



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V.,
beide te Wageningen
Zaak : Premie, beëindiging en herstel zorgverzekering, terugstorting, aanmelding Zorginstituut,
onverschuldigde betaling
Zaaknummer : 201701113
Zittingsdatum : 13 september 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 2011-2015, artt. 2 en 6, en paragraaf 3.3 Zvw, voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011-2014)

1. Partijen

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

1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
2) Menzis N.V. te Wageningen,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie







2.1. Verzoeker was tot en met 31 december 2015 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering ZorgVerzorgd, en vanaf 1 januari 2016 tot heden op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren tot en met 31 oktober 2014 ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar één of meerdere aanvullende ziektekostenverzekeringen afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle hiervoor genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten 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 ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker met ingang van 1 december 2014 aangemeld als wanbetaler bij het toenmalige Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) vanwege een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van hemzelf van zes of meer maanden.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormeld standpunt gevraagd. Bij brief van 30 mei 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 9 juni 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen, naar de commissie de stellingen van verzoeker begrijpt, dat (i) de ziektekostenverzekeraar ten onrechte premie in rekening brengt over de periode van 9 oktober 2013 tot en met 31 maart 2014, (ii) de ziektekostenverzekeraar hem ten onrechte met ingang van 1 december 2014 heeft aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut (thans het CAK), en (iii) geen sprake is van een betalingsachterstand (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 8 augustus 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 augustus 2017 aan verzoeker gezonden.
- 3.6. Verzoeker heeft op 20 augustus 2017 gereageerd op het onder 3.5 bedoelde standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 21 augustus 2017 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 29 augustus 2017 schriftelijk medegedeeld evenmin te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 12 september 2017 heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar een nieuw actueel financieel overzicht over te leggen. Bij e-mailbericht van 14 september 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar de gevraagde informatie overgelegd. Een afschrift van dit e-mailbericht is op 15 september 2017 aan verzoeker gezonden waarbij hij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen te reageren. Bij brief van 18 september 2017 heeft verzoeker van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker is al geruime tijd bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd en heeft de verschuldigde bedragen altijd betaald. De ziektekostenverzekeraar heeft in oktober 2013, zonder verzoeker daarover te informeren, de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering beëindigd. Daarnaast ontving verzoeker in april 2014 een deel van zijn betaalde zorgpremies retour. Van een betalingsachterstand kan derhalve geen sprake zijn. Een terugstorting door de ziektekostenverzekeraar vindt immers niet plaats als er niet is betaald, sterker nog, het duidt erop dat bedragen te veel zijn betaald.
- 4.2. Nadat de ziektekostenverzekeraar de verzekering met terugwerkende kracht had hersteld, heeft verzoeker de opkomende premies voldaan. De bij hem opnieuw in rekening gebrachte premies over de periode van 9 oktober 2013 tot en met 31 maart 2014 weigert verzoeker evenwel te betalen. De vordering die over dit tijdvak is ontstaan, is namelijk veroorzaakt door de ziektekostenverzekeraar. Dat geen sprake is van een openstaande vordering ter zake blijkt ook uit het feit dat de incassogemachtigde bij brief van 18 december 2014 dreigt een dagvaarding te sturen en verzoeker deze tot op heden niet heeft ontvangen. Het terugtrekken van de opdracht bij de incassogemachtigde impliceert een erkenning van de ziektekostenverzekeraar dat geen sprake is van een openstaande vordering. De aanmelding als wanbetaler bij het toenmalige Zorginstituut is dan ook ten onrechte geschied. Indien de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt handhaaft, is hij gehouden verzoeker in een civiele procedure te betrekken.
- 4.3. In reactie op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 8 augustus 2017 stelt verzoeker dat de gemeente Groningen hem ook in 2009 en in 2011 ten onrechte had uitgeschreven uit de Basis Registratie Personen (hierna: BRP). Hieruit kan niet anders worden geconcludeerd dan dat de betreffende BRP niet betrouwbaar is. Daar komt bij dat zowel de gemeente Groningen als de ziektekostenverzekeraar op de hoogte was van het feit dat verzoeker regelmatig in het buitenland verblijft.
- 4.4. In reactie op het door de ziektekostenverzekeraar overgelegde financiële overzicht van 14 september 2017 stelt verzoeker dat het door de ziektekostenverzekeraar genoemde openstaande bedrag niet juist is. Verzoeker ontkent en betwist dan ook ten eerste dat sprake is van een openstaande vordering.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

-  5.1. Artikel 2 Zvw bepaalt dat degene die ingevolge de Wet langdurige zorg (hierna: Wlz) en de daarop gebaseerde regelgeving van rechtswege verzekerd is, verplicht is zich krachtens een zorgverzekering te verzekeren of te laten verzekeren. De ziektekostenverzekeraar is ter zake van de inschrijving in de zorgverzekering gehouden te controleren of de verzekerde verzekeringsplichtig is in Nederland. De controle van adresgegevens bij de gemeente is een middel om de verzekeringsplicht vast te stellen. Indien de verzekerde daar niet meer is ingeschreven en hij niet (langer) verzekeringsplichtig is, eindigt de zorgverzekering automatisch.
-  5.2. Eind 2013 ontdekte de ziektekostenverzekeraar dat verzoeker was uitgeschreven uit de hierna: BRP. In de BRP stond de status van verzoeker op 'geëmigreerd'. Door de uitschrijving was verzoeker op dat moment niet meer verzekeringsplichtig op grond van artikel 2 Zvw in samenhang met artikel 2.1.1, eerste lid, Wlz. De ziektekostenverzekeraar heeft nog wel geprobeerd contact te krijgen met verzoeker, maar ontving van hem geen reactie. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens besloten de verzekeringsovereenkomst op 13 januari 2014 met terugwerkende kracht tot 9 oktober 2013 te beëindigen. Vanwege deze beëindiging heeft verzoeker de door hem reeds betaalde premies over de periode van 9 oktober 2013 tot en met 31 maart 2014 ten bedrage van totaal € 609,02 teruggestort gekregen.
-  5.3. Bij brief van 12 juni 2014 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar verzocht de zorgverzekering met terugwerkende kracht tot 9 oktober 2013 te herstellen. Bij brief van 26 juni 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dit verzoek in te willigen. Doordat de verzekeringsovereenkomst met terugwerkende kracht is hersteld, is tevens een hernieuwde verplichting tot het betalen van de verschuldigde premie ontstaan. De stelling van verzoeker dat hij geen premie hoeft te betalen, omdat de ziektekostenverzekeraar de overeenkomst eenzijdig heeft beëindigd, deelt de ziektekostenverzekeraar niet.
-  5.4. Verzoeker heeft de (opnieuw) bij hem in rekening gebrachte maandpremies en andere door hem verschuldigde bedragen niet (tijdig) voldaan, waardoor een betalingsachterstand is ontstaan met als gevolg dat hij met ingang van 1 december 2014 als wanbetaler is aangemeld bij het toenmalige Zorginstituut. Op dat moment waren de premies voor de maanden oktober 2013 (€ 73,46), november en december 2013 (2 x € 104,94), januari tot en met maart 2014 (3 x € 94,54), augustus 2014 (€ 56,92) en september 2014 (€ 94,54) niet betaald.
-  5.5. Over de periode van 1 januari 2011 tot en met 30 september 2017 staat – naar de stand van 14 september 2017 – nog een bedrag open ter grootte van € 2.025,33, exclusief rente en incassokosten. Een groot deel van dit openstaande bedrag heeft de ziektekostenverzekeraar inmiddels overgedragen aan zijn incassogemachtigde.
-  5.6. 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 A17 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 een verzekeringsrelatie en de hoogte van de periodiek verschuldigde premie voor deze verzekeringen.

In geschil zijn (i) de vraag of verzoeker premie is verschuldigd over de periode van 9 oktober 2013 tot en met 31 maart 2014, (ii) de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het toenmalige Zorginstituut met ingang van 1 december 2014, en (iii) de hoogte van de betalingsachterstand (hierna: het verzoek).

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. Artikel A9 van de zorgverzekering regelt wanneer de zorgverzekering van rechtswege eindigt en luidt, voor zover hier van belang:

"A9 Wanneer eindigt de Basisverzekering van rechtswege?"

Uw Basisverzekering eindigt van rechtswege op de dag nadat:

- uw verzekeringsplicht eindigt (...)"

8.3. Ingevolge artikel A12 van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.

8.4. Artikel 2, eerste lid, Zvw luidt:

"1 Degene die ingevolge de Wet langdurige zorg en de daarop gebaseerde regelgeving van rechtswege verzekerd is, is verplicht zich krachtens een zorgverzekering te verzekeren of te laten verzekeren tegen het in artikel 10 bedoelde risico."

8.5. Artikel 6 Zvw luidt, voor zover hier van belang:

"1 De zorgverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag volgende op de dag waarop: (...)

d. de verzekeringsplicht van de verzekerde eindigt. (...)"

8.6. 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:

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."

8.7. 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, 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.

- 8.8. Voor zover hier van belang, bepaalde artikel 18c Zvw ten tijde van het geschil 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 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."*

- 8.9. 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 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 18c Zvw uitsluitend *de premie* voor de zorgverzekering van belang.

9. Beoordeling van het geschil

Herstel verzekering

- 9.1. Op 13 januari 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker met terugwerkende kracht tot 9 oktober 2013 beëindigd in verband met het feit dat verzoeker niet meer stond ingeschreven in de BRP. De ziektekostenverzekeraar heeft hieraan de conclusie verbonden dat verzoeker niet meer verzekeringsplichtig was op grond van Wlz en de Zvw. Vanwege deze beëindiging is een bedrag van € 609,02 gerestitueerd. Het betreft hierbij de door verzoeker betaalde premie voor de periode van 9 oktober 2013 tot en met 31 maart 2014. Niet in geschil is dat verzoeker bij brief van 12 juni 2014 de ziektekostenverzekeraar heeft verzocht de zorgverzekering met terugwerkende kracht tot 9 oktober 2013 te herstellen en dat de ziektekostenverzekeraar dit verzoek op 24 juni 2014 heeft gehonoreerd. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag of verzoeker over de periode van 9 oktober 2013 tot en met 31 maart 2014 wederom de overeengekomen premie is verschuldigd. Met betrekking hiertoe overweegt de commissie als volgt.

- 9.2. Gelet op het feit dat de ziektekostenverzekeraar, conform het verzoek van verzoeker, de zorgverzekering met terugwerkende kracht tot de beëindigingsdatum heeft hersteld, is de commissie van oordeel dat verzoeker daarmee eveneens is gehouden de overeengekomen premie vanaf die datum te voldoen. De stelling van verzoeker dat hij geen premie is verschuldigd omdat de ziektekostenverzekeraar zijn zorgverzekering eenzijdig heeft beëindigd en de tot dan toe betaalde premie heeft gerestitueerd, kan niet leiden tot een ander oordeel. Aangezien verzoeker in de BRP stond geregistreerd als 'geëmigreerd', hetgeen aanleiding kon geven tot twijfel rond zijn verzekeringsplicht, en hij kennelijk niet bereikbaar was om een toelichting te geven op zijn feitelijke situatie op dat moment, kan niet worden gesteld dat de verzekering ten onrechte werd beëindigd, terwijl door het daaropvolgende herstel van de verzekering ook het recht op dekking is herleefd. Niet valt in te zien waarom verzoeker onder deze omstandigheden niet gehouden zou zijn de op hem rustende verplichtingen - waaronder die tot betaling van de premie - na te komen.

Aanmelding Zorginstituut

- 9.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker met ingang van 1 december 2014 aangemeld als wanbetaler bij het toenmalige Zorginstituut (thans het CAK). Beoordeeld dient te worden of op deze datum voor de zorgverzekering van verzoeker een premieachterstand bestond van zes of meer maanden, in welk geval de aanmelding bij het Zorginstituut terecht heeft plaatsgevonden.
- 9.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij zijn brief van 8 augustus 2017 een financieel overzicht gevoegd. Uit dit overzicht, in combinatie met de begeleidende brief, valt op te maken dat op 1 december 2014 sprake was van een premieachterstand van € 718,42. Genoemd bedrag had betrekking op de nog openstaande premie voor de maanden oktober 2013 (€ 73,46), november en december 2013 (2 x € 104,94), januari tot en met maart 2014 (3 x € 94,54), augustus 2014 (€ 56,92) en september 2014 (€ 94,54).
Zoals hiervoor onder 9.1 is vastgesteld, is een deel van de thans openstaande vordering ontstaan doordat de ziektekostenverzekeraar de aanvankelijk door verzoeker betaalde premie over de periode van 9 oktober 2013 tot en met 31 maart 2014, ten bedrage van totaal € 609,02, heeft teruggestort. Later, na het herstel van de verzekering, heeft de ziektekostenverzekeraar, naar de commissie begrijpt, een deel van dit bedrag weer bij verzoeker in rekening gebracht. Aangezien verzoeker de overeengekomen bedragen aanvankelijk heeft betaald, waarmee hij zijn verplichtingen uit de verzekeringsovereenkomst is nagekomen, is de commissie van oordeel dat de nadien door de ziektekostenverzekeraar ingestelde vordering met betrekking tot de periode van 9 oktober 2013 tot en met 31 maart 2014 niet kan worden aangemerkt als een premievordering maar moet worden beschouwd als een vordering uit onverschuldigde betaling. De openstaande vordering van € 566,96 betreffende de periode van 9 oktober 2013 tot en met 31 maart 2014 mag daarom niet worden betrokken in de berekening om te bepalen of op 1 december 2014 sprake was van een premievordering van meer dan zes maanden.
- 9.5. Gelet op hetgeen hiervoor is overwogen, concludeert de commissie dat op 1 december 2014 sprake was van een premieachterstand van ruim één maand, hetgeen minder is dan de zes maanden genoemd in artikel 18c Zvw. De commissie is dan ook van oordeel dat het de ziektekostenverzekeraar niet vrij stond verzoeker met ingang van 1 december 2014 als wanbetaler aan te melden bij het Zorginstituut.
- 9.6. Aangezien de aanmelding van verzoeker bij het Zorginstituut ten onterechte heeft plaatsgevonden, is de ziektekostenverzekeraar gehouden hem met terugwerkende kracht tot 1 december 2014 af te melden en in ieder geval de daarmee voor verzoeker gepaard gaande financiële gevolgen ongedaan te maken. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker dient te vergoeden al hetgeen door of namens het Zorginstituut/CAK in het kader van de bestuursrechtelijke premieheffing als bedoeld in artikel 18d Zvw is geheven, een en ander vanaf het moment van aanmelding tot de eerste van de maand volgende op de maand waarin dit bindend advies is uitgebracht, en uitsluitend voor zover door het Zorginstituut/CAK (in het kader van de eindafrekening) nog geen restitutie van de geïnde bestuursrechtelijke premie heeft plaatsgevonden of zal plaatsvinden. Daartegenover

is verzoeker gehouden aan de ziektekostenverzekeraar alsnog de nominale premie voor de zorgverzekering te voldoen – voor zover dat nog niet heeft plaatsgevonden – over de periode dat sprake is geweest van de bestuursrechtelijke premieheffing door het Zorginstituut/CAK. Immers, ingevolge artikel 16, tweede lid, onder b, Zvw is geen premie verschuldigd gedurende de periode dat bestuursrechtelijke premie is verschuldigd. De ziektekostenverzekeraar mag overgaan tot verrekening van vorenbedoelde bestuursrechtelijke premie – alleen voor zover deze door hem daadwerkelijk wordt vergoed – en de door verzoeker over de hiervoor genoemde periode nog te betalen nominale premie.

Huidige stand van zaken

- 9.7. Bij e-mailbericht van 14 september 2017 is door de ziektekostenverzekeraar een actueel betalingsoverzicht overgelegd – naar de stand van 14 september 2017 – waaruit blijkt dat over de periode van 1 januari 2011 tot en met 30 september 2017 nog een bedrag openstaat van € 2.025,33. Genoemd bedrag is exclusief rente en incassokosten én de onder 9.6 bedoelde nominale premie. Daartoe door de commissie in de gelegenheid gesteld, heeft verzoeker niet aannemelijk gemaakt dat meer of andere betalingen zijn gedaan dan die welke uit het betalingsoverzicht van 14 september 2017 blijken, hoewel het op zijn weg lag dit aannemelijk te maken. De commissie is daarom van oordeel dat het betalingsoverzicht van 14 september 2017 als juist heeft te gelden en dat de vordering, naar de stand van die datum, € 2.025,33, exclusief rente en incassokosten, bedraagt. De onder 9.4 genoemde vordering uit onverschuldigde betaling ten bedrage van € 566,96 is overigens in het financiële overzicht opgenomen. De stelling van verzoeker dat hij uit de teruggetrokken dagvaarding heeft mogen opmaken dat geen sprake (meer) was van een betalingsachterstand, kan niet leiden tot een ander oordeel. Het enkel terugtrekken van een dagvaarding betekent niet dat de vordering daarmee is komen te vervallen. Ook de stelling van verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar een civiele procedure dient te starten om het bestaan van de vordering aan te tonen, treft geen doel. Het staat de ziektekostenverzekeraar vrij zijn incassoprocedure zelf in te richten, zodat het hem eveneens vrij staat te bepalen of, en wanneer, hij een verzekerde dagvaardt.

Conclusie

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen wat betreft de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het toenmalige Zorginstituut en de daaruit voor hem voortvloeiende financiële gevolgen. Daarnaast bepaalt de commissie dat de betalingsachterstand over de periode van 1 januari 2011 tot en met 30 september 2017 naar de stand van 14 september 2017 € 2.025,33, exclusief rente en incassokosten, bedraagt. Genoemd bedrag is inclusief de vordering uit onverschuldigde betaling ten bedrage van € 566,96 en exclusief de door verzoeker te betalen nominale premie in verband met de afmelding met terugwerkende kracht bij het CAK.
- 9.9. 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 toe op de wijze als hierboven in 9.8 is vermeld.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 27 september 2017,

A.I.M. van Mierlo