



Partijen : A te B, tegen N.V. Univé Zorg te Arnhem  
Zaak : Premie, betalingsachterstand, verrekening, overdracht vordering, beëindiging AV,  
schadevergoeding  
Zaaknummer : 201602563  
Zittingsdatum : 25 oktober 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 en 2017, voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016 en 2017, en artt. 6:43 BW)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

N.V. Univé Zorg te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Verzoeker is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Univé Zorg Geregeld Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Tevens heeft verzoeker in het verleden bij de ziektekostenverzekeraar ten behoeve van meerdere gezinsleden een zorgverzekering afgesloten. Verder zijn, na het herstel met terugwerkende kracht tot 1 januari 2017, ten behoeve van verzoeker - en de thans door hem bij de ziektekostenverzekeraar verzekerde persoon - bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend Goed en Tand Goed 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. Bij brieven van verschillende data in 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat sprake is van een betalingsachterstand ter zake van de premie voor de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker en zijn gezinsleden.

3.2. Als gevolg van de betalingsachterstand heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker en zijn gezinsleden in 2016 tweemaal beëindigd en deze, nadat verzoeker hiertegen was opgekomen, beide keren met terugwerkende kracht hersteld. Omdat verzoeker nog steeds niet dan wel niet tijdig betaalde, heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker en zijn gezinsleden met ingang van 11 november 2016 wederom beëindigd.

3.3. Op 27 december 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar de openstaande vordering overgedragen aan zijn incassogemachtigde. De incassogemachtigde heeft verzoeker bij brief van 28 december 2016 medegedeeld dat de achterstand € 366,30, inclusief rente en kosten, bedraagt.

3.4. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar meerdere keren om heroverweging van voormelde beslissingen gevraagd en betwist dat sprake is (geweest) van een achterstand. Bij e-mailbericht van 27 januari 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de openstaande vordering naar de stand van die datum € 441,09 bedraagt, dat de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker en de thans door hem bij de ziektekostenverzekeraar

verzekerde persoon niet wordt hersteld, en bevestigt dat verzoeker *de hoofdsom* van de aan de incassogemachtigde overgedragen vordering heeft betaald.

- 3.5. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar het dossier bij de incassogemachtigde heeft gesloten en dat de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker en de thans door hem bij de ziektekostenverzekeraar verzekerde persoon met terugwerkende kracht tot 1 januari 2017 is hersteld.
- 3.6. Bij brief van 2 juni 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat, althans naar de commissie begrijpt, (i) de door de ziektekostenverzekeraar gestelde betalingsachterstand onjuist is, (ii) de ziektekostenverzekeraar de door verzoeker gedane betalingen in strijd met artikel 6:43 BW heeft verwerkt, en (iii) dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden hem een schadevergoeding ten bedrage van € 1.600,- te betalen (hierna: het verzoek).
- 3.7. 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.
- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 24 augustus 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 31 augustus 2017 aan verzoeker gezonden.
- 3.9. Verzoeker heeft op 24 en 27 september 2017 gereageerd op het onder 3.8 bedoelde standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Afschriften hiervan zijn ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
- 3.10. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 24 september 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 29 september 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.11. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 oktober 2017 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.

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

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker ten onrechte meerdere malen per brief geïnformeerd dat de premie en/of de termijnbetaling van de overeengekomen betalingsregeling (nog) niet was voldaan. Verzoeker heeft namelijk telkens, onder vermelding van een kenmerk of omschrijving waarvoor de betaling was bedoeld, vóór het verstrijken van de betaaltermijn betaald, zodat op geen enkel moment sprake is geweest van een betalingsachterstand. Verzoeker verwijst in dit verband naar de door hem overgelegde betalingsbewijzen. Ook de op 31 maart 2016 met de ziektekostenverzekeraar overeengekomen betalingsregeling is verzoeker volledig én tijdig nagekomen. Het was de ziektekostenverzekeraar dan ook niet toegestaan de door hem gestelde vordering over te dragen aan de incassogemachtigde. In strijd met artikel 6:43 BW heeft de ziektekostenverzekeraar meerdere betalingen van verzoeker verrekend met andere posten dan waarvoor deze waren bestemd. In dit verband draagt verzoeker diverse voorbeelden aan. Verzoeker is door de ziektekostenverzekeraar nooit op de hoogte gebracht van het feit dat verrekeningen waren uitgevoerd. Hij is hier pas enkele maanden nadat de verrekeningen hadden plaatsgevonden via derden achter gekomen.
- 4.2. De aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker en zijn gezinsleden is in 2016 drie keer ten onrechte beëindigd. Nadat verzoeker hiertegen was opgekomen, heeft de ziektekostenverzekeraar de beëindiging tot twee keer toe hersteld. Deze gang van zaken bevestigt volgens verzoeker dat nooit sprake is geweest van een achterstand.

- 4.3. Verzoeker heeft vanwege de slechte telefonische bereikbaarheid van de ziektekostenverzekeraar en de gebrekkige informatie over zijn klacht, veel tijd moeten besteden aan de onderhavige kwestie. Zo heeft hij diverse telefoongesprekken gevoerd met medewerkers van de ziektekostenverzekeraar en meerdere aangetekende brieven gestuurd omdat op niet-aangetekend verzonden brieven en reacties die verzoeker via de website van de ziektekostenverzekeraar heeft verstuurd, niet werd gereageerd. Voor al deze inspanningen en de gemaakte kosten voor onder andere het sturen van de aangetekende brieven, vordert verzoeker een vergoeding van de ziektekostenverzekeraar en de incassogemachtigde ten bedrage van € 1.600,-.
- 4.4. Verzoeker merkt verder op dat hij in 2017 van de ziektekostenverzekeraar geen betalingsverzoeken of -herinneringen ter zake van de premie heeft ontvangen. Voorts varieert de maandpremie die de ziektekostenverzekeraar in rekening brengt. Zo wijkt de premie van februari 2017 af van die van januari 2017.
- 4.5. In reactie op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 24 augustus 2017 stelt verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar het begrip 'betalingsachterstand' niet juist interpreteert door hiervan te spreken op het moment dat de factuur wordt aangemaakt. Volgens verzoeker is pas sprake van een betalingsachterstand als de betaaltermijn van de vordering is verlopen. Vanwege deze verkeerde interpretatie hebben diverse medewerkers van de ziektekostenverzekeraar meerdere malen ten onrechte medegedeeld dat al sprake was van een betalingsachterstand, terwijl de acceptgiro door verzoeker nog niet was ontvangen of deze zelfs nog niet door de ziektekostenverzekeraar was verstuurd.
- De ziektekostenverzekeraar verwerkt betalingen alleen op de juiste posten indien het 16-cijferig betalingskenmerk wordt gebruikt. Op grond van artikel 6:43 BW geschiedt de toerekening van de betaling echter op de verbintenis die de schuldenaar *aanwijst*. Dit betekent dat als verzoeker een omschrijving als 'premie oktober' of 'premie maart' gebruikt, de betalingen wettelijk gezien op die posten moeten worden verwerkt. Het argument van de ziektekostenverzekeraar dat het probleem is gelegen in het elektronisch betalingsverkeer met de ING Bank is een ICT-gerelateerd probleem en dit had volgens verzoeker allang kunnen worden opgelost.
- Verder merkt verzoeker op dat er volgens de ziektekostenverzekeraar een betalingsregeling loopt waarvan nog vier termijnen van € 75,00 moeten worden voldaan. De betalingsregeling betreft echter een zorgkostenfactuur van oorspronkelijk ± € 360,00 - die inmiddels is teruggebracht tot € 300,00 - en die door verzoeker wordt bestreden. Verzoeker heeft op 16 september 2017 een factuur ontvangen van € 346,40, welke factuur ziet op de premie voor de maand september 2017 (€ 271,40) en de eerste betaaltermijn van de betalingsregeling (€ 75,00). Verzoeker verwacht dat hij bij betaling van genoemd bedrag wederom problemen zal ondervinden, ongeacht de wijze waarop hij de bedragen afzonderlijk van elkaar dan wel in één keer voldoet.
- 4.6. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de kern van zijn geschil ziet op het door de ziektekostenverzekeraar onjuist boeken van door hem - onder vermelding van de betreffende maand - gedane premiebetalingen. De ziektekostenverzekeraar eist echter dat hiervoor het 16-cijferig kenmerk wordt gebruikt. Voorts is tijdens de diverse telefonische contacten door medewerkers van de ziektekostenverzekeraar meerdere malen ten onrechte gesteld dat sprake was van een betalingsachterstand, terwijl de betaaltermijn nog niet was verstreken. De medewerkers houden vast aan een 'belscript' en dit zorgt voor verwarring en onjuiste inlichtingen. Voorts heeft verzoeker tijdens de hoorzitting bevestigd dat voor de - door hem vanwege pragmatische redenen niet langer betwiste - zorgkostenfactuur van € 300,- een betalingsregeling is overeengekomen en dat hij deze regeling goed nakomt. Hij benadrukt dat het probleem met de verwerking van betalingen door de ING Bank al sinds 2009 speelt, hetgeen hem frustrereert. Verder heeft verzoeker opgemerkt dat de schadevergoeding van € 1.600,- met name wordt gevorderd uit frustratie en ziet op de tijd en moeite die de hele gang van zaken heeft gekost, alsmede de stress die het - voornamelijk bij zijn echtgenote - heeft veroorzaakt. Hij accepteert het voorstel van de ziektekostenverzekeraar om een bedrag van € 100,- aan hem over te maken en hem een bos bloemen te sturen. Verzoeker verwacht echter van de ziektekostenverzekeraar dat de communicatie wordt verbeterd, zodat hij direct wordt

doorverbonden met de juiste afdeling en hij ook per e-mail kan reageren. Volgens verzoeker wordt tot op heden namelijk alleen op aangetekend verzonden brieven gereageerd.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Op 20 februari 2016 is de premie voor maart 2016 bij verzoeker in rekening gebracht met het verzoek dit bedrag vóór 12 maart 2016 te voldoen onder vermelding van het door de ziektekostenverzekeraar opgegeven betalingskenmerk. Op 29 februari 2016 heeft verzoeker een bedrag overgemaakt met de omschrijving 'februari 2016'. De betaling is verrekend met de openstaande premie voor februari 2016, en openstaande zorgkosten. Ook heeft verzoeker op genoemde datum, onder vermelding van zijn klantnummer, een bedrag van € 38,80 overgemaakt. Deze betaling is verwerkt met de openstaande premie voor januari 2016. Als gevolg van deze wijze van toerekening van beide betalingen bleef de premie voor maart 2016 open staan. Omdat verzoeker, ook nadat aan hem diverse betalingsherinneringen waren gestuurd, de premie voor maart 2016 niet betaalde, is de aanvullende ziektekostenverzekering van hem en zijn gezinsleden beëindigd.

5.2. Op 31 maart 2016 is met verzoeker een betalingsregeling afgesproken voor een bedrag van € 914,96, welk bedrag verzoeker in zeven termijnen van € 114,35 en één termijn van € 114,51 diende te voldoen vóór de tiende van elke maand. Tevens werd de aanvullende ziektekostenverzekering van hem en zijn gezinsleden hersteld. Omdat de ziektekostenverzekeraar vóór de uiterste betaaldatum de premie voor september 2016 én termijn vijf niet ontving, is de betreffende betalingsregeling op 7 november 2016 beëindigd. Als gevolg hiervan is ook de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker en zijn gezinsleden opnieuw, nu met ingang van 1 december 2016, beëindigd. Bij e-mailbericht van 5 januari 2017 is aan verzoeker medegedeeld dat indien er geen achterstand meer zou bestaan én de incassokosten aan de incassogemachtigde zouden worden voldaan, de aanvullende ziektekostenverzekering per 1 januari 2017 kon worden hersteld. Tijdens de procedure bij de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar voorgesteld de betreffende aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker en de thans door hem bij de ziektekostenverzekeraar verzekerde persoon met terugwerkende kracht tot 1 januari 2017 te herstellen.

5.3. Ten aanzien van het verwerken van de door verzoeker gedane betalingen merkt de ziektekostenverzekeraar op dat de premie voor september 2016 samen met de vijfde termijnbetaling van de toen nog lopende betalingsregeling op 20 augustus 2016 bij verzoeker in rekening is gebracht met het verzoek beide bedragen vóór 12 september 2016 te voldoen onder vermelding van het betalingskenmerk. Op 26 augustus 2016 zijn twee betalingen ontvangen met de omschrijving 'premie polis' respectievelijk het klantnummer van verzoeker. Hieruit heeft de ziektekostenverzekeraar niet opgemaakt dat de betalingen zien op de premie voor september 2016, zodat deze zijn verwerkt op de openstaande premie voor augustus 2016 en de vierde termijnbetaling van de betalingsregeling. Verzoeker voert thans aan dat hij de premie voor september 2016 op 26 september 2016 heeft overgemaakt onder vermelding van het door de ziektekostenverzekeraar opgegeven betalingskenmerk. Dit is niet juist; het kenmerk dat is vermeld bij de betaling op 26 september 2016 ziet namelijk op de premie voor oktober 2016 en de zesde termijnbetaling van de op dat moment nog lopende betalingsregeling. Verwezen wordt naar de door de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker verzonden factuur van 17 september 2016. Op 25 november 2016 ontving de ziektekostenverzekeraar een betaling die, blijkens de omschrijving, was bestemd voor de zevende termijnbetaling van de betalingsregeling. De betalingsregeling was op dat moment echter reeds beëindigd zodat de betaling is verwerkt op openstaande premie, waaronder de premie voor september 2016. Het restant van de openstaande premie voor september 2016, te weten een bedrag van € 104,09, is op 27 december 2016 overgedragen aan de incassogemachtigde. Verzoeker heeft op genoemde datum een betaling gedaan. Uit de omschrijving bleek dat deze betaling zag op de achtste termijnbetaling van de op dat moment reeds beëindigde betalingsregeling. De betaling is om die

reden wederom op openstaande premievorderingen verwerkt, waaronder het restant van de premie voor september 2016. Aan verzoeker is medegedeeld dat hiermee de hoofdsom van de aan de incassogemachtigde overgedragen vordering is voldaan. Voor de resterende schuld ter zake van de rente en kosten is verzoeker verwezen naar de incassogemachtigde.

De ziektekostenverzekeraar heeft lopende de procedure bij de Ombudsman Zorgverzekeringen vastgesteld dat het aanmaantrajec ná 4 november 2016 niet juist is verlopen. Daarom is het dossier bij de incassogemachtigde op 8 maart 2017 gesloten, waarmee de aldaar nog openstaande rente en kosten zijn komen te vervallen.

- 5.4. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat het een bekend probleem is dat bij betalingen die vanaf een bankrekening bij de ING Bank worden verricht geen betalingskenmerk is vermeld. Het kenmerk kan namelijk alleen in de omschrijving worden ingevuld en niet in de daarvoor bestemde vlakken. Voorts blijkt uit de door verzoeker overgelegde betaalbewijzen dat hij bij de meeste betalingen niet het 16-cijferig betalingskenmerk heeft vermeld. Het is voor de ziektekostenverzekeraar niet mogelijk iedere verzekerde actief te wijzen op de manier waarop door hem zonder vermelding van het betalingskenmerk ontvangen betalingen worden verwerkt. Bovendien heeft verzoeker bij een aantal betalingen omschrijvingen gebruikt waaruit niet kon worden herleid waarvoor de desbetreffende betalingen waren bestemd. Hierdoor zijn meerdere betalingen verrekend met op dat moment openstaande premies en andere openstaande kosten. De ziektekostenverzekeraar heeft niet alle betalingen verwerkt op de meest bezwarende post. Omdat dit echter per saldo geen invloed heeft op de openstaande vordering op verzoeker, wordt geen correctie uitgevoerd.
- 5.5. Verzoeker stelt vanaf december 2016 tot heden geen acceptgiro's te hebben ontvangen ter zake van de premiebetalingen. Dit is niet juist. Verwezen wordt naar afschriften van de aan verzoeker op 27 december 2016, en 21 januari 2017, 18 februari 2017 en 18 maart 2017 gezonden acceptgiro's. De stelling van verzoeker dat de hoogte van de premie van januari 2017 afwijkt van die van februari 2017 klopt niet. De ziektekostenverzekeraar merkt verder op dat naar de stand van 24 augustus 2017 een bedrag van € 571,40 open staat. Hiervan heeft € 271,40 betrekking op de premie voor september 2017 waarvan de betaaltermijn op 18 september 2017 verloopt. Voorts zal de komende vier maanden een bedrag van € 75,00 per maand (totaal € 300,-) bij verzoeker in rekening worden gebracht in verband met een lopende betalingsregeling.
- 5.6. Voor het ongemak dat verzoeker heeft ervaren tijdens de behandeling van zijn klacht zijn reeds excuses aangeboden. De ziektekostenverzekeraar is niet bereid een schadevergoeding van € 1.600,- te betalen. In artikel 1.11 van de zorgverzekering is namelijk bepaald dat de ziektekostenverzekeraar geen schade vergoedt die het indirecte gevolg is van zijn handelen of nalaten.
- 5.7. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hij deel uitmaakt van een coöperatie waarbij miljoenen verzekerden zijn aangesloten. Het is ondoenlijk iedere betaling apart te controleren, daarom wordt met betalingskenmerken gewerkt. Op grond van de polisvoorwaarden dient de premie te worden betaald voorafgaand aan de maand waarop deze betrekking heeft. Verzoeker betaalt per acceptgiro, en dus wordt hem gevraagd het 16-cijferig kenmerk te gebruiken bij de betaling. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat het probleem met de ING Bank inmiddels is opgelost. Verzoeker heeft geen gebruik gemaakt van het 16-cijferig kenmerk en niet altijd dezelfde omschrijving gebruikt. De betalingen die zijn gedaan onder vermelding van het polisnummer of het klantnummer zijn verwerkt op de voor verzoeker meest bezwarende post. De ziektekostenverzekeraar merkt verder op dat met verzoeker diverse betalingsregelingen zijn overeengekomen. Deze komt hij na en voorts wordt de premie iedere maand voldaan. De huidige stand van zaken is dat op 21 oktober 2017 een factuur is gestuurd voor de premie voor november 2017 ten bedrage van € 346,40, zodat thans geen sprake is van een achterstand. De ziektekostenverzekeraar vindt het vervelend dat verzoeker van zijn medewerkers steeds te horen krijgt dat wél sprake is van een achterstand en licht toe dat dit komt doordat de vooraf te betalen premie als openstaande post in het systeem staat. De communicatie hierover richting verzekerden zal intern worden besproken. De ziektekostenverzekeraar biedt als compensatie voor het ongemak

aan een bedrag van € 100,- te betalen en verzoeker een bos bloemen te sturen. Hij merkt tot slot op zich niet te herkennen in de stelling van verzoeker dat alleen op aangetekend verstuurd brieven wordt gereageerd.

5.8. 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 (2016-2017) en artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2016-2017) 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. In geschil zijn (i) de (hoogte) van de betalingsachterstand, (ii) de toerekening door de ziektekostenverzekeraar van de door verzoeker gedane betalingen, en (iii) de door verzoeker gevorderde schadevergoeding van € 1.600,-.

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 3.4 van de zorgverzekering (2016-2017) is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.

8.3. Artikel 3.6 van de zorgverzekering (2016) regelt de gevolgen van niet-tijdige betaling en luidt, voor zover hier van belang:

*"3.6.1. Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen niet op tijd betaalt, dan sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, dan kunnen wij de dekking van deze zorgverzekering schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg vanaf de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen. Wij hebben het recht de zorgverzekering te beëindigen als u niet op tijd betaalt. De verzekering wordt in dat geval niet met terugwerkende kracht beëindigd.*

*3.6.2. Wij kunnen incassokosten en wettelijke rente bij u in rekening brengen in geval van niet-tijdig betalen.*

*3.6.3. Als u al bent aangemaand voor het niet op tijd betalen van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen, onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen of kosten, dan hoeven wij u bij het niet op tijd voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen. (...)"*

Artikel 3.6 van de zorgverzekering (2017) luidt, voor zover hier van belang:

*"3.6.1. Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen niet op tijd betaalt, dan sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, dan kunnen wij de dekking van deze zorgverzekering schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg vanaf de dag volgend*

*op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen. Wij hebben het recht de zorgverzekering te beëindigen als u niet op tijd betaalt. De verzekering wordt in dat geval niet met terugwerkende kracht beëindigd.*

*3.6.2. Wij brengen de volgende kosten bij u in rekening in geval van niet-tijdig betalen:*

- wettelijke rente vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de oorspronkelijke factuur;*
- incassokosten vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de aanmaning."*

- 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:*

- a. is geen premie verschuldigd tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin een verzekerde de leeftijd van achttien jaren heeft bereikt;*
- b. is geen premie verschuldigd over de periode, bedoeld in artikel 18d, eerste lid."*

- 8.5. De (wijze van) premiebetaling voor de aanvullende verzekering is geregeld in artikel 3.3 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering (2016-2017). Hierbij is onder meer geregeld dat de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering bij vooruitbetaling is verschuldigd.

- 8.6. Artikel 3.5 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2016) regelt de gevolgen van niet-tijdige betaling en luidt, voor zover hier van belang:

*"3.5.1. Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen bijdragen, het eigen risico en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen niet op tijd betaalt, sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, kunnen wij de dekking van deze aanvullende verzekering(en) schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg.*

*U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg vanaf de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen.*

*Wij hebben het recht de aanvullende verzekering(en) te beëindigen als u niet op tijd betaalt. In geval van beëindiging van de verzekeringsovereenkomst kan de aanvullende verzekering weer aangevraagd worden na betaling van het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten. Als wij u accepteren dan gaat de aanvullende verzekering in per 1 januari van het eerstvolgende kalenderjaar.*

*3.5.2. Wij kunnen incassokosten en wettelijke rente bij u in rekening brengen in geval van niet-tijdig betalen.*

*(...)"*

- 8.7. Artikel 6.5 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2016-2017) luidt, voor zover hier van belang:

*"Wij kunnen de aanvullende verzekering(en) schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:*

- als er sprake is van het niet op tijd betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel 3.5;*

*(...)"*

- 8.8. De toerekening van betalingen is geregeld in artikel 6:43 BW. Genoemd artikel luidt 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.”*

## 9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. De commissie stelt vast dat de beëindiging én het herstel van de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht tot 1 januari 2017, alsmede de overdracht van de vordering aan de incassogemachtigde tussen partijen niet langer in geschil zijn. In geding zijn (i) de (hoogte) van de betalingsachterstand, (ii) de toerekening door de ziektekostenverzekeraar van door verzoeker gedane betalingen, en (iii) de door verzoeker gevorderde schadevergoeding van € 1.600,-. Hiertoe overweegt de commissie als volgt.

### **Hoogte betalingsachterstand**

- 9.2. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting verklaard dat naar de stand van 25 oktober 2017 in zijn geautomatiseerde systeem een bedrag van € 346,40 open staat ter zake van de premie voor november 2017, waarvan de vervaltermijn echter nog niet is verstreken, alsmede één - naar de commissie begrijpt nog niet vervallen - termijn van de lopende betalingsregeling voor de door verzoeker niet langer betwiste vordering van totaal € 300,-. Naar de stand van voornoemde datum is er volgens de ziektekostenverzekeraar geen sprake van een achterstand.

### **Toerekening betalingen**

- 9.3. Verzoeker heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar meerdere van de door hem - met een omschrijving dan wel kenmerk - gedane betalingen, in strijd met artikel 6:43 BW heeft verrekend met andere posten dan waarvoor deze waren bedoeld. De door de ziektekostenverzekeraar toegepaste toerekening strookt volgens hem bovendien niet met het geregelde in artikel 6:43 BW. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat de betalingen niet in alle gevallen behoorlijk waren gespecificeerd en erkend dat de niet-gespecificeerde betalingen niet steeds zijn toegerekend aan de meest bezwarende verbintenis zoals artikel 6:43, tweede lid, BW bepaalt. De commissie constateert in de eerste plaats dat verzoeker geen gebruik maakt van het 16-cijferige kenmerk. Hiermee heeft hij het risico aanvaard dat betalingen mogelijk anders worden toegerekend dan door hem bedoeld. Voor zover verzoeker dit heeft willen ondervangen door de betalingen een - andere - omschrijving mee te geven, stelt de commissie vast dat deze omschrijvingen niet eenduidig zijn. Hieruit volgt dat de ziektekostenverzekeraar de ontvangen betalingen mocht toerekenen. Dat hierbij niet steeds is geboekt op de meest bezwarende verbintenis staat vast. Echter, nu onder 9.2 is vastgesteld dat niet langer sprake is van een betalingsachterstand, kan een correctie van de toerekening achterwege blijven en verbindt de commissie verder geen gevolgen aan deze handelwijze van de ziektekostenverzekeraar.

### **Schadevergoeding**

- 9.4. Verzoeker heeft aanvankelijk aanspraak gemaakt op een schadevergoeding van € 1.600,- voor de frustratie en stress - als gevolg van het niet juist handelen door de ziektekostenverzekeraar - die onderhavige kwestie heeft veroorzaakt en voor de met de behandeling van de zaak gemoeide tijd en kosten. Ter zitting heeft verzoeker evenwel verklaard dit onderdeel van zijn verzoek in te trekken en het door de ziektekostenverzekeraar gedane aanbod, om een bedrag van € 100,- aan hem te betalen en hem een bos bloemen te sturen, te accepteren. De commissie stelt vast dat dit onderdeel van het geschil daarom geen verdere bespreking behoeft.

**Conclusie**

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

9.6. De commissie acht termen aanwezig te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,- dient te vergoeden.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoeker dient te vergoeden.

Zeist, 8 november 2017,

H.A.J. Kroon