



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A en de heer B, beiden te C, tegen D te E
Zaak : Premie, betalingsachterstand, aanmelding Zorginstituut Nederland, beëindiging aanvullende
ziektekostenverzekering, incassokosten, polissplitsing
Zaaknummer : 201401068
Zittingsdatum : 3 september 2014

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2013-2014, paragraaf 3.3 Zvw, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013, en artt. 3:37, 6:43 en 6:44 BW)

1. Partijen

Mevrouw A en de heer B, beiden te C, hierna te noemen: verzoekster respectievelijk verzoeker, en gezamenlijk: verzoekers,

tegen

D te E, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Verzoekers zijn tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorg Geregeld Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Tevens hebben verzoekers bij de ziektekostenverzekeraar ten behoeve van hun twee minderjarige kinderen een zorgverzekering afgesloten. Verder was ten behoeve van verzoeker en de twee minderjarige kinderen over de periode van 1 januari 2013 tot 1 december 2013 de aanvullende ziektekostenverzekering [naam ziektekostenverzekeraar] Gezin Pakket afgesloten, en waren ten behoeve van verzoekster over de periode van 1 januari 2013 tot 1 december 2013 de aanvullende ziektekostenverzekeringen Extra Zorg Polis Goed en Tand Goed Pakket afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle hiervoor 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. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker op 10 augustus 2013 een betalingsherinnering gezonden voor een bedrag van € 544,30 ter zake van premie en incassokosten.

3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker op 10 oktober 2013 een betalingsherinnering gezonden voor een bedrag van € 818,95, ter zake van premie en incassokosten.

3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker op 5 december 2013 een betalingsherinnering gezonden voor een bedrag van € 1.363,75, ter zake van premie en incassokosten.

3.4. Bij brief van 11 december 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker bevestigd dat een betalingsregeling is getroffen voor de openstaande vordering van € 1.573,02.

3.5. Verzoekers hebben aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormeld standpunt gevraagd. Bij e-mailbericht van 24 januari 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar hen medegedeeld zijn standpunt te handhaven. Tevens heeft de ziektekostenverzekeraar in dit bericht verklaard dat de openstaande vordering € 2.147,23 bedraagt.

- 
- 3.6. Bij brief van 3 maart 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de betalingsregeling is vervallen.
- 
- 3.7. De incassogemachtigde van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker op 5 maart 2014 gesommeerd een bedrag van € 2.486,31, inclusief rente en kosten, te voldoen.
- 
- 3.8. Bij klachtenformulier van 9 april 2014 hebben verzoekers de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de door de ziektekostenverzekeraar genoemde betalingsachterstand onjuist is, dat zij ten onrechte met ingang van 1 april 2014 zijn aangemeld bij het Zorginstituut Nederland, dat de aanvullende ziektekostenverzekering ten onrechte is beëindigd, dat ten onrechte incassokosten van hen worden gevorderd, en dat het verzoek tot polisplitsing ten onrechte is geweigerd door de ziektekostenverzekeraar (hierna: het verzoek).
- 
- 3.9. Bij brief van 15 april 2014 heeft de incassogemachtigde van de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat het openstaande bedrag € 2.279,43 bedraagt, inclusief rente en kosten.
- 
- 3.10. Bij brief van 16 april 2014 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 met ingang van 1 april 2014 is aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut).
- 
- 3.11. Eveneens bij brief van 16 april 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van zes of meer maanden.
- 
- 3.12. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekers het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekers te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekers aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 
- 3.13. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 20 juni 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 juli 2014 aan verzoekers gezonden.
- 
- 3.14. Verzoekers hebben op 3 juli 2014 gereageerd op het onder 3.13 bedoelde standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is aan de wederpartij gezonden.
- 
- 3.15. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekers hebben schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 26 augustus 2014 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 
- 3.16. Verzoekers en de ziektekostenverzekeraar zijn op 3 september 2014 telefonisch gehoord.
- 
- 3.17. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 8 september 2014 aanvullende informatie gezonden. Een afschrift hiervan is aan verzoekers gestuurd.
- 
- 3.18. Verzoekers hebben bij e-mailbericht van 16 september 2014 gereageerd op de onder 3.17 genoemde aanvullende informatie van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift hiervan is ter kennisneming aan de wederpartij gezonden.
- 

 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekers

-  4.1. Begin 2013 is de ziektekostenverzekeraar verzocht de betaalwijze van automatische incasso te wijzigen naar acceptgiro. Geruime tijd werd niets vernomen, totdat een brief werd ontvangen waarin stond dat sprake was van vier maanden premieachterstand. Verzoekster heeft hierop direct gereageerd. Een medewerker van de ziektekostenverzekeraar deelde haar mede dat de wijziging van de betaalwijze niet goed was verwerkt.
-  4.2. Verzoekers erkennen dat zij hebben verzuimd na te gaan of de premie steeds tijdig werd betaald. In principe worden nota's (met acceptgiro's) altijd direct door hen voldaan, maar in dit geval ontvingen zij geen acceptgiro's van de ziektekostenverzekeraar. Desondanks hebben verzoekers enkele premies van het jaar 2014 betaald. Het ontstaan van de achterstand is zodoende tevens de ziektekostenverzekeraar te verwijten. Het in rekening brengen van - buitensporig hoge - incassokosten is dan ook ten onrechte. Overigens stelt de ziektekostenverzekeraar dat verzoekers op een persoonlijke website digitale nota's kunnen raadplegen, maar als op deze website wordt ingelogd, zijn geen digitale nota's beschikbaar.
-  4.3. Verzoekers stellen voorts dat zij ten onrechte zijn aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut, aangezien geen premieachterstand van ten minste zes maanden bestaat. De ziektekostenverzekeraar boekt betalingen af op andere posten dan waarvoor deze zijn bedoeld en er worden premie- en eigen risicobedragen opgevoerd die al zijn voldaan. Volgens de ziektekostenverzekeraar hebben verzoekers gelden overgemaakt naar een rekeningnummer van hun brandverzekeraar, die valt onder hetzelfde concern als waartoe de ziektekostenverzekeraar behoort. Hierover heeft contact plaatsgevonden met een servicekantoor van de ziektekostenverzekeraar, maar aldaar bleek men geen gegevens van verzoekers te kunnen raadplegen. Verzoekers vragen zich af waar de betreffende gelden zijn gebleven. Dit zou, gelet op het feit dat sprake is van één concern, moeten kunnen worden achterhaald. Verzoekers verklaren dat door het verschuldigd zijn van de bestuursrechtelijke premie aan het Zorginstituut hun financiële situatie alleen maar slechter wordt. Bovendien zijn zij in hun goede naam aangetast. De ziektekostenverzekeraar dient een duidelijk financieel overzicht over te leggen en hun naam te zuiveren bij de werkgevers van verzoekers.
-  4.4. Bij brief van 16 april 2014 deelde de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster mede dat zij als verzekerde de zorgverzekering kan opzeggen en zich elders tegen ziektekosten kan verzekeren. Verzoeker zou alsdan geen premie meer verschuldigd zijn voor verzoekster. Op 23 april 2014 heeft verzoekster telefonisch aan de ziektekostenverzekeraar medegedeeld van deze mogelijkheid gebruik te willen maken. Hierop werd haar geantwoord dat enkel polisplitsing kon plaatsvinden, en dat beëindiging van de zorgverzekering bij de ziektekostenverzekeraar niet mogelijk was. Bij telefonisch contact van 25 april 2014 werd aan verzoekster echter medegedeeld dat zij wél als verzekerde van de polis van verzoeker kan worden afgehaald. Een verzoek hiertoe diende schriftelijk te worden gedaan. Verzoekster is van mening dat zij verkeerd is geïnformeerd.
-  4.5. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat op 11 december 2013 een betalingsregeling is getroffen met verzoekers. Dit is onjuist. Verzoekster heeft op genoemde datum telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar en bij die gelegenheid medegedeeld dat de voorgestelde regeling niet haalbaar was. Zij verzocht om bevriezing van de vordering totdat duidelijkheid zou bestaan. De medewerker van de ziektekostenverzekeraar deelde haar hierop mede dat de voorgestelde betalingsregeling wel zou worden vastgelegd, en dat verzoekster een aangepaste regeling kon aanvragen indien de kwestie was uitgezocht. Verzoekster heeft, in reactie op het e-mailbericht van 24 januari 2014, deze afspraak aan de ziektekostenverzekeraar bevestigd. Op 6 februari 2014 deelde de ziektekostenverzekeraar haar mede dat het eigen risico 2012 terecht in rekening was gebracht, en dat een aangepaste betalingsregeling niet mogelijk was. Verzoekster heeft zich hier direct over beklagd en gesteld dat zij niet aan de betalingsregeling kon voldoen, maar zij ontving hierop geen inhoudelijke reactie.

- 4.6. Voor de jaren 2013 en 2014 bestaat recht op een collectiviteitskorting. Dit is door de ziektekostenverzekeraar onjuist verwerkt, in die zin dat deze collectiviteitskorting pas vanaf februari 2014 is toegepast. De toegezegde correctie is onvolledig aangezien deze enkel op het jaar 2014 ziet, en bovendien blijkt nergens uit dat een verrekening heeft plaatsgevonden.
- 4.7. Het is onbegrijpelijk dat de ziektekostenverzekeraar iedere maand een e-mailbericht aan verzoekers stuurt dat de automatische incasso is mislukt. Er is immers bestuursrechtelijke premie verschuldigd aan het Zorginstituut. Voorts verklaren verzoekers dat de hoogte van de betalingsachterstand onduidelijk blijft. Overigens is - anders dan de ziektekostenverzekeraar meent - geen bedrag van € 323,-- door hen aan de incassogemachtigde betaald. De door de ziektekostenverzekeraar overgelegde brieven in het kader van de (dreigende) beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering hebben verzoekers nimmer bereikt. Verzoekers voeren verder aan dat zij maandelijks € 264,65 betalen aan de ziektekostenverzekeraar. Volgens de ziektekostenverzekeraar bedraagt de verschuldigde premie € 194,30. Verzoekers vragen zich af wat er is gebeurd met de teveel betaalde bedragen.
- 4.8. De communicatie en informatievoorziening door de ziektekostenverzekeraar is slecht. Op klachten wordt niet of pas na geruime tijd gereageerd en poliswijzigingen worden zonder voorafgaande berichtgeving gerealiseerd. De ziektekostenverzekeraar biedt in zijn e-mailbericht van 24 januari 2014 zijn excuses aan voor de late reactie en heeft de incassokosten laten vervallen. Hiermee wordt volgens verzoekers door hem erkend dat sprake is geweest van nalatigheid aan zijn kant.
- 4.9. De onderhavige kwestie veroorzaakt veel stress. Verzoekers wensen tot een oplossing te komen om van deze stress af te zijn. Zij zijn bereid een betalingsregeling met de ziektekostenverzekeraar overeen te komen.
- 4.10. Ter zitting is door verzoekers hun standpunt herhaald. Voorts is door verzoekers ter aanvulling aangevoerd dat van de ziektekostenverzekeraar een premienota is ontvangen voor de zorgverzekering van verzoekster ten bedrage van € 86,35. Een polisblad is echter niet ontvangen.
- 4.11. Nadien is door verzoekers verklaard dat de financiële overzichten van de ziektekostenverzekeraar van 3 september 2014 geen duidelijkheid bieden. Vooral de zorgkostennota's roepen vragen op. Daarnaast kloppen de opgevoerde premiebedragen niet omdat geen rekening is gehouden met de beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering en de collectiviteitskorting. De ziektekostenverzekeraar heeft betalingen verrekend en onjuist geboekt. Er is geen sprake van een achterstand ter zake van de polis van verzoekster. Overigens zijn door verzoekster inmiddels meerdere polissen ontvangen.
- 4.12. Verzoekers komen tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De betaalwijze van verzoekers stond aanvankelijk op automatische incasso. Iedere maand zijn aanmaningsbrieven en stornobrieven aan hen gezonden. Op 8 oktober 2013 is de betaalwijze aangepast naar acceptgiro. Hiervan is een schriftelijke bevestiging naar verzoekers gezonden. Begin oktober 2013 hebben verzoekers verzocht om een betalingsregeling voor de ontstane achterstand. Op 11 december 2013 is met hen een betalingsregeling getroffen voor het bedrag van € 1.573,02. Dit is bevestigd bij brief van gelijke datum. Omdat verzoekers zich niet aan de afspraken hielden, is hen bij brief van 3 maart 2014 medegedeeld dat de betalingsregeling is vervallen. Op dat moment stond nog € 1.533,02 open.
- 5.2. Verzoekers hebben diverse betaalbewijzen overgelegd. Deze zijn gecontroleerd. Het is de ziektekostenverzekeraar hierbij gebleken dat verzoekers verschillende bedragen hebben overgemaakt naar de rekening van hun brandverzekeraar, die behoort tot hetzelfde concern als

waar de ziektekostenverzekeraar onder valt. Deze betalingen zijn zodoende niet verwerkt op de zorgverzekering.

- 5.3. De incassokosten ad € 40,-- behorend bij de aanmaning van 5 december 2013 zijn vervallen. Verzoekers zijn over de periode van 2 maart 2009 tot en met heden € 17.487,53 verschuldigd ter zake van premie, zorgkosten en acceptgirokosten. Door de ziektekostenverzekeraar is op 19 oktober 2009 een bedrag van € 7,15 teruggestort. In voornoemde periode hebben verzoekers totaal € 15.523,14 betaald. Zodoende bedraagt de betalingsachterstand op 20 juni 2014 € 1.971,54 ($€ 17.487,53 - € 15.523,14 + € 7,15$).
- 5.4. Verzoeker is met ingang van 1 april 2014 aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut, omdat hij op dat moment een premieachterstand van zes of meer maanden had. De bestuursrechtelijke premie wordt zowel voor verzoeker als verzoekster in rekening gebracht. Op 2 april 2014 is een nieuwe polis aan verzoekers gezonden waarin is vermeld dat de premie voor hen wordt geïnd via het Zorginstituut. De brief als bedoeld in artikel 18a Zvw is op 24 september 2013 verzonden, de brief als bedoeld in artikel 18b Zvw op 29 november 2013, en de brief als bedoeld in artikel 18c Zvw op 11 april 2014.
- 5.5. Aan verzoekers zijn verschillende betalingsherinneringen gestuurd waarin zij zijn gewezen op de gevolgen van het niet tijdig betalen, waaronder beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering. Afschriften van de betalingsherinneringen van 10 augustus, 10 oktober en 5 december 2013 zijn in de procedure overgelegd. Met ingang van 1 december 2013 is de aanvullende ziektekostenverzekering beëindigd in verband met een premieachterstand. Vanaf dat moment is een lagere maandpremie bij verzoekers in rekening gebracht. Op 1 december 2013 is de nieuwe polis - zonder aanvullende ziektekostenverzekering - aan verzoekers gezonden.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar heeft een vordering overgedragen aan zijn incassogemachtigde. Naar de stand van 20 juni 2014 bedraagt het openstaand saldo aldaar € 2.218,04. De totale vordering beliep € 2.451,04 inclusief rente en kosten, en door verzoekers is hierop € 323,-- voldaan.
- 5.7. De wijzigingen van de polis van verzoekers betreffen de beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering en de aanpassing van de premie (collectiviteitskorting). De ziektekostenverzekeraar betreurt dat de collectiviteitskorting op de polis van verzoekers niet op de juiste datum in 2014 is ingegaan, en dat bij verzoekers verwarring is ontstaan over de verschillende polissen die zijn verstuurd. Inmiddels is een wijziging aangebracht waardoor de collectiviteitskorting alsnog per 1 januari 2014 van kracht is.
- 5.8. Verzoekster wenst haar zorgverzekering op te zeggen en verwijst in dit kader naar een brief van de ziektekostenverzekeraar van 16 april 2014. De ziektekostenverzekeraar kan deze brief niet traceren in zijn administratie, maar gaat ervan uit dat verzoekster doelt op de (standaard)brief die zij als verzekerde heeft ontvangen na de aanmelding van verzoeker (verzekeringnemer) als wanbetaler bij het Zorginstituut. In deze brief wijst de ziektekostenverzekeraar erop dat zowel de verzekeringnemer als de verzekerde niet van verzekeraar mogen wisselen. Ook is vermeld dat als de verzekerde voor zichzelf een zorgverzekering sluit, de verzekeringnemer de zorgverzekering van de verzekerde kan opzeggen. De verzekeringnemer hoeft vanaf dat moment voor de verzekerde geen premie meer te betalen. Gedoeld wordt hier derhalve alleen op de mogelijkheid van polisplitsing, en niet van opzegging, gevolgd door het afsluiten van een verzekering tegen ziektekosten elders.
- 5.9. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat de polis van verzoekers met ingang van 1 september 2014 is gesplitst. Verzoekster is vanaf die datum verzekeringnemer van haar zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar biedt zijn excuses aan voor het feit dat geen polisbladen zijn verstuurd. Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar dat verzoekster gedurende vijf maanden onterecht aangemeld is geweest bij het Zorginstituut. De door haar betaalde boete bedraagt totaal € 288,15. De ziektekostenverzekeraar is bereid dit bedrag te compenseren door het in mindering te brengen op de achterstand op de polis van verzoeker.

5.10. Nadien is door de ziektekostenverzekeraar verklaard dat naar de stand van 3 september 2014 de betalingsachterstand ter zake van de polis van verzoeker € 2.004,40 bedraagt, en ter zake van de polis van verzoekster € 87,85.

5.11. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het onderhavige verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering (2013-2014) en artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2013) 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.

7. Het geschil

7.1. In geschil zijn de hoogte van de betalingsachterstand, de aanmelding bij het Zorginstituut, het in rekening brengen van incassokosten, de beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 december 2013, en het verzoek tot beëindiging van de verzekering onderscheidenlijk polissplitsing.

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 (2013-2014) is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd. In dit artikel is tevens geregeld dat bij niet-tijdige betaling incassokosten en wettelijke rente in rekening kunnen worden gebracht. Voorts is in artikel 3 van de zorgverzekering (2013-2014) bepaald dat de ziektekostenverzekeraar de verzekeringnemer bij een betalingsachterstand van twee maandpremies een betalingsregeling aanbiedt. Indien de verzekeringnemer een ander heeft verzekerd, wordt in het aanbod voor een betalingsregeling ook een bereidverklaring tot opzegging van die zorgverzekering opgenomen met ingang van de dag waarop de betalingsregeling ingaat, op voorwaarde dat de verzekerde uiterlijk met ingang van dezelfde dag een verzekering tegen ziektekosten heeft, en de verzekerde een machtiging tot automatische incasso of opdracht tot betaling heeft afgegeven als deze nieuwe verzekering tegen ziektekosten ook bij de ziektekostenverzekeraar is gesloten.

8.3. Artikel 6 van de zorgverzekering regelt onder meer de beëindiging. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

"6.3. Wanneer kunt u uw verzekering opzeggen?

(...)

6.3.2. Tussentijds

U als verzekeringnemer kunt de [naam zorgverzekering] tussentijds schriftelijk of per e-mail opzeggen:

- van een andere verzekerde als deze verzekerde een andere zorgverzekering heeft gesloten. Als u de [naam zorgverzekering] opzegt vóór de ingangsdatum van de andere zorgverzekering, gaat de opzegging in op de ingangsdatum van de nieuwe zorgverzekering. Als de opzegging later is ontvangen, gaat de opzegging in op de eerste dag van de tweede kalendermaand nadat wij de opzegging hebben ontvangen;

(...)"

- 8.4. 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.”*

- 8.5. De (wijze van) premiebetaling voor de aanvullende verzekering is geregeld in artikel 3 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2013). Hierbij is onder meer bepaald dat de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering bij vooruitbetaling is verschuldigd. Voorts is in dit artikel geregeld dat bij niet-tijdige betaling de aanvullende ziektekostenverzekering kan worden beëindigd, en dat incassokosten en wettelijke rente in rekening kunnen worden gebracht.

- 8.6. De toerekening van betalingen is geregeld in de artikelen 6:43 en 6:44 BW. Voor zover hier van belang, luiden de artikelen 6:43 en 6:44 BW als volgt:

“Artikel 6:43

1. *Verricht de schuldenaar een betaling die zou kunnen worden toegerekend op twee of meer verbintenissen jegens een zelfde schuldeiser, dan geschiedt de toerekening op de verbintenis welke de schuldenaar bij de betaling aanwijst.*
2. *Bij gebreke van zodanige aanwijzing geschiedt de toerekening in de eerste plaats op de opeisbare verbintenissen. Zijn er ook dan nog meer verbintenissen waarop de toerekening zou kunnen plaatsvinden, dan geschiedt deze in de eerste plaats op de meest bezwarende en zijn de verbintenissen even bezwarend, op de oudste. Zijn de verbintenissen bovendien even oud, dan geschiedt de toerekening naar evenredigheid.”*

“Artikel 6:44

1. *Betaling van een op een bepaalde verbintenis toe te rekenen geldsom strekt in de eerste plaats in mindering van de kosten, vervolgens in mindering van de verschenen rente en ten slotte in mindering van de hoofdsom en de lopende rente.*
2. *De schuldeiser kan, zonder daardoor in verzuim te komen, een aanbod tot betaling weigeren, indien de schuldenaar een andere volgorde voor de toerekening aanwijst.*
3. *De schuldeiser kan volledige aflossing van de hoofdsom weigeren, indien daarbij niet tevens de verschenen en lopende rente alsmede de kosten worden voldaan.”*

- 8.7. 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 Zorginstituut Nederland. 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 Zorginstituut Nederland komt doorgaans weer een einde zodra de schuld uit de zorgverzekering is ingelost of een schuldregeling wordt getroffen.

- 8.8. Voor zover hier van belang, bepalen de artikelen 18a, 18b, 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 aanzien van diens verzekering een premieachterstand 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 schuldhelpverlening, 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 Zorginstituut, 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.”

- 8.9. 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.

- 8.10. Artikel 18d Zvw regelt de verschuldigdheid van de bestuursrechtelijke premie aan het Zorginstituut. Voor zover hier van belang, luidt artikel 18d Zvw als volgt:

“Artikel 18d

1. De verzekeringnemer is aan het Zorginstituut een bestuursrechtelijke premie verschuldigd vanaf de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin dat college de melding, bedoeld in artikel 18c, heeft ontvangen tot de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin de datum, bedoeld in het derde lid, ligt.

2. De bestuursrechtelijke premie bedraagt per maand 130% van de tot een maandbedrag herleide standaardpremie, bedoeld in de Wet op de zorgtoeslag.

3. De zorgverzekeraar stelt het Zorginstituut, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde, met het oog op de toepassing van het eerste lid onverwijld op de hoogte van de datum waarop:

a. de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden zijn of zullen zijn afgelost of tenietgaan,

b. de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, bedoeld in de Faillissementswet, op de verzekeringnemer van toepassing wordt, of

c. door tussenkomst van een schuldhulpverlener als bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet een overeenkomst als bedoeld in artikel 18c, tweede lid, onderdeel d, is gesloten of een schuldregeling tot stand is gekomen waarin, naast de verzekeringnemer, ten minste zijn zorgverzekeraar deelneemt.

4. In afwijking van het eerste tot en met derde lid, is de verzekeringnemer wederom aan het Zorginstituut bestuursrechtelijke premie verschuldigd vanaf de eerste dag van de maand volgende op de maand:

a. waarin de toepassing van de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen op grond van artikel 350, derde lid, onderdeel c, d, e, f, of g, van de Faillissementswet, is beëindigd;

b. waarin hij zich, blijkens een mede door de schuldhulpverlener ondertekende melding van zijn zorgverzekeraar, aan deelname aan de in het derde lid, onderdeel c, bedoelde regeling heeft onttrokken voordat hij de in die regeling neergelegde afspraken jegens zijn zorgverzekeraar volledig is nagekomen."

9. Beoordeling van het geschil

Hoogte betalingsachterstand

- 9.1. Door de ziektekostenverzekeraar zijn financiële overzichten van de polissen van verzoekers van 3 september 2014 overgelegd.
- Ter zake van de polis van verzoeker geldt het volgende. Verzoeker was over de periode van 2 maart 2009 tot en met 3 september 2014 een bedrag van € 17.500,38 verschuldigd ter zake van premie, zorgkosten en acceptgirokosten. Een bedrag van € 7,15 is teruggestort. Verzoeker heeft in voornoemde periode voor totaal € 15.503,13 aan betalingen uitgevoerd. Dat meer of andere betalingen zijn uitgevoerd is niet aannemelijk gemaakt. Zodoende is naar de stand van 3 september 2014 sprake van een betalingsachterstand van € 2.004,40 (€ 17.500,38 - € 15.503,13 + € 7,15) ter zake van de polis van verzoeker.
- Ter zake van de polis van verzoekster geldt het volgende. Verzoekster was over de periode van 1 september 2014 tot en met 3 september 2014 een bedrag van € 87,85 verschuldigd ter zake van premie en acceptgirokosten. Door verzoekster zijn in voornoemde periode geen betalingen uitgevoerd. Weliswaar is door haar verklaard dat de premie voor september 2014 is voldaan, maar dit zou zijn geschied ná de opstelling van het financiële overzicht, zodat deze betaling hier logischerwijs (nog) niet op kan voorkomen. Zodoende bestaat naar de stand van 3 september 2014 een betalingsachterstand van € 87,85 ter zake van de polis van verzoekster.
- Voor verzoekers tezamen is derhalve naar de stand van 3 september 2014 sprake van een betalingsachterstand van € 2.092,25 (€ 2.004,40 + € 87,85).

Aanmelding Zorginstituut

- 9.2. De commissie maakt uit de door partijen overgelegde stukken op dat sprake was van één polis en dat zowel verzoeker als verzoekster met ingang van 1 april 2014 bij het Zorginstituut is aangemeld als wanbetaler en zij derhalve de bestuursrechtelijke premie zijn verschuldigd. Beoordeeld dient te worden of beiden naar de stand van 11 april 2014 - de datum van aanmelding bij het Zorginstituut - een premieachterstand hadden van ten minste zes maanden. Uit eerdergenoemd financieel overzicht van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat verzoekers niet steeds tijdig de premie hebben voldaan. Bovendien hebben zij niet steeds een correct kenmerk vermeld bij hun betalingen, zodat de ziektekostenverzekeraar deze betalingen conform de artikelen 6:43 en 6:44 BW heeft toegerekend aan de meest bezwarende dan wel de oudste posten. Per saldo is de premie vanaf september 2013 onbetaald gebleven, zo blijkt uit het financiële overzicht. Dit betekent dat in april 2014 op de betreffende polis voor verzoeker en verzoekster sprake was van een premieachterstand van ten minste zes maanden, namelijk acht maanden. Derhalve wordt voldaan aan de betreffende voorwaarde uit artikel 18c Zvw.
- 9.3. In het kader van de aanmelding als wanbetaler bij het Zorginstituut dient de ziektekostenverzekeraar de brieven als bedoeld in de artikelen 18a, 18b en 18c Zvw aan een de verzekeringnemer, dan wel indien dit een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde, te sturen. Door verzoekers is gesteld dat zij de brieven als bedoeld in de artikelen 18a en 18b Zvw niet hebben ontvangen. Daarnaast hebben zij afschriften overgelegd van brieven van 16 april 2014, die de "Melding Zorginstituut Nederland" betreffen. De commissie neemt aan dat deze beide brieven dienen te worden beschouwd als de brief zoals bedoeld in artikel 18c Zvw. Door de ziektekostenverzekeraar is verklaard dat geen afschriften van de brieven als bedoeld in de artikelen 18a, 18b en 18c Zvw zoals deze aan verzoeker zijn gestuurd, kunnen worden overgelegd. Voorts is verklaard dat de brief als bedoeld in artikel 18c Zvw op 11 april 2014 aan verzoeker is verzonden.



9.4. Uit onder meer artikel 18b lid 2 Zvw volgt dat de aanmelding bij het Zorginstituut niet geschiedt indien een verzekerde één van de brieven in het kader van de wanbetalerregeling niet heeft ontvangen. Dit komt overeen met de hoofdregel van artikel 3:37 lid 3 BW, te weten dat een tot een bepaalde persoon gerichte verklaring, om haar werking te hebben, die persoon moet hebben bereikt. Dit is slechts anders indien het niet ontvangen het gevolg is van een eigen handeling, een handeling van personen voor wie hij aansprakelijk is, of van andere omstandigheden die zijn persoon betreffen en rechtvaardigen dat hij het nadeel draagt. Het antwoord op de vraag wanneer kan worden gezegd dat een verklaring door de geadresseerde is ontvangen, wordt noch in de wettekst noch in de daarbij behorende toelichting gegeven. Indien de ontvangst van de verklaring wordt betwist, brengt een redelijke, op de behoeften van de praktijk afgestemde, uitleg mee dat de afzender in beginsel feiten of omstandigheden dient te stellen en zo nodig te bewijzen waaruit volgt dat de verklaring door hem is verzonden naar een adres waarvan hij redelijkerwijs mocht aannemen dat de geadresseerde aldaar door hem kon worden bereikt, en dat de verklaring aldaar is aangekomen. Als adres in vorenbedoelde zin kan in beginsel worden aangemerkt het adres als vermeld in de Basisregistratie Personen (BRP), dan wel, gelet op het bepaalde in artikel 7:933 BW, het laatst bekende adres van de verzekerde. De ziektekostenverzekeraar heeft onvoldoende feiten gesteld dat vorenbedoelde brieven per post zijn bezorgd. Zulks leidt tot het oordeel dat de ziektekostenverzekeraar niet alle wettelijk voorgeschreven stappen op een juiste wijze heeft doorlopen. Brieven als bedoeld in de artikelen 18a en 18b Zvw hebben verzoekers niet bereikt, terwijl daarnaast bevreemding wekt dat de dagtekening van de door verzoekers overgelegde brief als bedoeld in artikel 18c Zvw - die kennelijk wel door hen is ontvangen - afwijkt van de door de ziektekostenverzekeraar genoemde aanmaak- of verzenddatum. Hieruit volgt dat de ziektekostenverzekeraar verzoekers (nog) niet kon aanmelden als wanbetaler bij het Zorginstituut. Desondanks heeft hij verzoekers op 11 april 2014 bij het Zorginstituut aangemeld.



9.5. Nu de aanmelding van verzoekers bij het Zorginstituut onterecht heeft plaatsgevonden, is de ziektekostenverzekeraar gehouden hen met terugwerkende kracht tot 1 april 2014 af te melden en de met de aanmelding voor verzoekers gepaard gaande financiële gevolgen ongedaan te maken. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar verzoekers dient te vergoeden al hetgeen door of namens het Zorginstituut in het kader van de bestuursrechtelijke premieheffing als bedoeld in artikel 18d Zvw is geheven en (wordt) geïnd, een en ander van 1 april 2014 tot de eerste van de maand volgende op de maand waarin dit bindend advies is uitgebracht, en uitsluitend voor zover door het Zorginstituut (in het kader van de eindafrekening) nog geen restitutie van de geïnde bestuursrechtelijke premie heeft plaatsgevonden of zal plaatsvinden. Daartegenover zijn verzoekers gehouden aan de ziektekostenverzekeraar alsnog de nominale premie voor de zorgverzekering te voldoen – voor zover dat nog niet heeft plaatsgevonden – over de periode dat sprake is geweest van de bestuursrechtelijke premieheffing door het Zorginstituut. Immers, ingevolge artikel 16 lid 2 onder b Zvw is geen premie verschuldigd gedurende de periode dat een bestuursrechtelijke premie verschuldigd is. De ziektekostenverzekeraar mag overgaan tot verrekening van vorenbedoelde bestuursrechtelijke premie – alleen voor zover deze door hem daadwerkelijk wordt vergoed – en de door verzoekers over de hiervoor genoemde periode nog te betalen nominale premie.

Beëindiging aanvullende ziektekostenverzekering



9.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 december 2013 beëindigd in verband met een premieachterstand. Verzoekers hebben het bestaan van een betalingsachterstand op genoemde datum bestreden. Beoordeeld dient derhalve te worden of naar de stand van 1 december 2013 sprake was van een premieachterstand. Uit het eerder genoemde financiële overzicht van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat verzoekers in de periode tussen 29 augustus 2013 en 22 januari 2014 in het geheel geen betalingen aan de ziektekostenverzekeraar hebben verricht. Derhalve was op 1 december 2013 sprake van een premieachterstand en stond het de ziektekostenverzekeraar ingevolge artikel 3 van de aanvullende ziektekostenverzekering vrij over te gaan tot beëindiging van deze verzekering.

Incassokosten

- 9.7. Verzoekers bestrijden het door de ziektekostenverzekeraar bij hen in rekening brengen van incassokosten. Uit het hiervoor aangehaalde financiële overzicht van de ziektekostenverzekeraar blijkt echter dat verzoekers niet steeds (tijdig) de premie hebben voldaan. Zodoende stond het de ziektekostenverzekeraar ingevolge artikel 3 van de zorgverzekering (2013-2014) en artikel 3 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2013) vrij (rente en) incassokosten bij verzoekers in rekening te brengen.

Beëindiging verzekering verzoekster / Polisplitsing

- 9.8. Vast staat dat op 2 maart 2009 tussen verzoekers en de ziektekostenverzekeraar een verzekeringsovereenkomst is tot stand gekomen, waarbij verzoeker optrad als verzekeringnemer. Verzoekers stellen dat zij gebruik hebben gemaakt van het door de ziektekostenverzekeraar bij brief van 16 april 2014 gedane aanbod tot beëindiging van de zorgverzekering van verzoekster c.q. polisplitsing. De ziektekostenverzekeraar heeft het standpunt ingenomen dat de betreffende brief enkel een aanbod tot polisplitsing betreft, en dat hierop door verzoekers niet is ingegaan.
- 9.9. De brief van de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster van 16 april 2014 betreft onder meer het aanbod aan haar om zelf een verzekering tegen ziektekosten te sluiten. Naar het oordeel van de commissie heeft de ziektekostenverzekeraar in deze brief de in artikel 18a lid 3 Zvw beschreven mogelijkheid voor de verzekerde zelf invulling te geven aan de verzekeringsplicht verwoord. De ratio hiervan - en daarmee van het doorkruisen van het wettelijk systeem - ontgaat de commissie, mede gelet op het feit dat de brief van 16 april 2014 kennelijk dient te worden beschouwd als de brief als bedoeld in artikel 18c Zvw.
- 9.10. In voornoemde brief is verder vermeld dat, indien verzoekster van het aanbod gebruik wenst te maken, zij dit via de website van de ziektekostenverzekeraar dan wel telefonisch kenbaar kan maken. Verzoekster heeft gesteld dat zij op 23 april 2014 telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar heeft gehad. In dat kader is door haar een handgeschreven gespreksnotitie aangeleverd. De ziektekostenverzekeraar heeft registraties van telefoongesprekken overgelegd, onder meer van een gesprek op 23 april 2014 met verzoekster. Hiermee is voor de commissie voldoende aannemelijk dat op 23 april 2014 telefonisch contact tussen verzoekster en de ziektekostenverzekeraar heeft plaatsgevonden. Voorts is van belang de inhoud van dit gesprek. Uit de door partijen overgelegde notities maakt de commissie op dat verzoekster heeft verzocht om beëindiging van de zorgverzekering, en dat haar door de ziektekostenverzekeraar is medegedeeld dat dit niet mogelijk is, en dat enkel een polisplitsing kan worden gerealiseerd. Deze mededeling was zonder meer onjuist. De commissie is van oordeel dat voldoende vast staat dat verzoekster het schriftelijke aanbod van de ziektekostenverzekeraar tot beëindiging van de zorgverzekering heeft willen accepteren. Echter, gelet op de ingrijpende gevolgen van beëindiging van haar zorgverzekering met terugwerkende kracht - zij zou dan immers tijdelijk onverzekerd zijn -, en het feit dat niet is gebleken dat verzoekster zich elders tegen ziektekosten wilde verzekeren, meent de commissie dat dient te worden overgegaan tot polisplitsing. Derhalve dient de ziektekostenverzekeraar verzoekster op grond van een eigen polis te verzekeren, in die zin dat zij vanaf 1 mei 2014 verzekeringnemer is van de betreffende zorgverzekering. Dientengevolge is zij vanaf genoemde datum verplicht de premie en eventuele andere kosten, voor zover voortvloeiend uit de hoedanigheid van verzekeringnemer, te voldoen. Een financiële correctie door de ziektekostenverzekeraar ten aanzien van de polissen van verzoekers is derhalve aangewezen.

Conclusie

- 9.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen wat betreft de aanmelding bij het Zorginstituut en de splitsing van de polis met ingang van 1 mei 2014, en voor het overige dient te worden afgewezen.



- 9.12. 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 ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekers vergoedt.



10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe op de wijze als onder 9.11 is omschreven.



- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekers dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.



Zeist, 1 oktober 2014,



Voorzitter

