



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A, vertegenwoordigd door de heer B, beiden te C, tegen Zilveren Kruis Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht
Zaak : Premie, betalingsachterstand, aanmelding CVZ, aanvullende ziektekostenverzekering
Zaaknummer : 201402990
Zittingsdatum : 1 juli 2015

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

 (Voorwaarden zorgverzekering 2014, paragraaf 3.3 Zvw, en artt. 3:307 en 3:317 BW)

 1. Partijen

Mevrouw A, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer B, beiden te C,
tegen

 Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

 2. De verzekeringssituatie

 2.1. Verzoekster is tot op heden bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Agis Basispolis (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. Bij brief van 24 maart 2010 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling van ten minste zes maanden, en dat zij is aangemeld bij het College voor Zorgverzekeringen (hierna: CVZ).

 3.2. De kantonrechter van de Rechtbank Haarlem heeft op 24 november 2011 een vonnis gewezen in een zaak tussen verzoekster en de zorgverzekeraar, waarbij verzoekster is veroordeeld tot betaling van € 387,31, vermeerderd met rente en kosten, aan de zorgverzekeraar.

 3.3. Bij brieven van 14 januari 2014 heeft de zorgverzekeraar verzoekster betalingsherinneringen gezonden voor bedragen van € 1.030,39 (premie) en € 500,-- (zorgkosten).

 3.4. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde standpunten gevraagd. Bij brief van 10 februari 2014 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunten te handhaven. Met verzoekster is op 30 januari 2014 een betalingsregeling overeengekomen voor de achterstand.

 3.5. Bij brief van 18 april 2014 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat deze betalingsregeling is beëindigd en dat zij dientengevolge direct € 1.580,39 dient te betalen, op straffe van overdracht van de vordering aan de incassogemachtigde.

 3.6. Bij brief van 23 juni 2014 heeft de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de openstaande vordering € 2.184,89 bedraagt, inclusief rente en kosten.

- 
- 3.7. Bij klachtenformulier van 21 november 2014 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar is gehouden haar af te melden bij het CVZ, inmiddels het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) geheten, dat de door de zorgverzekeraar genoemde betalingsachterstand onjuist is, en dat zij recht heeft op een aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 
- 3.8. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 
- 3.9. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 15 april 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 april 2015 aan verzoekster gezonden.
- 
- 3.10. Verzoekster is in de gelegenheid gesteld te reageren op het financiële overzicht dat is gevoegd bij het onder 3.9 bedoelde standpunt van de zorgverzekeraar. Van de geboden mogelijkheid heeft verzoekster geen gebruik gemaakt.
- 
- 3.11. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 20 mei 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 15 juni 2015 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 
- 3.12. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 1 juli 2015 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 
- 4.1. Verzoekster kampt met gezondheidsproblemen, waardoor het voor haar niet mogelijk is fulltime te werken en zij een laag inkomen heeft. In 2007 en 2008 heeft verzoekster, buiten haar schuld om, diverse betalingsachterstanden opgebouwd, waaronder een achterstand bij de zorgverzekeraar. In 2010 heeft de zorgverzekeraar haar aangemeld als wanbetaler bij het CVZ. Verzoekster twijfelt aan de rechtmatigheid van deze aanmelding.
In verband met de betalingsachterstand is het voor verzoekster niet mogelijk een aanvullende ziektekostenverzekering af te sluiten bij de zorgverzekeraar. Aangezien alleen een zorgverzekering is afgesloten, komen veel zorgkosten voor rekening van verzoekster. Deze kosten kan zij niet voldoen, en de medisch noodzakelijke behandelingen zijn derhalve gestaakt. Inmiddels loopt ter zake van een vordering van een zorgaanbieder een gerechtelijke procedure.
Al met al worden de betalingsproblemen van verzoekster alleen maar groter.
- 
- 4.2. Tussen eind 2008 en december 2013 is door de zorgverzekeraar niet gecommuniceerd over de premieachterstand die ziet op de jaren 2007 en 2008. Verzoekster is slechts geïnformeerd over vorderingen ter zake van zorgkosten.
- 
- 4.3. In 2013 heeft verzoekster met hulp van een vriend van de familie haar administratie doorgenomen. Deze vriend heeft zich gemengd in het probleem dat was ontstaan met de zorgverzekeraar. Op 18 december 2013 is een brief aan de zorgverzekeraar gestuurd. Hierop reageerde de zorgverzekeraar bij brief van 14 januari 2014, en dit was de eerste reactie van de zorgverzekeraar sinds 2009. Hoewel daar om is verzocht, heeft de zorgverzekeraar geen afschriften van betalingsherinneringen overgelegd. Eerst op 14 januari 2014 ontving verzoekster een betalingsherinnering voor de premieachterstand uit 2007 en 2008. In deze herinnering wordt gerefereerd aan een eerder verstuurde brief, maar deze is nooit ontvangen door verzoekster.
- 
- 4.4. Het vonnis van de Rechtbank Haarlem van 24 november 2011 betreft een vordering van de zorgverzekeraar die ziet op premie en het eigen risico voor de jaren 2009 en 2010. Een achterstand ter zake van de jaren 2007 en 2008 is niet in het geding gebracht. Verzoekster stelt dat een

vordering vijf jaar na de laatste aanmaning of brief verjaart. Aangezien de achterstand in de premie voor de jaren 2007 en 2008 nimmer door de zorgverzekeraar is aangekaart, ook niet in de gerechtelijke procedure in 2011, is conform artikel 3:37 lid 1 BW sprake van verjaring. Aangaande het bedrag van € 350,-- ter zake van zorgkosten uit 2013, is door verzoekster telefonisch toestemming aan de zorgverzekeraar gegeven voor maandelijkse afschrijving van een bedrag ter aflossing hiervan. Een machtigingsformulier is echter nooit door de zorgverzekeraar gestuurd. Het bankrekeningnummer van verzoekster was wel bekend, doch om onduidelijke redenen is deze betalingsregeling nooit van kracht geworden. Dit is te wijten aan de slechte interne communicatie bij de zorgverzekeraar. In de brief van 14 januari 2014 vordert de zorgverzekeraar € 500,-- aan zorgkosten van verzoekster. Het is onduidelijk waar deze vordering op ziet. Uiteindelijk is op 30 januari 2014 een betalingsregeling getroffen met de zorgverzekeraar.

4.5. Verzoekster verklaart dat geen duidelijkheid bestaat omtrent de hoogte van de betalingsachterstand. De premies uit 2007 en 2008 dienen te worden afgeboekt vanwege de verjaring. Verzoekster wenst verder dat de zorgverzekeraar haar afmeldt bij het Zorginstituut. Indien niet langer de bestuursrechtelijke premie verschuldigd is, heeft zij meer financiële mogelijkheden. Voorts wenst verzoekster een aanvullende ziektekostenverzekering af te sluiten.

4.6. Ter zitting is door verzoekster haar standpunt herhaald. Voorts heeft verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar de verjaring niet heeft gestuit. Er is verzuimd tussen 2009 en 2014 een aanmaning te sturen. Tot slot verklaart verzoekster dat zij recent een aanmaning van de incassogemachtigde van de ziektekostenverzekeraar heeft ontvangen. Zij heeft de incassogemachtigde telefonisch geïnformeerd over de onderhavige procedure.

4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. Verzoekster heeft vanaf september 2007 een achterstand in de premiebetaling laten ontstaan. Op 10 oktober en 12 november 2007 zijn betalingsherinneringen aan haar gestuurd. Verzoekster heeft de achterstand niet betaald. Hierop heeft de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar op 11 december 2007 een laatste herinnering aan verzoekster gestuurd, waarin haar de kans is geboden de vordering zonder bijkomende kosten te betalen. Omdat verzoekster niet betaalde, heeft de incassogemachtigde op 29 december 2007 een incassotraject opgestart. Ondanks aanmaningen heeft verzoekster niet betaald. Daarom heeft de incassogemachtigde de achterstand over de periode van september 2007 tot en met september 2008 overgedragen aan de deurwaarder teneinde verzoekster te dagvaarden.

5.2. De deurwaarder heeft op 20 april en 4 mei 2009 aanmaningen gestuurd. Naar aanleiding hiervan heeft verzoekster op 5 mei 2009 telefonisch contact met de deurwaarder opgenomen. Zij heeft hierbij aangegeven een betalingsregeling te willen treffen. Om de aflossingscapaciteit van verzoekster vast te stellen heeft de deurwaarder dezelfde dag een inkomsten- en uitgavenformulier aan verzoekster gezonden. De deurwaarder ontving het formulier echter niet retour. Op 19 mei 2009 is verzoekster opnieuw verzocht het formulier terug te sturen. Desondanks heeft verzoekster niet meer gereageerd.

5.3. Uiteindelijk is op 1 juni 2009 het dossier bij de deurwaarder gesloten vanwege het ontbreken van een verhaalmogelijkheid en is de vordering teruggegeven aan de zorgverzekeraar. Nadien zijn voor de achterstand over de periode van september 2007 tot en met september 2008 betalingsherinneringen gestuurd, te weten op 14 januari, 4 februari, 11 maart, 11 oktober, 31 oktober 2014 en 14 januari 2015. Naar aanleiding van deze herinneringen heeft diverse malen contact plaatsgevonden tussen verzoekster en degene die verzoekster bijstaat. Op 23 december 2013 heeft de zorgverzekeraar een bezwaar tegen de premieachterstand over de periode september 2007 tot en met september 2008 ontvangen. Hierop is bij brief van 10 februari 2014 gereageerd.

Op basis van het voorgaande betwist de zorgverzekeraar met klem dat de achterstand uit 2007 en 2008 is verjaard. De verjaring van die achterstand is op 20 april 2009 en 4 mei 2009 gestuit door de brieven van de deurwaarder. Dat deze brieven verzoekster hebben bereikt blijkt uit het contact op 5 mei 2009 tussen verzoekster en de deurwaarder. Voor de achterstand over de periode van september 2007 tot en met september 2008 is de verjaringstermijn op 20 april 2009 c.q. 4 mei 2009 c.q. 10 februari 2014 opnieuw gaan lopen.

- 5.4. Vanaf november 2013 is door of namens verzoekster enkele malen contact gezocht over de achterstand.
Verzoekster heeft op 19 november 2013 contact opgenomen over de achterstand en de aanmelding bij het toenmalige CVZ. Degene die verzoekster bij staat heeft op 29 november 2013 de zorgverzekeraar benaderd over de achterstand op dat moment van € 1.530,--. De zorgverzekeraar kon aan hem echter geen informatie verstrekken vanwege de Wet op de privacy. Op 23 december 2013 is het bezwaarschrift van degene die verzoekster bijstaat ontvangen. Deze persoon heeft op 13, 16 en 30 januari 2014 telefonisch contact opgenomen over de afhandeling van het bezwaar. Bij brief van 10 februari 2014 heeft de zorgverzekeraar gereageerd op het bezwaar, waarbij is medegedeeld dat de achterstand uit 2007 en 2008 niet is verjaard en dat verzoekster de gevorderde bedragen derhalve is verschuldigd. De zorgverzekeraar heeft de persoon die verzoekster bijstaat verzocht haar te melden dat de achterstand dient te worden betaald. Daarnaast is medegedeeld dat het vonnis van 24 november 2011 geen betrekking heeft op de achterstand uit 2007 en 2008.
- 5.5. Op 7 mei, 29 juli, 19 en 21 november 2014 hebben telefonisch contacten tussen degene die verzoekster bijstaat en de zorgverzekeraar plaatsgevonden. Er werd namens verzoekster wederom gezegd dat de achterstand uit 2007 en 2008 was verjaard en dat verzoekster moest worden afgemeld bij het Zorginstituut. De zorgverzekeraar heeft uitgelegd dat van verjaring van de achterstand geen sprake is. Ook is verzocht om herstel van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit was echter niet mogelijk vanwege de achterstand.
Verder heeft contact plaatsgevonden in verband met een betalingsregeling voor de zorgkostennota's en het eigen risico over de jaren 2013 en 2014. De zorgverzekeraar en verzoekster hebben hiervoor een betalingsregeling getroffen en deze komt verzoekster tot op heden na. Er is géén betalingsregeling getroffen voor de achterstand over de periode van september 2007 tot en met september 2008, omdat verzoekster de verschuldigdheid hiervan betwist.
De zorgverzekeraar begrijpt de stelling van verzoekster niet dat afspraken zijn gemaakt, maar dat deze afspraken niet zijn vastgelegd. Voor zover de zorgverzekeraar kan nagaan zijn alle contacten vastgelegd in het klantcontactsysteem. Hieruit blijkt niet dat bepaalde toezeggingen zijn gedaan of speciale afspraken zijn gemaakt over de achterstand betreffende de periode vanaf september 2007 tot en met september 2008.
- 5.6. Verzoekster is met ingang van 1 april 2010 aangemeld bij het toenmalige CVZ. Deze aanmelding is terecht geschied, omdat verzoekster op het moment van de aanmelding een premieachterstand van meer dan zes maanden had. Op 7 september 2009, 2 februari 2010 en 24 maart 2010 zijn de twee-, vier- en zesmaandsbrief aan verzoekster gestuurd. Vanaf april 2010 int het CVZ, thans het Zorginstituut, de maandelijkse premie, verhoogd met een bestuurlijke boete.
De achterstand tot de datum van aanmelding en alle nadien opgekomen zorgkostennota's is verzoekster verschuldigd aan de zorgverzekeraar. Pas als verzoekster de volledige achterstand heeft betaald, zal zij worden afgemeld.
- 5.7. Omdat verzoekster diverse achterstanden heeft laten ontstaan, heeft de zorgverzekeraar die achterstanden overgedragen aan de incassogemachtigde.
- Dossier 625808 - 146393: betreft de premieachterstand van januari 2009 tot en met maart 2009. De dagvaarding is van 6 mei 2009 en de vordering is bij verstek op 20 mei 2009 toegewezen. Verzoekster heeft deze vordering voldaan.
 - Dossier 1129409: betreft € 170,-- aan zorgkosten. Op 28 maart 2011 is de vordering volledig betaald door verzoekster.

- Dossier 1228836: betreft € 101,95 aan zorgkosten. Deze vordering is voldaan door verzoekster.
- Dossier 735317 - 2263996: betreft de premieachterstand van januari 2009 tot en met februari 2010 en het eigen risico 2009 en 2010. De dagvaarding is van 24 augustus 2011 en op 24 november 2011 is het vonnis gewezen. Verzoekster heeft deze vordering betaald.
- Dossier 3617007: betreft de achterstand over de periode vanaf september 2007 tot en met september 2008. De zorgverzekeraar heeft dit dossier op 17 juli 2014 bij de incassogemachtigde laten sluiten omdat verzoekster deze achterstand betwist. De vordering is dus nadrukkelijk niet vervallen.

Uit het voorgaande blijkt dat alle dossiers bij de incassogemachtigde zijn betaald, behalve dossier 3617007. De stelling van verzoekster dat uit het vonnis van 24 november 2011 volgt dat er geen verdere achterstanden zijn, is niet juist. Het vonnis betreft niet de achterstand over de periode van september 2007 tot en met september 2008. Het is dan ook logisch dat daarover niet is gesproken. Bovendien wist verzoekster, althans had zij kunnen weten, dat er nog een achterstand uit 2007 en 2008 bestond. Immers, in mei 2009 heeft zij hierover nog contact met de deurwaarder gehad. Sinds dat contact heeft verzoekster de bestaande achterstand niet voldaan. Verzoekster moet begrijpen dat een achterstand niet 'zomaar' verdwijnt zonder volledige betaling.

- 5.8. De hoogte van het openstaande bedrag wijzigde omdat er nieuwe zorgkostennota's bij kwamen, alsmede kosten omdat verzoekster niet tijdig had betaald. Wel zijn door haar nog enkele betalingen verricht, die op de achterstand in mindering zijn gebracht. Naar de stand van 15 april 2013 bedraagt de achterstand € 1.585,43. Voor het gedeelte van de achterstand dat ziet op het eigen risico 2013 en 2014 heeft verzoekster een betalingsregeling getroffen. Verzoekster heeft geen betaalbewijzen overgelegd waaruit blijkt dat zij meer betalingen heeft verricht dan die de zorgverzekeraar volgens zijn opgave heeft ontvangen. Derhalve wordt door hem uitgegaan van de juistheid van het openstaande bedrag.
- 5.9. In de periode van 1 mei 2006 tot en met 9 mei 2014 heeft de zorgverzekeraar correspondentie gezonden naar het woonadres van verzoekster. Op 7 mei 2014 is op verzoek van degene die verzoekster bijstaat diens adres als postadres voor verzoekster geregistreerd. Op zijn verzoek is op 16 januari 2015 dit postadres uit de administratie verwijderd. Vanaf 16 januari 2015 wordt alle correspondentie weer gezonden naar het woonadres van verzoekster.
- 5.10. De aanvullende ziektekostenverzekering is op 2 januari 2008 beëindigd vanwege de premieachterstand. In de betalingsherinnering van 11 december 2007 heeft de zorgverzekeraar verzoekster nog een laatste kans geboden de beëindiging te voorkomen. Verzoekster heeft de achterstand echter niet betaald, zodat de beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering terecht is geschied. Verzoekster is vrij in haar keuze voor het afsluiten van een aanvullende verzekering bij een andere verzekeraar. De zorgverzekeraar kent het beleid van andere verzekeraars hieromtrent niet en kan dus geen uitspraak doen over de acceptatie door een andere verzekeraar.
- 5.11. Ter zitting is door de zorgverzekeraar zijn standpunt herhaald. Voorts heeft de zorgverzekeraar verklaard dat de aanmaning van de incassogemachtigde die verzoekster recent heeft ontvangen, als niet verzonden mag worden beschouwd. Voor de gang van zaken worden excuses aangeboden.
- 5.12. 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 18 van de 'Algemene Voorwaarden' 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. In geschil zijn de aanmelding bij het CVZ, de hoogte van de betalingsachterstand en de wens van verzoekster een aanvullende ziektekostenverzekering af te sluiten.

 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van het geschil tussen partijen zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. Ingevolge artikel 14 van de 'Algemene Voorwaarden' van de zorgverzekering is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.
- 8.3. 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: (...)

b. is geen premie verschuldigd over de periode, bedoeld in artikel 18d, eerste lid.”

- 8.4. Op 1 september 2009 is de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering (hierna: de Wsmwz) in werking getreden. Vanaf dat moment is onder meer aan de Zvw een nieuwe afdeling toegevoegd die de gevolgen regelt van het niet (tijdig) betalen van de premie voor de zorgverzekering. De wet voorziet in een aantal beoordelingsmomenten waarop de ziektekostenverzekeraar een aanbod, respectievelijk een mededeling moet doen aan de polishouder en/of de verzekerde. Is sprake van een premieschuld voor de zorgverzekering ter hoogte van zes of meer maandpremies, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, dan vindt in beginsel melding daarvan plaats aan het College voor Zorgverzekeringen/Zorginstituut. 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 College voor Zorgverzekeringen/Zorginstituut komt doorgaans weer een einde zodra de schuld uit de zorgverzekering is ingelost of een schuldregeling wordt getroffen.
- 8.5. Voor op 1 september 2009 reeds bestaande gevallen van premieachterstand is een overgangsregeling getroffen, die voorziet in een verkort traject. Hierbij is tevens voorzien in een regeling die bepaalt dat bepaalde handelingen die door de ziektekostenverzekeraar vooruitlopend op de inwerkingtreding van de wet zijn verricht – voor zover deze handelingen voldoen aan het geregelde in de wet, als was deze reeds in werking getreden – worden aangemerkt als handelingen in het kader van de wet.
- 8.6. Voor zover hier van belang, bepalen de artikelen 18c Zvw en artikel IX van de Wsmwz het volgende:

“Artikel 18c

1. Indien ten aanzien van een zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een premieschuld ter hoogte van zes of meer maandpremies is ontstaan, meldt de zorgverzekeraar dit, onder vermelding van de voor de heffing van de bestuursrechtelijke premie alsmede voor de uitvoering van artikel 34a noodzakelijke persoonsgegevens van de verzekeringnemer en de verzekerde, aan het College zorgverzekeringen, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, aan de verzekerde.

2. De melding geschiedt niet:

- a. in geval van tijdige betwisting als bedoeld in artikel 18b, eerste lid, zolang de zorgverzekeraar zijn standpunt dienaangaande niet aan de verzekeringnemer en, indien dit een ander dan de verzekeringnemer is, aan de verzekerde heeft kenbaar gemaakt;
 - b. gedurende de termijn, genoemd in artikel 18b, tweede lid;
 - c. ingeval van tijdige voorlegging van het geschil aan een onafhankelijke instantie of aan de burgerlijke rechter als bedoeld in artikel 18b, tweede lid, zolang op het geschil niet onherroepelijk is beslist;
 - d. ingeval de verzekeringnemer zich heeft aangemeld bij een schuldhulpverlener als bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet en aantoont dat hij in het kader daarvan een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van zijn schulden heeft gesloten.
3. Onderdeel van de melding vormt een verklaring van de zorgverzekeraar, inhoudende dat hij artikel 18b en het tweede lid in acht heeft genomen."

"Artikel IX

1. Indien op de datum van inwerkingtreding van deze wet ten aanzien van een zorgverzekering volgens de administratie van een zorgverzekeraar reeds een premieschuld van twee of meer maanden bestaat, doet deze zorgverzekeraar, in afwijking van artikel 18a, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet het in dat artikel bedoelde aanbod zo spoedig mogelijk.
2. Indien de verzekeringnemer een ander heeft verzekerd en ten aanzien van diens verzekering een premieachterstand als bedoeld in het eerste lid is ontstaan:
 - a. is artikel 18a, derde lid, van de Zorgverzekeringswet niet van toepassing,
 - b. zendt de zorgverzekeraar deze verzekerde, tegelijk met de stukken, bedoeld in artikel 18a, vijfde lid, van de Zorgverzekeringswet een aanbod om zelf een zorgverzekering met hem te sluiten,
 - c. omvat het aanbod aan de verzekeringnemer de mededeling dat de zorgverzekeraar de ten behoeve van de andere verzekerde gesloten zorgverzekering met ingang van de eerste dag van de tweede maand volgende op de maand waarin het aanbod is gedaan, zal beëindigen, tenzij deze verzekerde hem voordien heeft laten weten het aanbod, bedoeld in onderdeel b, te verwerpen.
3. In afwijking van artikel 217 van Boek 6 van het Burgerlijk Wetboek en van artikel 4:29 van de Wet op het financieel toezicht, wordt een verzekeringsplichtige die een aanbod als bedoeld in het tweede lid, onderdeel b, heeft ontvangen, met ingang van de eerste dag van de tweede maand volgende op de maand waarin het aanbod is gedaan verzekeringnemer van een nieuwe, ten behoeve van hemzelf gesloten zorgverzekering bij de zorgverzekeraar die het aanbod heeft gedaan, tenzij hij de zorgverzekeraar voordien heeft laten weten het aanbod te verwerpen.
4. Indien op de datum van inwerkingtreding van deze wet ten aanzien van een zorgverzekering volgens de administratie van de zorgverzekeraar reeds een premieschuld van vier of meer maanden bestaat, doet een zorgverzekeraar, in afwijking van artikel 18b, de daar bedoelde mededeling:
 - a. zodra de termijn voor aanvaarding van het aanbod, bedoeld in het eerste lid, is verlopen zonder dat het aanbod is aanvaard, of
 - b. het aanbod is aanvaard en desondanks toch nieuw vervallende termijnen van de premie niet voldaan worden.
5. Een voor de datum van inwerkingtreding van deze wet gedaan aanbod tot het treffen van een betalingsregeling, dat aan de eisen van artikel 18a van de Zorgverzekeringswet juncto het tweede lid van dit artikel zou hebben voldaan indien die bepalingen op de datum waarop het aanbod is gedaan reeds in werking zouden zijn getreden, en een voor de datum van inwerkingtreding van deze wet gedane mededeling die aan de eisen van artikel 18b van de Zorgverzekeringswet juncto het vierde lid van dit artikel zou hebben voldaan indien deze bepalingen op het moment van verzending van de mededeling in werking zouden zijn getreden en waartegen de verzekeringnemer of, indien dit een ander dan de verzekeringnemer is, de verzekerde, bij de verzekeraar en vervolgens bij een onafhankelijke instantie als bedoeld in artikel 114 van de Zorgverzekeringswet of de burgerlijke rechter heeft kunnen opkomen als ware artikel 18b van de Zorgverzekeringswet reeds in werking getreden, gelden voor de toepassing van artikel 18c van die wet en het gestelde bij en krachtens artikel 34a van die wet als aanbod en mededeling als bedoeld in artikel 18a respectievelijk 18b van die wet.
6. Bij ministeriële regeling wordt bepaald onder welke voorwaarden en in welke mate zorgverzekeraars reeds op de datum van inwerkingtreding van deze wet bestaande premieschulden kunnen kwijtschelden zonder dat dit gevolgen heeft voor hun recht op een bijdrage voor het onverminderd verzekerd houden van de betrokken verzekerden".

- 8.7. 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 18c Zvw en artikel IX Wsmwz, 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 18c Zvw en artikel IX Wsmwz uitsluitend de premie voor de zorgverzekering van belang.
- 8.8. Artikel 18d Zvw regelt de verschuldigdheid van de bestuursrechtelijke premie aan het Zorginstituut. Dit artikel luidt als volgt:

“Artikel 18d

1. De verzekeringnemer is aan het College zorgverzekeringen/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 College zorgverzekeringen/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.”

- 8.9. Artikel 3:307 lid 1 BW luidt:

"Een rechtsvordering tot nakoming van een verbintenis uit overeenkomst tot een geven of een doen verjaart door verloop van vijf jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waarop de vordering opeisbaar is geworden."

- 8.10. Artikel 3:317 BW luidt:

"1. De verjaring van een rechtsvordering tot nakoming van een verbintenis wordt gestuit door een schriftelijke aanmaning of door een schriftelijke mededeling waarin de schuldeiser zich ondubbelzinnig zijn recht op nakoming voorbehoudt.

2. De verjaring van andere rechtsvorderingen wordt gestuit door een schriftelijke aanmaning, indien deze binnen zes maanden wordt gevolgd door een stuitingshandeling als in het vorige artikel omschreven."

9. Beoordeling van het geschil

Aanmelding CVZ

- 9.1. De zorgverzekeraar heeft verzoekster met ingang van 1 april 2010 aangemeld bij het CVZ. Beoordeeld dient te worden of naar de stand van die datum sprake was van een premieachterstand van ten minste zes maanden. De zorgverzekeraar heeft bij zijn brief van 15 april 2015 een financieel overzicht gevoegd. Uit dit overzicht blijkt dat in september 2007 betalingsproblemen zijn ontstaan. Vanaf dat moment heeft verzoekster niet steeds (tijdig) aan haar verplichting tot (premie)betaling voldaan. Naar de stand van 1 april 2010 stonden meer dan zes premiemaanden open. Door verzoekster is het tegendeel niet aannemelijk gemaakt. Derhalve kon de zorgverzekeraar verzoekster met ingang van 1 april 2010 aanmelden bij het CVZ.

Hoogte betalingsachterstand

- 9.2. Uit het hiervoor reeds genoemde financiële overzicht, zoals dat door de zorgverzekeraar is overgelegd, blijkt dat verzoekster over de periode van mei 2006 tot en met april 2015 een bedrag is verschuldigd van € 4.545,43. In voornoemde periode heeft verzoekster in totaal € 2.891,01 aan betalingen uitgevoerd. Dat meer of andere betalingen zijn gedaan is door verzoekster niet aannemelijk gemaakt. Een bedrag van € 68,99 is afgeboekt. Derhalve is naar de stand van 15 april 2015 sprake van een betalingsachterstand van € 1.585,43 (€ 4.545,43 - € 2.891,01 - € 68,99). Genoemd bedrag is exclusief incassokosten en rente.
- 9.3. Door verzoekster is in dit verband gesteld dat de achterstand uit 2007 en 2008 is verjaard. De zorgverzekeraar heeft dit bestreden. De zorgverzekeraar heeft de verjaring van de vordering die ziet op de periode september 2007 tot en met september 2008 tijdig gestuit bij brieven/aanmaningen van 20 april 2009, 4 mei 2009 en 14 januari 2014, zodat geen sprake is van verjaring van de vordering na het verstrijken van vijf jaren (artikel 3:317 lid 1 BW). Verzoekster is derhalve het gehele, onder 9.2 genoemde achterstallige bedrag aan de zorgverzekeraar verschuldigd.
- 9.4. De commissie merkt nog op dat afmelding bij het Zorginstituut plaatsvindt in de in artikel 18d Zvw genoemde situaties. Dat een van deze situaties bij verzoekster van toepassing is, is gesteld noch gebleken, zodat van afmelding geen sprake kan zijn.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. Verzoekster wenst een aanvullende ziektekostenverzekering bij de zorgverzekeraar of een aan deze gelieerde rechtspersoon af te sluiten. De commissie overweegt in de eerste plaats dat verzoekster de vrijheid heeft zich tot willekeurig welke verzekeraar te wenden voor het afsluiten van een aanvullende ziektekostenverzekering. Van het acceptatiebeleid van verzekeraars heeft de commissie geen kennis, nog daargelaten dat verzekeraars vrij zijn in het formuleren van dat beleid en het opstellen van de voorwaarden voor de aanvullende ziektekostenverzekeringen. Kennelijk accepteert de zorgverzekeraar (of de aan deze gelieerde rechtspersoon) verzoekster niet voor een aanvullende ziektekostenverzekering - waarbij overigens van een aanvraag niet is gebleken -, maar tot deze beslissing is hij gerechtigd aangezien noch op grond van de wet noch anderszins acceptatieplicht bestaat.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.



10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 15 juli 2015,



A.I.M. van Mierlo

