voorwaarden” van de aanvullende ziektekostenverzekering (2011-2013) en artikel 10 van de “Algemene Voorwaarden” van de aanvullende ziektekostenverzekering (2013). Hierbij is onder meer geregeld dat de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering bij vooruitbetaling is verschuldigd.

- 8.4. Artikel 5 van de “Algemene Voorwaarden” van de zorgverzekering (2011-2013) regelt dat de zorgverzekering ingaat op de datum die op het polisblad als ingangsdatum is vermeld. De ingangsdatum is de dag waarop door de ziektekostenverzekeraar het verzoek tot het sluiten van de verzekering is ontvangen, dan wel de datum waarop de gevraagde informatie is ontvangen indien voorheen geen Nederlandse zorgverzekering was gesloten. Voorts is in dit artikel bepaald dat de ingangsdatum op verzoek later kan zijn, indien de verzekeringnemer reeds op grond van een zorgverzekering is verzekerd.

Deze regeling is van overeenkomstige toepassing verklaard op de aanvullende ziektekostenverzekering (2011-2013).

- 8.5. Artikel 2 Zvw bepaalt dat degene die ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) van rechtswege is verzekerd, verplicht is zich krachtens een zorgverzekering te verzekeren of te laten verzekeren tegen het in artikel 10 Zvw bedoelde risico. Artikel 5 Zvw regelt het begin en einde van de zorgverzekering.
- 8.6. Artikel 5, sub a AWBZ bepaalt dat ingezetenen verzekerd zijn overeenkomstig de bepalingen van deze wet.
- 8.7. De “Algemene Voorwaarden” van de zorgverzekering zijn volgens artikel 4 (2011-2013) gebaseerd op de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering.
- 8.8. Artikel 16 Zvw regelt in welke gevallen voor de zorgverzekering geen premie verschuldigd is, en luidt, voor zover hier van belang, 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.”

- 8.9. Op 1 september 2009 is de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering (hierna: de Wsmwz) in werking getreden. Vanaf dat moment is onder meer aan de Zvw een nieuwe afdeling toegevoegd die de gevolgen regelt van het niet (tijdig) betalen van de premie voor de zorgverzekering. De wet voorziet in een aantal beoordelingsmomenten waarop de ziektekostenverzekeraar een aanbod, respectievelijk een mededeling moet doen aan de polishouder en/of de verzekerde. Is sprake van een premieschuld voor de zorgverzekering ter hoogte van zes of meer maandpremies, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, dan vindt in beginsel melding daarvan plaats aan het 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.

8.10. Voor zover hier van belang, bepalen de artikelen 18a, 18b en 18c Zvw het volgende:

“Artikel 18a

1. Uiterlijk tien werkdagen nadat ten aanzien van een zorgverzekering een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van twee maandpremies is geconstateerd, doet de zorgverzekeraar de verzekeringnemer een aanbod tot het treffen van een betalingsregeling.
2. De betalingsregeling bestaat ten minste uit de volgende elementen:
 - a. een machtiging van de verzekeringnemer aan de zorgverzekeraar tot maandelijks automatische incasso van nieuw vervallende termijnen van de premie dan wel een opdracht aan een derde van wie de verzekeringnemer periodieke betalingen ontvangt, om namens hem en onder inhouding van de desbetreffende bedragen op deze betalingen, periodiek rechtstreeks aan de zorgverzekeraar het bedrag van nieuw vervallende termijnen van de premie te betalen,
 - b. afspraken inzake de afwikkeling van de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden van de verzekeringnemer aan de zorgverzekeraar, inclusief rente en incassokosten, en de termijnen waarbinnen betaling zal plaatsvinden, en
 - c. een toezegging van de zorgverzekeraar, inhoudende dat hij de zorgverzekering of de dekking daarvan gedurende de looptijd van de betalingsregeling niet om reden van het bestaan van de schulden, bedoeld in onderdeel b, zal beëindigen, schorsen of opschorten, zolang de verzekeringnemer de machtiging of de opdracht, bedoeld in onderdeel a, niet intrekt en de afspraken, bedoeld in onderdeel b, nakomt.
3. Indien de verzekeringnemer een ander heeft verzekerd en ten aan zien van diens verzekering een premie-achterstand als bedoeld in het eerste lid is ontstaan, omvat het aanbod, bedoeld in het eerste lid, tevens een bereidverklaring opzegging van deze verzekering met ingang van de dag waarop de betalingsregeling van kracht wordt, te aanvaarden, mits:
 - a. de verzekerde zichzelf uiterlijk met ingang van dezelfde dag krachtens een andere zorgverzekering verzekerd heeft, en
 - b. deze, indien deze zorgverzekering bij dezelfde zorgverzekeraar is gesloten, terzake van de premie voor deze verzekering een volmacht of opdracht als bedoeld in het tweede lid, onderdeel a, heeft gegeven.
4. Tegelijk met het aanbod deelt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer schriftelijk mee dat deze een termijn van vier weken heeft om het te aanvaarden, waarbij de verzekeraar bovendien aangeeft wat de gevolgen zullen zijn indien het aanbod niet wordt aanvaard en de premieschuld, rente en incassokosten buiten beschouwing gelaten, tot zes of meer maandpremies zal zijn opgelopen, en wijst hij de verzekeringnemer op de mogelijkheid van 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 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.”

- 8.11. Uit de memorie van toelichting op het Wetsvoorstel Structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering (TK 2008-2009, 31736, nr. 3, pag. 28) kan worden afgeleid dat de premieachterstand als bedoeld in de artikelen 18a, 18b en 18c Zvw, ziet op de premieachterstand per zorgverzekering en niet per polis (waarop meerdere zorgverzekeringen c.q. verzekerden vermeld kunnen staan). Verder is voor toepassing van de regeling als opgenomen in de artikelen 18a, 18b en 18c Zvw uitsluitend de *premie voor de zorgverzekering* van belang

- 8.12. Artikel 6 van de Beleidsregel inning bestuursrechtelijke premie Zorgverzekeringswet 2009 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

*“Artikel 6. De eindafrekening voor de verzekeringnemer
(...)”*

2. Het college stuurt de verzekeringnemer (...) een eindafrekening, die ten minste omvat:

a. het saldo van aan het college af te dragen bestuursrechtelijke premie en reeds ontvangen bestuursrechtelijke premie;

b. de mededeling van het college dat de verzekeringnemer het saldo, bedoeld onder a, aan het college dient te betalen dan wel van het college terugontvangt. (...)”

- 8.13. Artikel 3:37 lid 3 BW luidt:

“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.”

8.14. Artikel 6:217 lid 1 BW luidt:

“Een overeenkomst komt tot stand door een aanbod en de aanvaarding daarvan.”

9. Beoordeling van het geschil

Ingangsdatum

- 9.1. Tussen partijen staat niet ter discussie dat verzoeker zich op 16 november 2011 bij de ziektekostenverzekeraar heeft aangemeld voor de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. Verzoeker wenst dat 1 januari 2012 als ingangsdatum wordt gehanteerd. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker echter verzekerd met ingang van 16 november 2011, op de grond dat verzoeker, hoewel verzekeringsplichtig, ten tijde van de aanmelding niet bij een andere verzekeraar een zorgverzekering had afgesloten.
- 9.2. Artikel 2 Zvw regelt wie verplicht zijn zich te verzekeren zijn tegen ziektekosten door middel van een zorgverzekering. Van verzekeringsplicht is onder andere sprake als iemand Nederlands ingezetene is. De registratie in de GBA is hierbij een hulpmiddel, doch niet leidend. Verzoeker heeft geruime tijd in de GBA geregistreerd gestaan met de status “geëmigreerd”. Uit de verklaringen van verzoeker blijkt dat hij in deze periode geen vaste woon- of verblijfplaats had. Wél was hij, naar de overige omstandigheden beoordeeld, Nederlands ingezetene. Ingevolge artikel 5 Zvw – en de daarop gebaseerde polisvoorwaarden – gaat de zorgverzekering onder de gegeven omstandigheden in op de dag waarop de ziektekostenverzekeraar de aanvraag heeft ontvangen. Deze regel geldt op grond van de verzekeringsvoorwaarden ook voor de aanvullende ziektekostenverzekering. Zodoende heeft de ziektekostenverzekeraar terecht 16 november 2011 als ingangsdatum voor de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering gehanteerd. Verzoeker is vanaf voornoemde datum premie verschuldigd aan de ziektekostenverzekeraar.

Aanmelding CVZ

- 9.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker in juni 2012 aangemeld bij het CVZ, waardoor hij met ingang van 1 juli 2012 de bestuursrechtelijke premie is verschuldigd. Beoordeeld dient te worden of verzoeker in juni 2012 een premieachterstand had van ten minste zes maanden. Hoewel hiernaar door de commissie gevraagd, is door de ziektekostenverzekeraar geen financieel overzicht overgelegd. Wel is in het dossier een betalingsherinnering van 25 september 2013 aanwezig, waarbij een overzicht is gevoegd van de door verzoeker verschuldigde bedragen over de periode van 16 november 2011 tot 1 juni 2013. Hieruit blijkt dat verzoeker in deze periode in het geheel geen betalingen heeft verricht. Ter zitting is door verzoeker bevestigd dat hij de overeengekomen premie niet heeft voldaan. Zodoende staat vast dat in juni 2012 de premie voor de maanden november 2011 (vanaf de 16^e) en december 2011, en januari tot en met juni 2012 nog volledig openstond. Dit is meer dan zes maandpremies.
- 9.4. Door verzoeker is gesteld dat hij de brieven als bedoeld in de artikelen 18a, 18b en 18c Zvw niet heeft ontvangen. Uit artikel 3:37 lid 3 BW volgt dat een tot een bepaalde persoon gerichte verklaring, om haar werking te hebben, die persoon moet hebben bereikt. De ziektekostenverzekeraar heeft niet aannemelijk weten te maken dat de betreffende brieven door verzoeker zijn ontvangen. Aangezien daarmee niet alle wet-

telijk voorgeschreven stappen op een juiste wijze zijn doorlopen, kon de ziektekostenverzekeraar verzoeker (nog) niet kon aanmelden bij het CVZ, zoals bedoeld in artikel 18c Zvw. Desondanks heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker in juni 2012 bij het CVZ aangemeld.

- 9.5. De commissie maakt uit de stukken op dat verzoeker in augustus 2013 is afgemeld bij het CVZ, en derhalve vanaf 1 september 2013 weer de premie is verschuldigd aan de ziektekostenverzekeraar.
- 9.6. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat verzoeker in de periode van 1 juli 2012 tot 1 september 2013 ten onrechte was aangemeld bij het CVZ. Gelet op artikel 6 van de Beleidsregel inning bestuursrechtelijke premie Zorgverzekeringswet 2009 zal verzoeker een eindafrekening van het CVZ ontvangen waaruit onder andere blijkt welk bedrag over bedoeld tijdvak aan bestuursrechtelijke premie is ingehouden en welk bedrag eventueel aan verzoeker wordt gerestitueerd. Daartegenover is verzoeker gehouden aan de ziektekostenverzekeraar alsnog de nominale premie voor de zorgverzekering te voldoen 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 de bestuursrechtelijke premie verschuldigd is. Met betrekking tot de aan de ziektekostenverzekeraar te betalen nominale premie is het volgende van belang.

Beëindiging met ingang van 1 mei 2013

- 9.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker met ingang van 1 mei 2013 beëindigd. De reden is dat verzoeker niet stond ingeschreven in de GBA, waardoor de verzekeringsplicht niet kon worden vastgesteld. Nadien bleek echter dat verzoeker vanaf 2 juli 2013 wel stond ingeschreven in de GBA en daarom is de verzekering met terugwerkende kracht tot 1 mei 2013 hersteld door de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker bestrijdt dit laatste.
- 9.8. Het komt de commissie niet begrijpelijk voor dat verzoeker in 2011 kennelijk zonder verder onderzoek is geaccepteerd voor de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering, terwijl hij op dat moment niet stond geregistreerd in de GBA, althans de status "geëmigreerd" had, en deze polis in 2013 wederom zonder verder onderzoek is beëindigd met als reden dat verzoeker op dat moment niet stond geregistreerd in de GBA.
- 9.9. De feitelijke situatie van verzoeker en zijn GBA-status zijn immers tussentijds niet veranderd. Verzoeker had in 2011 de wil zich bij de ziektekostenverzekeraar te verzekeren en er is een overeenkomst tot stand gekomen. Deze overeenkomst is met ingang van 1 mei 2013 eenzijdig beëindigd. Omstreeks juni/juli 2013 is de polis hersteld door de ziektekostenverzekeraar. De commissie vermag de reden van deze laatste handeling niet in te zien. Herstel van de polis is daarbij juridisch gezien niet mogelijk. Immers, de "nieuwe" overeenkomst met ingang van 1 mei 2013 is niet tot stand gekomen door aanbod en aanvaarding. Derhalve stelt de commissie vast dat vanaf 1 mei 2013 geen sprake is van een verzekeringsovereenkomst tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar. Met ingang van voornoemde datum is verzoeker dan ook geen premie meer verschuldigd aan de ziektekostenverzekeraar, en de eventueel door verzoeker betaalde bestuursrechtelijke premie vanaf die datum moet

worden meegenomen in de onder 9.6 genoemde correctie. Anderzijds kan verzoeker vanaf 1 mei 2013 geen aanspraak maken op dekking zodat hij eventuele kosten die na deze datum zijn gemaakt en door de ziektekostenverzekeraar zijn betaald, aan laatstgenoemde dient te vergoeden.

Hoogte betalingsachterstand

- 9.10. Zoals onder 9.3 is opgemerkt, is door de ziektekostenverzekeraar in de procedure geen financieel overzicht overgelegd. Wel is in de brief van 27 september 2013 vermeld dat de betalingsachterstand op dat moment € 1.795,29 bedraagt. Genoemd bedrag bestaat uit € 1.461,77 ter zake van premie voor de periode van 16 november 2011 tot 1 juni 2013, en € 333,52 ter zake van zorgkosten.
- 9.11. De commissie is van oordeel dat op voornoemde betalingsachterstand de premie voor mei 2013 nog in mindering dient te worden gebracht (zie 9.9). Daarnaast dient de correctie inzake de afmelding met terugwerkende kracht bij het CVZ te worden gerealiseerd, waardoor de nominale premie voor de zorgverzekering betreffende de maanden juli 2012 tot mei 2013 bij de betalingsachterstand dient te worden opgeteld (zie 9.6). Tevens dient verzoeker de eventuele na 1 mei 2013 ten behoeve van hem, ten laste van de zorgverzekering of de aanvullende ziektekostenverzekering betaalde kosten aan de ziektekostenverzekeraar te vergoeden. De uitkomst van de aldus uit te voeren berekening is het bedrag dat verzoeker aan de ziektekostenverzekeraar is verschuldigd, aangezien door verzoeker, daartoe in de gelegenheid gesteld, niet aannemelijk is gemaakt dat betalingen aan de ziektekostenverzekeraar zijn uitgevoerd.

Schadevergoeding

- 9.12. Verzoeker maakt aanspraak op een schadevergoeding, omdat hij financieel is benadeeld door de ziektekostenverzekeraar. Deze dient in ieder geval te bestaan uit vergoeding van een bedrag van € 575,--, welk bedrag zou zien op kosten van medicijnen, van een behandeling en reiskosten, gemaakt in mei en juni 2013. De commissie is van oordeel dat de vordering onvoldoende is onderbouwd, zodat deze reeds om die reden niet kan worden toegewezen.

Conclusie

- 9.13. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen met betrekking tot de aanmelding bij het CVZ en de beëindiging van de verzekeringsovereenkomst met ingang van 1 mei 2013, en voor het overige dient te worden afgewezen.
- 9.14. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, acht de commissie – mede indachtig artikel 17 van het reglement van de commissie – termen aanwezig te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker vergoedt.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe op de wijze als onder 9.13 is omschreven.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 18 december 2013,

Voorzitter