

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs, mr. J.J.M. Linders en mr. B.L.A. van Drunen)

Zaaknummer: 202401181

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg,
 - 2) OWM CZ groep U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 16 oktober 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 7 november 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. In zijn reactie aan de commissie van 4 december 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar een voorstel gedaan om het geschil op te lossen. Een kopie van deze brief is op 5 december 2024 aan verzoeker gestuurd met de vraag of hiermee het geschil is opgelost. Bij e-mailbericht van 28 december 2024 heeft verzoeker afwijzend op het voorstel gereageerd. Een afschrift van deze reactie is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 1.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 21 januari 2025 de polissen van 2023 en 2024 en een actueel financieel overzicht overgelegd. Kopieën van deze stukken zijn eveneens op 21 januari 2025 aan verzoeker gestuurd.
- 1.4. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 10 februari 2025 zijn verzoek om schadevergoeding toegelicht. Een kopie hiervan is op 19 februari 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 1.5. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 februari 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.6. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 3 maart 2025 gereageerd op de brief van 10 februari 2025 van verzoeker. Verzoeker heeft hierop bij e-mailbericht van 6 maart 2025 gereageerd. Een kopie hiervan is op 11 maart 2025 ter kennisgeving aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker en zijn partner waren in 2023 en 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorgbewustpolis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Basis Collectief (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 2.2. Verzoeker heeft van de ziektekostenverzekeraar betalingsoverzichten ontvangen in verband met een achterstand in de premie en het eigen risico.
- 2.3. Verzoeker heeft hierop het bestaan, althans de hoogte van de betalingsachterstand bestreden. Bij brief van 22 maart 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat het financieel overzicht van 11 maart 2024 correct is en, onder verwijzing naar een toegezonden uitgebreider overzicht, een toelichting gegeven op de openstaande bedragen in 2023 en de betaalde bedragen in 2024. Hierop volgde correspondentie tussen partijen. Bij brief van 4 juni 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker en zijn gezinsleden met ingang van 1 juli 2024 beëindigd.
- 2.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 19 juni 2024 aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn standpunt omtrent de betalingsachterstand en de beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering handhaaft.
- 2.5. Bij e-mailbericht van 19 april 2024 heeft verzoeker zich bij de ziektekostenverzekeraar erover beklagd dat volgens het overzicht in 'MijnCZ' over 2023 nog 6 van de 9 fysiotherapiebehandelingen beschikbaar waren die ten onrechte niet zijn vergoed. Bij e-mailbericht van 1 mei 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat er in 2023 reeds 9 behandelingen zijn vergoed en dat er in 2024 nog vergoeding mogelijk is voor 6 fysiotherapiebehandelingen.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar:
 - (i) een onjuist bedrag van hem vordert in verband met een betalingsachterstand;
 - (ii) nog 6 fysiotherapiebehandelingen over 2023 dient te vergoeden;
 - (iii) de aanvullende ziektekostenverzekering ten onrechte heeft beëindigd met ingang van 1 juli 2024; en
 - (iv) een vergoeding voor de door hem gemaakte kosten dient te betalen.

Betalingsachterstand

- 3.2. Verzoeker heeft verklaard dat hij medio januari 2024 van de ziektekostenverzekeraar een brief heeft ontvangen, waarin stond dat hij op dat moment een betalingsachterstand van ten minste twee maanden had. Hij heeft verschillende keren om een onderbouwing van deze betalingsachterstand gevraagd. Ook heeft verzoeker diverse malen om een overzicht verzocht waarop is te zien op welke datum welke bedragen door hem zijn betaald. Omdat verzoeker hierop bij herhaling geen reactie kreeg, heeft hij van de ziektekostenverzekeraar ontvangen post retour gestuurd. Op enig moment heeft verzoeker van de ziektekostenverzekeraar een financieel overzicht ontvangen. Dit overzicht is echter op verschillende punten onjuist. Zo heeft verzoeker op 31 december 2023 en 20 februari 2024 bedragen van respectievelijk € 285,52 en € 259,52 betaald. Deze bedragen vindt hij niet terug op het door hem ontvangen financiële overzicht van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.3. Verzoeker heeft in zijn brief van 15 maart 2024, in reactie op het betalingsoverzicht van de ziektekostenverzekeraar van 11 maart 2024, gesteld dat de ziektekostenverzekeraar verschillende

jaren, betaald data en specificaties door elkaar haalt. Volgens de ziektekostenverzekeraar zou er inmiddels een betalingsachterstand van € 884,58 zijn. Het betalingsoverzicht van de ziektekostenverzekeraar is echter niet compleet en eventuele claims zijn niet onderbouwd. Verzoeker heeft verklaard dat volgens de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 215,60 voor het eigen risico in 2023 open staat. Dit bedrag is nieuw voor verzoeker en klopt volgens hem ook niet. Aangezien er nooit een juist en volledig betalingsoverzicht is gestuurd, kunnen er geen incassokosten over 2023 in rekening worden gebracht. Verder heeft verzoeker gesteld dat hij - op grond van het betalingsoverzicht van de ziektekostenverzekeraar - in 2023 € 12,26 teveel aan premie heeft betaald. Voor het eigen risico van 2023 stond nog een bedrag van € 50,05 open. Verzoeker heeft verklaard dat hij, na verrekening van de teveel betaalde premie, een bedrag van per saldo € 37,79 heeft betaald ($€ 50,05 - € 12,26 = € 37,79$). Met deze betaling is zowel de premie als het eigen risico voor 2023 volledig voldaan en is van een betalingsachterstand geen sprake meer. Verzoeker heeft verder gesteld dat hij op 28 februari 2024 een bedrag van € 305,98 onder protest heeft betaald. Dit betrof de premie voor januari 2024.

- 3.4. In zijn e-mailbericht van 13 juni 2024, gericht aan de ziektekostenverzekeraar, heeft verzoeker gesteld dat de ziektekostenverzekeraar steeds weer andere bedragen van hem vordert. Op 1 februari 2024 een bedrag van € 886,91, op 11 maart 2024 een bedrag van € 884,58 en op 22 maart 2024 een bedrag van € 1.152,77. Op verschillende momenten heeft verzoeker aantoonbaar foutieve vorderingen van de ziektekostenverzekeraar ontvangen. De hoogte van de betalingsachterstand werd herhaaldelijk aangepast, zonder enig excuus of erkenning van zijn klachten. Verzoeker vindt het onacceptabel dat de ziektekostenverzekeraar zijn aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 juli 2024 heeft beëindigd.
- 3.5. Verzoeker heeft in zijn e-mailbericht van 28 augustus 2024 aan de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij de voor de zorgverzekering te betalen premie voor juli 2024 heeft verrekend met zijn zorgkosten. Het resterende bedrag aan zorgkosten zal verzoeker verrekenen met de voor de zorgverzekering verschuldigde premie voor augustus 2024. De voor de aanvullende ziektekostenverzekering teveel betaalde premie voor juli en augustus 2024 zal verzoeker verrekenen op eenzelfde manier.
- 3.6. In de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoeker bij brief van 25 september 2024 gereageerd op het voorstel van de ziektekostenverzekeraar van 23 september 2024. Volgens verzoeker past de ziektekostenverzekeraar administratieve en bureaucratische trucjes toe om zijn fouten te verbloemen en de betalingsachterstand zo hoog mogelijk te houden. Verzoeker heeft het schikkingsvoorstel dan ook afgewezen.

Fysiotherapie

- 3.7. Verzoeker heeft in zijn brief van 5 april 2024 aan de ziektekostenverzekeraar verklaard dat uit het overzicht op 'MijnCZ' blijkt dat in 2023 een bedrag van € 215,60 voor fysiotherapiebehandelingen van zijn partner niet is vergoed. Met zijn e-mailbericht van 19 april 2024 heeft verzoeker een printscreen gestuurd van het overzicht voor fysiotherapie in 2023 in 'MijnCZ'. Daaruit blijkt dat er nog 6 behandelingen moeten worden vergoed.
- 3.8. Verzoeker heeft in zijn e-mailbericht van 29 mei 2024, gericht aan de ziektekostenverzekeraar, verklaard dat hij veel tijd heeft moeten besteden aan het controleren en verifiëren van de door de ziektekostenverzekeraar verstrekte informatie. Uiteindelijk is gebleken dat er maandenlang een onjuist overzicht voor fysiotherapie in 'MijnCZ' stond. In het e-mailbericht van 1 mei 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar dit ook erkend, maar verzoeker kan aan het overzicht volgens hem geen rechten ontlelen. In de algemene voorwaarden van de zorgverzekering staat echter nergens dat een verzekerde geen rechten kan ontlelen aan de weergave in 'MijnCZ'. Aangezien er volgens dit overzicht nog ruimte was voor 6 fysiotherapie behandelingen, heeft de partner van verzoeker daarvan ook gebruik gemaakt. Verder verwijst verzoeker naar de website van de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa). Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar aansprakelijk gesteld op grond van artikel 27 van de Zorgverzekeringswet. Volgens verzoeker

heeft de ziektekostenverzekeraar ten onrechte behandelingen fysiotherapie aangeboden en is hij daarom verplicht de door verzoeker geleden schade te vergoeden.

- 3.9. In zijn e-mailbericht van 20 augustus 2024 aan de commissie heeft verzoeker verklaard dat de fysiotherapeut de behandelingen van mei 2024 niet rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar kon declareren, terwijl de aanvullende ziektekostenverzekering toen nog van kracht was. Volgens verzoeker neigt dit naar pestgedrag. Hij zal daarom de kosten van de fysiotherapiebehandelingen verrekenen met de maandpremie voor de zorgverzekering.
- 3.10. Met zijn e-mailbericht van 30 augustus 2024 heeft verzoeker een nota van de fysiotherapeut gestuurd. Deze kosten wil verzoeker verrekenen met de zorgpremie. De ziektekostenverzekeraar heeft hem meegedeeld dat verrekenen niet mag, maar verzoeker beroept zich hierbij op het gelijkheidsbeginsel.

Beëindiging aanvullende ziektekostenverzekering en onkostenvergoeding

- 3.11. Bij e-mailbericht van 14 juli 2024 aan de ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker gesteld dat de ziektekostenverzekeraar niet eenzijdig de aanvullende ziektekostenverzekering mag beëindigen. Toekomstige kosten die vallen onder de dekking van deze verzekering zal hij daarom inhouden op zijn premiebetalingen.
- 3.12. In zijn brief van 7 augustus 2024 aan de ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker herhaald dat de aanvullende ziektekostenverzekering ten onrechte door de ziektekostenverzekeraar is beëindigd. Voor de maanden januari tot en met juni 2024 is premie voor deze verzekering betaald. Door beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering komen de 5 behandelingen die hij heeft opgebouwd te vervallen. Dit betreft een waarde van € 154,-. Verzoeker heeft een overzicht van zijn betalingen ingestuurd.
- 3.13. Verzoeker heeft zich bij e-mailbericht van 16 oktober 2024 tot de commissie gewend en in zijn e-mailbericht van 18 oktober 2024 het voorgaande nog eens kort opgesomd. In zijn e-mailbericht van 28 december 2024 heeft verzoeker het voorstel van de ziektekostenverzekeraar van 4 december 2024 verworpen. Verzoeker heeft hiertoe besloten, omdat hij een vergoeding mist voor de 10 uren die hij heeft besteed aan het achterhalen van de fouten, hij een bericht mist aan het CAK en aan zijn partner dat de betalingsachterstand onjuist was en tot slot omdat een bericht aan zijn fysiotherapeut dat de aanvullende ziektekostenverzekering ten onrechte is beëindigd ontbreekt.
- 3.14. Verzoeker heeft verklaard dat hij nooit een juist en volledig onderbouwd financieel overzicht heeft ontvangen en dat hij de ziektekostenverzekeraar aansprakelijk stelt voor de uren die hij heeft moeten besteden aan het weerleggen van de vorderingen. In eerste instantie heeft verzoeker een bedrag gevorderd van € 234,81 op basis van 6 uren, later een bedrag van € 750,- excl. btw zonder onderbouwing van het aantal uren en tot slot 10 uren zonder een daaraan gekoppeld bedrag. Bij e-mailbericht aan de commissie van 10 februari 2025 heeft verzoeker een overzicht gegeven van de gewisselde e-mailberichten en bijlagen. Hij begroot de door hem bestede tijd op 11 uren en 20 minuten en vordert € 850,- gebaseerd op een naar zijn mening redelijk uurtarief van € 75,-.

Na de hoorzitting resterende geschilpunten

- 3.15. Ter zitting heeft verzoeker, daarnaar door de commissie gevraagd, verklaard dat hij de premie voor december 2024 in januari 2025 heeft betaald. Ondanks vele bezwaren en telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar werd er steeds weer fout op fout gemaakt. Aan het CAK en zijn partner is meegedeeld dat hij een wanbetaler is. Desgevraagd heeft verzoeker verklaard dat hij, ondanks het feit dat de primaire geschilpunten inmiddels zijn opgelost, erkenning en genoegdoening wil voor het handelen van de ziektekostenverzekeraar en de frustratie die hij daardoor ervoer. Hij heeft de commissie verzocht te beslissen over een schriftelijke rectificatie, te

sturen aan het CAK, zijn partner en de fysiotherapeut van zijn partner. Aangezien hij heel veel tijd heeft moeten besteden aan het geschil met de ziektekostenverzekeraar, handhaaft hij zijn vordering tot vergoeding van de gemaakte onkosten. Verzoeker heeft verder verklaard dat hij vanaf januari 2024 bij elke premiebetaling omschrijft waarvoor deze is bedoeld. Hij merkt op dat hij de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering over de periode van juli tot en met september 2024, terwijl de verzekering was beëindigd, is blijven betalen. Het aanbod tot kwijtschelding van de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering is dan een sigaar uit eigen doos.

- 3.16. Daarnaar door de commissie gevraagd heeft verzoeker bevestigd dat over de aanvankelijke verzoeken geen beslissing meer hoeft te worden genomen, maar dat hij enkel nog een beslissing wil over de door hem gewenste rectificaties en de onkostenvergoeding. Hij wil dat de ziektekostenverzekeraar:
- een brief stuurt aan het CAK en zijn partner, waarin staat dat geen sprake was van een betalingsachterstand;
 - een brief stuurt aan de fysiotherapeut van zijn partner dat de aanvullende ziektekostenverzekering ten onrechte werd beëindigd;
 - de door hem gemaakte kosten van € 850,- conform zijn e-mailbericht van 10 februari 2025, vergoedt.
- 3.17. Verzoeker heeft in zijn e-mailbericht van 6 maart 2025, gericht aan de commissie, gesteld dat hij steeds binnen de wettelijke termijn heeft betaald en dat het bestaan van een betalingsachterstand nooit door de ziektekostenverzekeraar is aangetoond. Ondanks de bewezen fouten van de ziektekostenverzekeraar, blijft deze volharden in zijn stelling dat er sprake was van een betalingsachterstand. Volgens verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar onrechtmatig gehandeld met het stopzetten van de aanvullende ziektekostenverzekering. Verzoeker heeft een overzicht meegestuurd waaruit blijkt dat hij alle premies in 2024 heeft voorzien van een betalingskenmerk. Verder heeft verzoeker verklaard dat het CAK op de hoogte was van een betalingsachterstand, maar hij heeft hiervan geen brief meer. De ziektekostenverzekeraar is onlangs door de NZa onder verscherpt toezicht geplaatst en dat zegt volgens verzoeker genoeg.

4. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 4.1. Bij brief van 13 augustus 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar een eerste reactie gegeven in de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen. Bij brief van 23 september 2024, gericht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen verklaart de ziektekostenverzekeraar dat hij een tweetal discrepanties heeft ontdekt in de toepasselijke voorwaarden van zowel de zorgverzekering als de aanvullende ziektekostenverzekering ten opzichte van de voorgaande jaren. Dit leidt volgens hem tot een andere conclusie wat betreft de betalingsachterstand en het beëindigen van de aanvullende ziektekostenverzekering. Hij komt met betrekking tot deze onderdelen dan ook terug op zijn eerdere reactie. De ziektekostenverzekeraar licht toe dat thans geen onderscheid meer wordt gemaakt naargelang de betaling al dan niet van een betalingskenmerk is voorzien; te allen tijde wordt de oudste openstaande schuld aangesproken. Inmiddels is zelfs expliciet vermeld dat het onmogelijk is om eerst premie af te lossen en daarna andere schulden. Bij navraag blijken de systemen hierop echter niet te zijn ingericht. Daarom is in het geval van verzoeker ten onrechte de oudste schuld niet consequent aangesproken. Dit is van belang, aangezien de gevolgen voor een verzekerde groter worden naarmate een schuld langer bestaat. Om deze reden heeft de ziektekostenverzekeraar de openstaande schuld over december plus incassokosten en vertragingsrente kwijtgescholden. Dit betreft een bedrag van € 48,49. Hij schrijft voorts dat de weergave van de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende verzekeringen is gewijzigd. In de nieuwe (toepasselijke) weergave staat in artikel A.6 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering beschreven dat slechts bij een betalingsachterstand met betrekking tot de premie voor deze verzekering, de aanvullende ziektekostenverzekering kan worden beëindigd. In het nieuwe artikel A.9 van de voorwaarden van de zorgverzekering staat geen mogelijkheid de aanvullende ziektekostenverzekering te beëindigen.

bij een betalingsachterstand in de premie voor de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar concludeert dat de aanvullende ziektekostenverzekering dan ook ten onrechte met ingang van 1 juli 2024 is beëindigd. Om die reden is de aanvullende ziektekostenverzekering op 23 september 2024 met terugwerkende kracht tot 1 juli 2024 hersteld. De ziektekostenverzekeraar heeft de in verband hiermee verschuldigde premie kwijtgescholden. Hij merkt op dat hij er ook voor had kunnen kiezen de premie te verrekenen met de op dat moment openstaande vordering.

Betalingsachterstand

- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft, in zijn reactie van 4 december 2024 aan de commissie, gesteld dat door het verloop van de tijd en de door verzoeker tussentijds gedane betalingen, de eerder aan hem verstrekte betalingsoverzichten niet meer actueel zijn. Er zijn betalingen gedaan zonder duidelijk betalingskenmerk, bijvoorbeeld als 'betaling onder protest'. Voor een volledig overzicht verwijst de ziektekostenverzekeraar naar een financieel overzicht per 3 december 2024, waaruit een betalingsachterstand blijkt van € 604,48. Bij brief van 21 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar vervolgens een financieel overzicht van 20 januari 2025 gestuurd. Hierop is te zien dat met de betaling van 28 december 2024 de premie van november 2024 ten bedrage van € 305,98 door verzoeker is voldaan. De betalingsachterstand per 20 januari 2025 bedraagt blijkens het overzicht, na de in de brief van 21 januari 2025 toegelichte coulancebetaling en kwijtschelding, € 305,98 en betreft de premie voor december 2024.

Fysiotherapie

- 4.3. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar in zijn reactie aan de commissie van 4 december 2024 geschreven dat in de brief van de Ombudsman Zorgverzekeringen van 12 augustus 2024 is gesteld dat op het persoonlijk declaratieoverzicht van de partner van verzoeker stond vermeld dat zij in 2023 pas 3 van de 9 fysiotherapiebehandelingen uit de aanvullende ziektekostenverzekering had verbruikt. Dit betekent dat zij nog recht had op 6 behandelingen. Verzoeker heeft een printscreen gestuurd waaruit blijkt dat er in 2023 nog 6 behandelingen fysiotherapie konden worden gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar verklaart dat de juistheid van het declaratieoverzicht zijn verantwoordelijkheid is en dat hij, in tegenstelling tot wat eerder door hem is verklaard, geen reden ziet dat verzoeker hieraan zou dienen te twijfelen. De ziektekostenverzekeraar stelt daarom voor de facturen van 6 fysiotherapie behandelingen in 2023 volgens de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering alsnog te vergoeden. Dit betekent een vergoeding van $6 \times € 30,80 = € 184,80$. Genoemd bedrag verrekent de ziektekostenverzekeraar met de betalingsachterstand. Een overzicht van de betreffende facturen heeft de ziektekostenverzekeraar ingesloten.

Beëindiging aanvullende ziektekostenverzekering en onkostenvergoeding

- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn reactie van 4 december 2024, gericht aan de commissie, erkend dat door hem fouten zijn gemaakt. Deze fouten hebben mogelijk geleid tot frustratie, waarvoor de ziektekostenverzekeraar zijn excuses aanbiedt. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat dit geschil op verschillende momenten vatbaar was voor de-escalatie. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens een oplossing voorgesteld. Het te vergoeden bedrag van € 184,80 voor de 6 fysiotherapie behandelingen in 2023 wordt door hem met de actuele betalingsachterstand van € 604,48 verrekend. Dan blijft een restschuld van € 419,88 over. Deze restschuld is opgebouwd uit de maandpremie voor november 2024 (€ 305,98) en een restant van € 113,90. De ziektekostenverzekeraar heeft - gelet op het verloop van dit geschil en het feit dat de kosten voor de aanvullende ziektekostenverzekering eerder hadden kunnen worden verrekend - voorgesteld het bedrag van € 113,90 af te boeken. De maandpremie voor november 2024 werd intussen met de betaling van 28 december 2024 voldaan, waardoor thans nog de premie voor december 2024 (€ 305,98) open staat. De ziektekostenverzekeraar heeft verder verklaard dat hij verzoeker niet tegemoet komt op het punt van de gevorderde onkosten, omdat hiervoor zijns inziens geen grond bestaat.

4.5. Na de hoorzitting resterende geschilpunten

- 4.6. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar, daarnaar door de commissie gevraagd, opgemerkt dat hij het e-mailbericht van 10 februari 2025 van verzoeker niet heeft ontvangen. In reactie op hetgeen verzoeker ter zitting naar voren heeft gebracht omtrent de door hem thans nog gewenste rectificaties en financiële genoegdoening, merkt de ziektekostenverzekeraar op dat uit het dossier volgt dat er ontzettend veel is gebeurd en dat verzoeker vraagt om erkenning en compensatie. In 2019 zijn door verzoeker verschillende betalingen gedaan zonder kenmerk of omschrijving. Daar is het misgegaan. De ziektekostenverzekeraar had het geschil eerder kunnen oplossen en daarom zijn de eerdere voorstellen gedaan. In 2024 is de fout in 'MijnCZ' ontdekt. De ziektekostenverzekeraar ziet niet welke schade verzoeker hierdoor nog lijdt of heeft geleden. De 6 fysiotherapiebehandelingen zijn immers alsnog vergoed door de hiermee gemoeide bedragen te verrekenen met de openstaande vordering. De aanvullende ziektekostenverzekering werd ten onrechte beëindigd, maar ook dit is hersteld en de verschuldigde premie is kwijtgescholden. Hiermee is de ziektekostenverzekeraar verzoeker in alles tegemoetgekomen. Een rectificatie naar de door verzoeker genoemde partijen vindt de ziektekostenverzekeraar niet nodig en de verrekening en het kwijtgescholden bedrag van de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering vormen zijns inziens ook al een vorm van schadevergoeding. Kosten die door verzoeker worden gemaakt om iets uit te zoeken kunnen wat hem betreft niet als schadevergoeding worden gevorderd. Hij ziet daarvoor geen juridische grondslag en verwijst in dit verband ook naar het toepasselijke reglement. De ziektekostenverzekeraar heeft voorgesteld dat hij nog navraag zal doen over de afmelding bij het CAK. Wat betreft het door verzoeker na 1 juli doorbetalen van de premies voor de aanvullende ziektekostenverzekering, terwijl deze per die datum was beëindigd, heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat die betalingen zijn verrekend met de openstaande premies van de zorgverzekering.
- 4.7. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 3 maart 2025 in reactie op het e-mailbericht van 10 februari 2025 van verzoeker, herhaald dat hij geen juridische grondslag ziet voor het toekennen van een schadevergoeding. De ziektekostenverzekeraar heeft niet onrechtmatig gehandeld. De betalingsachterstand is ontstaan door het opschorten van betalingen en het overmaken van premiebedragen zonder betalingskenmerk. De aanvullende ziektekostenverzekering is reeds tijdens de behandeling van de zaak door de Ombudsman Zorgverzekeringen met terugwerkende kracht hersteld en verzoeker heeft een aanvullende vergoeding ontvangen vanwege de onjuistheid in 'MijnCZ'. Ondanks het ontbreken van een juridische verplichting daartoe, heeft de ziektekostenverzekeraar de compensatie voor de fysiotherapiebehandelingen en de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering verrekend met de openstaande schuld. Voorts is het resterende bedrag kwijtgescholden. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat het uitgangspunt van het schadevergoedingsrecht is dat zoveel als redelijkerwijs mogelijk is de werkelijk geleden en te lijden schade moet worden begroot. Hij verwijst hiervoor naar een uitspraak van de Hoge Raad (HR 30 november 2007, NJ2012/613 Arts/Erven P.) Kosten die niet zijn gemaakt of schade die niet daadwerkelijk is geleden, kunnen dan ook niet zonder meer worden verhaald. In artikel 6:95 BW is bepaald dat schade die op grond van een wettelijke verplichting moet worden vergoed, bestaat uit vermogensschade en ander nadeel. Wat als vermogensschade kan worden aangemerkt wordt toegelicht in artikel 6:96 BW. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker de gevorderde kosten niet zelf gemaakt. Onduidelijk is dan ook waarom deze kosten als schade moeten worden aangemerkt en verzoeker hiervoor gecompenseerd moet worden.
- 4.8. Voorts schrijft de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 3 maart 2025 dat uit zijn administratie blijkt dat aan verzoeker verschillende waarschuwingen zijn gestuurd in verband met een premieachterstand voor de zorgverzekering van minimaal 2 maanden. Van een daadwerkelijke aanmelding bij het CAK is echter geen sprake geweest, omdat er nooit een premieachterstand van 6 maanden of meer heeft bestaan. Het is voor de ziektekostenverzekeraar daarom niet mogelijk om een bewijs van aan- of afmelding bij het CAK te verstrekken.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A.22 van de voorwaarden van de zorgverzekering voor 2023 en 2024, en artikel A.22 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering voor 2023 en respectievelijk artikel A.23 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering voor 2024.
- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante artikelen uit het Burgerlijk Wetboek (BW) en de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 6.2. De commissie heeft met partijen ter zitting vastgesteld dat het verzoek thans nog behelst dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is:
 - (i) een brief te sturen aan het CAK dat geen sprake is van een betalingsachterstand;
 - (ii) een brief te sturen aan de partner van verzoeker dat geen sprake is van een betalingsachterstand;
 - (iii) een brief te sturen aan de fysiotherapeut van zijn partner dat de aanvullende ziektekostenverzekering ten onrechte werd beëindigd;
 - (iv) de kosten die verzoeker heeft gemaakt in het kader van dit geschil aan hem te vergoeden, conform zijn brief met bijlage van 10 februari 2025.
- 6.3. Wat betreft (i) overweegt de commissie dat de ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker niet als wanbetaler is aangemeld bij het CAK, omdat er nooit sprake is geweest van een premieachterstand voor de zorgverzekering van 6 maanden of meer. Verzoeker heeft gesteld dat het CAK wel op de hoogte werd gebracht van het bestaan van een betalingsachterstand, maar hij heeft dit niet onderbouwd. De commissie concludeert dat nu van betrokkenheid van het CAK niet is gebleken, een rectificatie overbodig is. De commissie wijst het eerste onderdeel van het verzoek daarom af.
- 6.4. Ten aanzien van (ii) het verzoek om een rectificatie aan de partner van verzoeker, overweegt de commissie als volgt. De partner van verzoeker is geen partij in deze procedure, zodat de commissie niet aan een inhoudelijke beoordeling van dit onderdeel van het verzoek toekomt. Daarbij komt dat alle correspondentie van de ziektekostenverzekeraar – ook die betreffende de fysiotherapiebehandelingen – aan verzoeker in zijn hoedanigheid van verzekeringnemer was gericht, zodat naar het oordeel van de commissie een feitelijke grondslag voor een rectificatie aan zijn partner eveneens ontbreekt. De commissie wijst het tweede onderdeel van het verzoek daarom af.
- 6.5. Ten aanzien van (iii) het verzoek om een rectificatie aan de fysiotherapeut van de partner van verzoeker, overweegt de commissie dat de betrokken zorgaanbieder geen partij is in deze procedure, zodat de commissie niet aan een inhoudelijke beoordeling van dit onderdeel van het verzoek toekomt. De commissie wijst het derde onderdeel van het verzoek om die reden af.
- 6.6. Verzoeker heeft ten slotte (iv) een onkostenvergoeding gevorderd van de ziektekostenverzekeraar in verband met de tijd die hij persoonlijk heeft moeten besteden aan het geschil. Uit artikel 21.1 van het toepasselijke reglement volgt dat het uitgangspunt is dat elke partij zijn eigen kosten voor de klachtbehandeling draagt. Daaronder zijn begrepen de kosten van eigen tijd die hieraan wordt

besteed. Dit betekent dat aan verzoeker geen vergoeding toekomt voor door hem persoonlijk aan de klacht bestede tijd, nog daargelaten dat niet is gebleken dat verzoeker daadwerkelijk kosten heeft gemaakt. De commissie wijst dit onderdeel van het verzoek dan ook af.

- 6.7. De commissie ziet aanleiding de ziektekostenverzekeraar te verplichten het entreegeld van € 37,- aan verzoeker te vergoeden. Het geschil is immers gedeeltelijk opgelost als gevolg van de reactie van de ziektekostenverzekeraar in deze procedure van 4 december 2024, en meer in het bijzonder de daarin gedane erkenning.

Slotsom

- 6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie beslist dat:
- de resterende onderdelen van het verzoek worden afgewezen;
 - de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 25 maart 2025,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 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.

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 127

1. Wanneer een schuldenaar die de bevoegdheid tot verrekening heeft, aan zijn schuldeiser verklaart dat hij zijn schuld met een vordering verrekent, gaan beide verbintenissen tot hun gemeenschappelijk beloop teniet.
2. Een schuldenaar heeft de bevoegdheid tot verrekening, wanneer hij een prestatie te vorderen heeft die beantwoordt aan zijn schuld jegens dezelfde wederpartij en hij bevoegd is zowel tot betaling van de schuld als tot het afdwingen van de betaling van de vordering.
3. De bevoegdheid tot verrekening bestaat niet ten aanzien van een vordering en een schuld die in van elkaar gescheiden vermogens vallen.

- acceptgiro of op basis van een premienota;
- door middel van automatische incasso. Automatische incasso vindt plaats in de 1^e 7 dagen van de met u afgesproken betalingsperiode. Op uw verzoek kunt u met ons een ander moment voor automatische incasso afspreken;
- uiterlijk vóór de 1^e dag van de met u afgesproken betalingsperiode, als u op een andere manier betaalt dan door middel of op grond van een acceptgiro, een premienota of automatische incasso.

A.8.3. Manier van betalen

U (verzekeringnemer) heeft met ons afgesproken hoe u alle verschuldigde kosten betaalt. Dat kan zijn door een automatische incasso, een acceptgirobetaling (op papier of via e-mail), internetbankieren of een premienota. Heeft u met ons afgesproken digitaal te communiceren, dan is alleen automatische incasso, acceptgirobetaling via e-mail of in bepaalde gevallen betaling via internetbankieren mogelijk. Bij een zorgverzekering "Natura JUST" en een zorgverzekering "Natura Direct" is alleen automatische incasso mogelijk.

Als wij via automatische incasso de verschuldigde kosten van uw bankrekening afschrijven, blijft u verantwoordelijk voor tijdige en volledige betaling. U ontvangt een vooraankondiging voordat het bedrag van de bankrekening afgeschreven wordt.

A.8.4. Verrekening

- U (verzekeringnemer) kunt schulden niet verrekenen met bedragen die u (verzekeringnemer én verzekerden) nog van ons tegoed heeft.
- Wij kunnen uw (verzekeringnemer) schuld wel verrekenen met bedragen waarop u (verzekeringnemer én verzekerde) recht heeft op grond van de verzekeringen die u bij ons heeft gesloten. Wij verrekenen de schuld niet met uitbetalingen van het PGB (Persoons Gebonden Budget).

A.9. Betalingsachterstand

A.9.1. Herinnering en opschorting

Als u (verzekeringnemer) niet (tijdig) aan uw betalingsverplichting voldoet, heeft u een betalingsachterstand en sturen wij u een herinnering. Betaalt u daarna niet binnen 14 dagen, dan nemen wij achtereenvolgens de volgende stappen:

- wij verrekenen uw (verzekeringnemer) schuld met bedragen waarop u (verzekeringnemer én verzekerde) recht heeft. Blijft er dan nog een deel van uw schuld over, dan moet u dat nog wel betalen. U heeft pas weer recht op dekking vanuit uw aanvullende verzekering vanaf de

dag nadat alle bedragen die u moest betalen bij ons binnen zijn.

- wij schakelen een deurwaarder in (zie artikel A.9.2.).
- wij beëindigen uw aanvullende verzekering(en).
- vanaf 6 maanden melden wij uw betalingsachterstand voor uw zorgverzekering bij het CAK. U moet dan aan het CAK iedere maand een bestuursrechtelijke premie voor uw zorgverzekering betalen in plaats van de premie die u aan ons moet betalen. De hoogte van deze bestuursrechtelijke premie voor uw zorgverzekering wordt door de overheid bepaald. Het CAK int deze bestuursrechtelijke premie totdat u alle verschuldigde bedragen voor uw zorgverzekering heeft betaald. Dit is een wettelijke regeling.
- U bent niet langer verplicht om de bestuursrechtelijke premie aan het CAK te betalen vanaf de 1^e dag van de maand volgend op de maand waarin:
 - uw betalingsachterstand niet meer bestaat, of
 - de rechter de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen uit de Faillissementswet op u (verzekeringnemer) van toepassing heeft verklaard, of
 - u (verzekeringnemer) gaat deelnemen aan een schuld(sanerings)regeling. Deze is tot stand gekomen door tussenkomst van een professionele schuldhulpverlener en wij nemen daaraan ten minste ook deel, of
 - wij met u een betalingsregeling hebben getroffen.

Uw (verzekeringnemer) plicht om uw normale kosten aan ons te betalen gaat weer in op de 1^e dag van de maand volgend op de maand waarin een van bovenstaande situaties van toepassing is.

Wij melden u opnieuw aan bij het CAK waardoor u weer verplicht bent om de bestuursrechtelijke premie te betalen vanaf de 1^e dag van de maand volgend op de maand:

- waarin de toepassing van de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen op grond van artikel 350, derde lid, onderdeel c, d, e, f, g Faillissementswet is beëindigd, of
- waarin u zich, blijkens een melding aan het CAK, aan deelname aan een op u van toepassing zijnde overeenkomst of regeling als hierboven bedoeld, heeft onttrokken voordat u de in de desbetreffende overeenkomst of regeling neergelegde afspraken aan ons volledig bent nagekomen.

Om verdere toename van schulden te voorkomen, wisselen wij gegevens uit met uw gemeente. Wij sturen uw gemeente een bericht, zodra u 2 maanden premieachterstand of meer heeft. Wij doen dit