



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A, vertegenwoordigd door B, beiden te C, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem,  
vertegenwoordigd door Aevitae B.V. te Heerlen

Zaak : Schadevergoeding in verband met aanmelding CVZ/Zorginstituut

Zaaknummer : 201601391

Zittingsdatum : 25 januari 2017



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

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 16 en 18d Zvw, art. 6:237 BW, Beleidsregels inning bestuursrechtelijke premie Zorgverzekeringswet 2012)

---

1. Partijen

A, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door B, beiden te C,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, in deze vertegenwoordigd door Aevitae B.V. te Heerlen.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Verzoeker was tot en met 31 december 2016 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de VGZ Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker gedurende een bepaalde periode bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen VPZ tand en het ICT Werkgeverspakket 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar, in verband met de aanmelding als wanbetaler bij het College voor zorgverzekeringen (hierna: CVZ) respectievelijk het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) in de jaren 2011 tot en met 2015, aanspraak gemaakt op een schadevergoeding ten bedrage van € 12.500,--. Bij brief van 8 juni 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld een tegemoetkoming te verlenen van € 500,--.
- 3.2. Bij klachtenformulier van 11 juni 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is aan hem een schadevergoeding te verlenen die meer bedraagt dan het bedrag van € 500,-- (hierna: het verzoek).
- 3.3. Verzoeker heeft de commissie bij e-mailbericht van 7 juli 2016 aanvullende informatie gezonden.
- 3.4. Verzoeker heeft de commissie bij e-mailbericht van 13 juli 2016 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.5. Verzoeker heeft de commissie bij brief van 4 augustus 2016 aanvullende informatie gezonden en daarbij zijn verzoek aangepast, in die zin dat van de ziektekostenverzekeraar een schadevergoeding wordt gevorderd van € 5.829,18.
- 3.6. 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.

- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 8 november 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt en verzoeker een aanvullende compensatie van € 2.500,- toegezegd. Een afschrift hiervan is op 10 november 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Verzoeker heeft op 23 november 2016 gereageerd op het onder 3.7 bedoelde standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is aan de wederpartij gezonden.
- 3.9. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 28 november 2016 gereageerd op de onder 3.8 genoemde reactie van verzoeker. Een afschrift hiervan is aan de wederpartij gestuurd.
- 3.10. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 12 december 2016 gereageerd op het onder 3.9 genoemde nadere standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift hiervan is aan de wederpartij gestuurd.
- 3.11. Verzoeker heeft de commissie bij e-mailbericht van 31 december 2016 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.12. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 31 december 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 5 januari 2017 telefonisch medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.13. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 januari 2017 telefonisch gehoord.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De vader van verzoeker regelde, tot zijn overlijden in 2010, de financiële zaken van verzoeker. Door het verdriet en de situatie waarin verzoeker was beland zijn diverse betalingen vergeten, waaronder die aan de ziektekostenverzekeraar. Vanwege een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering is verzoeker op 25 maart 2010 door de ziektekostenverzekeraar aangemeld als wanbetaler bij het toenmalige CVZ. De premie-inning verliep via het Centraal Justitieel Incasso Bureau (hierna: CJIB). Voorts werd ten laste van verzoeker loonbeslag onder de werkgever gelegd. Verzoeker heeft nimmer het bericht ontvangen dat de achterstand was ingelopen en dat hij weer premie diende te betalen aan de ziektekostenverzekeraar. De premie-inning (en maandelijkse boetes) bleven dan ook gestaag doorgaan via het CJIB. Na een aantal moeizame telefoongesprekken met de ziektekostenverzekeraar, kwam begin 2016 plotsklaps het bericht dat de achterstand al in 2011 was voldaan. De ziektekostenverzekeraar was destijds vergeten verzoeker af te melden als wanbetaler. Dit terwijl de afmelding conform de wanbetalersregeling 'onverwijld' dient te geschieden. Uiteindelijk heeft deze afmelding in februari 2016 plaatsgevonden. Verzoeker heeft zodoende vijf jaar ten onrechte te boek gestaan als wanbetaler. De afmelding als wanbetaler had reeds per 1 juni 2011 moeten geschieden.
- 4.2. Verzoeker is door de voortdurende stroom aan beschikkingen van het CJIB de afgelopen jaren in ernstige geldnood geraakt. Hij heeft geld moeten lenen om het hoofd boven water te houden. Verzoeker is nog steeds bezig met de aflossing hiervan. Ook is verzoeker te schande gemaakt bij zijn werkgever door het loonbeslag. Voorts werd het verzoeker onmogelijk gemaakt om over te stappen naar een andere verzekeraar voor een goedkopere verzekering. Tevens is verzoeker geroeyeerd en geweigerd bij diverse verzekeringsmaatschappijen (voor andere verzekeringen), en dit heeft hem veel geld gekost. Verzoeker is in die periode depressief geraakt. Dit was zo ernstig dat hij dicht sloeg bij iedere envelop van het CJIB. Verzoeker kreeg geen gehoor bij de ziektekostenverzekeraar, het Zorginstituut en het CJIB. Telkens werd hij beschouwd als 'een miezerige wanbetaler die maar eens moest gaan betalen'. Het CJIB ging over tot incassodreigingen. Relaties in de privésfeer van verzoeker liepen stuk en er was nauwelijks geld voor eten of iets leuks.

Door wanhoop gedreven heeft verzoeker op een gegeven moment de enveloppen van het CJIB niet meer geopend. Hij ging ervan uit dat deze betrekking hadden op de bestuursrechtelijke premie. Later bleek echter dat er ook boetebeschikkingen tussen zaten van een onverzekerde brommer, waarvan verzoeker niet wist dat deze nog op zijn naam stond. Op enig moment dreigde zelfs een arrestatie. De kwestie met de brommer heeft verzoeker totaal enkele duizenden euro's gekost. Dit was hem in een stabiele situatie nooit overkomen. De officier van justitie is geïnformeerd over de oorzaak van de ellende, en heeft verzoeker verwezen - door tussenkomst van het CJIB - naar de ziektekostenverzekeraar voor het verhalen van de schade. In maart 2016 is verzoeker getrouwd. Dit is gratis gebeurd, omdat er financieel niet meer in zat. Verzoeker heeft hierdoor zijn huwelijk niet als de mooiste dag van zijn leven ervaren.

De oorzaak van al het voorgaande is gelegen in de jarenlange tekortkomingen van de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker is in zijn eer en goede naam aangetast. Zou niets zijn ondernomen, dan stond hij nog immer als wanbetaler te boek en was de situatie verder verslechterd.

4.3. Op 24 mei 2016 is de ziektekostenverzekeraar ex artikel 6:162 BW aansprakelijk gesteld voor de door verzoeker geleden materiële en immateriële schade voor een bedrag van € 12.500,--. De ziektekostenverzekeraar weigert hier in mee te gaan. De gevolgen die verzoeker heeft ondervonden, en nog zal ondervinden, doordat hij over een periode van vijf jaar ten onrechte als wanbetaler geregistreerd heeft gestaan, worden in ernstige mate onderschat. De ziektekostenverzekeraar erkent weliswaar zijn fout, maar neemt hiervoor niet de volledige verantwoordelijkheid. Hij is slechts bereid verzoeker voor een bedrag van € 500,-- te compenseren. De ziektekostenverzekeraar legt de verantwoordelijkheid bij verzoeker door te stellen dat de kwestie eerder onder de aandacht had moeten worden gebracht, en verwijst naar de telefoongesprekken die vanaf 12 oktober 2015 zijn gevoerd. Echter, vóór die datum hebben ook telefoongesprekken plaatsgevonden. Deze zijn kennelijk niet geregistreerd bij de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker werd in deze gesprekken niet serieus genomen. Bovendien was verzoeker volledig onwetend ten aanzien van het (eventuele) bestaan van een achterstand. Hij heeft nooit financiële overzichten gehad; het CJIB inde alleen. Verzoeker was zodoende in het geheel niet bij machte om de ziektekostenverzekeraar eerder op de hoogte te stellen van de afbetaling van de achterstand. Hij veronderstelde wel dat dit aan de orde was, maar niemand kon het bevestigen. Verzoeker is pas vanaf oktober 2015 serieus genomen door de ziektekostenverzekeraar. Maanden later werd de fout erkend, maar het probleem had aanmerkelijk eerder kunnen worden opgelost.

4.4. De initieel gevorderde schadevergoeding zag op financiële schade, het aangedane leed en de gederfde levensvreugde over een periode van vijf jaren. Verzoeker is zich ervan bewust dat bij de commissie geen vergoeding voor immateriële schade kan worden gevorderd, zodat dit gedeelte nadien buiten beschouwing is gelaten. Voor de immateriële schade zal verzoeker een aparte procedure voeren. De door verzoeker gevorderde vergoeding ziet zodoende op de volgende materiële schadeposten, met dien verstande dat deze betrekking hebben op al hetgeen na 1 juni 2011 diende te worden betaald en is toe te rekenen aan het onrechtmatig handelen van de ziektekostenverzekeraar, alsook alle kosten die normaliter uit eigen middelen zouden zijn voldaan, maar door de kwestie niet meer te behappen waren, waardoor schulden zijn ontstaan.

1. **Deurwaarderskosten.** Deze zijn in twee categorieën te verdelen, te weten (i) de kosten die door het Zorginstituut aan de deurwaarder zijn betaald en aan verzoeker zijn doorberekend, en (ii) de kosten die verzoeker rechtstreeks aan de deurwaarder heeft betaald. Ter zake van punt (i) gaat het om deurwaarderskosten over de premiemaanden februari 2014, maart 2014, januari 2015 en februari 2015, totaal € 601,57. Verzoeker heeft de betaalde bestuursrechtelijke premie en boete terug ontvangen van het Zorginstituut, maar de genoemde deurwaarderskosten zijn niet gerestitueerd en zodoende voor rekening van verzoeker gebleven. Ter zake van punt (ii) gaat het om deurwaarderskosten verband houdende met de premiemaanden november en december 2013, januari tot en met maart 2014, juli tot en met december 2014, en januari en februari 2015, voor een totaalbedrag van € 1.526,54. De totale vordering ter zake van de deurwaarderskosten bedraagt € 2.128,11.

2. **Overige vorderingen CJIB.** Verzoeker heeft uit wanhoop geen enveloppen van het CJIB meer geopend. Tussen deze enveloppen bleken boetebeschikkingen ter zake van een onverzekerde brommer te zitten. Verzoeker dreigde op een gegeven moment te worden gearresteerd. Een en ander heeft totaal € 2.668,-- gekost. In een stabiele situatie was dit verzoeker nooit overkomen en had de brommer veel eerder van zijn naam kunnen worden gehaald.
3. **Bruiloft.** De bruiloft van verzoeker op 8 maart 2016 is uitgelopen op een fiasco. Alles moest gratis. Met geleend geld is een diner georganiseerd voor zeer naaste familieleden; meer zat er niet in. Dit geleende bedrag van € 500,-- moet verzoeker nog terugbetalen.
4. **Niet kunnen overstappen naar een andere verzekeraar.** De premie voor de zorgverzekering bij de ziektekostenverzekeraar ligt hoger dan die bij andere verzekeraars. Verzoeker wenste over te stappen naar een andere verzekeraar, maar werd overal geweigerd omdat hij te boek stond als wanbetaler. De premie voor de zorgverzekering bedroeg in 2016 (na aftrek van de collectiviteitskorting) € 97,16 per maand. Verzekeraar U[...] hanteert bijvoorbeeld een premie van € 89,95. Dit is een verschil van € 7,21 per maand. Over de gehele periode van 67 maanden bedraagt dit verschil in premie derhalve € 483,07.
5. **Porto-, telefoon- en overige kosten.** Verzoeker volstaat met een zeer geringe schatting van de uitgaven ter zake. De vele uren die in de kwestie zijn gestoken zijn bovendien buiten beschouwing gelaten. Een bedrag van € 50,-- wordt gevorderd in verband met twee aangetekend verstuurd brieven, papier, enveloppen, mapjes, telefoon- en kopieerkosten.

Het bedrag dat bij wijze van materiële schadevergoeding wordt gevorderd is totaal € 5.829,18.

- 4.5. Verzoeker stelt dat het niet aan hem te wijten is dat de afmelding als wanbetaler niet is gebeurd. De ziektekostenverzekeraar is als enige bevoegd en in staat deze afmelding uit te voeren en dient zich aan de voorgeschreven procedure van de wanbetalersregeling te houden. De verantwoordelijkheid voor de onderhavige fout ligt dan ook geheel bij de ziektekostenverzekeraar. Deze is volledig tekortgeschoten in klantvriendelijkheid en zorgvuldigheid. Opvallend is dat de ziektekostenverzekeraar circa zeven maanden nodig had om tot de conclusie te komen dat verzoeker vijf jaar lang ten onrechte als wanbetaler stond geregistreerd. Verder is het vreemd dat gedurende die vijf jaren door het CJIB nimmer premie is afgedragen aan de ziektekostenverzekeraar, en het de ziektekostenverzekeraar dus niet is opgevallen dat geen premie werd ontvangen voor verzoeker. Daarnaast is het vreemd dat in een telefoongesprek door de ziektekostenverzekeraar werd medegedeeld dat een rekening van circa € 40,-- was overgedragen aan de incassogemachtigde, maar dat deze vordering bij navraag aldaar niet bekend bleek te zijn. Deze rekening kon de afmelding als wanbetaler - zoals thans door de ziektekostenverzekeraar wordt gesteld - nooit hebben geblokkeerd. Zeker niet met de kennis van nu, namelijk dat de afmelding al in 2011 had moeten plaatsvinden.
- 4.6. In reactie op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 8 november 2016 - waarin een aanvullende compensatie van € 2.500,-- wordt toegezegd - heeft verzoeker het volgende verklaard. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat verzoeker zich eerder had moeten melden, treft geen doel. Verzoeker heeft in de jaren dat hij was aangemeld als wanbetaler veelvuldig contact gehad met het Zorginstituut. Echter, het Zorginstituut heeft steeds benadrukt dat alleen de ziektekostenverzekeraar voor afmelding kan zorgen. De ziektekostenverzekeraar heeft hierin ernstig gefaald door de afmelding jaren te laat te doen. Tevens heeft verzoeker in de afgelopen jaren meerdere malen telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar (en diens voormalige gevolmachtigde). Bij die gelegenheden werd verklaard dat hij niet kon worden geholpen, en uiteindelijk heeft de nieuwe gevolmachtigde medegedeeld dat het archief moest worden geraadpleegd. Hierna vernam verzoeker nooit meer iets. Op een gegeven moment heeft hij zelf weer contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar, en in die gesprekken werd de indruk gewekt dat het raadplegen van het archief erg lastig was. Desondanks heeft verzoeker volgehouden en in oktober 2015 bleek een medewerker van de ziektekostenverzekeraar genegen serieus onderzoek te doen. Dit resulteerde maanden later in de verlossende brief van het Zorginstituut dat de situatie van wanbetaling al op 1 juni 2011 was geëindigd.

Verzoeker stelt dat het alle schijn ervan heeft dat de ziektekostenverzekeraar voor oktober 2015 nooit genegen is geweest onderzoek te doen. Dit kan ook verklaren waarom geen registraties van de vele telefoongesprekken voorhanden zijn. De argumenten die de ziektekostenverzekeraar aanvoert om een lager bedrag dan gevorderd uit te keren, kloppen dan ook als zodanig niet. De compensatie van € 2.500,-- voor materiële schade staat niet in verhouding tot het leed en de schade die de ziektekostenverzekeraar verzoeker heeft berokkend. Met dit bedrag kan verzoeker de door de kwestie ontstane schulden niet aflossen. Overigens heeft de ziektekostenverzekeraar nimmer gespecificeerd waarop de verleende compensatie ziet.

De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 28 november 2016 verklaard geen ander standpunt in te nemen. Verzoeker merkt hiertoe op dat de kwestie volledig is toe te rekenen aan de gemakzucht van de ziektekostenverzekeraar. Als gevolg daarvan moet hij nog ruim € 3.000,-- aan schulden aflossen. De reactie van de ziektekostenverzekeraar is zeer teleurstellend. Kennelijk wordt verzoeker - wederom - niet serieus genomen. De kwestie beheerst al zes jaar zijn leven. Verzoeker kan de kwestie afsluiten en zijn leven weer oppakken als alle schulden, ten bedrage van € 3.329,18, zijn afgelost aan vrienden en familie. De ziektekostenverzekeraar voelt zich kennelijk niet verantwoordelijk voor kosten die in de privésfeer zijn ontstaan en weigert vergoeding hiervan. Echter, het één hangt nauw samen met het ander. De ziektekostenverzekeraar weigert mee te werken aan een coulantere oplossing van de kwestie en weegt daarin mee dat verzoeker mede schuldig is. Verzoeker stelt daarentegen dat de ziektekostenverzekeraar volledig aansprakelijk is voor de ontstane schade.

Verzoeker wenst dat de commissie de ziektekostenverzekeraar verplicht een aanvullende vergoeding te verlenen van € 3.329,18, dan wel een hoger bedrag dan reeds is uitgekeerd. Het gevorderde bedrag is gebaseerd op de eerder gedane opgave van de schade (zie 4.4, € 5.829,18) minus de reeds door de ziektekostenverzekeraar verleende compensatie voor zijn materiële schade (€ 2.500,--).

4.7. Verzoeker vraagt nadrukkelijk aandacht voor de machteloze positie waarin hij als vermeende wanbetaler vijf jaar lang heeft verkeerd en de wijze waarop de ziektekostenverzekeraar hem in die periode aan zijn lot heeft overgelaten en hem thans medeverantwoordelijk tracht te maken voor de extreem late afmelding als wanbetaler.

4.8. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt samengevat herhaald. Voorts is door verzoeker toegelicht dat over de geleende gelden geen rente is betaald. Het door de ziektekostenverzekeraar aanvankelijk betaalde bedrag van € 500,-- is aangemerkt als smartengeld. Verzoeker heeft het nadien toegezegde bedrag van € 2.500,-- ter zake van de materiële schade reeds ontvangen.

4.9. 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 per 1 maart 2010 aangemeld als wanbetaler bij het toenmalige CVZ omdat hij een premieachterstand had van ten minste zes maanden. Op 24 mei 2011 heeft verzoeker deze premieachterstand voldaan en had hij moeten worden afgemeld als wanbetaler. Dit heeft de ziektekostenverzekeraar helaas verzaakt. Naar alle waarschijnlijkheid ligt de oorzaak van dit probleem in een overname in 2011. Verzoeker is pas op 14 april 2016 met terugwerkende kracht afgemeld bij het Zorginstituut. Dit is uiteraard niet de gang van zaken die verzoeker van de ziektekostenverzekeraar mag verwachten, en hiervoor zijn excuses aangeboden. Omdat verzoeker vijf jaar lang onterecht te veel premie heeft betaald, meent de ziektekostenverzekeraar de gemiste rente aan hem te moeten vergoeden. Daar bovenop is een financiële tegemoetkoming ter compensatie van de materiële schade als gevolg van de gemaakte fout gekomen, en is een bedrag van € 500,-- aan verzoeker betaald.

Verzoeker heeft nog gesteld dat hij in de afgelopen jaren op geen enkele wijze de gemaakte fout onder de aandacht van de ziektekostenverzekeraar heeft kunnen brengen. Hiertoe merkt de ziektekostenverzekeraar op dat het eerste contact met verzoeker is geregistreerd op 12 oktober 2015. Eerder is geen bericht van hem ontvangen omtrent de aanmelding bij het CVZ/ Zorginstituut. In de regel wordt van ieder telefoongesprek een registratie gemaakt. Vanaf het

telefoongesprek op 12 oktober 2015 is het 'balletje gaan rollen' omtrent de onterechte aanmelding en is verzoeker uiteindelijk in april 2016 met terugwerkende kracht afgemeld als wanbetaler. Ook op correspondentie van de ziektekostenverzekeraar, zoals de jaarlijks verzonden nieuwe polis, heeft verzoeker niet gereageerd. Bovendien is deze correspondentie nooit retour ontvangen. De ziektekostenverzekeraar gaat er dan ook vanuit dat alle correspondentie verzoeker heeft bereikt. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat hij in deze een verantwoordelijkheid heeft, maar er bestaat ook een informatieplicht voor verzoeker. Had de ziektekostenverzekeraar eerder van verzoeker vernomen, dan had de afmelding al eerder in gang kunnen worden gezet. De ziektekostenverzekeraar benadrukt zijn mindere performance in dezen zeker niet te willen bagatelliseren.

- 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft besloten ter zake van de materiële schade een aanvullende compensatie aan verzoeker te verlenen van € 2.500,--. De totale compensatie komt daarmee op € 3.000,--.

De ziektekostenverzekeraar is zich ervan bewust dat de dienstverlening in het onderhavige geval niet is geweest zoals mag worden verwacht. Helaas kan dit niet meer worden teruggedraaid. Met het door verzoeker aanvankelijk bij de commissie gevorderde bedrag van € 12.500,-- wordt niet akkoord gegaan, omdat veel kosten die worden opgevoerd betrekking hebben op het privéleven van verzoeker en zodoende niet te wijten zijn aan de ziektekostenverzekeraar en geen betrekking hebben op de (uitvoering van de) zorgverzekering.

- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt samengevat herhaald. Voorts is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat verzoeker vijf jaar lang niet heeft gereageerd. Dat in vijf jaar tijd niet één keer een notitie is gemaakt van een gesprek met verzoeker is niet voorstelbaar. Tot slot heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat verzoeker niet is geïnformeerd over het feit dat alles was afbetaald. Destijds heeft de ziektekostenverzekeraar de administratie van zijn rechtsvoorganger overgenomen en in die administratie stond verzoeker nog als wanbetaler geregistreerd. Deze vermelding is zodoende ook overgenomen.

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

## 6. De bevoegdheid van de commissie

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

## 7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden aan verzoeker ter zake van de door hem geleden materiële schade een hogere vergoeding toe te kennen dan het reeds betaalde bedrag van € 2.500,--.

## 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

- 8.2. In artikel 3 van de zorgverzekering is bepaald dat de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling dient te voldoen.

- 8.3. Artikel 1.10 van de zorgverzekering betreft de uitsluitingen, en luidt, voor zover hier van belang:

### **"1.10 Uitsluitingen**

*U hebt geen recht op:*

(...)

- vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van ons handelen of nalaten;

(...)"

- 8.4. Artikel 16 Zvw regelt in welke gevallen voor de zorgverzekering geen premie verschuldigd is, en luidt, voor zover hier van belang:

**"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."*

- 8.5. 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 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 College voor zorgverzekeringen/Zorginstituut Nederland komt doorgaans weer een einde zodra de schuld uit de zorgverzekering is ingelost of een schuldregeling wordt getroffen.

- 8.6. Artikel 18d Zvw regelt de verschuldigdheid van de bestuursrechtelijke premie aan het Zorginstituut. Dit artikel luidt als volgt:

**"Artikel 18d**

1 *De verzekeringnemer is vanaf de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin het Zorginstituut de melding, bedoeld in artikel 18c, heeft ontvangen aan het Zorginstituut een bij ministeriële regeling te bepalen, bestuursrechtelijke premie van ten minste 110% en ten hoogste 130% van de gemiddelde premie verschuldigd.*

2 *De premie, bedoeld in het eerste lid, is niet meer verschuldigd met ingang van de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin:*

*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,*

*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, door diens tussenkomst een buitengerechtelijke schuldregeling tot stand is gekomen waarin, naast de verzekeringnemer, ten minste zijn zorgverzekeraar deelneemt, of de zorgverzekeraar met de verzekeringnemer een betalingsregeling is overeengekomen, of*

*d. de verzekeringnemer aan bij ministeriële regeling te bepalen voorwaarden voldoet.*

3 *Ten behoeve van de toepassing van het tweede lid stelt de zorgverzekeraar het Zorginstituut, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde, onverwijld op de hoogte van de datum waarop een situatie als bedoeld in onderdeel a, b of c van dat lid van toepassing wordt.*

4 *In afwijking van het eerste en tweede 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 melding van zijn zorgverzekeraar, aan deelname aan een op hem van toepassing zijnde overeenkomst of regeling als bedoeld in het tweede lid, onderdeel c, heeft onttrokken voordat hij de in de desbetreffende overeenkomst of regeling neergelegde afspraken jegens zijn zorgverzekeraar volledig is nagekomen of*

*c. waarin hij niet meer voldoet aan bij de ministeriële regeling, bedoeld in het tweede lid, te bepalen voorwaarden.*

*5 Indien in het in het vierde lid, onderdeel b, bedoeld geval een door tussenkomst van een schuldhulpverlener als bedoeld in het tweede lid, onderdeel c, tot stand gekomen overeenkomst of regeling betreft, dient de melding, bedoeld in dat onderdeel mede door een schuldhulpverlener te zijn ondertekend.*

*6 Bij ministeriële regeling wordt bepaald hoe de gemiddelde premie, bedoeld in het eerste lid, wordt berekend."*

- 8.7. Artikel 7 van de Beleidsregels inning bestuursrechtelijke premie Zorgverzekeringswet 2012 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

*"Artikel 7. De eindafrekening voor de verzekeringnemer*

*1. Het college stuurt zo spoedig mogelijk na ontvangst van de melding, bedoeld in artikel 18d, derde lid, Zorgverzekeringswet, alsmede aan het einde van de periode, bedoeld in artikel 18e Zorgverzekeringswet, de verzekeringnemer, een bericht dat deze de bestuursrechtelijke premie niet langer verschuldigd is. Hierbij vermeldt het college dat het niet mogelijk is tegen dit besluit bezwaar aan te tekenen.*

*2. Het college stuurt de verzekeringnemer, zo spoedig mogelijk na het bericht, bedoeld in het eerste lid, een eindafrekening, die tenminste omvat:*

*a. het saldo van aan het college af te dragen bestuursrechtelijke premie en reeds ontvangen bestuursrechtelijke premie;*

*b. een vermelding van het bedrag dat door het CVZ is ontvangen van de broninhouder. Dit bedrag wordt in mindering gebracht op het saldo, bedoeld in onderdeel a;*

*c. de mededeling van het college dat de verzekeringnemer het saldo, bedoeld in onderdeel a, rekeninghoudend met onderdeel b, aan het college dient te betalen dan wel van het college terugontvangt.*

*3. Indien uit de eindafrekening blijkt dat er te veel bestuursrechtelijke premie is ingehouden of betaald, betaalt het college het saldo binnen zes weken na ontvangst van het rekeningnummer aan de verzekeringnemer uit.*

*4. In afwijking van het tweede lid schort het college de toezending van een eindafrekening op als de melding, bedoeld in het eerste lid, is gedaan in verband met het sluiten van een overeenkomst tot stabilisatie als bedoeld in artikel 18c, tweede lid, onderdeel d, van de Zorgverzekeringswet.*

*5. Het college maakt de opschorting, bedoeld in het vorige lid, ongedaan zodra de overeenkomst tot stabilisatie is beëindigd."*

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Verzoeker heeft erkend dat bij de ziektekostenverzekeraar in 2010 een premieachterstand is ontstaan. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker om die reden per 1 maart 2010 aangemeld als wanbetaler bij het toenmalige CVZ. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker op 24 mei 2011 de premieachterstand heeft voldaan. Op dat moment had hij moeten worden afgemeld als wanbetaler bij het CVZ. Dit is destijds niet gebeurd. Pas op 14 april 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker met terugwerkende kracht tot 1 juni 2011 afgemeld bij het Zorginstituut. Verzoeker is bij de ziektekostenverzekeraar opgekomen tegen de te late afmelding, aangezien dit niet onverwijld is geschied zoals de wet voorschrijft, waardoor verzoeker schade heeft geleden. De ziektekostenverzekeraar heeft erkend dat de afmelding te laat is gebeurd, en heeft hiervoor excuses aan verzoeker aangeboden.

De commissie stelt vast dat partijen niet verdeeld zijn over het feit dat verzoeker in 2010 terecht is aangemeld als wanbetaler bij het toenmalige CVZ, dat verzoeker per 1 juni 2011 had moeten worden afgemeld bij het toenmalige CVZ, en dat de ziektekostenverzekeraar te laat is geweest met deze afmelding. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de hoogte van de aan verzoeker toe te kennen

schadevergoeding in verband met deze verlate afmelding als wanbetaler bij het CVZ/Zorginstituut. Hiertoe overweegt de commissie als volgt.

- 9.2. In eerste instantie heeft verzoeker van de ziektekostenverzekeraar een schadevergoeding gevorderd van € 12.500,--, welk bedrag zag op materiële en immateriële schade. Nadat hij het geschil aan de commissie had voorgelegd, heeft verzoeker zijn vordering tot schadevergoeding gewijzigd, in die zin dat hij thans bij de commissie een bedrag van € 5.829,18 vordert ter zake van materiële schade. Voor de immateriële schade zal hij een andere procedure starten. Verzoeker is zich derhalve ervan bewust dat de commissie geen vergoeding toekent voor immateriële schade (artikel 14 lid 3 van het reglement). De materiële schade bestaat uit een vijftal posten, te weten (i) deurwaarderskosten, (ii) overige vorderingen van het CJIB, (iii) bruiloftskosten, (iv) kosten als gevolg van de onmogelijkheid te kunnen overstappen naar een andere verzekeraar, en (v) porto-, telefoon- en overige kosten. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker aanvankelijk een schadevergoeding van € 500,-- verleend, onder andere ter compensatie van gedeerde rente. Nadien heeft hij verzoeker voor de materiële schade een bedrag van € 2.500,-- toegezegd. Verzoeker kan zich hierin niet vinden.
- 9.3. De commissie neemt als uitgangspunt dat sprake is van een toerekenbare tekortkoming in de nakoming van de verzekeringsovereenkomst aan de zijde van de ziektekostenverzekeraar, aangezien is verzuimd verzoeker *onverwijld* af te melden als wanbetaler bij het CVZ/Zorginstituut (artikel 18d lid 3 Zvw). De ziektekostenverzekeraar is gehouden tot vergoeding van de schade die door de te late afmelding is ontstaan.
- De commissie zal de onder (i) tot en met (v) gestelde schadeposten afzonderlijk beoordelen. De deurwaarderskosten zien op de kosten die door het Zorginstituut aan de deurwaarder zijn betaald en aan verzoeker zijn doorberekend, én de kosten die verzoeker zelf rechtstreeks aan de deurwaarder van het Zorginstituut heeft betaald. In totaal gaat het om een bedrag van € 2.128,11. Deze kosten staan in causaal verband met de verlate afmelding en zijn daaraan toe te rekenen. Het betreft immers de bestuursrechtelijke premie voor maanden in 2013, 2014 en 2015. Verzoeker had feitelijk in die jaren al afgemeld moeten zijn. Doordat dit niet is gebeurd, zijn financiële problemen ontstaan, waardoor hij niet (meer) in staat was de bestuursrechtelijke premie - tijdig - te voldoen. Dit heeft geleid tot inschakeling van een deurwaarder. Indien de ziektekostenverzekeraar verzoeker tijdig had afgemeld, waren deze deurwaarderskosten derhalve niet ontstaan. Verzoeker heeft gesteld dat de betreffende kosten niet aan hem zijn gerestitueerd door het Zorginstituut/CJIB. Naar het oordeel van de commissie blijkt uit de ter zake door verzoeker overgelegde stukken voldoende dat de deurwaarderskosten niet zijn gerestitueerd door het Zorginstituut/CJIB. De ziektekostenverzekeraar heeft dit overigens ook niet gemotiveerd betwist. Derhalve heeft verzoeker aanspraak op vergoeding van de deurwaarderskosten ad € 2.128,11.
- De overige vorderingen van het CJIB zien op boetebeschikkingen ter zake van een onverzekerde brommer die op naam van verzoeker stond. Het betreft een totaalbedrag van € 2.668,--. Door de kwestie met de ziektekostenverzekeraar raakte verzoeker wanhopig en depressief, waardoor hij enveloppen van het CJIB niet meer heeft durven openen. Naar het oordeel van de commissie ontbreekt het causale verband in deze. Hoewel een en ander voorstelbaar is, is het ontstaan van deze vordering niet aan de ziektekostenverzekeraar toe te rekenen. Verzoeker heeft zelf de keuze gemaakt de enveloppen van het CJIB niet meer te openen, waardoor deze kosten zijn ontstaan. Derhalve bestaat geen aanspraak op vergoeding van het bedrag van € 2.668,--.
- Verzoeker vordert voorts ter zake van zijn bruiloft een bedrag van € 500,--. Vanwege de financiële problemen moest alles gratis. Er is enkel met geleend geld een diner georganiseerd en dit bedrag dient verzoeker nog terug te betalen. Ter zake van deze schadepost ontbreekt naar het oordeel van de commissie het causale verband en is deze niet toe te rekenen aan het handelen dan wel nalaten van de ziektekostenverzekeraar. Alles is terug te voeren op persoonlijke keuzes van verzoeker, alhoewel voorstelbaar is dat deze keuzes zijn gemaakt. Verzoeker heeft daarom geen aanspraak op vergoeding van het bedrag van € 500,--.
- Aangezien verzoeker niet heeft kunnen overstappen naar een andere verzekeraar, vordert hij een bedrag van € 483,07 in verband met het verschil in premie over de periode van juni 2011 tot en met 31 december 2016. Het causale verband is in deze naar het oordeel van de commissie aanwezig en de gestelde schade is ook aan het nalaten van de ziektekostenverzekeraar toe te rekenen. Immers, door de aanmelding als wanbetaler was het voor verzoeker jarenlang onmogelijk over te stappen

naar een andere - goedkopere - zorgverzekeraar. Dit terwijl hij feitelijk geen wanbetaler meer was. Het gevorderde bedrag ligt voor toewijzing gereed, waarbij de commissie opmerkt dat tegen de hoogte van dit bedrag - meer in het bijzonder de periode van 67 maanden waarover het bedrag van € 7,21 per maand wordt gevorderd - geen verder verweer door de ziektekostenverzekeraar is gevoerd. Gelet op de processuele opstelling van de ziektekostenverzekeraar, wijst de commissie het door verzoeker gevorderde bedrag van € 483,07 volledig toe.

Tot slot vordert verzoeker ter zake van porto-, telefoon- en overige kosten een bedrag van € 50,-. Uitgangspunt is dat een verzekerde in beginsel de eigen kosten draagt die gemoeid zijn met het indienen van een klacht en het voorleggen van een geschil aan de commissie. Kosten ter zake van onder meer papier, enveloppen en telefoongesprekken zijn niet uitzonderlijk en komen in de regel dan ook niet voor vergoeding in aanmerking. Het onderhavige geval is naar het oordeel van de commissie echter zodanig uitzonderlijk dat deze hoofdregel opzij gezet dient te worden. Verzoeker heeft veel moeite moeten doen om uiteindelijk de voortdurende aanmelding als wanbetaler te doorbreken en de ziektekostenverzekeraar te bewegen over te gaan tot afmelding. Hiermee zijn kosten gemoeid geweest en het is onredelijk deze volledig voor rekening van verzoeker te laten komen. Het gevorderde bedrag van € 50,- komt de commissie alleszins redelijk voor, zodat dit wordt toegewezen.

9.4. Voor zover de ziektekostenverzekeraar een beroep op de eigen schuld van verzoeker doet, gaat de commissie hieraan voorbij, gelet op de verhouding tussen partijen, de professionele positie van de ziektekostenverzekeraar en het feit dat de wetgever de verplichting tot - tijdige - afmelding expliciet bij de ziektekostenverzekeraar heeft gelegd.

9.5. Het vorenstaande leidt tot de volgende conclusie. Van de door verzoeker gevorderde vergoeding komt hem een bedrag van € 2.661,98 (€ 2.128,11 + € 483,07 + € 50,-) toe.

De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker aanvankelijk een bedrag van € 500,- betaald, onder andere ter compensatie van gederfde rente. Verzoeker heeft ten aanzien van dit bedrag gesteld dat dit voor het overige smartengeld betreft en de ziektekostenverzekeraar heeft dit niet, althans onvoldoende, weersproken. Zodoende gaat de commissie ervan uit dat de verleende vergoeding van € 500,- overwegend ziet op immateriële schade. Daarmee valt dit bedrag verder buiten de beoordeling door de commissie.

Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar besloten aan verzoeker een aanvullende compensatie te verlenen van € 2.500,- voor materiële schade. Aan dit besluit of de uitbetaling hiervan is door de ziektekostenverzekeraar - begrijpelijkerwijs, gelet op de omstandigheden van het geval - niet de voorwaarde verbonden dat dit bedrag zou worden verminderd als de commissie tot het oordeel zou komen dat verzoeker van de door hem aanvankelijk gevorderde schadevergoeding van € 12.500,- een lager bedrag zou worden toegewezen dan de door de ziektekostenverzekeraar toegezegde bedragen van € 500,- en € 2.500,-.






Verzoeker heeft ter zitting bevestigd dat beide bedragen intussen door hem zijn ontvangen. De commissie komt dan ook tot de conclusie dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker voor de door hem geleden materiële schade een aanvullende compensatie ten bedrage van € 161,98 (€ 2.661,98 - € 2.500,-) dient te voldoen.

9.6. Voor de volledigheid en duidelijkheid merkt de commissie nog het volgende op.

Een verzekerde die is aangemeld als wanbetaler bij het CVZ/Zorginstituut blijft verzekerd bij zijn zorgverzekeraar. De premie-inning wordt echter overgenomen door het Zorginstituut/CJIB. De betaling van de bestuursrechtelijke premie aan het Zorginstituut/CJIB betreft de opkomende maandpremies. Anders dan verzoeker meent, wordt de betaalde bestuursrechtelijke premie niet rechtstreeks door het Zorginstituut/CJIB aan de zorgverzekeraar doorbetaald, maar ontvangt deze laatste een bedrag ter compensatie van de gemiste premie-inkomsten. Bij een afmelding met terugwerkende kracht stelt het Zorginstituut een eindafrekening op, waarop is vermeld over welke periode ten onrechte de bestuursrechtelijke premie is betaald. Deze premie wordt gerestitueerd aan de verzekerde, en de verzekerde ontvangt van zijn zorgverzekeraar een premienota over de periode dat hij aangemeld was als wanbetaler. Een en ander is geregeld in artikel 7 van de Beleidsregels inning bestuursrechtelijke premie Zorgverzekeringwet 2012. In beginsel kan met de restitutie van de bestuursrechtelijke premie, deze premienota aan de zorgverzekeraar worden voldaan.



## Conclusie

- 
- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk wordt toegewezen, in die zin dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te betalen een aanvullend bedrag van € 161,98 ter zake van door hem geleden materiële schade. Het meer of anders gevorderde dient te worden afgewezen.
- 
- 9.8. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.
- 
10. Het bindend advies
- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe op de wijze als onder 9.7 is omschreven. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.
- 
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 22 februari 2017,



A.I.M. van Mierlo

