



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem  
Zaak : Premie, premieachterstand, aanmelding CAK, beëindiging aanvullende  
ziektekostenverzekering, overdracht incassogemachtigde, hoogte betalingsachterstand,  
faillissement  
Zaaknummer : 201701444  
Zittingsdatum : 7 februari en 31 oktober 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014-2017, paragraaf 3.3 Zvw, voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014-2017)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Verzoeker was tot en met 31 december 2013 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de VGZ Zorgverzekering, en vanaf 1 januari 2014 tot heden op basis van de verzekering VGZ 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 partner een zorgverzekering afgesloten. Verder was tot 1 maart 2017 ten behoeve van verzoeker en zijn partner bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Vitaal Pakket 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 en zijn partner met ingang van 1 augustus 2017 aangemeld als wanbetaler bij het CAK vanwege een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van zes of meer maanden.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormeld standpunt gevraagd. Bij e-mailberichten van verschillende data heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.3. Bij klachtenformulier van 6 augustus 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is (i) de betalingsachterstand correct te berekenen, (ii) terug te komen op de beslissing tot overdracht van de ontstane vordering aan het incassobureau, (iii) de met ingang van 1 maart 2017 vanwege een betalingsachterstand beëindigde aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht tot die datum te herstellen, alsmede (iv) te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar hem en zijn partner ten onrechte met ingang van 1 augustus 2017 heeft aangemeld als wanbetaler bij het CAK (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 7 december 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 december 2017 aan verzoeker gezonden.
- 3.6. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 8 januari 2018 gereageerd op het onder 3.5 bedoelde standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 27 december 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 8 januari 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoeker is op 7 februari 2018 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen.
- 3.9. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie partijen, op basis van de informatie die ter zitting naar voren is gebracht, in overweging gegeven met elkaar in overleg te treden. Bij brieven van 20 april 2018 respectievelijk 3 mei 2018 hebben de ziektekostenverzekeraar en verzoeker de commissie bericht dat het gevoerde overleg niet heeft geleid tot een oplossing van het geschil. De commissie heeft afschriften van genoemde brieven aan de respectieve wederpartijen gezonden waarbij deze in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 18 mei 2018 van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een afschrift van deze reactie is op 23 mei 2018 aan verzoeker gezonden waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Bij brief van 26 juni 2018 heeft verzoeker gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.10. Naar aanleiding van een wijziging in de samenstelling van de commissie zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich nogmaals te doen horen. Verzoeker heeft op 8 september 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 26 september 2018 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.11. Verzoeker is op 31 oktober 2018 in persoon gehoord.
- 3.12. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar verzocht een specificatie te geven van de op het financieel overzicht van 16 maart 2018 vermelde zorgkosten. Bij brief van 20 november 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie de betreffende specificatie doen toekomen. Een afschrift hiervan is op 22 november 2018 aan verzoeker gestuurd waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Binnen de gestelde termijn heeft de commissie van verzoeker geen reactie mogen ontvangen.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Op 16 september 2016 heeft de rechtbank verzoeker failliet verklaard en een curator benoemd. Met de curator heeft verzoeker veel onenigheid gehad. Zo heeft de curator de door verzoeker aan de ziektekostenverzekeraar gedane betalingen laten terugboeken en is een te laag VTLB (Vrij Te Laten Bedrag) berekend waardoor het voor verzoeker niet mogelijk was alle verschuldigde premies tijdig te voldoen. De handelingen van de curator hebben onder meer ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar een groot aantal betalingen heeft teruggestort of verrekend waardoor verzoeker het overzicht is kwijtgeraakt.
- 4.2. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht duidelijkheid te verschaffen over het nog openstaande bedrag. In plaats van hierover duidelijkheid te geven, heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker en zijn partner beëindigd, is de openstaande vordering overgedragen aan een incassogemachtigde, en zijn verzoeker en zijn partner met ingang van 1 augustus 2017 aangemeld als wanbetaler bij het CAK. Indien de ziektekostenverzekeraar een

duidelijk financieel overzicht overlegt en verzoeker weet welke bedragen nog openstaan, wil hij deze zo snel mogelijk voldoen.

4.3. Tijdens de eerste hoorzitting is door verzoeker toegelicht dat hij in september 2016 persoonlijk failliet is verklaard. Nadien heeft de curator de administratie van hem overgenomen en is verzoeker het overzicht volledig kwijtgeraakt. Toen het faillissement halverwege 2017 eindigde, ontdekte hij dat nog sprake was van een behoorlijke betalingsachterstand. Ter delging van deze vordering heeft verzoeker op 12 november 2017 en 27 december 2017 € 1.000,- betaald. Volgens een medewerkster van de ziektekostenverzekeraar zouden deze betalingen worden verrekend met de nog openstaande premies. Kennelijk is dit niet gebeurd. Ook werden de door verzoeker ingediende declaraties niet meer uitbetaald en tot overmaat van ramp volgende een aanmelding als wanbetaler bij het CAK.

4.4. In reactie op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 18 mei 2018 heeft verzoeker gesteld dat hij nog geen bericht heeft gekregen van het CAK dat de afmelding als wanbetaler van hem en zijn partner met terugwerkende kracht tot 1 augustus 2017 is gerealiseerd. Daar komt bij dat het voor verzoeker nog steeds niet duidelijk is welk bedrag hij is verschuldigd. Het door de ziektekostenverzekeraar overgelegde overzicht met betrekking tot de gedeclareerde zorgkosten biedt geen helderheid over de wijze van afwikkeling.

4.5. Tijdens de tweede hoorzitting is door verzoeker aangevoerd dat hem nog steeds niet duidelijk is wat de hoogte van de openstaande schuld is. Met name ontbreekt een duidelijk overzicht van de zorgkosten die voor eigen rekening blijven. Het overzicht van 16 maart 2018 is op dit punt niet duidelijk en voor hem daarom niet op juistheid te controleren.

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

#### 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Op 16 september 2016 is verzoeker in staat van faillissement gesteld, waarna de ziektekostenverzekeraar de op dat moment openstaande vordering van € 962,27 ter verificatie heeft ingediend bij de curator. In het kader van de afwikkeling van het faillissement heeft de ziektekostenverzekeraar op 13 november 2017 een bedrag van € 1.000,- ontvangen, waarmee de vorderingen die dateren van vóór 16 september 2016 zijn voldaan.

5.2. Na het uitspreken van het faillissement is opnieuw een betalingsachterstand ontstaan met als gevolg dat de openstaande vordering is overgedragen aan een incassogemachtigde en de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker en zijn partner met ingang van 1 maart 2017 is beëindigd. Daarnaast zijn verzoeker en zijn partner met ingang van 1 augustus 2017 aangemeld als wanbetaler bij het CAK. Ten tijde van deze aanmelding als wanbetaler waren onder andere de premies voor de maanden november 2016 tot en met juni 2017 niet (geheel) voldaan.

5.3. Tijdens de eerste hoorzitting is door de ziektekostenverzekeraar erkend dat hij de op 12 november 2017 en 27 december 2017 door verzoeker gedane betalingen van € 1.000,- heeft ontvangen. Omdat het faillissement van verzoeker niet is geëindigd met een finale kwijting is een deel van de betalingen toegerekend aan openstaande vorderingen uit 2009.

5.4. In vervolg op de behandeling ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie bericht dat hij heeft besloten verzoeker en zijn partner met terugwerkende kracht tot 1 augustus 2017 af te melden als wanbetaler bij het CAK. Daarnaast zullen de aan de incassogemachtigde overgedragen vorderingen worden teruggehaald. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 18 mei 2018 toegelicht om welke redenen de door verzoeker ingediende declaraties niet (volledig) zijn vergoed. Tot slot bedraagt de betalingsachterstand over de periode van 1 januari 2014 tot en met 31 maart 2018 naar de stand van 16 maart 2018 totaal € 818,18. Genoemd bedrag is exclusief rente en incassokosten en de door verzoeker verschuldigde nominale premie vanaf 1 augustus 2017.

5.5. Bij brief van 20 november 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar een specificatie overgelegd van de op het financieel overzicht van 16 maart 2018 vermelde zorgkosten. Daarbij merkt de ziektekostenverzekeraar op dat hij bij het maken van dit overzicht gebonden is aan de privacywetgeving. Om die reden is de specificatie van de zorgkosten die betrekking hebben op de partner van verzoeker minder uitgebreid dan die welke verzoeker betreffen.

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 10 van de zorgverzekering en artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover 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 de verzekeringsrelatie, het verschuldigd zijn van de premie voor de afgesloten verzekeringen en de hoogte van de periodiek verschuldigde premie voor deze verzekeringen. Partijen hebben de ontvangst en de inhoud van het tweedemaandsaanbod en de vierdemaandswaarschuwing als bedoeld in de artikelen 18a en 18b Zvw in de procedure niet betwist.

In geschil zijn (i) de beslissing tot beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker en zijn partner met ingang van 1 maart 2017, (ii) de beslissing tot overdracht van de vordering aan het incassobureau, (iii) het bestaan en de hoogte van de betalingsachterstand, en (iv) de aanmelding van verzoeker en zijn partner als wanbetaler bij het CAK met ingang van 1 augustus 2017.

## 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 is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.

8.3. Artikel 3.6 van de zorgverzekering bepaalt dat bij niet-tijdige betaling incassokosten en wettelijke rente in rekening kunnen worden gebracht.

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. Artikel 3 van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt dat de premie vooruit dient te worden betaald. Voorts is in dit artikel bepaald dat bij niet-tijdige betaling van de premie, wettelijke bijdragen, eigen bijdragen en onterecht uitbetaalde vergoedingen een aanmaning wordt gestuurd, dat het

mogelijk is dat de aanvullende ziektekostenverzekering wordt beëindigd, en dat incassokosten en wettelijke rente in rekening kunnen worden gebracht.

8.6. 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.

8.7. Voor zover hier van belang, bepaalt artikel 18c Zvw 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 CAK, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, aan de verzekerde.*

2. *De melding geschiedt niet:*

a. *in geval van tijdsige 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 tijdsige 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."*

9. Beoordeling van het geschil

**Beëindiging aanvullende ziektekostenverzekering**

9.1. De aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker en zijn partner is beëindigd met ingang van 1 maart 2017. Uit de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde stukken, met name het financiële overzicht van 5 december 2017, blijkt dat verzoeker in de periode tussen 16 september 2016 en 1 maart 2017 niet steeds de volledige premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering bij vooruitbetaling heeft voldaan en dat op 1 maart 2017 sprake was van een betalingsachterstand. Onder deze omstandigheden stond het de ziektekostenverzekeraar, gelet op het bepaalde in artikel 3 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering, vrij de betreffende verzekering van verzoeker en zijn partner met ingang van 1 maart 2017 te beëindigen.

### Overdracht incassobureau

- 9.2. Bij brief van 20 april 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij de aan zijn incassogemachtigde overgedragen vorderingen terughaalt. Gelet hierop kan in het midden blijven of de ziektekostenverzekeraar destijds gerechtigd was de betreffende vorderingen over te dragen en laat de commissie dit onderdeel van het verzoek verder rusten.

### Aanmelding CAK

- 9.3. Aangezien de ziektekostenverzekeraar na afloop van de hoorzitting aan de commissie heeft medegedeeld dat hij verzoeker en zijn partner met terugwerkende kracht tot 1 augustus 2017 zal afmelden, kan in het midden blijven of de aanmelding indertijd terecht heeft plaatsgevonden. Wat betreft de (financiële) gevolgen van deze afmelding met terugwerkende kracht geldt dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de voor verzoeker met deze aanmelding 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 voor verzoeker is geheven en geïnd, een en ander vanaf 1 augustus 2017, en uitsluitend voor zover door het CAK (in het kader van de eindafrekening) nog geen restitutie van de geïnde bestuursrechtelijke premie heeft plaatsgevonden of zal plaatsvinden. Daartegenover is verzoeker gehouden alsnog de nominale premie voor de zorgverzekering aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen 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 een bestuursrechtelijke premie verschuldigd is.


### Hoogte betalingsachterstand

- 9.4. De ziektekostenverzekeraar heeft een financieel overzicht overgelegd – naar de stand van 16 maart 2018 – waaruit blijkt dat over de periode van 1 januari 2014 tot en met 31 maart 2018 nog een bedrag openstaat van € 818,18, exclusief opgekomen rente en incassokosten, en de onder 9.3 bedoelde nominale premie vanaf 1 augustus 2017. Verzoeker heeft de hoogte van dit bedrag bestreden en in dat verband aangevoerd dat hij op 12 november 2017 en 27 december 2017 bedragen van € 1.000,- heeft betaald. Deze betalingen zijn volgens verzoeker door de ziektekostenverzekeraar ten onrechte toegerekend aan vorderingen van vóór het faillissement. Met betrekking tot deze stelling overweegt de commissie als volgt.
- 9.5. Vast staat dat verzoeker op 16 september 2016 failliet is verklaard. Door zijn faillietverklaring heeft verzoeker van rechtswege het beheer en de beschikking over zijn vermogen verloren. Feitelijk was hij derhalve na genoemde datum niet meer in staat de openstaande vorderingen te voldoen, terwijl het anderzijds vanaf dat moment voor de ziektekostenverzekeraar niet meer mogelijk was rechtsmaatregelen tegen verzoeker te treffen teneinde hem ertoe te bewegen de betalingsachterstand in te lopen. Geen enkele schuldeiser kan zich tijdens een faillissement rechtstreeks wenden tot de schuldenaar. In plaats daarvan moeten schuldeisers, zoals de ziektekostenverzekeraar, hun vordering indienen bij de curator en wordt een lijst van voorlopig erkende schuldeisers opgesteld. Wanneer de curator, zoals in de onderhavige situatie het geval is, tot de conclusie komt dat deboedelschuldeisers geheel, de preferente schuldeisers gedeeltelijk, en de concurrente schuldeisers niet kunnen worden voldaan, wordt een faillissement vereenvoudigd afgewikkeld (artikel 137 Fw). De curator verzoekt in een dergelijke situatie aan de rechtbank het faillissement voor te dragen voor vereenvoudigde afwikkeling. Er vindt dan geen verificatie van de concurrente vorderingen plaats; een verificatievergadering blijft achterwege. De curator stelt vervolgens een uitdelingslijst op en stuurt deze ter goedkeuring aan de rechtbank. Als de rechtbank de slotuitdelingslijst heeft goedgekeurd informeert de curator de crediteuren over de deponering van de slotuitdelingslijst en de mogelijkheid tot inzage hiervan. De slotuitdelingslijst ligt tien dagen

ter inzage bij de rechtbank. Tegen de slotuitdelingslijst kan verzet worden aangetekend. Nadat de slotuitdelingslijst tien dagen ter inzage bij de rechtbank heeft gelegen, is de uitdelingslijst verbindend geworden. Hiermee is het faillissement geëindigd. De curator gaat over tot uitkering aan de preferente schuldeisers conform de uitdelingslijst.

- 9.6. In het onderhavige geval heeft de ziektekostenverzekeraar vorderingen ten bedrage van totaal € 962,27 ingediend bij de curator. Uit het Centraal Insolventieregister is de commissie gebleken dat het faillissement van verzoeker op 14 juli 2017 is geëindigd met een verbindende uitdelingslijst. Aangezien het de commissie niet is gebleken dat verzoeker tegen de verbindende uitdelingslijst in verzet is gegaan, moet het ervoor worden gehouden dat de bij de curator ingediende vorderingen ten bedrage van totaal € 962,27 na 14 juli 2017 weer volledig opeisbaar zijn geworden.
- 9.7. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld dat, naast de bij de curator ingediende vorderingen ten bedrage van totaal € 962,27, ná 16 september 2017 een nieuwe betalingsachterstand is ontstaan. Met betrekking hiertoe is door verzoeker aangevoerd dat deze betalingsachterstand is ontstaan door het handelen van de curator, omdat het VTLB te laag is vastgesteld. De commissie kan deze stelling van verzoeker niet duiden, aangezien artikel 100 Fw bepaalt dat de curator gehouden is een door de rechter-commissaris vast te stellen bedrag ter voorziening in het levensonderhoud aan de gefailleerde uit te keren. Met dit bedrag kan de gefailleerde de premie en andere kosten voldoen. Voor zover verzoeker stelt dat de curator hierin is tekort geschoten, geldt dat dit verzoeker nog steeds niet ontslaat van zijn verplichting jegens de ziektekostenverzekeraar de verschuldigde premie en andere kosten tijdig te betalen. De commissie is dan ook van oordeel dat deze stelling verzoeker niet kan baten.
- 9.8. Daartoe door de commissie in de gelegenheid gesteld, heeft verzoeker niet aannemelijk gemaakt dat de verschuldigde bedragen over de periode van 1 januari 2014 tot en met 31 maart 2018 wél steeds tijdig en volledig zijn betaald. De door verzoeker op 13 november 2017 en 15 december 2017 gedane betalingen van € 1.000,-- zijn door de ziektekostenverzekeraar ontvangen en blijkens het financiële overzicht van 16 maart 2018 in mindering gebracht op de nog openstaande vorderingen. De stelling van verzoeker dat de betreffende betalingen verkeerd zijn geboekt passeert de commissie, aangezien de eerder bij de curator ingediende vorderingen op 14 juli 2017 weer opeisbaar zijn geworden, zodat de ziektekostenverzekeraar gerechtigd was de - kennelijk niet gespecificeerde betalingen - aan te wenden om deze oude vorderingen te voldoen. Ook de stelling van verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar de door hem ingediende declaraties dient te verrekenen met de nog openstaande vorderingen kan verzoeker niet baten. De ziektekostenverzekeraar heeft immers bij brief van 18 mei 2018 toegelicht om welke redenen de door verzoeker genoemde declaraties niet (volledig) zijn vergoed. Omdat verzoeker de toelichting van de ziektekostenverzekeraar niet op inhoudelijke gronden heeft bestreden, doch enkel heeft gesteld dat hij de opstelling niet begrijpt, neemt de commissie als vaststaand aan dat de ingediende declaraties op een correcte wijze zijn afgehandeld. Tijdens de tweede hoorzitting is door verzoeker aangevoerd dat hij de zorgkosten die staan vermeld op het overzicht van 16 maart 2018 niet kan controleren omdat deze niet zijn gespecificeerd. De commissie deelt deze mening niet. De ziektekostenverzekeraar heeft immers bij brief van 20 november 2018 een overzicht overgelegd van de afgewikkelde zorgkostennota's in de periode van 19 oktober 2014 tot en met 7 maart 2018. Op dit overzicht staat vermeld door wie de kosten zijn gedeclareerd, op welke datum de kosten zijn gemaakt, en het door de zorgverlener gedeclareerde bedrag. Niet valt in te zien waarom deze informatie niet toereikend zou zijn. Indien verzoeker nadere vragen heeft met betrekking tot één of meer declaraties, kan hij of zijn gezinslid de betrokken zorgaanbieder, met wie hij of het betreffende gezinslid een behandelovereenkomst is aangegaan, daarover benaderen. Gelet op het voorgaande is de commissie van oordeel dat de zorgverzekeraar, binnen de kaders van de toenmalige Wet bescherming persoonsgegevens (thans: de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG)), de afgewikkelde zorgkostennota's voldoende heeft gespecificeerd.
- 9.9. Gezien het voorgaande is de commissie van oordeel dat het financiële overzicht van de ziektekostenverzekeraar van 16 maart 2018 als juist heeft te geleden en dat de betalingsachterstand






over de periode van 1 januari 2014 tot en met 31 maart 2018 naar de stand van 6 maart 2018 totaal € 818,18 bedraagt. Genoemd bedrag is exclusief rente en incassokosten, en de onder 9.3 bedoelde nominale premie vanaf 1 augustus 2017.




### Conclusie

9.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, voor zover de ziektekostenverzekeraar hieraan lopende de procedure niet is tegemoetgekomen, dient te worden afgewezen.




10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek het verzoek, voor zover de ziektekostenverzekeraar hieraan lopende de procedure niet is tegemoetgekomen, af.



Zeist, 12 december 2018,



J.A.M. Strens-Meulemeester