



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem  
Zaak : Premie, betalingsachterstand, beëindiging aanvullende ziektekostenverzekering  
Zaaknummer : 201700955  
Zittingsdatum : 7 maart 2018

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2016-2017, artt. 8a, 16 en 19 Zvw, voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016, 2.17 Bzv en 6:43 BW)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. 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 verzekering Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Tevens heeft verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar ten behoeve van zijn echtgenote een zorgverzekering afgesloten. Verder was tot 1 september 2016 ten behoeve van verzoeker en zijn echtgenote bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Vitaal Pakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De 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 brief van 1 april 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een betalingsherinnering gezonden voor totaal € 209,10 ter zake van de premie voor februari 2016, acceptgirokosten en een termijnbedrag in het kader van een afgesproken betalingsregeling.
- 3.2. Bij e-mailbericht van 6 september 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de eerste twintig behandelingen fysiotherapie voor zijn rekening blijven en dat de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 september 2016 is beëindigd in verband met een betalingsachterstand.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde standpunten gevraagd. Bij brief van 19 oktober 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt inzake de beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering te handhaven. Bij e-mailbericht van 22 mei 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld ook de andere standpunten te handhaven. Bij brief van 2 juni 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld niet meer inhoudelijk te reageren.
- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brieven van 4 november 2017 aan verzoeker en zijn echtgenote medegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van twee of meer maanden.
- 3.5. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar zich bereid heeft verklaard de aanvullende ziektekostenverzekering per

de eerste van de maand volgend op die waarin de betalingsachterstand door verzoeker is voldaan coulanchehalve te herstellen.

- 3.6. Bij brief van 6 september 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen (i) dat de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering ten onrechte met ingang van 1 september 2016 heeft beëindigd, (ii) dat geen sprake is van een premieachterstand, en (iii) dat de overdracht van de vordering aan de incassogemachtigde ten onrechte is geschied (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. Verzoeker heeft de commissie en de ziektekostenverzekeraar bij e-mailbericht van 1 november 2017 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt, en bij e-mailbericht van 8 november 2017 aanvullende informatie gezonden.
- 3.9. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brieven van 22 november 2017 en 15 december 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Afschriften hiervan zijn op respectievelijk 28 november 2017 en 20 december 2017 aan verzoeker gestuurd.
- 3.10. Verzoeker heeft bij verschillende e-mailberichten op de onder 3.9 bedoelde reacties van de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Afschriften hiervan zijn ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
- 3.11. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 11 en 19 februari 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.12. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 maart 2018 telefonisch gehoord.
- 3.13. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar verzocht (i) de ter zitting gedane toezegging gestand te doen en de aan de incassogemachtigde overgedragen vorderingen terug te halen, en (ii) een actueel financieel overzicht over te leggen. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij e-mailbericht van 14 maart 2018 de gevraagde informatie gezonden. Een afschrift hiervan is aan verzoeker gestuurd. Bij e-mailberichten van 23, 24 en 25 maart 2018 heeft verzoeker op de reactie van de ziektekostenverzekeraar ontvangen informatie gereageerd. Afschriften van deze reacties zijn ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

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

- 4.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar een betalingsachterstand ter zake van zorgkosten laten ontstaan. Hij heeft verklaard deze achterstand te voldoen, mits de ziektekostenverzekeraar een heldere specificatie verschaft. Dit laatste is tot op heden niet geschied. De ziektekostenverzekeraar heeft diverse (premie)betalingen van verzoeker op andere posten geboekt dan waarvoor deze waren bedoeld, ondanks een duidelijke omschrijving bij de betalingen. Van een premieachterstand is nadrukkelijk geen sprake. In 2015 is verzoeker in een vervelende kwestie met de ziektekostenverzekeraar verwickeld geweest. Ook destijds meende de ziektekostenverzekeraar dat sprake was van een premieachterstand, en werd een incassogemachtigde ingeschakeld. Uiteindelijk heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker toen excuses aangeboden voor het ongemak, en hem een bos bloemen of een cadeaubon aangeboden ter genoegdoening. Verzoeker heeft dit geweigerd.

Thans lijkt eenzelfde kwestie te zijn ontstaan. De ziektekostenverzekeraar heeft inmiddels wederom een incassogemachtigde ingeschakeld. Verzoeker is niet bereid incassokosten en andere bijkomende kosten te voldoen. Hij heeft immers van meet af aan de bereidheid tot betalen getoond, echter op de voorwaarde dat door de ziektekostenverzekeraar duidelijkheid werd verschaft. Verzoeker heeft diverse pogingen gedaan de kwestie op te lossen. De ziektekostenverzekeraar is hierop niet ingegaan.

- 4.2. Verzoeker is het slachtoffer geworden van een misdrijf op 21 december 2015, waarbij letsel is ontstaan aan de rechterhand. Hij is met een ambulance naar het ziekenhuis vervoerd, heeft een operatie ondergaan en is enkele dagen in het ziekenhuis verbleven. De ziektekostenverzekeraar is begin 2016 in kennis gesteld van een en ander. Verzoeker meent dat deze kosten dienen te worden verhaald; de gemeenschap mag daarvoor niet opdraaien. De ziektekostenverzekeraar deelde in eerste instantie mede dat een ongevalsmelding niet hoeft te worden gedaan. Nadien werd de melding evenwel opgepakt door een derde partij. Deze gang van zaken is verwarrend en niet professioneel.
- 4.3. Verzoeker heeft op 26 september 2016 een heupoperatie ondergaan. In het kader van revalidatie heeft fysiotherapie plaatsgevonden. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt een vergoeding van € 1.000,- per jaar voor behandelingen fysiotherapie. Volgens de ziektekostenverzekeraar bestond op 10 oktober 2016 nog een budget van € 207,81 voor fysiotherapie in het kader van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit kwam verzoeker erg laag voor, en hij heeft verzocht om een specificatie van de tot dan toe gedeclareerde behandelingen fysiotherapie. De betreffende specificatie is door hem ontvangen en verzoeker meent dat deze onjuist is. Bovendien heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering beëindigd. Verzoeker kan zich hierin niet vinden. Hij heeft de premie voor deze verzekering voor de maanden september, oktober en november 2016 betaald aan de ziektekostenverzekeraar. Daarna zijn enkele incasso's van de premie voor de zorgverzekering gestorneerd en heeft verzoeker de verschuldigde premie verrekend met de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 4.4. Verzoeker wenst de zorgverzekering bij de ziektekostenverzekeraar op te zeggen en per 1 januari 2018 over te stappen naar een andere zorgverzekeraar. Als dit niet kan worden gerealiseerd, en verzoeker voor het jaar 2018 wordt gedwongen bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd te blijven, weigert verzoeker op voorhand de maandelijkse premie te voldoen. Dit mag er zijns inziens niet toe leiden dat hij alsdan als wanbetaler wordt betiteld. Alle kosten die dientengevolge na 1 januari 2018 ontstaan, behoren voor rekening van de ziektekostenverzekeraar te komen.
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker verklaard dat hij de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde overzichten niet duidelijk vindt. Weliswaar vermelden de overzichten een openstaand bedrag, maar nergens wordt uitgelegd waar dit openstaande bedrag betrekking op heeft. Ook heeft de ziektekostenverzekeraar ten onrechte bedragen in rekening gebracht die nooit in rekening gebracht hadden mogen worden. Als voorbeeld noemt verzoeker de extra kosten voor het gebruik van acceptgirokaarten. Pas als de ziektekostenverzekeraar kan aantonen dat sprake is van een openstaande vordering zal verzoeker deze voldoen. Tot die tijd blijft verzoeker zich op het standpunt stellen dat geen premieachterstand bestaat.
- 4.6. Bij e-mailberichten van 23, 24 en 25 maart 2018 heeft verzoeker zijn eerdere standpunt herhaald.
- 4.7. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar gemachtigd voor het incasseren van de lopende premiebedragen. In 2016 zijn incasso's van de premiebedragen regelmatig niet gelukt. Aan verzoeker is na elke mislukte incasso een acceptgiro gezonden met daarbij het verzoek het verschuldigde bedrag zelf over te maken. Vervolgens ontving de ziektekostenverzekeraar enkele betalingen waarvan de bedragen niet overeenkwamen met de gestorneerde bedragen, en die dus

niet conform de gegevens van de acceptgiro's waren. Het is ook voorgekomen dat verzoeker een premiebedrag overmaakte voordat de automatische incasso werd uitgevoerd (en mislukte). Het bedrag waarvoor de betaling was bedoeld, stond op dat moment niet open, zodat verrekening met andere posten plaatsvond.

Verder heeft de ziektekostenverzekeraar betalingen zonder kenmerk van verzoeker ontvangen. Deze betalingen konden daardoor vaak niet worden gekoppeld aan de vordering waarvoor zij bedoeld waren, zodat deze zijn geboekt op verschillende posten. Verzoeker is meerdere malen verzocht zijn betalingen te doen onder vermelding van een kenmerk, zodat een juiste verwerking kan plaatsvinden.

Aan verzoeker zijn meerdere herinneringen gestuurd voor de betalingsachterstand. Ondanks deze brieven is geen betaling ontvangen. Op 5 augustus 2016 is nogmaals een herinneringsbrief aan verzoeker gezonden, waarin is opgenomen dat de aanvullende ziektekostenverzekering wordt beëindigd in verband met de betalingsachterstand, een en ander conform artikel 3.6 van de voorwaarden (2016). De aanvullende ziektekostenverzekering is hierop met ingang van 1 september 2016 beëindigd.

Verzoeker heeft ook na 1 september 2016 premie betaald voor de aanvullende ziektekostenverzekering. Deze drie betalingen van € 93,98 zijn verwerkt op andere openstaande posten.

Verzoeker heeft erkend dat zorgkosten zijn gemaakt die ten laste komen van het eigen risico, en heeft verklaard deze kosten te willen voldoen, mits een nadere specificatie wordt overgelegd. Declaratie 49650072 betreft een bedrag van € 348,69 dat ziet op het eigen risico van de door verzoeker verzekerde persoon (zijn echtgenote). Declaratie 52028368 betreft een bedrag van € 112,17 dat ziet op fysiotherapie ten behoeve van verzoeker. De ziektekostenverzekeraar heeft deze kosten voorgeschoten aan de zorgaanbieder. Omdat verzoeker ten tijde van de behandelingen geen aanvullende ziektekostenverzekering had, komen deze kosten voor zijn rekening.

5.2. De ongevalsmelding van verzoeker is in eerste instantie niet behandeld, maar nadien toch opgepakt door de afdeling Verhaalszaken van de ziektekostenverzekeraar. Een derde partij is vervolgens ingeschakeld om de zaak namens de ziektekostenverzekeraar te behandelen.

Op grond van artikel 7:962 BW heeft de ziektekostenverzekeraar het recht de betaalde zorgkosten te verhalen op de tegenpartij. De verzekerde heeft op basis van het BW en de voorwaarden van de zorgverzekering de plicht de ziektekostenverzekeraar te informeren als zorgkosten zijn ontstaan die kunnen worden verhaald.

De derde partij heeft namens de ziektekostenverzekeraar een 'vragenformulier letsel' aan verzoeker gezonden, opdat kon worden beoordeeld of (de verzekeraar van) de tegenpartij de zorgkosten diende terug te betalen aan de ziektekostenverzekeraar. Tevens heeft de derde partij aan verzoeker excuses aangeboden voor de ontstane verwarring met betrekking tot de ongevalsmelding. De medewerker van de ziektekostenverzekeraar die in eerste instantie aan verzoeker mededeelde dat geen ongevalsmelding hoefde te worden gedaan, is hierop aangesproken.

5.3. Indien sprake is van een postoperatieve indicatie voor fysiotherapie of oefentherapie na opname in het ziekenhuis, een verpleeginrichting of een instelling voor revalidatie, dan wel na dagbehandeling in een instelling voor revalidatie, bestaat aanspraak op maximaal twaalf maanden fysiotherapie en oefentherapie ten laste van de zorgverzekering. Hierbij geldt wel voor verzekerden van achttien jaar en ouder dat de eerste twintig behandelingen voor eigen rekening komen. Begint de eerste behandeling binnen drie maanden na de operatie, dan gaat de periode van maximaal twaalf maanden in vanaf de datum van de eerste behandeling. Zit er meer dan drie maanden tussen, dan geldt de datum van ontslag uit het ziekenhuis.

De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor fysiotherapie en oefentherapie. De eerste twintig behandelingen bij een indicatie in het kader van de zorgverzekering kunnen ten laste van deze verzekering worden vergoed.

Aan verzoeker is op 10 oktober 2016 medegedeeld dat nog een budget van € 207,81 voor fysiotherapie in het kader van de aanvullende ziektekostenverzekering bestond. Dit bleek na controle niet juist. Verzoeker had gelijk dat minder was verbruikt vanuit het budget. Echter, de aanvullende ziektekostenverzekering was op dat moment reeds beëindigd, zodat de eerste twintig behandelingen fysiotherapie (weer) voor rekening van verzoeker kwamen.

- 5.4. De ziektekostenverzekeraar merkt verder op dat de hoogte van de betalingsachterstand naar de stand van 22 november 2017 € 1.449,84, exclusief rente en incassokosten, bedraagt en verwijst ter onderbouwing hiervan naar een financieel overzicht van die datum. Genoemd bedrag heeft betrekking op € 462,- aan openstaande premievorderingen, € 112,17 aan openstaande zorgkostennota's voor verzoeker, € 871,17 aan openstaande zorgkostennota's voor verzoekers echtgenote en € 4,50 voor het gebruik van acceptgirokaarten. Indien verzoeker het openstaande bedrag van € 1.449,84 vóór 31 december 2017 had voldaan, was de ziektekostenverzekeraar bereid geweest de bij verzoeker in rekening gebrachte incassokosten te laten vervallen en in te stemmen met de door verzoeker gewenste opzegging van de zorgverzekering met ingang van 1 januari 2018. De ziektekostenverzekeraar stelt vast dat verzoeker het openstaande bedrag niet tijdig heeft voldaan, zodat hij en zijn echtgenote ook in 2018 bij de ziektekostenverzekeraar zijn verzekerd tegen ziektekosten.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar herhaald dat hij bij brief van 22 november 2017 de commissie een specificatie heeft gezonden met daarop vermeld welke zorgkosten thans nog openstaan. Aangezien door het ziekenhuis verschillende creditnota's zijn verzonden, heeft de ziektekostenverzekeraar bij e-mailbericht van 7 november 2017 een nadere toelichting gegeven op de bij verzoeker en zijn echtgenote in rekening gebrachte kosten in verband met het eigen risico. Gelet op deze twee specificaties komt de ziektekostenverzekeraar tot de conclusie dat ter zake van het verplicht eigen risico bij verzoeker en zijn echtgenote niet te veel in rekening is gebracht. De ziektekostenverzekeraar is bereid de aan de incassogemachtigde overdragen vorderingen terug te halen, waarmee de bij verzoeker in rekening gebrachte incassokosten komen te vervallen.
- 5.6. Bij e-mailbericht van 14 maart 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie medegedeeld dat hij de dossiers bij zijn incassogemachtigde heeft laten sluiten. Verder bedraagt de betalingsachterstand over de periode van 1 januari 2008 tot en met 31 maart 2018 naar de stand van 13 maart 2018 totaal € 1.449,84.
- 5.7. 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) 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 door de ziektekostenverzekeraar gestelde betalingsachterstand, (ii) de beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 september 2016, en (iii) de overdracht van de vordering aan de incassogemachtigde.
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 van de zorgverzekering (2016-2017) is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd. Voorts is in dit artikel bepaald dat bij niet tijdige betaling, incassokosten en wettelijke rente in rekening kunnen worden gebracht.
- 8.3. Artikel 6.3 van de zorgverzekering regelt de mogelijkheid tot opzegging en luidt, voor zover hier van belang:

### **“6.3 Wanneer kunt u uw verzekering opzeggen?**

(...)

#### **6.3.4. Wanneer kunt u niet opzeggen?**

*Als wij u een aanmaning hebben gestuurd voor een betalingsachterstand in de premie, kunt u uw zorgverzekering niet opzeggen gedurende de tijd dat de verschuldigde premie, rente en incassokosten niet zijn voldaan. U kunt de zorgverzekering wel opzeggen als wij de dekking hebben geschorst of binnen 2 weken uw opzegging bevestigen.”*

- 8.4. In artikel 7 van de zorgverzekering (2016 en 2017) is bepaald dat elke verzekerde van achttien jaar en ouder een verplicht eigen risico per kalenderjaar is verschuldigd.
- 8.5. Artikel 8a Zvw bepaalt dat nadat de zorgverzekeraar de verzekeringnemer heeft aangemaand tot betaling van één of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie, de verzekeringnemer gedurende de tijd dat de verschuldigde premie, rente en incassokosten niet zijn voldaan, de zorgverzekering niet kan opzeggen, tenzij de zorgverzekeraar de zorgverzekering of de dekking daarvan heeft geschorst of opgeschort.  
Artikel 16 Zvw bepaalt dat de verzekeringnemer krachtens de zorgverzekering premie is verschuldigd.  
Het verplicht eigen risico is geregeld in artikel 19 Zvw en verder uitgewerkt in artikel 2.17 Bzv.
- 8.6. De (wijze van) premiebetaling voor de aanvullende ziektekostenverzekering is geregeld in artikel 3.3.1. van de voorwaarden. Hierbij is onder meer geregeld dat de premie bij vooruitbetaling is verschuldigd.
- 8.7. In artikel 3.5. van de aanvullende ziektekostenverzekering is geregeld dat de ziektekostenverzekeraar deze verzekering kan opzeggen, of de dekking van de verzekering kan opschorten, als de verzekeringnemer de premie of overige verschuldigde bedragen niet tijdig heeft betaald.
- 8.8. De toerekening van betalingen is onder meer geregeld in artikel 6:43 BW. Dit 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

### **Beëindiging aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.1. De aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker en zijn echtgenote is beëindigd met ingang van 1 september 2016. Uit de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde stukken, met name het financiële overzicht van 13 maart 2018, blijkt dat verzoeker in de periode vóór 1 september 2016 niet steeds de volledige verschuldigde bedragen bij vooruitbetaling heeft voldaan en dat op 1 september 2016 sprake was van een betalingsachterstand. Onder deze omstandigheden stond het de ziektekostenverzekeraar, gelet op het bepaalde in artikel 3.5. van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering, vrij de betreffende verzekering van verzoeker en zijn partner met ingang van 1 september 2016 te beëindigen.

- 9.2. Het voorgaande betekent dat verzoeker en zijn echtgenote met ingang van 1 september 2016 geen aanspraak meer konden maken op vergoedingen ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Om die reden is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar niet gehouden was de ingediende declaraties ter zake van behandelingen fysiotherapie die hebben plaatsgevonden na 1 september 2016 ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering te vergoeden.


#### **Overdracht incassobureau**

- 9.3. Indien de premie dan wel een ander uit hoofde van de verzekeringsovereenkomst te betalen bedrag niet (tijdig) wordt voldaan, is dit direct en volledig opeisbaar en was de ziektekostenverzekeraar in beginsel gerechtigd – binnen de krachtens de verzekeringsvoorwaarden en de wet- en regelgeving geldende kaders – de ontstane vordering over te dragen aan een incassobureau met als gevolg bijkomende (buitengerechtelijke) kosten. Aangezien de ziektekostenverzekeraar na afloop van de hoorzitting heeft verklaard dat de dossiers bij de incassogemachtigde zijn gesloten, waarmee tevens de bij verzoeker in rekening gebrachte incassokosten zijn vervallen, laat de commissie dit onderdeel van het geschil verder rusten.

#### **Hoogte betalingsachterstand**


- 9.4. Wat betreft de hoogte van de betalingsachterstand geldt dat de ziektekostenverzekeraar na afloop van de hoorzitting een actueel financieel overzicht heeft overgelegd. Uit dit overzicht blijkt dat de betalingsachterstand over de periode van 1 januari 2008 tot en met 31 maart 2018 - naar de stand van 13 maart 2018 - € 1.449,84 bedraagt. Uit de brief van 22 november 2017 valt op te maken dat dit bedrag betrekking heeft op € 462,- aan openstaande premievorderingen, € 112,17 aan openstaande zorgkostennota's voor verzoeker, € 871,17 aan openstaande zorgkostennota's voor verzoekers echtgenote en € 4,50 voor het gebruik van acceptgirokaarten.
- 9.5. Ter zake van de openstaande zorgkosten is door verzoeker in de eerste plaats gesteld dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte de kosten van de door hem genoten behandelingen fysiotherapie in rekening heeft gebracht. Met betrekking hiertoe geldt dat de zorgverzekering dekking biedt voor fysiotherapie vanaf de eenentwintigste behandeling, indien sprake is van een verzekeringsindicatie. Voor de eerste twintig behandelingen fysiotherapie biedt de zorgverzekering geen dekking. De door verzoeker afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering bood daarentegen wél dekking voor de eerste twintig behandelingen fysiotherapie, doch deze verzekering is, zoals de commissie onder 9.1 heeft geoordeeld, met ingang van 1 september 2016 op terechte gronden beëindigd. Of op dat moment de maximumvergoeding al dan niet was verbruikt, kan in het midden blijven. Gezien het voorgaande is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar de eerste twintig behandelingen fysiotherapie, voor zover deze hebben plaatsgevonden na 1 september 2016, terecht niet heeft vergoed. Omdat door de ziektekostenverzekeraar kosten ter zake zijn voorgeschoten, is dit deel van de vordering correct.
- 9.6. Voorts heeft verzoeker gesteld dat de ziektekostenverzekeraar zowel voor hem als zijn echtgenote in 2016 en 2017 te veel eigen risico in rekening heeft gebracht. De ziektekostenverzekeraar heeft een en ander bestreden en aangevoerd dat de door hem gemaakte berekening juist is. Ter onderbouwing van zijn vordering heeft de ziektekostenverzekeraar bij zijn brief van 15 december 2017 een overzicht van de op dat moment openstaande zorgkosten overgelegd. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar bij e-mailbericht van 7 november 2017 een nadere toelichting gegeven op de openstaande bedragen. Aangezien verzoeker het overzicht van 15 december 2017 in combinatie met de bij e-mailbericht van 7 november 2017 gegeven toelichting - met uitzondering van de gedeclareerde behandelingen fysiotherapie - niet gemotiveerd heeft bestreden, komt de commissie op grond van dit overzicht, in combinatie met het financiële overzicht van 13 maart 2018, tot het oordeel dat in de beide jaren ter zake van het verplicht eigen risico niet te veel bij verzoeker in rekening is gebracht.




 9.7. Ten aanzien van de in rekening gebrachte acceptgirokosten, waartegen verzoeker is opgekomen, overweegt de commissie dat verzoeker heeft gekozen voor automatische incasso. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld - en door verzoeker niet bestreden - dat diverse incassopogingen zijn mislukt en dat betalingen zijn gestorneerd. De ziektekostenverzekeraar heeft in verband hiermee acceptgiro's moeten versturen, waarvoor hij extra kosten heeft moeten maken. Deze extra kosten zijn qua hoogte redelijk en in redelijkheid gemaakt en mogen daarom aan verzoeker worden berekend.

 9.8. Daartoe door de commissie in de gelegenheid gesteld, heeft verzoeker niet aannemelijk gemaakt dat de verschuldigde bedragen over genoemde tijdvakken wél steeds tijdig en volledig zijn betaald. Dat meer of andere betalingen zijn gedaan is in de procedure niet gebleken. Door verzoeker is in dit verband nog aangevoerd dat de door de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 15 december 2017 genoemde premiemaanden niet juist zijn, aangezien hij deze maanden onder vermelding van een betalingskenmerk heeft betaald. Uit het door de ziektekostenverzekeraar in het geding gebrachte betalingsoverzicht van 22 november 2017 blijkt hoe de door verzoeker gedane betalingen zijn toegerekend. Gelet op dit overzicht, in combinatie met de door verzoeker overgelegde betalingsbewijzen, is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar niet alle betalingen conform artikel 6:43 BW heeft toegerekend. Het voorgaande leidt ertoe dat de commissie het met verzoeker eens is dat de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde specificatie van 15 december 2017 in dat opzicht niet juist is. Aangezien de commissie hiervoor echter tot de conclusie is gekomen dat verzoeker niet aannemelijk heeft weten te maken dat hij meer of andere betalingen heeft gedaan, brengt de onjuiste specificatie van de openstaande vordering geen verandering in de uiteindelijke hoogte van de betalingsachterstand. Gezien het voorgaande is de commissie van oordeel dat het door de ziektekostenverzekeraar overgelegde overzicht van 13 maart 2018 als uitgangspunt voor de vaststelling van de betalingsachterstand kan worden genomen en dat deze achterstand met betrekking tot de periode van 1 januari 2008 tot en met 31 maart 2018 naar de stand van 13 maart 2018 totaal € 1.449,84 bedraagt. Hetgeen overigens door verzoeker ter verklaring van de ontstane vordering heeft aangevoerd, maakt het voorgaande niet anders. Aangezien vast staat dat verzoeker de openstaande vorderingen niet vóór 1 januari 2018 had voldaan, stond het de ziektekostenverzekeraar, gelet op artikel 6.3.4. van de zorgverzekering, vrij de door verzoeker gewenste opzegging van die verzekering met ingang van die datum te weigeren.

 **Conclusie**

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

 10. Het bindend advies

 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

 Zeist, 18 april 2018,

 A.I.M. van Mierlo