



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A, vertegenwoordigd door B, beiden te C, tegen AnderZorg N.V. te Wageningen
Zaak : Premie, betalingsachterstand, afmelding CAK, overdracht vordering incassogemachtigde
Zaaknummer : 201700574
Zittingsdatum : 16 augustus 2017

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, paragraaf 3.3 Zvw, 6:43 en 6:44 BW)

1. Partijen

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

tegen

AnderZorg N.V. te Wageningen, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Verzoeker is tot op heden bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Anderzorg Basis (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 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. De zorgverzekeraar heeft verzoeker met ingang van 1 januari 2017 aangemeld als wanbetaler bij het CAK vanwege een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van hemzelf van zes of meer maanden.

3.2. De zorgverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 9 maart 2017 medegedeeld dat de achterstand € 3.396,90 bedraagt.

3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormeld standpunt gevraagd. Bij brieven van 9 en 20 maart 2017 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

3.4. Bij brief van 14 maart 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is (i) hem met terugwerkende kracht tot 1 januari 2017 af te melden als wanbetaler bij het CAK, (ii) de betalingsachterstand correct te berekenen en (iii) de door de incassogemachtigden onterecht gevorderde bedragen alsmede de hiermee verband houdende incassokosten te laten vervallen (hierna: het verzoek).

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

3.6. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 1 juni 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 juni 2017 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Verzoeker heeft op 19 juni 2017 gereageerd op het onder 3.6 bedoelde standpunt van de zorgverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 16 juni 2017 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 29 juni 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 3.9. Verzoeker heeft de commissie op 6 juli 2017 aanvullende informatie gezonden. Een afschrift hiervan is op 10 juli 2017 aan de zorgverzekeraar gestuurd, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren.
- 3.10. Bij brief van 20 juli 2017 heeft de zorgverzekeraar gereageerd op de brief van verzoeker van 6 juli 2017. Een afschrift hiervan is op 20 juli 2017 aan verzoeker gestuurd waarna verzoeker bij brief van 25 juli 2017 heeft gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de zorgverzekeraar gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker is sinds 2012 werkloos en ontvangt geen uitkering. Zijn enige 'bron van inkomsten' is de zorgtoeslag die hij maandelijks van de belastingdienst ontvangt. Hij woont bij zijn vader die de administratieve en financiële verplichtingen reeds drie jaren voor hem waarneemt. De vader van verzoeker heeft diverse premiebetalingen aan de zorgverzekeraar en diens incassogemachtigde gedaan. De financiële situatie van verzoeker alsmede die van zijn vader is echter niet toereikend om de bestuursrechtelijke premie aan het CAK te voldoen.
- 4.2. Verzoeker betwist dat sprake is van een achterstand in de betaling van de premie voor de zorgverzekering van zes of meer maanden, zodat de zorgverzekeraar hem met ingang van 1 januari 2017 ten onrechte bij het CAK heeft aangemeld als wanbetaler. Hiertoe voert verzoeker aan dat zijn vader de premies voor de maanden januari en februari 2016 in zes termijnen van € 31,50 (totaal € 189,00) heeft betaald. Voorts heeft hij zelf de premies voor de maanden maart tot en met november 2016 betaald, en is de premie voor december 2016 op 24 februari 2017 door zijn vader voldaan.
- 4.3. Verzoeker voert verder aan dat de zorgtoeslag van december 2011 tot en met juni 2015 rechtstreeks door de belastingdienst aan de zorgverzekeraar is overgemaakt. De door hem ontvangen zorgtoeslag van juli 2015 tot en met mei 2016 heeft verzoeker zelf aan de zorgverzekeraar betaald. Omdat de zorgtoeslag niet toereikend was om de gehele maandpremie te voldoen, heeft de vader van verzoeker iedere maand € 14,25 'bij' betaald, zodat ook over genoemde perioden geen sprake kan zijn van een achterstand in de premiebetaling. Verwezen wordt in dit kader naar een overzicht van de belastingdienst van 8 juni 2016. Voor zover de zorgverzekeraar de zorgtoeslag heeft geboekt op willekeurige vorderingen is dit niet juist, en is de 'financiële chaos' daardoor ontstaan. Verzoeker wenst van de zorgverzekeraar te vernemen gedurende welke zes of meer maanden de premie niet is betaald. Het financiële overzicht dat hij in maart 2017 van de zorgverzekeraar heeft ontvangen vermeldt een achterstand van € 3.396,90. Dit bedrag is volgens verzoeker niet correct.
- 4.4. De zorgverzekeraar heeft twee incassogemachtigden ingeschakeld, te weten LAVG te Groningen en Van Arkel te Breda. Met Van Arkel is een betalingsregeling afgesproken, inhoudende dat verzoeker iedere maand een bedrag van € 50,00 overmaakt. Inmiddels is bij Van Arkel een bedrag van € 1.600,00 afgelost. Wat betreft de dossiers bij LAVG voert verzoeker aan dat sommige bedragen en de daarmee gepaard gaande incassokosten ten onrechte van hem worden gevorderd. Hij verwijst in dit verband naar de brief van 27 maart 2017 aan LAVG.
- 4.5. Verzoeker merkt verder op dat hij, naar aanleiding van de brief van de zorgverzekeraar van 20 december 2016 met betrekking tot de aanmelding bij het CAK, meerdere brieven en een e-

mailbericht - met een overzicht van de betaaldata - aan de zorgverzekeraar heeft gestuurd. Hierop heeft hij pas in maart 2017 een reactie ontvangen.

4.6. In reactie op de brief van de zorgverzekeraar van 1 juni 2017 merkt verzoeker nog op dat de dossiers (213019025), (213197038) en (214085527) meerdere malen op het financieel overzicht van 10 mei 2017 voorkomen. De betreffende vorderingen zijn evenwel onterecht, aangezien deze in 2014 tijdig zijn betaald door de Belastingdienst Zorgtoeslagen die de zorgtoeslag rechtstreeks aan de zorgverzekeraar heeft overgemaakt. In totaal is voor verzoeker een bedrag van € 8.338,25 aan de zorgverzekeraar betaald.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. Tot augustus 2015 is de zorgtoeslag van verzoeker rechtstreeks door de belastingdienst aan de zorgverzekeraar betaald. Omdat de zorgtoeslag werd ontvangen vóórdát de premie voor de betreffende maand was aangeboden, zijn de betalingen geboekt op oudere openstaande premievorderingen. Bovendien bedroeg de premie voor de zorgverzekering méér dan het bedrag dat door de belastingdienst aan zorgtoeslag werd overgemaakt. Zolang verzoeker niet het 16-cijferige betalingskenmerk, zoals op de acceptgiro wordt vermeld, gebruikt bij zijn betalingen, worden de betalingen automatisch op andere vorderingen geboekt.

Ten behoeve van verzoeker is in maart 2016 om een betalingsregeling verzocht voor een bedrag van € 189,- betreffende de premie voor de zorgverzekering voor de maanden februari en maart 2016. Er is toen een betalingsregeling afgesproken waarbij verzoeker zes achtereenvolgende termijnen van € 31,50 diende te betalen. Verzoeker heeft hieraan voldaan.

5.2. Bij brief van 17 oktober 2016 is verzoeker medegedeeld dat op dat moment een achterstand in de premiebetaling van de zorgverzekering van vier of meer maanden bestond. Verzoeker is niet ingegaan op een eerder door de zorgverzekeraar gedaan voorstel om te voorkomen dat de achterstand verder zou oplopen.

Bij brief van 20 december 2016 is aan verzoeker medegedeeld dat hij met ingang van 1 januari 2017 zou worden aangemeld als wanbetaler bij het CAK in verband met een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van zes of meer maanden. De betreffende achterstand ziet op de jaren 2012, 2013, 2014 en 2016. Doordat verzoeker telkens wel een gedeelte van de premie betaalde, is er geruime tijd verstreken tot sprake was van een premieachterstand van zes of meer maanden. Door het te laat betalen van de premie voor de maand november 2016 ontstond uiteindelijk een achterstand van zes maandpremies, hetgeen de daaropvolgende aanmelding als wanbetaler bij het CAK rechtvaardigt. In dit verband wordt verwezen naar het financieel overzicht van 10 mei 2017.

5.3. Desgevraagd heeft de zorgverzekeraar een nieuw financieel overzicht gestuurd. De hoogte van de betalingsachterstand bedraagt naar de stand van 17 juli 2017 € 3.396,90, en deze is gelijk aan de stand van 10 mei 2017. De aanmelding als wanbetaler bij het CAK kan worden opgeschort indien verzoeker een betalingsregeling van maximaal 36 maanden treft met de deurwaarder.

5.4. Verder merkt de zorgverzekeraar op dat verzoeker het kennelijk niet eens is met de vordering van € 2.729,70, exclusief kosten. In dit verband wordt verwezen naar het financieel overzicht van 29 mei 2017 waaruit volgt dat deze vordering ziet op de periode van december 2006 tot en met december 2010.

5.5. Ten aanzien van de € 1.600,- die verzoeker stelt te hebben betaald aan Van Arkel merkt de zorgverzekeraar op dat LAVG de dossiers in kwestie heeft overgedragen aan Van Arkel. Verwezen wordt naar een overzicht van de betreffende dossiers die zijn overgedragen. In deze dossiers is de door verzoeker gestelde betaling, inclusief de kosten van LAVG en Van Arkel, verwerkt.

5.6. 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 17 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 (i) de afmelding van verzoeker als wanbetaler bij het CAK met terugwerkende kracht tot 1 januari 2017 (ii) de hoogte van de betalingsachterstand en (iii) de overdracht van vorderingen aan de incassogemachtigde en de hiermee verband houdende incassokosten.

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 A12, eerste lid, van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering (2016) is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd. In voorgaande jaren was een zelfde bepaling opgenomen.

8.3. Artikel A13 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering (2016) regelt de gevolgen van niet-tijdige betaling en luidt, voor zover hier van belang:

"A13.1 Basisverzekering en aanvullende verzekering

1. Anderzorg stuurt u een aanmaning. Als u binnen 14 dagen alsnog de premie betaalt, blijft dit verder zonder gevolg.

2. Betaalt u niet binnen 14 dagen na deze aanmaning dan heeft dat de volgende gevolgen:

• Anderzorg kan de dekking van alle verzekeringen schorsen. U krijgt dan geen vergoeding meer vanaf het begin van de periode waarop de niet door u betaalde premie betrekking heeft.

• U blijft verplicht de premie te voldoen.

• Betalingskortingen vervallen.

• U moet de incassokosten betalen, wegens de extra werkzaamheden van Anderzorg, zoals het sturen van een acceptgiro en de aanmaningen, en wegens de werkzaamheden van de deurwaarder.

• U moet wettelijke rente betalen over de totale vordering.

3. Als Anderzorg de premie, incassokosten en de wettelijke rente heeft ontvangen, wordt de dekking de dag na ontvangst van de betaling weer van kracht. Kosten die zijn gemaakt tijdens de schorsing krijgt u niet vergoed. Ook niet als u van Anderzorg toestemming had voor een behandeling of verstrekking.

4. Als u, zelfs na aanmaning, de premie niet betaalt, kan Anderzorg de verzekeringen van alle verzekerden beëindigen.

5. Anderzorg kan het sturen van een aanmaning en het innen van een vordering overdragen aan een incassopartner. Mocht de vordering zijn overgedragen aan een incassopartner, dan kan Anderzorg ook nieuwe openstaande vorderingen overdragen zonder dat u hiervoor een aanmaning heeft ontvangen.

A13.2 Basisverzekering

Als u, zelfs na aanmaning, de premie niet betaalt, kan Anderzorg op grond van de Zorgverzekeringswet uw Basisverzekering bij het Zorginstituut Nederland (ZIN) aanmelden voor bronheffing. Er wordt u dan een bestuursrechtelijke premie van 130% van de gemiddelde marktpremie opgelegd. Die premie wordt ingehouden op bijvoorbeeld uw salaris of uitkering. U kunt hieronder lezen wanneer de melding bij het ZIN plaatsvindt. De regels hierover vindt u in artikel

18a tot en met 18g van de Zorgverzekeringswet. Daar staat ook beschreven welke regels van toepassing zijn als het ZIN de bestuursrechtelijke premie bij u gaat innen.

(...)

Wat gebeurt er als u 6 maanden geen premie heeft betaald

6. Als Anderzorg heeft vastgesteld dat u 6 maanden geen premie heeft betaald zal Anderzorg u aanmelden bij het ZIN. Anderzorg zal aan het ZIN uw persoonsgegevens doorgeven en die van de personen die u heeft verzekerd. Anderzorg geeft alleen die persoonsgegevens aan het ZIN die ze nodig hebben om bij u de bestuursrechtelijke premie in rekening te brengen. U en de persoon die u heeft verzekerd, worden hierover ook door Anderzorg geïnformeerd.

7. Een eventueel gekozen vrijwillig eigen risico komt te vervallen, evenals de bijbehorende korting op de premie."

- 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 Zorginstituut Nederland, inmiddels het CAK. 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 CAK komt doorgaans weer een einde zodra de schuld uit de zorgverzekering is ingelost of een schuldregeling wordt getroffen.

- 8.6. Voor zover hier van belang, bepaalden de artikelen 18a, 18b en 18c Zvw ten tijde van het geschil het volgende:

"Artikel 18a

1. Uiterlijk tien werkdagen nadat ten aanzien van een zorgverzekering een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van twee maandpremies is geconstateerd, doet de zorgverzekeraar de verzekeringnemer een aanbod tot het treffen van een betalingsregeling.

2. De betalingsregeling bestaat ten minste uit de volgende elementen:

a. een machtiging van de verzekeringnemer aan de zorgverzekeraar tot maandelijkse automatische incasso van nieuw vervallende termijnen van de premie dan wel een opdracht aan een derde van wie de verzekeringnemer periodieke betalingen ontvangt, om namens hem en onder inhouding van de desbetreffende bedragen op deze betalingen, periodiek rechtstreeks aan de zorgverzekeraar het bedrag van nieuw vervallende termijnen van de premie te betalen,

b. afspraken inzake de afwikkeling van de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden van de verzekeringnemer aan de zorgverzekeraar, inclusief rente en incassokosten, en de termijnen waarbinnen betaling zal plaatsvinden, en

c. een toezegging van de zorgverzekeraar, inhoudende dat hij de zorgverzekering of de dekking daarvan gedurende de looptijd van de betalingsregeling niet om reden van het bestaan van de schulden, bedoeld in onderdeel b, zal beëindigen, schorsen of opschorten, zolang de verzekeringnemer de machtiging of de opdracht, bedoeld in onderdeel a, niet intrekt en de afspraken, bedoeld in onderdeel b, nakomt.

3. Indien de verzekeringnemer een ander heeft verzekerd en ten aanzien van diens verzekering een premieachterstand als bedoeld in het eerste lid is ontstaan, omvat het aanbod, bedoeld in het eerste lid, tevens een bereidverklaring opzegging van deze verzekering met ingang van de dag waarop de betalingsregeling van kracht wordt, te aanvaarden, mits:

a. de verzekerde zichzelf uiterlijk met ingang van dezelfde dag krachtens een andere zorgverzekering verzekerd heeft, en

b. deze, indien deze zorgverzekering bij dezelfde zorgverzekeraar is gesloten, terzake van de premie voor deze verzekering een volmacht of opdracht als bedoeld in het tweede lid, onderdeel a, heeft gegeven.

4. Tegelijk met het aanbod deelt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer schriftelijk mee dat deze een termijn van vier weken heeft om het te aanvaarden, waarbij de verzekeraar bovendien aangeeft wat de gevolgen zullen zijn indien het aanbod niet wordt aanvaard en de premieschuld, rente en incassokosten buiten beschouwing gelaten, tot zes of meer maandpremies zal zijn opgelopen, en wijst hij de verzekeringnemer op de mogelijkheid van schuldhulpverlening, waarbij hij tevens informatie verstrekt over de vormen hiervan en wijze waarop deze kan worden verzocht.

5. Indien het derde lid van toepassing is, zendt de zorgverzekeraar de verzekerde tegelijk met de verzending van de in het eerste tot en met vierde lid bedoelde stukken aan de verzekeringnemer, afschriften van deze stukken."

"Artikel 18b

1. Zo spoedig mogelijk nadat ten aanzien van een zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van vier maandpremies is geconstateerd, deelt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde mee dat hij voornemens is over te gaan tot de melding, bedoeld in artikel 18c, zodra de premieschuld de daar bedoelde hoogte zal hebben bereikt, tenzij de verzekeringnemer of de verzekerde hem uiterlijk vier weken na ontvangst van de mededeling heeft laten weten, het bestaan van de schuld of de hoogte ervan te betwisten.

2. Ingeval van tijdige betwisting als bedoeld in het eerste lid deelt de zorgverzekeraar, indien deze na onderzoek zijn standpunt handhaaft, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde mee dat hij het voornemen tot melding tot uitvoering zal brengen zodra de premieschuld de in artikel 18c, eerste lid, bedoelde hoogte zal hebben bereikt, tenzij de verzekeringnemer of de verzekerde binnen een termijn van vier weken na ontvangst van de in dit lid bedoelde mededeling een geschil hierover heeft voorgelegd aan een onafhankelijke instantie als bedoeld in artikel 114 of aan de burgerlijke rechter.

3. Indien een betalingsregeling als bedoeld in artikel 18a ingaat nadat ten aanzien van de zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van vier maandpremies is ontstaan, laat de zorgverzekeraar de in het eerste lid bedoelde melding achterwege zolang de nieuw vervallende termijnen van de premie worden voldaan."

"Artikel 18c

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

2. De melding geschiedt niet:

a. in geval van tijdige betwisting als bedoeld in artikel 18b, eerste lid, zolang de zorgverzekeraar zijn standpunt dienaangaande niet aan de verzekeringnemer en, indien dit een ander dan de verzekeringnemer is, aan de verzekerde heeft kenbaar gemaakt;

b. gedurende de termijn, genoemd in artikel 18b, tweede lid;

c. ingeval van tijdige voorlegging van het geschil aan een onafhankelijke instantie of aan de burgerlijke rechter als bedoeld in artikel 18b, tweede lid, zolang op het geschil niet onherroepelijk is beslist;

d. ingeval de verzekeringnemer zich heeft aangemeld bij een schuldhulpverlener als bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet en aantoont dat hij in het kader daarvan een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van zijn schulden heeft gesloten.

3. Onderdeel van de melding vormt een verklaring van de zorgverzekeraar, inhoudende dat hij artikel 18b en het tweede lid in acht heeft genomen."

8.7. Uit de memorie van toelichting op het Wetsvoorstel Structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering (TK 2008-2009, 31736, nr. 3, p. 28) kan worden afgeleid dat de premieachterstand als bedoeld in artikel 18a, 18b en 18c Zvw, 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 artikel 18a, 18b en 18c Zvw uitsluitend de premie voor de zorgverzekering van belang.

8.8. Artikel 18d Zvw regelt de verschuldigdheid van de bestuursrechtelijke premie aan het CAK. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 18d

1 De verzekeringnemer is vanaf de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin het CAK de melding, bedoeld in artikel 18c, heeft ontvangen aan het CAK 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 CAK, 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 CAK 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."

8.9. De toerekening van betalingen is geregeld in de artikelen 6:43 en 6:44 BW. Deze artikelen luiden als volgt:

“Artikel 6:43

1. *Verricht de schuldenaar een betaling die zou kunnen worden toegerekend op twee of meer verbintenissen jegens een zelfde schuldeiser, dan geschiedt de toerekening op de verbintenis welke de schuldenaar bij de betaling aanwijst.*
2. *Bij gebreke van zodanige aanwijzing geschiedt de toerekening in de eerste plaats op de opeisbare verbintenissen. Zijn er ook dan nog meer verbintenissen waarop de toerekening zou kunnen plaatsvinden, dan geschiedt deze in de eerste plaats op de meest bezwarende en zijn de verbintenissen even bezwarend, op de oudste. Zijn de verbintenissen bovendien even oud, dan geschiedt de toerekening naar evenredigheid.”*

“Artikel 6:44

1. *Betaling van een op een bepaalde verbintenis toe te rekenen geldsom strekt in de eerste plaats in mindering van de kosten, vervolgens in mindering van de verschenen rente en ten slotte in mindering van de hoofdsom en de lopende rente.*
2. *De schuldeiser kan, zonder daardoor in verzuim te komen, een aanbod tot betaling weigeren, indien de schuldenaar een andere volgorde voor de toerekening aanwijst.*
3. *De schuldeiser kan volledige aflossing van de hoofdsom weigeren, indien daarbij niet tevens de verschenen en lopende rente alsmede de kosten worden voldaan.”*


9. Beoordeling van het geschil

Afmelding CAK met terugwerkende kracht tot 1 januari 2017

- 9.1. Verzoeker is met ingang van 1 januari 2017 aangemeld als wanbetaler bij het CAK. Beoordeeld dient daarom 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 CAK terecht is. Door de zorgverzekeraar is bij brief van 20 juli 2017 een financieel overzicht - gedateerd 17 juli 2017 - overgelegd waaruit blijkt dat sprake is van een openstaande vordering van € 3.396,90, exclusief kosten. De commissie begrijpt dat dit bedrag deels betrekking heeft op de premie en deels op het eigen risico tot en met het jaar 2010. Verzoeker heeft de juistheid van dit overzicht niet gemotiveerd bestreden. De betaalbewijzen die hij heeft overgelegd zien op het jaar 2010. De zorgverzekeraar heeft in voornoemde brief verklaard dat de aanmelding bij het CAK is gebaseerd op de achterstand vanaf 2012, zodat de betalingen uit 2010 niet relevant zijn. De commissie merkt op dat na aftrek van de bedragen van € 2.656,40 en € 73,30, met betrekking tot de premie respectievelijk het eigen risico tot en met 2010, een openstaand bedrag van € 667,20 resteert. De commissie acht het, gelet op het feit dat de nominale premie voor de zorgverzekering blijkens het overzicht € 94,50 per maand bedraagt, aannemelijk dat ten tijde van de aanmelding sprake was van een achterstand van zes of meer maandpremies. De commissie is dan ook van oordeel dat de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het CAK met ingang van 1 januari 2017 terecht is geweest. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij door de zorgverzekeraar - met terugwerkende kracht tot genoemde datum - dient te worden afgemeld als wanbetaler bij het CAK. Nu echter geen van de situaties als bedoeld in artikel 18d Zvw zich voordoet, bestaat geen reden tot afmelding, noch met terugwerkende kracht tot 1 januari 2017 noch per heden.

Hoogte betalingsachterstand


- 9.2. Door de zorgverzekeraar is, zoals reeds overwogen, een financieel overzicht overgelegd - naar de stand van 17 juli 2017 - waaruit blijkt dat een bedrag van totaal € 3.396,60, exclusief kosten, openstaat. De door verzoeker overgelegde betaalbewijzen zien op het jaar 2010. Op het door de zorgverzekeraar overgelegde financiële overzicht van 29 mei 2017, welk overzicht betrekking heeft op de vordering van premie en het eigen risico tot en met 2010, komen de door verzoeker in dat jaar gedane betalingen niet voor. De commissie gaat ervan uit dat deze betalingen zijn afgeboekt tegen voordien nog openstaande bedragen. Daartoe in de gelegenheid gesteld, heeft verzoeker niet aannemelijk gemaakt dat meer of andere betalingen zijn gedaan, hoewel dit op zijn weg lag aannemelijk te maken. Hetgeen door hem is aangevoerd ten aanzien van de doorbetaling van de



zorgtoeslag en de betalingen door zijn vader kan niet leiden tot een andere uitkomst. De commissie is daarom van oordeel dat het betalingsoverzicht van 17 juli 2017 als juist heeft te gelden en dat de vordering, naar de stand van die datum € 3.396,60, exclusief kosten, bedraagt.




Overdracht vordering

- 
- 9.3. Op grond van artikel A13.1 van de zorgverzekering is het de zorgverzekeraar toegestaan de vordering over te dragen aan een incassogemachtigde en incassokosten in rekening te brengen indien de verzekeringnemer niet tot betaling overgaat. Aangezien verzoeker niet aannemelijk heeft gemaakt, door bijvoorbeeld betalingsbewijzen van zijn bank over te leggen, dat hij de verschuldigde premies en andere bedragen uit hoofde van de verzekeringsovereenkomst wél steeds tijdig en volledig heeft voldaan, concludeert de commissie dat de zorgverzekeraar gerechtigd was zijn vordering(en) aan de incassogemachtigde over te dragen. Voor zover verzoeker de hoogte van de vordering betwist, geldt hetgeen hiervoor onder 9.2. is overwogen. De stelling van verzoeker dat de huidige situatie is veroorzaakt door de wijze van boeken van betalingen door de zorgverzekeraar treft geen doel. Door de zorgverzekeraar is gesteld, en door verzoeker is niet bestreden, dat de betalingen niet waren voorzien van een kenmerk, zodat het de zorgverzekeraar vrij stond deze betalingen conform de artikelen 6:43 en 6:44 BW toe te rekenen.



Conclusie

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



10. Het bindend advies

- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 16 augustus 2017,



A.I.M. van Mierlo