



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden
Zaak : Premie, premieachterstand, aanmelding Zorginstituut, hoogte betalingsachterstand, opzegging zorgverzekering
Zaaknummer : 201701862
Zittingsdatum : 6 februari 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2012-2015, artt. 8a, 19 en paragraaf 3.3 Zvw, 2.17 Bzv)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,

tegen

FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Verzoekster was tot en met 31 december 2015 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (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 en zijn incassogemachtigde hebben verzoekster bij brieven van verschillende data medegedeeld dat sprake is van een betalingsachterstand.

3.2. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormeld standpunt gevraagd. Bij brieven en e-mailberichten van verschillende data heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander inhoudelijk standpunt van de zorgverzekeraar.

3.4. Bij brief van 8 oktober 2018 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar (i) haar zorgverzekering ten onrechte niet met ingang van 1 januari 2015 heeft beëindigd, (ii) gehouden is haar met terugwerkende kracht tot 1 juni 2015 af te melden bij het toenmalige Zorginstituut (hierna: het Zorginstituut), thans het CAK geheten, en (iii) te bepalen dat geen sprake is van een betalingsachterstand (hierna: het verzoek).

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

3.6. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 6 december 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 december 2018 aan verzoekster gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 22 december 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 31 januari 2019 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.

- 3.8. Op grond van artikel 114, derde lid, Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11 Zvw, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.
- 3.9. Verzoekster is op 6 februari 2019 in persoon gehoord. De zorgverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster stelt dat de zorgverzekeraar zich ten onrechte op het standpunt blijft stellen dat een betalingsachterstand bestaat. Alle verschuldigde bedragen zijn door haar namelijk voldaan. Dat de zorgverzekeraar dan toch zijn stelling handhaaft dat sprake is van een openstaande vordering komt onder andere doordat de zorgverzekeraar in de jaren 2012, 2013, 2014 en 2015 te veel in rekening heeft gebracht ter zake van het verplicht eigen risico. Zo diende verzoekster ter zake van het verplicht eigen risico 2013 een bedrag van totaal € 508,15 te voldoen. Omdat het verplicht eigen risico in 2013 € 350,-- bedroeg, betekent dit dat verzoekster voor dat jaar al € 158,15 te veel heeft betaald. Daarnaast heeft de zorgverzekeraar bedragen verrekend met het eigen risico terwijl deze kosten dienen te worden vergoed ten laste van de zorgverzekering.
- 4.2. Verzoekster is met ingang van 1 juni 2015 door de zorgverzekeraar aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut. Volgens de zorgverzekeraar omdat er op dat moment sprake was van een premieachterstand van zes of meer maanden. Dit is echter niet juist. In de eerste plaats omdat verzoekster haar zorgverzekering met ingang van 1 januari 2015 heeft opgezegd. Omdat de zorgverzekeraar zich wederom ten onrechte op het standpunt stelde dat sprake was van een betalingsachterstand, heeft hij de door verzoekster gedane opzegging tegengehouden. Voorts heeft verzoekster op 16 april 2015 de verschuldigde premies voor de maanden januari tot en met april 2015 voldaan. De premie voor mei 2015 is weliswaar pas op 9 juli 2015 betaald, maar het openstaan van enkel deze maand rechtvaardigt niet de aanmelding als wanbetaler.
- 4.3. Als er niet te veel eigen risico in rekening was gebracht, geen onterechte aanmelding als wanbetaler had plaatsgevonden, en alle betalingen correct waren verwerkt, was naar de stand van 31 december 2014 al geen sprake (meer) van een betalingsachterstand. Dat de zorgverzekeraar zich toch op het standpunt blijft stellen dat hiervan toen sprake was, is verwerpelijk. Wat het nog erger maakt, is dat verzoekster van de zorgverzekeraar ook een keer een "valse" aanmaning heeft gekregen. Hierdoor heeft verzoekster nog meer het gevoel gekregen dat de door de zorgverzekeraar genoemde openstaande bedragen niet juist zijn en dat deze al zijn voldaan.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij pas in 2018 op de hoogte is gebracht dat het hoge bedrag voor de eigen risico 2013 wordt verklaard doordat ook een deel van het eigen risico 2012 erbij was opgeteld. Daarnaast heeft verzoekster drie verschillende financiële overzichten ontvangen die allemaal niet juist zijn. De voorbeelden waarom de overzichten niet juist zijn, zijn ontelbaar.
- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. Verzoekster betaalt al enige tijd de door haar verschuldigde bedragen niet of niet volledig. Omdat met ingang van 1 juni 2015 sprake was van een premieachterstand van meer dan zes maanden voor de zorgverzekering, heeft de zorgverzekeraar verzoekster met ingang van die datum aangemeld als wanbetaler bij het toenmalige Zorginstituut. Op 1 juni 2015 bestond een premieachterstand van totaal € 625,51. Dit bedrag heeft betrekking op de (deels) openstaande premies voor de maanden augustus 2014 (€ 68,71), november 2014 (€ 88,50), december 2014 (€ 88,50), januari 2015 (€ 11,80), en februari 2015 tot en met mei 2015 (4 x € 92,-). Nadat verzoekster in augustus 2015 genoemde vorderingen aan de incassogemachtigde had voldaan, had zij met ingang van 1 september 2015 moeten worden afgemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut. Doordat de betaling van verzoekster aan de incassogemachtigde echter pas in september 2015 bij de zorgverzekeraar bekend werd, heeft de zorgverzekeraar haar aanvankelijk met ingang van 1 oktober afgemeld als wanbetaler. Later is dit gecorrigeerd en heeft de zorgverzekeraar de nominale premie voor de maand september 2015 alsnog bij verzoekster in rekening gebracht.
- 5.2. Verzoekster stelt dat er bij haar in de jaren 2012, 2013, 2014 en 2015 te veel eigen risico in rekening is gebracht. Dit is niet juist. Ter onderbouwing heeft de zorgverzekeraar bij zijn brief van 6 augustus 2018 overzichten overgelegd waaruit blijkt dat in alle genoemde jaren niet te veel is berekend. Mogelijk is de onduidelijkheid bij verzoekster veroorzaakt doordat de zorgverzekeraar lange tijd een bedrag van € 158,13 heeft aangemerkt als eigen risico 2013 terwijl dit eigen risico 2012 had moeten zijn.
- 5.3. De betalingsachterstand over de periode van 1 januari 2014 tot en met 31 december 2015 bedraagt - naar de stand van 6 december 2018 - € 368,-, exclusief incassokosten en rente. Genoemd bedrag heeft betrekking op de openstaande premies voor de maanden september 2015 tot en met december 2015. Ondanks het feit dat per ultimo 2015 nog sprake was van een betalingsachterstand heeft de zorgverzekeraar, anders dan in het jaar daarvoor, ingestemd met de door verzoekster gedane opzegging tegen 1 januari van het volgende jaar.
- 5.4. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt herhaald. Daarnaast is door de zorgverzekeraar aangeboden dat voor verzoekster de mogelijkheid bestaat om uitleg te krijgen in een persoonlijk gesprek.
- 5.5. 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 18 van de 'Algemene Voorwaarden' 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. Vast staat dat partijen niet met elkaar van mening verschillen over het bestaan tussen hen van een verzekeringsrelatie en het verschuldigd zijn van de premie voor de afgesloten verzekering. Partijen hebben de ontvangst en de inhoud van het tweedemaandsaanbod en de vierdemaandswaarschuwing als bedoeld in de artikelen 18a en 18b Zvw niet betwist. In geschil zijn (i) de opzegging van de zorgverzekering met ingang van 1 januari 2015, (ii) de aanmelding van verzoekster als wanbetaler bij het Zorginstituut met ingang van 1 juni 2015, en (iii) de door de zorgverzekeraar genoemde betalingsachterstand.

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 8 van de zorgverzekering is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd. Voorts is in bedoeld artikel bepaald dat indien de verzekeringnemer is aangemaand tot betaling van een of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie, hij de zorgverzekering niet kan opzeggen gedurende de tijd dat de verschuldigde premie en eventuele incassokosten niet zijn voldaan, tenzij de dekking van de zorgverzekering is geschorst. Het voorgaande geldt niet indien de zorgverzekeraar aan de verzekeringnemer te kennen heeft gegeven de opzegging te bevestigen.

8.3. In artikel 6 van de zorgverzekering is bepaald dat elke verzekerde van achttien jaar en ouder een verplicht eigen risico per kalenderjaar is verschuldigd.

8.4. Artikel 13.2 van de 'Algemene Voorwaarden' van de zorgverzekering (2014) bepaalt wanneer de verzekerde de verzekering kan opzeggen en luidt, voor zover hier van belang:

"13.2 Uw basisverzekering beëindigen

U (verzekeringnemer) kunt op de volgende manieren uw basisverzekering beëindigen:

a) U (verzekeringnemer) kunt een e-mail of brief sturen waarin u (verzekeringnemer) uw basisverzekering opzegt. Deze opzegging moet uiterlijk 31 december bij ons binnen zijn. De basisverzekering eindigt dan op 1 januari van het daaropvolgende jaar. Heeft u (verzekeringnemer) uw basisverzekering bij ons opgezegd? Dan is deze opzegging onherroepelijk. (...)"

8.5. Op grond van artikel 8a Zvw (inwerkingtreding op december 2007) is opzegging van de zorgverzekering in beginsel niet mogelijk indien sprake is van een betalingsachterstand voor de zorgverzekering.

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. Het verplicht eigen risico is geregeld in artikel 19 Zvw en verder uitgewerkt in artikel 2.17 Bzv.

8.8. 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 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.

- 8.9. Voor zover hier van belang bepaalde artikel 18c Zvw op het moment van de aanmelding van verzoekster als wanbetaler 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."*

- 8.10. Artikel 18d Zvw regelt de verschuldigdheid van de bestuursrechtelijke premie aan het Zorginstituut. Dit artikel bepaalde ten tijde van het geschil het volgende:

"Artikel 18d

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

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

a. *de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden zijn of zullen zijn afgelost of tenietgaan, (...)"*

9. Beoordeling van het geschil

Opzegging met ingang van 1 januari 2015

- 9.1. Verzoekster stelt dat zij de zorgverzekering met ingang van 1 januari 2015 heeft opgezegd, maar dat de zorgverzekeraar deze opzegging ten onrechte heeft geweigerd omdat sprake was van een betalingsachterstand. Dit laatste is echter niet juist. Met betrekking hiertoe geldt dat artikel 8a Zvw bepaalt dat opzegging van de zorgverzekering in beginsel niet mogelijk is als een betalingsachterstand in de premie voor de zorgverzekering bestaat. Uit de door de zorgverzekeraar overgelegde stukken, waaronder een financieel overzicht, blijkt dat verzoekster in de periode vóór 1 januari 2015 de premies voor de maanden augustus 2014, november 2014 en december 2014 niet (volledig) had betaald. Door verzoekster is niet aannemelijk gemaakt dat de premies voor deze maanden wel tijdig waren voldaan. Het stond de zorgverzekeraar – gelet op artikel 9.4 van de zorgverzekering en artikel 8a Zvw – daarom vrij het beëindigingsverzoek af te wijzen. Verzoekster is daarom gedurende het jaar 2015 bij de zorgverzekeraar verzekerd gebleven.

Verzoekster heeft de zorgverzekering met ingang van 1 januari 2016 opnieuw opgezegd. Ondanks het feit dat ook per ultimo 2015 volgens de zorgverzekeraar sprake was van een betalingsachterstand, heeft deze ervoor heeft gekozen ermee in te stemmen dat de zorgverzekering van verzoekster met ingang van 1 januari 2016 werd beëindigd. Dat hij aldus heeft besloten, betekent echter niet dat de zorgverzekeraar enkel op die grond gehouden was (tevens) in te stemmen met beëindiging van de zorgverzekering met ingang van 1 januari 2015.

Aanmelding Zorginstituut

- 9.2. De zorgverzekeraar heeft verzoekster met ingang van 1 juni 2015 aangemeld als wanbetaler bij het toenmalige Zorginstituut, nu het CAK. Beoordeeld dient te worden of op deze datum voor de zorgverzekering van verzoekster een premieachterstand bestond van zes of meer maanden in welk geval de aanmelding bij het Zorginstituut terecht heeft plaatsgevonden.
- 9.3. Door de zorgverzekeraar is in de procedure een financieel overzicht overgelegd waaruit blijkt dat over de periode van 1 januari 2014 tot en met 31 december 2015 - naar de stand van 6 december 2018 - een bedrag openstond van € 368,-, exclusief opgekomen incassokosten en rente. Uit de brief van de zorgverzekeraar van 1 juli 2016 blijkt dat ten tijde van de aanmelding van verzoekster als wanbetaler op 1 juni 2015 sprake was van een premieachterstand van € 625,51. Dit bedrag had volgens de zorgverzekeraar betrekking op de (deels) openstaande premies voor de maanden augustus 2014 (€ 68,71), november 2014 (€ 88,50), december 2014 (€ 88,50), januari 2015 (€ 11,80), en februari 2015 tot en met mei 2015 (4 x € 92,-). Dat verzoekster deze maandpremies vóór 1 juni 2015 had voldaan of dat door verzoekster meer of andere betalingen zijn gedaan dan die welke uit het financieel overzicht van 6 december 2018 blijken, is door haar in de procedure niet aannemelijk gemaakt. Per saldo bestond op 1 juni 2015 derhalve een premieachterstand voor de zorgverzekering van ten minste zes maanden, zoals vereist in artikel 18c Zvw. Hieruit volgt dat de zorgverzekeraar verzoekster terecht met ingang van die datum heeft aangemeld bij het Zorginstituut.
- 9.4. Artikel 18d, tweede lid, onder a, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar een verzekerde dient af te melden indien alle uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden zijn voldaan. Uit de brief van de zorgverzekeraar van 1 juli 2016 blijkt dat deze verzoekster aanvankelijk met ingang van 1 oktober 2015 heeft afgemeld. Omdat verzoekster echter al in augustus 2015 de volledige vordering had voldaan, heeft de zorgverzekeraar een en ander gecorrigeerd en haar alsnog met ingang van 1 september 2015 afgemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut. De commissie stelt vast dat de zorgverzekeraar - gelet op het bepaalde in artikel 18d, tweede lid, onder a, Zvw - correct heeft gehandeld door de datum van afmelding te corrigeren. Deze correctie leidt tevens ertoe dat verzoekster voor de maand september 2015 geen bestuursrechtelijke premie meer is verschuldigd aan het Zorginstituut, maar wel de reguliere nominale premie aan de zorgverzekeraar. Uit het door deze overgelegde financieel overzicht van 6 december 2018 blijkt dat de zorgverzekeraar de premie voor de maand september 2015 bij verzoekster in rekening heeft gebracht. Omdat verzoekster het voorgaande niet gemotiveerd heeft bestreden en de zorgverzekeraar heeft gehandeld conform de geldende wet- en regelgeving laat de commissie dit onderdeel verder rusten.

Hoogte betalingsachterstand

- 9.5. Waar het de hoogte van de betalingsachterstand betreft, is door de zorgverzekeraar voornoemd financieel overzicht naar de stand van 6 december 2018 in het geding gebracht. Uit dit overzicht blijkt dat door verzoekster met betrekking tot de periode van 1 januari 2014 tot en met 31 december 2015 niet alle verschuldigde bedragen zijn betaald en dat per saldo nog een bedrag openstaat van € 368,-, exclusief incassokosten en rente. Genoemd bedrag heeft betrekking op de nog openstaande premies voor de maanden september 2015 tot en met december 2015 (4 x € 92,-).
- 9.6. Door verzoekster is aangevoerd dat dit openstaande bedrag niet juist is berekend, omdat de zorgverzekeraar in 2012, 2013, 2014 en 2015 te veel eigen risico in rekening heeft gebracht. De zorgverzekeraar heeft deze stelling bestreden en aangevoerd dat de door hem gemaakte

berekening wel juist is. Ter onderbouwing hiervan heeft de zorgverzekeraar bij brieven van 6 en 10 augustus 2018 overzichten overgelegd van de zorgkosten die in 2012, 2013, 2014 en 2015 zijn verrekend met het verplicht eigen risico van die jaren. In de brief van 10 augustus 2018 heeft de zorgverzekeraar toegelicht dat een bedrag van € 158,15 lange tijd per abuis is vermeld als eigen risico 2013 terwijl dit eigen risico 2012 had moeten zijn. De commissie merkt op dat dit strookt met de stelling van verzoekster dat genoemd bedrag in 2013 te veel is berekend. Zij heeft de uitleg van de zorgverzekeraar verder aldus bestreden dat zij stelt dat de kosten moeten worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Met betrekking hiertoe geldt dat kosten die worden vergoed ten laste van de zorgverzekering allereerst worden verrekend met het eventueel nog openstaande eigen risico, voor zover zij hiervan althans niet expliciet zijn uitgesloten. Aangezien verzoekster de uitleg van de zorgverzekeraar anderszins niet heeft bestreden, komt de commissie op grond van de door de zorgverzekeraar gegeven uitleg tot het oordeel dat - na correctie - in 2012, 2013, 2014 en 2015 ter zake van het verplicht eigen risico niet te veel bij verzoekster in rekening is gebracht.

- 9.7. Daartoe door de commissie in de gelegenheid gesteld, heeft verzoekster niet aannemelijk gemaakt dat de door de zorgverzekeraar genoemde premie voor de maanden september 2015 tot en met december 2015 wél steeds tijdig en volledig is betaald. Daarnaast is het de commissie niet gebleken dat door verzoekster meer of andere betalingen zijn gedaan die niet op het financieel overzicht van 6 december 2018 voorkomen. De commissie is dan ook van oordeel dat het door de zorgverzekeraar overgelegde overzicht van 6 december 2018 als uitgangspunt voor de vaststelling van de betalingsachterstand kan worden genomen en dat deze achterstand met betrekking tot de periode van 1 januari 2014 tot en met 31 december 2018 naar de stand van 6 december 2018 € 368,-, exclusief incassokosten en rente, bedraagt.

Conclusie

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 20 februari 2019,

H.A.J. Kroon