



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Premie, premieachterstand: aanmelding Zorginstituut, beëindiging aanvullende
ziekttekostenverzekering, overdracht incassogemachtigde, schadevergoeding

Zaaknummer : 201403391

Zittingsdatum : 25 mei 2016



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2012-2016, paragraaf 3.3 Zvw, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012-2016)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Verzoeker is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren tot en met 31 mei 2014 en vanaf 1 januari 2015 tot en met heden ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verschillende aanvullende ziektekostenverzekeringen afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle hiervoor genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker met ingang van 1 december 2015 aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) vanwege een achterstand in premiebetaling voor de zorgverzekering van zes of meer maanden.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormeld standpunt gevraagd. Bij brieven van verschillende data heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.3. Bij aanmeldingsformulier van 18 december 2015 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar (i) gehouden is de betalingsachterstand correct te berekenen, (ii) dient terug te komen op de beslissing tot overdracht van de ontstane vordering aan het incassobureau, (iii) de met ingang van 1 juni 2014 vanwege een betalingsachterstand beëindigde aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht tot die datum dient te herstellen, alsmede (iv) dat de ziektekostenverzekeraar hem ten onrechte met ingang van 1 december 2015 heeft aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut (hierna: het verzoek).
- 3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 3 maart 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 31 maart 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.6. Verzoeker is in de gelegenheid gesteld te reageren op het onder 3.5 bedoelde standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Van de geboden mogelijkheid heeft verzoeker geen gebruik gemaakt.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 20 april en 24 mei 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 mei 2016 telefonisch gehoord.
- 3.9. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie verzoeker opnieuw in de gelegenheid gesteld schriftelijk te reageren op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 3 maart 2016. Bij e-mailbericht van 6 juni 2016 heeft de verzoeker van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een afschrift van dit e-mailbericht is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden, waarna deze hierop bij e-mailbericht van 21 juni 2016 heeft gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de verzoeker gestuurd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
 - 4.1. Volgens verzoeker stelt de ziektekostenverzekeraar zich ten onrechte op het standpunt dat sprake is van een betalingsachterstand. Bovendien, indien al sprake zou zijn van een openstaande vordering, is deze niet aan verzoeker toe te rekenen. Hiertoe voert verzoeker aan dat niet hij, maar zijn budgetbeheerder alle verschuldigde premies heeft voldaan, weliswaar soms te laat.
 - 4.2. Verder stelt verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar zijn aanvullende ziektekostenverzekering ten onrechte met ingang van 1 juni 2014 heeft beëindigd. Vanwege deze beëindiging komen de door hem ingediende declaraties niet voor vergoeding in aanmerking. Ondanks deze beëindiging is verzoeker de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering blijven betalen. Het is voor verzoeker dan ook een raadsel waar deze betalingen zijn gebleven.
 - 4.3. Daarnaast is verzoeker van mening dat de ziektekostenverzekeraar hem ten onrechte als wanbetaler heeft aangemeld bij het Zorginstituut vanwege een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van hemzelf van zes of meer maanden.
 - 4.4. De kwestie neemt inmiddels al geruime tijd in beslag en verzoeker ervaart dit als zeer vervelend. Hij eist gerechtigheid. De ziektekostenverzekeraar dient zijn excuses aan te bieden, alle gemaakte incassokosten en de teveel betaalde bedragen terug te storten, en hem een schadevergoeding te betalen.
 - 4.5. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat hij de reactie van de ziektekostenverzekeraar van 3 maart 2016 inmiddels heeft bestudeerd en tot de conclusie is gekomen dat hierin veel onjuistheden staan. Zo staat in het financiële overzicht dat betalingen door verzoeker zijn gestorneerd, terwijl dit nooit is gebeurd. Sterker nog, de ziektekostenverzekeraar probeert al geruime tijd te incasseren van een rekeningnummer dat niet meer bij hem in gebruik is. Door de budgetbeheerder van verzoeker werd betaald van een ander rekeningnummer. Deze betalingen werden vervolgens door de ziektekostenverzekeraar verrekend met vorderingen die al in een eerder stadium waren voldaan. Voorts stelt verzoeker dat hij een aantal nota's van de tandarts, die dateren van vóór 1 juni 2014, nog niet ter declaratie heeft ingediend. Verzoeker meent dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is deze nota's te vergoeden.

- 4.6. Bij e-mailbericht van 6 juni 2016 heeft verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat uit de administratie van zijn budgetbeheerder blijkt dat het door de ziektekostenverzekeraar genoemde bedrag van € 168,90 nooit aan hem is teruggestort. Voorts stelt verzoeker dat hij de door hem geleden schade heeft berekend. De materiële schade bedraagt thans € 862,20. Daarnaast is verzoeker voor een bedrag van € 400,- benadeeld doordat hij niet kon overstappen naar een goedkopere verzekeraar. Zijn totale schade bedraagt derhalve € 1.262,20.
- 4.7. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Verzoeker is in ieder geval vanaf eind 2012 bij de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar verzekerd via de collectiviteit van de gemeente Amsterdam. Bij deze collectiviteit zijn het gespreid betalen van het eigen risico en het afsluiten van een aanvullende ziektekostenverzekering verplicht. Voorts dienen de nota's en de verschuldigde premie door de verzekerde zelf te worden betaald, via automatische incasso of acceptgirokaart.
- 5.2. Verzoeker heeft er voor gekozen de ziektekostenverzekeraar te machtigen de verschuldigde bedragen automatisch te incasseren. Echter, ondanks de afgifte van deze incassomachtiging heeft verzoeker de verschuldigde bedragen voor iedere maand laten storneren. Iedere keer dat de premie storneerde, heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker verzocht het verschuldigde bedrag alsnog op een andere wijze over te maken. De ziektekostenverzekeraar stelt vast dat verzoeker op 28 november 2012 een bedrag van € 156,71 heeft betaald. Voor december 2012 was dit ook de maandelijks verschuldigde premie. Vanaf januari 2013 betrof het maandelijks te betalen bedrag echter € 170,13 en met ingang van 1 januari 2014 € 163,79. Doordat verzoeker zowel in 2013 als in 2014 slechts € 156,71 overmaakte, is een betalingsachterstand ontstaan. Als gevolg van deze betalingsachterstand is de aanvullende verzekering AV Amsterdam Plus met ingang van 1 juni 2014 beëindigd.
- 5.3. Omdat de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 juni 2014 was beëindigd, diende verzoeker vanaf die datum niet meer € 163,79, maar slechts € 121,34 per maand aan de ziektekostenverzekeraar te betalen. Aangezien er maandelijks (nog steeds) een premiebedrag van € 156,71 aan de ziektekostenverzekeraar werd overgemaakt, liep verzoeker de betalingsachterstand snel in. Vanwege het feit dat verzoeker ook nadat de betalingsachterstand was ingelopen het bedrag van € 156,71 bleef betalen, heeft de ziektekostenverzekeraar vanaf eind 2014 telkens de teveel betaalde bedragen aan de budgetbeheerder van verzoeker teruggestort. Gelet op de hele gang van zaken heeft de ziektekostenverzekeraar besloten de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker met ingang van 1 januari 2015 te herstellen.
- 5.4. Als gezegd, heeft verzoeker tevens een verzekering afgesloten voor het gespreid betalen van het eigen risico. Omdat verzoeker in 2014 het verplicht eigen risico niet volledig had volgemaakt, had hij recht op een bedrag van € 290,76. Bij brief van 20 oktober 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker bericht dat genoemd bedrag aan hem zou worden overgemaakt. Op 27 oktober 2015 bleek deze brief echter niet juist te zijn, aangezien het bedrag van € 290,76 zou worden verrekend met de op dat moment openstaande vordering. Ondanks deze - tijdige - ontdekking heeft de ziektekostenverzekeraar op 30 oktober 2015 het bedrag van € 290,76 aan verzoeker betaald.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar stelt aan de hand van zijn financiële administratie vast dat hij op 24 juni 2015 van verzoeker een betaling van € 125,55 heeft ontvangen. Na deze betaling heeft de ziektekostenverzekeraar van verzoeker geen betalingen meer ontvangen, met als gevolg dat de betalingsachterstand is opgelopen en hij op 21 oktober 2015 de op dat moment openstaande vordering heeft overgedragen aan zijn incassogemachtigde.

- 5.6. De betalingsachterstand met betrekking tot de periode van 1 december 2012 tot en met 29 februari 2016 bedraagt - naar de stand van 3 maart 2016 - € 963,89, exclusief rente en incassokosten. Aangezien op 1 december 2015 sprake was van een premieachterstand voor de zorgverzekering van meer dan zes maanden, heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker met ingang van die datum aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut.
- 5.7. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat hij vanaf 2012 verschillende keren met verzoeker contact heeft gehad over de betalingen en de gevolgen van het niet-tijdig betalen van de premie. Ook heeft de ziektekostenverzekeraar telkens betalingsherinneringen gestuurd en verzoeker aangeboden mee te denken over een oplossing.
- 5.8. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald en tevens is door hem verklaard dat verzoeker de vóór 1 juni 2014 ontvangen nota's van zijn tandarts nog ter declaratie kan indienen. Daarna zal de ziektekostenverzekeraar deze kosten, althans voor zover vallend onder de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering, vergoeden.
- 5.9. Bij e-mailbericht van 21 juni 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar onder meer toegelicht dat op 3 december 2013 een bedrag van € 168,90 aan de budgetbeheerder van verzoeker is teruggestort.
- 5.10. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het onderhavige verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op artikel 18 van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.
7. Het geschil
- 7.1. De commissie stelt vast dat partijen niet met elkaar van mening verschillen over het bestaan tussen hen van de verzekeringsrelatie, het verschuldigd zijn van de premie voor de afgesloten verzekeringen en de hoogte van de periodiek verschuldigde premie voor deze verzekeringen. Partijen hebben de ontvangst en de inhoud van het tweedemaandsaanbod en de vierdemaandswaarschuwing als bedoeld in de artikelen 18a en 18b Zvw in de procedure niet betwist.
In geschil zijn (i) de beslissing tot beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker met ingang van 1 juni 2014, (ii) de beslissing tot overdracht van de vordering aan het incassobureau, (iii) het bestaan en de hoogte van de betalingsachterstand, (iv) de aanmelding van verzoeker bij het Zorginstituut met ingang van 1 december 2015, alsmede (v) de door verzoeker gevorderde schadevergoeding van € 1.262,20.
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 8 van de zorgverzekering (2015) is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.
- 8.3. Artikel 9.2 van de zorgverzekering regelt de gevolgen van niet-tijdige betaling en luidt, voor zover hier van belang:

"9.2 Wij verrekenen achterstallige premie met schadekosten

Moet u (verzekeringnemer) nog achterstallige premie aan ons betalen, en declareert u schadekosten bij ons die wij aan u (verzekeringnemer) moeten betalen? Dan verrekenen wij de premie met de schadekosten.

Als u (verzekeringnemer) niet op tijd betaalt, kunnen wij administratiekosten, invorderingskosten en de wettelijke rente aan u (verzekeringnemer) 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. De (wijze van) premiebetaling voor de aanvullende verzekering is geregeld in artikel 3 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2014). Hierbij is onder meer bepaald dat de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering bij vooruitbetaling is verschuldigd. Een soortgelijke bepaling is opgenomen in de verzekeringsvoorwaarden van 2015.

- 8.6. Artikel 3 van aanvullende ziektekostenverzekering (2014) regelt de gevolgen van niet-tijdige betaling van de premie en luidt, voor zover hier van belang:

"h indien de nalatige verzekeringnemer niet binnen 14 dagen na verzending van de herinneringsbrief (aanmaning) de verschuldigde premie en administratiekosten dan wel eventuele andere verschuldigde bedragen heeft voldaan, is hij in verzuim. De zorgverzekeraar schorst dan in het geval van premieschuld de verzekeringsovereenkomst, hetgeen de verplichting van de verzekeringnemer tot betaling van de verschuldigde bedragen onverlet laat. De schorsing van de dekking houdt in dat de dekking vervalt voor zorgaanspraken die hebben plaatsgevonden vanaf de meest recente premievervaldag. De dekking wordt weer van kracht op de dag die volgt op de dag waarop het totaal verschuldigde bedrag door de verzekeringnemer is betaald en door de zorgverzekeraar is ontvangen;

(...)

4 De zorgverzekeraar is gerechtigd de verzekering te beëindigen indien de verzekeringnemer tenminste 2 maanden nalatig is met het voldoen van de premie.

5 De zorgverzekeraar is gerechtigd de verzekering te schorsen indien buiten de premie de verzekerde een schuld aan de zorgverzekeraar heeft die in hoogte overeenkomt met één maand premieschuld en de verzekerde in verzuim is (zie onder 3h) en is gerechtigd de verzekering te beëindigen bij een schuld ter hoogte van 2 maanden premieschuld. Het hierboven in 3h bepaalde omtrent schorsing is onverminderd van toepassing."

- 8.7. Op 1 september 2009 is de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering (hierna: de Wsmwz) in werking getreden. Vanaf dat moment is onder meer aan de Zvw een nieuwe afdeling toegevoegd die de gevolgen regelt van het niet (tijdig) betalen van de premie voor de zorgverzekering. De wet voorziet in een aantal beoordelingsmomenten waarop de ziektekostenverzekeraar een aanbod, respectievelijk een mededeling moet doen aan de polishouder en/of de verzekerde. Is sprake van een premieschuld voor de zorgverzekering ter hoogte van zes of meer maandpremies, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, dan vindt in beginsel melding daarvan plaats aan het Zorginstituut Nederland. De consequentie hiervan is dat voor de nieuw opkomende maanden een – hogere – bestuursrechtelijke premie van toepassing wordt (in plaats van de premiebetaling aan de ziektekostenverzekeraar), alsmede een ander incassoregime, waarbij onder andere bronheffing en incasso door het CJIB mogelijk zijn. Aan het regime bij het

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

8.8. Voor zover hier van belang, bepaalt artikel 18c Zvw 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 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 aantoonst 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."

9. Beoordeling van het geschil

Beëindiging aanvullende ziektekostenverzekering

9.1. De commissie maakt uit de brief van de ziektekostenverzekeraar van 3 maart 2016 op dat de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker met ingang van 1 juni 2014 is beëindigd en is hersteld met ingang van 1 januari 2015. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld dat verzoeker zowel in 2013 als in 2014 niet de volledige maandpremie (respectievelijk € 170,13 en € 163,79) voldeed maar een bedrag van € 156,71 en dat hierdoor een betalingsachterstand is ontstaan. Verzoeker heeft niet aannemelijk gemaakt dat hij in genoemde jaren wél steeds de volledige premie heeft voldaan, zodat de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat op 1 juni 2014 sprake was van een betalingsachterstand is komen vast te staan. Dat door de ziektekostenverzekeraar de in artikel 3 lid 3 onder h van de aanvullende ziektekostenverzekering bedoelde aanmaningen zijn verzonden, en dat deze verzoeker ook hebben bereikt, is niet bestreden en staat derhalve eveneens vast. Onder deze omstandigheden stond het de ziektekostenverzekeraar, gelet op het bepaalde in artikel 3 lid 4 van de betreffende verzekeringsvoorwaarden, vrij de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker met ingang van 1 juni 2014 te beëindigen. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat hij een aantal nota's van de tandarts, die dateren van vóór 1 juni 2014, nog niet ter declaratie bij de ziektekostenverzekeraar heeft ingediend. Door de ziektekostenverzekeraar is verklaard dat verzoeker de betreffende nota's ter declaratie kan indienen waarna deze, althans voor zover vallend onder de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering, door de ziektekostenverzekeraar zullen worden vergoed. Gelet op deze toezegging laat de commissie dit onderdeel verder rusten.

Overdracht incassobureau

9.2. Uit het door de ziektekostenverzekeraar overgelegde financiële overzicht van 3 maart 2016 maakt de commissie op dat verzoeker met name vanaf 24 juni 2015 de verschuldigde maandpremies niet langer bij vooruitbetaling voldeed, hoewel hij daartoe op grond van de polisvoorwaarden wel verplicht was. Indien de premie dan wel een ander uit hoofde van de

verzekeringsovereenkomst te betalen bedrag niet (tijdig) wordt voldaan, is dit direct en volledig opeisbaar en is de ziektekostenverzekeraar in beginsel gerechtigd – binnen de krachtens de verzekeringsvoorwaarden en de wet- en regelgeving geldende kaders – de ontstane vordering over te dragen aan een incassobureau met als gevolg bijkomende (buitengerechtelijke) kosten. Nu gesteld noch gebleken is dat de in artikel 9.2 van de zorgverzekering opgenomen regels niet door de ziektekostenverzekeraar in acht zijn genomen, en overigens niets aan overdracht in de weg stond, stond het de ziektekostenverzekeraar vrij de openstaande vordering aan het incassobureau over te dragen. De hiermee samenhangende incassokosten en opgekomen rente komen derhalve ten laste van verzoeker.

Hoogte betalingsachterstand en aanmelding Zorginstituut


- 9.3. Verzoeker is met ingang van 1 december 2015 als wanbetaler aangemeld bij het Zorginstituut zodat beoordeeld dient te worden of op die 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.
- 9.4. Uit eerdergenoemd, door de ziektekostenverzekeraar in de procedure overgelegd betalingsoverzicht – naar de stand van 3 maart 2016 – blijkt dat over de periode van 1 december 2012 tot en met 29 februari 2016 nog een bedrag openstaat van € 963,89, exclusief opgekomen rente en incassokosten. Gelet op dit overzicht concludeert de commissie dat verzoeker op 1 december 2015 in ieder geval zes maandpremies niet had voldaan. Dat door verzoeker vóór genoemde datum meer of andere betalingen zijn gedaan dan die welke uit eerdergenoemd stuk blijken, is door hem in de procedure niet, althans onvoldoende aannemelijk gemaakt, hoewel zulks wel op zijn weg lag. Van onjuiste verrekeningen of boekingen door de ziektekostenverzekeraar is de commissie niet gebleken zodat de commissie van oordeel is dat het overzicht van 3 maart 2016 met de daarop vermelde bedragen juist is. Per saldo bestond op 1 december 2015 derhalve een premieachterstand van ten minste zes maanden, zoals vereist in artikel 18c Zvw. Hieruit volgt dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker terecht met ingang van die datum heeft aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut.
- 9.5. Hetgeen door verzoeker is aangevoerd ter verklaring van de ontstane betalingsachterstand, met name dat niet hij maar zijn budgetbeheerder zorg heeft gedragen voor de betalingen, kan niet leiden tot een ander oordeel, aangezien verzoeker als verzekeringnemer verantwoordelijk is voor tijdige en volledige (premie)betaling. Ten aanzien van de stelling van verzoeker dat hij na de beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 juni 2014 de volledige premie is blijven betalen, overweegt de commissie het volgende. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld dat hij vanaf eind 2014 - nadat de toen bestaande betalingsachterstand was ingelopen - de te veel betaalde premie aan de budgetbeheerder heeft teruggestort. Na afloop van de hoorzitting heeft verzoeker gesteld dat deze budgetbeheerder een teruggestort bedrag van € 168,90 niet heeft ontvangen. Ter onderbouwing van zijn stelling heeft verzoeker een financieel overzicht van zijn budgetbeheerder overgelegd waarop zowel de afgeschreven als bijgeschreven bedragen staan vermeld. De ziektekostenverzekeraar heeft de stelling van verzoeker gemotiveerd bestreden en een bewijs overgelegd dat op 3 december 2013 een bedrag van € 168,90 is overgemaakt naar de budgetbeheerder van verzoeker. Naar het oordeel van de commissie heeft de ziektekostenverzekeraar hiermee voldoende aannemelijk gemaakt dat op of rond 3 december 2013 een bedrag van € 168,90 aan de budgetbeheerder is betaald. Hoewel verzoeker hier expliciet om is verzocht, zijn door hem geen afschriften van zijn bank over de maand december 2013 - waaruit eventueel het tegendeel zou kunnen blijken - aangeleverd.

Schadevergoeding


- 9.6. Verzoeker maakt aanspraak op vergoeding van de door hem geleden schade, door hem begroot op € 1.262,20. Nog daargelaten dat verzoeker de gevorderde schadevergoeding nauwelijks heeft gespecificeerd en/of onderbouwd, bestaat voor toekenning hiervan geen grond, omdat gezien het vorenoverwogene het verzoek wordt afgewezen.


 **Conclusie**

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

 10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

 Zeist, 6 juli 2016,

 J.A.M. Strens-Meulemeester