



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht  
Zaak : Eigen risico, verjaring, onverschuldigde betaling  
Zaaknummer : 201800452  
Zittingsdatum : 12 december 2018



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester, mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2011-2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.17 en 2.18 Bzv, 3:307, 3:317, 3:318 en 3:324 BW)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer I.H. Sewdien te Alphen aan den Rijn

tegen

Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit 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. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar verzocht de kosten die bij haar in rekening zijn gebracht voor de jaren 2011 tot en met 2015 voor een bedrag van totaal € 2.703,45, welk bedrag door haar is voldaan door middel door twee betalingsregelingen, aan haar terug te betalen. Bij e-mailbericht van 8 februari 2018 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld niet aan haar verzoek tegemoet te komen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 21 maart 2018 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 2 september 2018 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is een bedrag van € 2.703,45 aan haar terug te betalen (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 5 oktober 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Bij brief van 9 oktober 2018 heeft de commissie de zorgverzekeraar verzocht aanvullende informatie toe te sturen. Dit heeft de zorgverzekeraar echter nagelaten binnen de daartoe gestelde termijn. Bij brief van 2 november 2018 is een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar aan verzoekster gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 2 november 2018 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 4 december 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.

3.8. Op grond van artikel 114, derde lid, Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, 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.

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

4.1. De zorgverzekeraar heeft geprobeerd kosten bij verzoekster in rekening te brengen in verband met zorg die zij en haar man tussen 2011 en 2015 hebben ontvangen. De brieven waarmee deze kosten in rekening zijn gebracht, heeft de zorgverzekeraar echter aan zichzelf geadresseerd (postbus 352, 8000 AJ, Zwolle) en deze hebben verzoekster derhalve nooit bereikt. Verzoekster heeft aangevoerd dat de vorderingen niet opeisbaar zijn als zij hiervan geen facturen heeft ontvangen en wijst in dit kader op artikel 3:37, derde lid, BW. De betreffende facturen zijn niet eerder dan op 8 februari 2018 alsnog aan verzoekster gestuurd. Toen was de verjaringstermijn van vijf jaren inmiddels verstreken. Dit betekent dat de vorderingen niet langer opeisbaar zijn.

4.2. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar sinds 1 maart 2012 meerdere malen verzocht de zorgverzekering te beëindigen. Dit is destijds geweigerd in verband met het bestaan van een betalingsachterstand. Op 1 april 2016 heeft verzoekster onder dwang twee betalingsregelingen getroffen om de betalingsachterstand, inclusief de toen reeds verjaarde vorderingen, te voldoen omdat haar anders niet werd toegestaan de zorgverzekering te beëindigen. Het gebruik van dit dwangmiddel is in strijd met de Zvw. Bovendien gaat de zorgverzekeraar ten onrechte ervan uit dat verzoekster met het treffen van de betalingsregelingen de vorderingen heeft erkend.

4.3. Verder heeft verzoekster aangevoerd dat ook bij de bevestiging van de genoemde betalingsregelingen geen overzicht is meegestuurd van de vorderingen. Dit betekent dat de zorgverzekeraar de verjaring van de vorderingen ook hiermee niet (tijdig) heeft gestuit.

4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

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

5.1. De zorgverzekeraar heeft aangevoerd dat destijds sprake was van een betalingsachterstand van € 2.703,45 die bestond uit onbetaald gelaten premie die was verschuldigd voor de maanden januari 2011 tot en met juli 2011 en onbetaald gelaten zorgkosten die in rekening zijn gebracht in de periode 2012 tot en met 2016.

5.2. Bij vonnis van 1 november 2011 heeft de Rechtbank 's-Gravenhage geoordeeld dat verzoekster de premie voor de maanden januari 2011 tot en met juni 2011 aan de ziektekostenverzekeraar dient te voldoen. Van verjaring van deze vordering is derhalve geen sprake.

5.3. Evenmin is sprake van verjaring van de vordering die ziet op de onbetaald gelaten zorgkosten. Verzoekster is sinds het ontstaan van deze vordering hierover meerdere keren geïnformeerd, in ieder geval nog bij brief van 22 december 2015. Daarmee werd de verjaring van deze vordering gestuit.

5.4. Voor zover overigens al sprake zou zijn van verjaring van de vorderingen is een beroep hierop niet mogelijk, omdat verzoekster de vorderingen heeft erkend doordat zij hiervoor op 1 april 2016 betalingsregelingen heeft getroffen.

5.5. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 16 van de zorgverzekering (2011-2013) en artikel 18 van de zorgverzekering (2014-2015) is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

## 7. Het geschil

7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar is gehouden het bedrag van € 2.703,45, dat verzoekster aan de zorgverzekeraar heeft betaald in verband met premie en zorgkosten die zij over de jaren 2011 tot en met 2015 was verschuldigd, aan haar terug te betalen.

## 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. In artikel 9 van de zorgverzekering (2011) zijn bepalingen opgenomen met betrekking tot het voldoen van de premie en de gevolgen van niet-tijdige betaling hiervan. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

### *"9.2 Het betalen van de premie*

*9.2.1 U (verzekeringnemer) bent verplicht de premie vooruit te betalen.*

*9.2.2 Het is u niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met de van ons te vorderen aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg.*

*(...)*

### *9.3 Niet-tijdige betaling*

*9.3.1 Bij de premiebetaling moet u aan de gestelde regels voldoen. Deze verplichting geldt ook wanneer de betaling van de premie door een derde plaatsvindt. Wij verrekenen achterstallige premie die u nog aan ons moet betalen met schadekosten die u bij ons heeft gedeclareerd en die wij aan u moeten betalen. Bij niet tijdige betaling kunnen wij administratiekosten, invorderingskosten en de wettelijke rente aan u (verzekeringnemer) in rekening brengen. (...)"*

8.3. Artikel 7 van de zorgverzekering (2011) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden het wettelijk verplicht eigen risico is verschuldigd en luidt, voor zover hier van belang:

*"7.1 Voor iedere verzekerde die premie verschuldigd is voor de basisverzekering, is het verplicht eigen risico van toepassing. De hoogte van het verplicht eigen risico bedraagt € 170,- per verzekerde per kalenderjaar.*

*7.2 Het verplicht eigen risico wordt in mindering gebracht op de vergoeding waarop volgens de basisverzekering aanspraak kan worden gemaakt. (...)"*

- 8.4. De artikelen 7 van de zorgverzekering (2012, 2013) en 6 van de zorgverzekering (2014, 2015) zijn van gelijke strekking, met uitzondering van de hoogte van het wettelijk verplicht eigen risico dat is vastgesteld op € 220,- per verzekerde per kalenderjaar (2012), € 350,- per verzekerde per kalenderjaar (2013), € 360,- per verzekerde per kalenderjaar (2014) en € 375,- per verzekerde per kalenderjaar (2015).
- 8.5. De artikelen 9 van de zorgverzekering (2011), 7 van de zorgverzekering (2011-2013) en 6 van de zorgverzekering (2014-2015) zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering (2011-2015) gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen. In artikel 16, eerste lid, Zvw staat dat de verzekeringnemer krachten de zorgverzekering premie is verschuldigd. Het eigen risico is geregeld in artikel 19 Zvw en nader uitgewerkt in de artikelen 2.17, 2.18 en 2.19 Bzv.
- 8.7. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de zorgverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.8. Artikel 3:307, eerste lid, BW bepaalt wanneer een rechtsvordering tot nakoming van een verbintenis uit overeenkomst verjaart en luidt, voor zover hier van belang:
- "Een rechtsvordering tot nakoming van een verbintenis uit overeenkomst tot een geven of een doen verjaart door verloop van vijf jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waarop de vordering opeisbaar is geworden."*
- 8.9. Artikel 3:317, eerste lid, BW regelt dat verjaring kan worden gestuit door een schriftelijke aanmaning. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:
- "De verjaring van een rechtsvordering tot nakoming van een verbintenis wordt gestuit door een schriftelijke aanmaning of door een schriftelijke mededeling waarin de schuldeiser zich ondubbelzinnig zijn recht op nakoming voorbehoudt."*

- 8.10. Artikel 3:318 BW regelt dat verjaring tevens wordt gestuit door erkenning van de vordering en luidt, voor zover hier van belang:

*"Erkenning van het recht tot welks bescherming een rechtsvordering dient, stuit de verjaring van de rechtsvordering tegen hem die het recht erkent."*

- 8.11. Artikel 3:324, eerste lid, BW regelt de verjaring naar aanleiding van een rechtelijke of arbitrale uitspraak. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

*"De bevoegdheid tot tenuitvoerlegging van een rechterlijke of arbitrale uitspraak verjaart door verloop van twintig jaren na de aanvang van de dag, volgende op die van de uitspraak, of, indien voor tenuitvoerlegging daarvan vereisten zijn gesteld waarvan de vervulling niet afhankelijk is van de wil van degene die de uitspraak heeft verkregen, na de aanvang van de dag, volgende op die waarop deze vereisten zijn vervuld."*

## 9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. De commissie stelt vast dat de zorgverzekeraar van verzoekster totaal € 2.703,45 heeft gevorderd. Genoemd bedrag is opgebouwd uit onbetaald gelaten premie voor een bedrag van € 936,55, die is verschuldigd voor de maanden 1 februari 2011 tot en met 30 juni 2011, en uit zorgkosten voor een bedrag van € 1.766,90, die in rekening zijn gebracht in de periode 2012 tot 12 september 2015. Bij brief van 16 maart 2016 heeft de zorgverzekeraar verzoekster geïnformeerd over deze vordering. Op 1 april 2016 zijn tussen partijen twee betalingsregelingen tot stand gekomen om de vordering in 22 termijnen te voldoen. Inmiddels is de totale vordering voldaan.


- 9.2. Verzoekster heeft aangevoerd dat ten tijde van het treffen van de betalingsregelingen op 1 april 2016 de vordering reeds was verjaard en dat om die reden door haar onverschuldigd is betaald.

De commissie overweegt in dit verband dat een rechtsvordering tot nakoming van een verbintenis uit overeenkomst verjaart door verloop van vijf jaren volgende op de dag dat de vordering opeisbaar is geworden (art. 3:307, eerste lid, BW), dan wel na twintig jaar nadat deze vordering door een rechter is toegewezen (art. 3:324, eerste lid, BW) en dat de verjaring van de vordering kan worden gestuit door het verzenden van een schriftelijke aanmaning (art. 3:317, eerste lid, BW) of doordat de vordering door de wederpartij wordt erkend (art. 3:318, BW).



- 9.3. De commissie stelt vast dat de Rechtbank 's-Gravenhage bij vonnis van 1 november 2011 heeft geoordeeld dat verzoekster de premie voor de maanden januari 2011 tot en met juni 2011 aan de zorgverzekeraar dient te voldoen. De commissie is niet bevoegd in het vonnis te treden en neemt dit daarom als vaststaand aan. Toen verzoekster op 1 april 2016 een betalingsregeling trof om dit deel van de vordering te voldoen, was de termijn als bedoeld in artikel 3:324, eerste lid, BW nog niet verstreken. Van onverschuldigde betaling is in dit verband dan ook geen sprake.

- 9.4. Met betrekking tot het deel van de vordering dat ziet op de zorgkosten overweegt de commissie dat de zorgverzekeraar heeft gesteld dat deze in rekening zijn gebracht in de jaren 2012 tot en met 2015. Dit betekent dat ten tijde van het treffen van de betalingsregeling op 1 april 2016 nog geen sprake was van verjaring van de vordering, omdat de termijn van vijf jaren, als bedoeld in artikel 3:307, eerste lid, BW, toen nog niet was verstreken. Verder overweegt de commissie dat - anders dan verzoekster veronderstelt - zij zowel het bestaan als de hoogte van de vordering heeft erkend met het aangaan van de betalingsregeling voor dit deel van de vordering en het voldoen van de termijnbetalingen. Voor zover al sprake was van dreigende verjaring, is deze tijdig gestuit, overeenkomstig artikel 3:318 BW.



- 9.5. De stelling van verzoekster dat zij de betalingsregelingen 'onder dwang' heeft afgesloten, omdat zij de zorgverzekering anders niet kon beëindigen en dat zij hiermee de vordering dus niet heeft erkend, treft geen doel.



De commissie overweegt dat een betalingsregeling niet tot stand kan komen zonder de vereiste wilsovereenstemming. Uit de stukken in het dossier blijkt niet dat verzoekster de betalingsregelingen 'onder protest' is aangegaan, bijvoorbeeld omdat zij het niet eens was met de hoogte van de vordering. Ook anderszins is niet gebleken dat tussen partijen de vereiste wilsovereenstemming ontbrak op het moment dat de betalingsregelingen werden getroffen. Het niet kunnen beëindigen van de zorgverzekering bij een bestaande schuld levert geen dwang op, omdat dit - in overeenstemming met artikel 8a Zvw - zo in de polisvoorwaarden is bepaald en verzoekster met deze polisvoorwaarden akkoord is gegaan.




9.6. Hetgeen verzoekster overigens heeft aangevoerd, met name dat zij geen zorgkostennota's zou hebben ontvangen, maakt de uitkomst niet anders. De zorgverzekeraar heeft nagelaten in deze procedure brieven over te leggen waaruit blijkt dat de betreffende zorgkostennota's, dan wel betalingsherinneringen aan verzoekster zijn verzonden. Door verzoekster is echter niet bestreden dat zij de zorg heeft genoten, dat hierop het eigen risico van toepassing was en dat het eigen risico op dat moment nog niet was volgemaakt. Ook de verschuldigdheid van de premie vormt geen onderdeel van geschil. Als gezegd, heeft verzoekster de hoogte van het van haar gevorderde bedrag, anders dan met een beroep op verjaring, niet bestreden. Uit hetgeen hiervoor is overwogen volgt dat het beroep hierop niet kan slagen.





9.7. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat geen sprake is van verjaring van de vordering, zodat deze niet onverschuldigd werd voldaan en geen aanleiding bestaat te bepalen dat de zorgverzekeraar het bedrag van € 2.703,45 aan verzoekster dient terug te betalen.

### **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, 12 december 2018,



G.R.J. de Groot