



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen NV Univé Zorg te Zwolle
Zaak : Premie, premieachterstand: aanmelding ZiN, overdracht incassogemachtigde,
postontvangst
Zaaknummer : 201401300
Zittingsdatum : 25 maart 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2011-2014, paragraaf 3.3 Zvw, art. 3:37 BW)

1. Partijen

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

NV Univé Zorg te Zwolle, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Verzoeker is tot op heden bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Gewoon ZEKUR Zorg (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Genoemde zorgverzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst 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 komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar verschillende vorderingen over te dragen aan zijn incassogemachtigde.

3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 8 april 2014 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De zorgverzekeraar heeft verzoeker met ingang van 1 mei 2014 aangemeld bij het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) vanwege een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van hemzelf van zes of meer maanden.

3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.

3.5. Bij brief van 12 november 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is (i) hem met terugwerkende kracht tot 1 mei 2014 af te melden bij het Zorginstituut, (ii) de hoogte van de betalingsachterstand correct te berekenen, en (iii) te bepalen dat de diverse vorderingen ten onrechte zijn overgedragen aan de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar (hierna: het verzoek).

3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.



3.7. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 9 december 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 januari 2015 aan verzoeker gezonden.



3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 26 januari 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 10 maart 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.



3.9. Verzoeker is op 25 maart 2015 in persoon gehoord. De zorgverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen.



4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker



4.1. Verzoeker heeft op 28 oktober 2013 in samenwerking met de Sociale Dienst Drechtsteden een stabilisatieovereenkomst getekend. Op 4 december 2013 heeft de Sociale Dienst een plan van aanpak opgesteld dat verzoeker heeft ondertekend. Om onduidelijke redenen heeft de zorgverzekeraar hem met ingang van 1 mei 2014 aangemeld bij het Zorginstituut.



4.2. De aanmelding bij het Zorginstituut had nooit mogen plaatsvinden aangezien de ziektekostenverzekeraar heeft nagelaten verzoeker hierover te informeren of voor te waarschuwen. Voor zover al brieven zijn verzonden, zijn deze nooit gestuurd direct na twee of vier maanden achterstand.



4.3. Verzoeker meent voorts dat de zorgverzekeraar de diverse vorderingen te laat en op een verkeerd moment heeft overgedragen aan zijn incassogemachtigde. Bovendien heeft de zorgverzekeraar niet aan zijn verplichtingen, regels en voorwaarden voldaan. Zo heeft de zorgverzekeraar verzuimd in voldoende mate betalingsherinneringen en aanmaningen te sturen. Daarnaast had het op de weg van de zorgverzekeraar gelegen (i) verzoeker te waarschuwen voor een eventuele overdracht aan de incassogemachtigde met de daaraan verbonden gevolgen, en (ii) verzoeker na het beëindigen van de betalingsregeling een nieuwe regeling aan te bieden. Ondanks het feit dat verzoeker de vordering tijdig heeft betwist, heeft de zorgverzekeraar deze overgedragen aan zijn incassogemachtigde.



4.4. Verzoeker betreurt dat de zorgverzekeraar nooit serieus op zijn klachten heeft gereageerd. Ook in de onderhavige procedure reageert de zorgverzekeraar zeer kort en worden relevante stukken niet overgelegd.



4.5. Ter zitting is door verzoeker herhaald dat de zorgverzekeraar bij herhaling niet heeft gereageerd op zijn melding dat sprake was van schuldhelpverlening. De zorgverzekeraar kon hier naar eigen zeggen niets mee omdat hij in afwachting was van een reactie van de gemeente. In een kort geding procedure heeft de rechter bepaald dat verzoeker alsnog moest worden toegelaten tot het schuldhelpverleningstraject.



4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.



5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar



5.1. Door verzoeker is gesteld dat hij op 28 oktober 2013 in samenwerking met de Sociale Dienst Drechtsteden een stabilisatieovereenkomst heeft getekend. Naar aanleiding van deze overeenkomst is op 4 december 2013 een plan van aanpak opgesteld. In vervolg hierop heeft verzoeker een budgetplan gemaakt, maar een definitieve schuldregeling heeft de zorgverzekeraar nooit bereikt. De zorgverzekeraar is er dan ook van uitgegaan dat een dergelijke schuldregeling nooit tot stand is gekomen. Gelet op de bestaande betalingsachterstand heeft de zorgverzekeraar verzoeker met ingang van 1 mei 2014 aangemeld bij het Zorginstituut.



5.2. Over de periode van 1 januari 2011 tot en met 30 april 2014 staat – naar de stand van 9 december 2014 – nog een bedrag open ter grootte van € 863,--, exclusief rente en incassokosten.

5.3. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hij tot op heden van verzoeker noch van zijn schuldhulpverlener een inventarisatie van de schulden heeft ontvangen. Ook anderszins heeft geen contact plaatsgevonden over een schuldhulpverleningstraject.

5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het onderhavige verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. De commissie stelt vast dat partijen niet met elkaar van mening verschillen over het bestaan tussen hen van een verzekeringsrelatie, het verschuldigd zijn van de premie voor de afgesloten verzekeringen en de hoogte van de periodiek verschuldigde premie voor deze verzekeringen. In geschil zijn de beslissing van de zorgverzekeraar tot overdracht van diverse vorderingen aan zijn incassogemachtigde, de aanmelding van verzoeker bij het Zorginstituut met ingang van 1 mei 2014, en de hoogte van de betalingsachterstand.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van het geschil tussen partijen zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. Ingevolge artikel 3 van de zorgverzekering is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.

8.3. Artikel 3.6 regelt de gevolgen van niet-tijdige betaling en luidt, voor zover hier van belang:

3.6. Niet-tijdig betalen

3.6.1. Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen en kosten niet-tijdig betaalt, sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, kunnen wij de dekking schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg vanaf de dag volgende op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen. Wij hebben het recht bij niet tijdige betaling Gewoon ZEKUR Zorg te beëindigen. De verzekering wordt in dat geval niet met terugwerkende kracht beëindigd.

*3.6.2. Wij kunnen incassokosten en wettelijke rente bij u in rekening brengen.
(...)"*

8.4. Artikel 16 Zvw regelt in welke gevallen voor de zorgverzekering geen premie verschuldigd is, en luidt 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. 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 aan zien 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.”

8.6. Artikel 3:37 lid 3 BW ziet op de werking van verklaringen en luidt als volgt:

“Artikel 37

(...)

3. 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.

(...)”

9. Beoordeling van het geschil

Overdracht incassogemachtigde

9.1. Uit het door de zorgverzekeraar overgelegde financiële overzicht van 9 december 2014 blijkt dat verzoeker met name in de jaren 2013 en 2014 de verschuldigde maandpremies niet (altijd) bij vooruitbetaling heeft betaald, hoewel hij daartoe op grond van de polisvoorwaarden verplicht is. Wanneer de premie of andere vorderingen niet (tijdig) worden voldaan, zijn deze direct en volledig opeisbaar en staat het de zorgverzekeraar in beginsel vrij – binnen de door de verzekeringsvoorwaarden en de wet- en regelgeving gestelde kaders – de ontstane vordering over te dragen aan een incassogemachtigde met als gevolg bijkomende (buitengerechtelijke) kosten en rente. Door verzoeker is onder andere aangevoerd dat de zorgverzekeraar voorafgaand aan de overdracht geen of onvoldoende betalingsherinneringen heeft verzonden. De zorgverzekeraar heeft deze stelling betwist en diverse betalingsherinneringen overgelegd. Aangezien op grond van de verzekeringsvoorwaarden verzending van een betalingsherinnering niet is vereist voor overdracht van een vordering (wel voor opschorting van de dekking) en door verzoeker niet is

bestreden dat hij een of meer betalingsherinneringen heeft ontvangen, concludeert de commissie dat de zorgverzekeraar in deze gerechtigd was zijn vordering aan de incassogemachtigde over te dragen. De incassokosten en opgekomen rente komen derhalve terecht voor rekening van verzoeker.

Hetgeen overigens door verzoeker is aangevoerd kan niet leiden tot een ander oordeel.

Aanmelding Zorginstituut

- 9.2. De zorgverzekeraar heeft verzoeker met ingang van 1 mei 2014 aangemeld bij het Zorginstituut. Beoordeeld dient te worden of op deze datum voor de zorgverzekering van verzoeker een premieachterstand bestond van zes of meer maanden, in welk geval de aanmelding bij het Zorginstituut terecht heeft plaatsgevonden.
- 9.3. Door de zorgverzekeraar is in de procedure een financieel overzicht overgelegd waaruit blijkt dat over de periode van 1 januari 2011 tot en met 30 april 2014 - naar de stand van 9 december 2014 - een bedrag openstond van € 863,-, exclusief opgekomen rente en incassokosten. Gelet op de ná 1 mei 2014 door de zorgverzekeraar ontvangen bedragen, concludeert de commissie dat verzoeker ten tijde van de aanmelding bij het Zorginstituut op 1 mei 2014 in ieder geval zes maandpremies niet had voldaan. Dat door verzoeker meer of andere betalingen zijn gedaan dan die welke uit eerdergenoemd stuk blijken, is door hem in de procedure niet, althans onvoldoende aannemelijk gemaakt. Van onjuiste verrekeningen of boekingen door de zorgverzekeraar is de commissie niet gebleken. Per saldo is derhalve sprake van een premieachterstand van ten minste zes maandpremies, zoals vereist in artikel 18c Zvw.
- 9.4. Door verzoeker is gesteld dat de zorgverzekeraar hem ten onrechte heeft aangemeld bij het Zorginstituut aangezien hij op 28 oktober 2013, in samenwerking met de Sociale Dienst Drechtsteden, een stabilisatieovereenkomst heeft getekend. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker hem weliswaar een stabilisatieovereenkomst heeft gestuurd, maar dat hij vervolgens van verzoeker noch van de Sociale Dienst een voorstel tot een schuldregeling heeft ontvangen. Bovendien is de zorgverzekeraar uit een telefonisch contact met de Sociale Dienst gebleken dat het stabilisatietraject van verzoeker op 13 januari 2014 is beëindigd. Aangezien verzoeker het tegendeel niet aannemelijk heeft gemaakt, kan zijn stelling niet ertoe leiden dat de zorgverzekeraar verzoeker niet had mogen aanmelden bij het Zorginstituut.
- 9.5. Door verzoeker is verder gesteld dat de zorgverzekeraar hem ten onrechte heeft aangemeld bij het Zorginstituut aangezien hij hierover nooit is geïnformeerd. 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.
- 9.6. In de onderhavige kwestie heeft de zorgverzekeraar gesteld dat hij alle poststukken die aan verzoeker zijn gestuurd, heeft gezonden naar het adres dat vermeld staat in de BRP. Gelet op hetgeen hiervoor is uiteengezet, mag normaliter er van worden uitgegaan dat een poststuk

aankomt op het adres waarnaar het is verzonden (in casu: het adres van verzoeker dat vermeld staat in de BRP). Door verzoeker is aanvankelijk zonder voorbehoud gesteld dat hij bepaalde brieven niet heeft ontvangen. Daarnaar ter zitting gevraagd heeft verzoeker verklaard dat hij de brieven als bedoeld in de artikelen 18a, 18b en 18c Zvw "voor zover hij weet" niet heeft ontvangen, waarbij hij in het midden heeft gelaten welke correspondentie dan wel in zijn bezit is gekomen. Naar het oordeel van de commissie is deze verklaring onvoldoende om aan te nemen dat voornoemde brieven hem inderdaad niet hebben bereikt. Nu de zorgverzekeraar alle wettelijke stappen op een juiste wijze heeft doorlopen stond het de zorgverzekeraar vrij verzoeker met ingang van 1 mei 2014 aan te melden bij het Zorginstituut.

Huidige stand van zaken

- 9.7. Rest de vraag wat de huidige stand van zaken is. Als gezegd, is door de zorgverzekeraar een financieel overzicht naar de stand van 9 december 2014 overgelegd. Uit dit overzicht blijkt dat door verzoeker met betrekking tot de periode van 1 januari 2011 tot en met 30 april 2014 niet alle verschuldigde bedragen zijn betaald en dat per saldo nog een bedrag openstaat van € 863,--, exclusief rente en incassokosten. Daartoe door de commissie in de gelegenheid gesteld, heeft verzoeker niet aannemelijk gemaakt dat de verschuldigde bedragen over genoemd tijdvak wél steeds tijdig en volledig zijn betaald. Dat meer of andere betalingen zijn gedaan dan die welke uit het betalingsoverzicht van 9 december 2014 blijken, is in de procedure niet gebleken. De commissie is daarom van oordeel dat het door de zorgverzekeraar overlegde overzicht van 9 december 2014 met de daarin opgenomen bedragen als juist heeft te gelden. Hetgeen verzoeker heeft aangevoerd ter verklaring van de ontstane betalingsachterstand kan niet leiden tot een ander oordeel. De openstaande vordering bedraagt naar de stand van 9 december 2014 derhalve € 863,--, exclusief rente en incassokosten.

Conclusie

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

Zeist, 8 april 2015,

prof. mr. A.I.M. van Mierlo