



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen OHRA Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg
Zaak : Premie, eigen risico, hoogte betalingsachterstand, verjaring
Zaaknummer : 201801204
Zittingsdatum : 12 juni 2019



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

(Voorwaarden zorgverzekering 2009-2018, artt. 16 en 19 Zvw, 3:307, 3:317, 3:318, 3:319 en 3:324 BW)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

OHRA Zorgverzekeringen N.V., 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 OHRA Zorgverzekering Restitutie (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 ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker medegedeeld dat sprake is van een betalingsachterstand in de zorgpremie en het eigen risico over de periode van 1 april 2009 tot en met 30 september 2018 van totaal € 2.593,25.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormeld standpunt gevraagd. Bij e-mailbericht van 10 juli 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten een deel van vordering - te weten voor een bedrag van totaal € 855,27 - uit coulance kwijt te schelden. Dit heeft tot gevolg dat dit deel van de vordering komt te vervallen en dat geen natuurlijke verbintenis resteert.
- 3.4. Bij brieven van 4 januari 2019 en 29 januari 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat (i) de vorderingen met betrekking tot de periode van 1 januari 2009 tot en met 31 december 2014 zijn verjaard en om die reden niet meer zijn verschuldigd, (ii) de betalingen die door hem zijn gedaan en die zijn verwerkt op deze vorderingen moeten worden gecorrigeerd, dan wel moeten worden terugbetaald, (iii) de ziektekostenverzekeraar ten onrechte meer dan het wettelijk verplichte eigen risico in rekening heeft gebracht en (iv) de ziektekostenverzekeraar is gehouden hem af te melden als wanbetaler bij het CAK (hierna: het verzoek).
- 3.5. 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.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 13 maart 2019 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 21 maart 2019 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Verzoeker heeft op 2 april 2019 gereageerd op het onder 3.6 bedoelde standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 2 april 2019 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 april 2019 schriftelijk medegedeeld ook in persoon te willen worden gehoord.
- 3.9. 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 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.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 juni 2019 gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De vorderingen van de ziektekostenverzekeraar over de periode 2009-2014 zijn na het verstrijken van vijf jaren verjaard en om die reden niet meer verschuldigd. De ziektekostenverzekeraar heeft nagelaten de verjaring tijdig te stuiten. Voor zover de ziektekostenverzekeraar stelt dat hij dit wel tijdig heeft gedaan, merkt verzoeker op dat een stuitingshandeling altijd schriftelijk moet geschieden en dat dit schrijven moet worden ondertekend (artikel 3:317 BW). Aan deze voorwaarden is niet voldaan, noch door de ziektekostenverzekeraar noch door zijn incassogemachtigde, waardoor eventuele stuitingshandelingen niet rechtsgeldig zijn. In dit kader verwijst verzoeker naar een arrest van de Hoge Raad (ECLI:NL:HR:2009:BH2815).
Bovendien moet de ziektekostenverzekeraar aantonen dat deze brieven verzoeker ook daadwerkelijk hebben bereikt (artikel 3:37 BW). De ziektekostenverzekeraar is niet in staat gebleken dit te bewijzen. Daarbij wijst verzoeker erop dat de ziektekostenverzekeraar weliswaar brieven heeft overgelegd, maar dat duidelijk is dat dit geen kopieën zijn van de originelen. Verzoeker stelt dat deze brieven kunnen zijn gewijzigd en dat dit dus bijzonder fraudegevoelig is. Bovendien is het aannemelijk dat de originele brieven inmiddels zijn vernietigd en om die reden onmogelijk gereproduceerd kunnen worden. Als de ziektekostenverzekeraar dergelijke brieven dan toch overlegt, staat vast dat deze zijn gemanipuleerd en zijn vervalst.
Verder moeten brieven waarin de verjaring wordt gestuit volgens het gewoonterecht aangetekend worden verzonden en heeft de ziektekostenverzekeraar dit ten onrechte nagelaten. In dit kader verwijst verzoeker naar de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep van 19 oktober 2018.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat verzoeker bij vonnis van 9 oktober 2009 is veroordeeld een deel van de gestelde vordering te voldoen. Verzoeker stelt dat hij niet bekend is met een dergelijk vonnis en dat hem dit bovendien bevreemdt, omdat hij destijds was aangemeld bij het CAK.

Voor zover een dergelijk vonnis er al zou zijn, rust op de ziektekostenverzekeraar de verplichting de verjaring van de toegewezen vordering tijdig te stuiten. Dit heeft hij nagelaten.

Bovendien heeft verzoeker zijn twijfels over de gang van zaken omtrent het vermeende vonnis. Verzoeker stelt dat de gerechtsdeurwaarder die door de ziektekostenverzekeraar is ingeschakeld, als zijn gemachtigde optreedt en dat dit in strijd is met de toepasselijke regelgeving. Een gerechtsdeurwaarder moet immers altijd onafhankelijk zijn. Nu in strijd met de regelgeving is gehandeld, is sprake van belangenverstrengeling. Dit leidt tot een onrechtmatige daad en moet de ziektekostenverzekeraar zwaar worden aangerekend. In dit kader verwijst verzoeker naar een arrest van de Hoge Raad (ECLI:NL:HR:2018:1935).

4.3. Verzoeker voert verder aan dat de ziektekostenverzekeraar bij hem ten onrechte meer dan het wettelijk verplichte eigen risico in rekening heeft gebracht. Hij stelt dat hij sinds 2014 slechts één keer een arts heeft bezocht, zodat het bedrag dat van hem wordt gevorderd niet juist kan zijn.

4.4. De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoeker in 2016 een betalingsregeling heeft getroffen en dat hij daarmee de vordering heeft erkend. Verzoeker voert in dit kader aan dat geen sprake was van de vereiste wilsovereenstemming, omdat de regeling enerzijds onder dwaling tot stand is gekomen en hij deze anderzijds niet voor akkoord heeft getekend. Verzoeker licht toe dat de ziektekostenverzekeraar destijds geen openheid van zaken gaf over de omvang van de vordering. Het was verzoeker niet bekend dat zowel de reeds verjaarde vorderingen als de nog opeisbare vorderingen in de betalingsregeling waren ondergebracht. Van erkenning van de verjaarde vorderingen is dus geen sprake. Sterker nog, de ziektekostenverzekeraar had de betreffende vorderingen van elkaar moeten scheiden.

4.5. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunten herhaald. Verder heeft verzoeker aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar niet is ingegaan op het verweer dat hij op 2 april 2019 heeft gevoerd. Door hier niet op in te gaan, moet worden aangenomen dat de ziektekostenverzekeraar hetgeen verzoeker heeft aangevoerd niet betwist.

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. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat de betalingsachterstand naar de stand van 13 maart 2019 totaal € 2.067,45 bedraagt, inclusief rente en kosten. Volgens de ziektekostenverzekeraar is (een deel van) de premie voor de maanden februari 2016 tot en met oktober 2016, januari 2017, augustus 2017, september 2017, september 2018, oktober 2018 en januari 2019 onbetaald gebleven. Daarnaast is (een deel van) het in rekening gebrachte eigen risico voor de jaren 2011 tot en met 2017 niet voldaan. Tot slot zijn rente en incassokosten in rekening gebracht bij uitblijven van enige betaling.

5.2. De ziektekostenverzekeraar stelt dat het gebruikelijke aanmaningstraject is doorlopen. Dit betekent dat aan verzoeker meerdere betalingsherinneringen en aanmaningen zijn gestuurd, voordat de vorderingen zijn overgedragen aan de deurwaarder. Ter onderbouwing van dit standpunt heeft de ziektekostenverzekeraar afschriften van deze brieven overgelegd.

Verzoeker stelt dat de betreffende brieven hem niet hebben bereikt, waarbij hij verwijst naar artikel 3:37, derde lid, BW. In dit artikel is geregeld dat een verklaring om haar werking te hebben de persoon moet hebben bereikt. Het antwoord op de vraag wanneer een verklaring door de geadresseerde wordt ontvangen, wordt noch in de wettekst noch in de bijbehorende toelichting beantwoord. In het bindend advies van 29 augustus 2018 (Gcz, bindend advies van 29 augustus 2018, SKGZ, 201800167) heeft de commissie geoordeeld dat de zorgverzekeraar de verklaring moet sturen naar het adres dat is opgenomen in de Basisregistratie Personen (BRP) of - gelet op artikel 7:933 BW - naar het bij hem laatste bekende adres. De ziektekostenverzekeraar heeft nimmer van verzoeker vernomen dat bepaalde poststukken niet zijn aangekomen of dat er ten algemene problemen waren met de postbezorging. Ook zijn de betreffende brieven niet retour

gekomen. Overigens geldt op basis van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden dat verzoeker een eventuele adreswijziging tijdig moet doorgeven aan de ziektekostenverzekeraar.

Verder wijst de ziektekostenverzekeraar erop dat verzoeker op verschillende momenten schriftelijk en telefonisch heeft gereageerd op de verzonden brieven. Hieruit is af te leiden dat deze hem hebben bereikt.

Anders dan verzoeker stelt, is niet bepaald dat verklaringen schriftelijk en ondertekend moeten worden verzonden. In dit kader wijst de ziektekostenverzekeraar op artikel 3:37, eerste lid, BW waarin staat dat verklaringen in iedere vorm kunnen geschieden. In casu zijn de genoemde betalingsherinneringen en aanmaningen schriftelijk per post verzonden aan het woonadres van verzoeker.

- 5.3. Verder voert de ziektekostenverzekeraar aan dat verjaring pas intreedt nadat hierop door verzoeker een beroep wordt gedaan. Met andere woorden een vordering verjaart niet automatisch, dan wel van rechtswege. In dit kader merkt de ziektekostenverzekeraar op dat verzoeker voor het eerst in zijn e-mailbericht van 12 juni 2018 stelt dat een deel van de vorderingen is verjaard. Op dat moment had hij de openstaande vordering echter al meerdere keren erkend. Als de vordering wordt erkend, wordt de verjaring gestuit (art. 3:318 BW). Verzoeker heeft op 5 september 2016 een betalingsregeling getroffen met de ziektekostenverzekeraar voor het bedrag dat op dat moment nog was verschuldigd, te weten € 2.676,53. In de bevestigingsbrief van deze regeling is een specificatie opgenomen van de vordering. Daarna is op respectievelijk 21 november 2016, 4 september 2017, 27 maart 2018 en 2 juli 2018 opnieuw een regeling tot stand gekomen of is de lopende regeling gewijzigd. Ook toen is gespecificeerd waarop de betalingsregeling zag. De ziektekostenverzekeraar kan verzoeker om die reden niet volgen in zijn stelling dat de regelingen vernietigbaar zijn op grond van dwaling. Bovendien heeft verzoeker - naar aanleiding van de getroffen betalingsregelingen - meerdere keren per e-mail contact gehad met de ziektekostenverzekeraar, bijvoorbeeld om uitstel van betaling te vragen of juist om akkoord te geven voor het afschrijven van het termijnbedrag. Bij e-mailbericht van 18 november 2016 heeft hij bovendien bevestigd zich aan de betalingsregeling te houden.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar voert verder aan dat indien een vordering verjaart een natuurlijke verbintenis resteert. Als betalingen worden gedaan die door de schuldenaar niet specifiek worden toegeschreven aan een bepaalde vordering mogen deze worden verrekend met de vordering uit een natuurlijke verbintenis. Er is in die situatie geen sprake van een onverschuldigde betaling, zodat de ontvangen bedragen niet hoeven te worden terugbetaald.
- 5.5. Voorts licht de ziektekostenverzekeraar toe dat verzoeker van 1 januari 2010 tot en met 16 april 2015 aangemeld is geweest als wanbetaler bij het toenmalige College voor zorgverzekeringen (CVZ; thans: het CAK). Verzoeker is vervolgens afgemeld, omdat hij vanaf dat moment niet langer verzekeringsplichtig was. Verzoeker is per 1 september 2016 opnieuw aangemeld als wanbetaler. De aanmelding is opgeschort van 1 oktober 2016 tot en met 30 juni 2018 in verband met de betalingsregelingen die met verzoeker zijn getroffen. Per 1 juli 2018 is de opschorting gestopt. Nadat opnieuw een betalingsregeling is getroffen is de aanmelding ook over de periode van 1 augustus 2018 tot en met 31 januari 2019 opgeschort. Op 23 januari 2019 is de betalingsregeling komen te vervallen. Om die reden is de opschorting per 1 februari 2019 niet meer van kracht. De verschillende betalingsregelingen zijn vervallen, omdat verzoeker zich niet aan de voorwaarden hield. Zo betaalde hij bijvoorbeeld het overeengekomen termijnbedrag of de verschuldigde premies niet (tijdig).
- 5.6. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunten herhaald.
- 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 de artikelen 16.2 van de zorgverzekering (2009), 14.2 van de zorgverzekering (2010), .25. van de zorgverzekering (2011), .21. van de zorgverzekering (2012) en .22. van de zorgverzekering (2013-2018) is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.
- 6.2. De commissie is niet bevoegd ten aanzien van onderdelen van het geschil die reeds onder de rechter zijn geweest.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of (i) de vorderingen met betrekking tot de periode van 1 januari 2009 tot en met 31 december 2014 zijn verjaard en om die reden niet meer zijn verschuldigd, (ii) de betalingen die zijn gedaan en zijn verwerkt op deze vorderingen moeten worden gecorrigeerd, dan wel moeten worden terugbetaald, (iii) de ziektekostenverzekeraar bij verzoeker meer dan het wettelijk verplichte eigen risico in rekening heeft gebracht en (iv) de ziektekostenverzekeraar verzoeker als wanbetaler bij het CAK had moeten afmelden.

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 de artikelen 7.4 van de zorgverzekering (2009, 2010) en .8.2. van de zorgverzekering (2011-2018) is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.
- 8.3. Artikel 9 van de zorgverzekering (2009) bevat bepalingen over het verplicht eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

"9.1. Verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u voor de zorgverzekering een verplicht eigen risico van € 155,- per jaar. Dit betekent dat u de eerste € 155,- aan kosten die u als vergoeding van uw zorgverzekering zou hebben ontvangen zelf moet betalen. Pas als u dit hebt gedaan, krijgt u de overige kosten die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen van ons vergoed. Het verplicht eigen risico staat op de polis. (...)"

- 8.4. De artikelen 9 van de zorgverzekering (2010) en .12 van de zorgverzekering (2011-2018) zijn van gelijke strekking, met uitzondering van de hoogte van het verplicht eigen risico per kalenderjaar. In 2010 was dit € 165,--, in 2011 € 170,--, in 2012 € 220,--, in 2013 € 350,--, in 2014 € 360,-- in 2015 € 375,-- en in de jaren 2016 tot en met 2018 € 385,--.
- 8.5. Artikel 6.2 van de zorgverzekering (2009, 2010) regelt de gevolgen van niet-tijdige betaling en luidt, voor zover hier van belang:

"Wij kunnen de dekking van uw zorgverzekering opschorten (schorsen) en ook uw zorgverzekering zelf beëindigen als u (verzekeringnemer) niet aan uw betalingsverplichting tegenover ons voldoet. Wij kunnen de volgende maatregelen treffen:

a. Betaalt u (verzekeringnemer) niet op tijd, dan sturen wij u eerst een aanmaning om de premie binnen maximaal veertien dagen alsnog te betalen. De termijn die in de aanmaning wordt aangegeven, gaat in op de dag ná de aanmaning. Betaalt u dan nog niet op tijd, dan hebt u geen recht meer op zorg (opschorten dekking/schorsing) vanaf de dag dat u de premie in eerste instantie

had moeten betalen. Wij vermelden dit ook op de aanmaning. U hebt weer recht op zorg vanaf de dag nadat wij alle bedragen die u ons moest betalen bij ons binnen zijn.

b. Ook als wij de dekking van uw zorgverzekering hebben opgeschort/geschorst, blijft u verplicht ons premie te betalen. Doet u dat niet, dan sturen wij u een tweede aanmaning. Wij treffen ook maatregelen tot incasso en beëindigen uw zorgverzekering. Wij vermelden dit op de tweede aanmaning. Wij beëindigen de zorgverzekering niet met terugwerkende kracht. U (verzekeringnemer) blijft ons de premie verschuldigd over de tijd dat u wel verzekerd was. Daarnaast moet u alle incassokosten betalen. (...)"

- 8.6. Artikel .9. van de zorgverzekering (2011) regelt de gevolgen van niet-tijdige betaling en luidt, voor zover hier van belang:

"A.9.1. Eerste aanmaning en opschorting van de dekking

Als u (verzekeringnemer) niet aan uw betalingsverplichting voldoet, kunnen wij de volgende maatregelen treffen:

a. wij sturen u een aanmaning om de premie binnen maximaal veertien dagen alsnog te betalen;
b. betaalt u na ontvangst van de aanmaning nog niet op tijd, dan hebt u geen recht meer op dekking van zorg (schorsing) vanaf de dag dat u de premie in eerste instantie had moeten betalen. Ook als wij de dekking van uw zorgverzekering hebben opgeschort/geschorst, blijft uw betalingsverplichting bestaan. U hebt weer recht op dekking vanaf de dag nadat wij alle bedragen die u ons moest betalen bij ons binnen zijn.

.9.2. Tweede aanmaning en beëindiging

Betaalt u na de eerste aanmaning niet, dan kunnen wij de volgende maatregelen treffen:

a. wij sturen u een tweede aanmaning om de premie binnen maximaal veertien dagen alsnog te betalen. Wij treffen ook maatregelen tot incasso;
b. wij kunnen uw verzekering beëindigen, maar niet met terugwerkende kracht. U (verzekeringnemer) blijft ons de premie verschuldigd over de tijd dat u wel verzekerd was.

.9.3. Vertragingsschade

Als u (verzekeringnemer) een betalingsachterstand hebt, betaalt u ons voor de vertragingsschade, de wettelijke rente over de verschuldigde en opeisbare premie en kosten. Bovendien moet u de kosten om de bedragen bij u te innen (incassokosten), volledig betalen.

.9.4. Inning door College voor zorgverzekeringen

Vanaf het moment dat u een betalingsachterstand van zes maanden hebt, treedt voor uw zorgverzekering een andere regeling in werking. U moet vanaf de zevende maand iedere maand een bestuursrechtelijke premie voor uw zorgverzekering betalen in plaats van de premie die u aan ons moet betalen. Deze bestuursrechtelijke premie voor uw zorgverzekering bedraagt honderddertig procent (130%) van de standaardpremie als bedoeld in de Wet op de zorgtoeslag. Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) int deze bestuursrechtelijke premie totdat u alle verschuldigde bedragen voor uw zorgverzekering hebt betaald. (...)"

- 8.7. Artikel .9. van de zorgverzekering (2012-2018) is van gelijke strekking.

- 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 (voorheen: het CVZ en het Zorginstituut). 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. In artikel 18c Zvw is bepaald wanneer en onder welke voorwaarden een verzekerde wordt aangemeld bij het CAK:

"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 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 aantoonst 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 CAK. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"1 De verzekeringnemer is vanaf de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin het CAK de melding, bedoeld in artikel 18c, heeft ontvangen aan het CAK 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,
(...)*

*c. (...) de zorgverzekeraar met de verzekeringnemer een betalingsregeling is overeengekomen
(...)*

4 In afwijking van het eerste en tweede lid is de verzekeringnemer wederom aan het CAK bestuursrechtelijke premie verschuldigd vanaf de eerste dag van de maand volgende op de maand:

(...)

b. waarin hij zich, blijkens een melding van zijn zorgverzekeraar, aan deelname aan een op hem van toepassing zijnde overeenkomst of regeling als bedoeld in het tweede lid, onderdeel c, heeft onttrokken voordat hij de in de desbetreffende overeenkomst of regeling neergelegde afspraken jegens zijn zorgverzekeraar volledig is nagekomen (...)"

- 8.11. Artikel 3:307, eerste lid, BW bepaalt dat 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.

- 8.12. Artikel 3:317, eerste lid, BW bepaalt dat 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.

8.13. Artikel 3:318 BW bepaalt dat de erkenning van het recht tot welks bescherming een rechtsvordering dient de verjaring stuit van de rechtsvordering tegen hem die het recht erkent.

8.14. Artikel 3:319 BW regelt de gevolgen van een stuitingshandeling en luidt, voor zover hier van belang:

"Eerste lid

Door stuiting van de verjaring van een rechtsvordering, anders dan door het instellen van een eis die door toewijzing wordt gevolgd, begint een nieuwe verjaringstermijn te lopen met de aanvang van de volgende dag. Is een bindend advies gevraagd en verkregen, dan begint de nieuwe verjaringstermijn te lopen met de aanvang van de dag, volgende op die waarop het bindend advies is uitgebracht.

Tweede lid

De nieuwe verjaringstermijn is gelijk aan de oorspronkelijke, doch niet langer dan vijf jaren. Niettemin treedt de verjaring in geen geval op een eerder tijdstip in dan waarop ook de oorspronkelijke termijn zonder stuiting zou zijn verstreken. (...)"

8.15. Artikel 3:324, eerste lid, BW bepaalt dat 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 ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 13 maart 2019 een financieel overzicht overgelegd waaruit volgt dat verzoeker over de periode van 1 december 2008 tot en met 31 januari 2019 een betalingsachterstand heeft van € 2.067,45 die is opgebouwd uit onbetaald gelaten premie, eigen risico, rente en incassokosten. Verzoeker heeft de hoogte van de betalingsachterstand betwist en dienaangaande aangevoerd dat (i) de vorderingen over de periode 1 januari 2009 tot en met 31 december 2014 zijn verjaard, (ii) de betalingen die op deze posten zijn verwerkt onverschuldigd zijn voldaan en daarom moeten worden gecorrigeerd of terugbetaald en (iii) de ziektekostenverzekeraar bij hem meer dan het wettelijk verplicht eigen risico in rekening heeft gebracht.

Vordering van 1 december 2008 tot en met 31 mei 2009

9.2. In het dossier zijn een vonnis van de Rechtbank B van 30 september 2009 en de onderliggende dagvaarding aanwezig. Uit dit vonnis volgt dat de Rechtbank heeft geoordeeld dat verzoeker de premie voor de maanden december 2008 tot en met mei 2009 aan de ziektekostenverzekeraar dient te voldoen. Het vonnis van de Rechtbank vormt voor de commissie een gegeven. Op grond van artikel 3:324, eerste lid, BW verjaart de bevoegdheid tot tenuitvoerlegging van een rechtelijke uitspraak na twintig jaar. Deze termijn is nog niet verstreken, zodat verzoeker was gehouden dit deel van de vordering aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen. Uit het financieel overzicht van de ziektekostenverzekeraar is op te maken dat dit deel van vordering inmiddels ook is voldaan. Hetgeen verzoeker heeft aangevoerd, met name dat hij de dagvaarding niet heeft ontvangen en dat de betrokken gerechtsdeurwaarder onrechtmatig heeft gehandeld, leidt niet tot een andere beoordeling. Voor zover al in strijd met de wet zou zijn gehandeld - en dit staat niet vast - was het destijds aan de rechter hierover een oordeel te geven.

Vordering van 1 juni 2009 tot en met 31 december 2014

- 9.3. Uitgangspunt is dat een vordering op grond van de zorgverzekering verjaart na verloop van vijf jaar (artikel 3:307, eerste lid, BW). De verjaring kan worden gestuit als binnen de periode van vijf jaar een stuitingshandeling wordt verricht. Deze handeling betreft het verzenden van een schriftelijke aanmaning door de schuldeiser aan de schuldenaar (artikel 3:317, eerste lid, BW) of de erkenning van de vordering door de schuldenaar (artikel 3:318 BW).
- 9.4. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat hij, dan wel zijn incassopartner, de verjaring van de vorderingen tijdig heeft gestuit door het verzenden van betalingsherinneringen. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat verzoeker de vorderingen heeft erkend doordat hij hiervoor bij herhaling een betalingsregeling heeft getroffen. Ook hiermee is de verjaring van de vorderingen gestuit. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat een vordering niet automatisch verjaart, maar dat hierop een beroep moet worden gedaan door de schuldenaar. Dit heeft verzoeker echter pas gedaan nadat de genoemde regelingen tot stand zijn gekomen en dus nadat de verjaring van de vorderingen was gestuit. Verzoeker heeft betwist dat de stuiting van de verjaring van de vorderingen tijdig heeft plaatsgevonden. In dat verband heeft hij aangevoerd dat de afschriften van de betalingsherinneringen die de ziektekostenverzekeraar heeft overgelegd kopieën zijn van originele brieven en deze om die reden vervalst kunnen zijn. Verder heeft hij aangevoerd dat de betalingsherinneringen niet allemaal van een handtekening zijn voorzien en om die reden niet geldig zijn. Bovendien heeft hij betwist dat de betalingsherinneringen hem hebben bereikt. Verder heeft verzoeker aangevoerd dat hij de vorderingen niet heeft erkend met het aangaan van een betalingsregeling. De ziektekostenverzekeraar heeft namelijk ten onrechte ook de verjaarde vorderingen in deze regeling ondergebracht, terwijl hij deze daarbuiten had moeten laten en verzoeker hierover had moeten informeren. Doordat de ziektekostenverzekeraar dit heeft nagelaten, heeft hij verzoeker misleid en is sprake van dwaling.
- 9.5. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 5 september 2016 aan verzoeker bevestigd dat een betalingsregeling tot stand is gekomen om een bedrag van € 2.676,53 in 27 termijnen te voldoen. Bij de desbetreffende brief zijn een overzicht en een aflossingsschema gevoegd. Uit het overzicht volgt welke vorderingen verzoeker nog dient te voldoen, te weten onbetaald gelaten premie en eigen risico dat vanaf 1 december 2008 bij hem in rekening is gebracht. Vervolgens heeft verzoeker op 26 oktober 2016 en 4 november 2016 e-mailberichten aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, waarin hij verzoekt de overeengekomen termijnbedragen van zijn rekening af te schrijven. Vervolgens heeft verzoeker bij e-mailbericht van 18 november 2016 aan de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat hij de eerste twee termijnen niet tijdig heeft kunnen voldoen en hij dit alsnog op 24 november 2016 zal doen. Daarnaast schrijft hij dat hij zich vanaf dat moment strikt aan de betalingsregeling zal houden. De ziektekostenverzekeraar heeft in een reactie hierop aan verzoeker medegedeeld dat hij de betalingsregeling van 5 september 2016 laat vervallen, maar bereid is een nieuwe regeling te treffen voor een bedrag van € 3.050,62 en dat dit bedrag in 31 termijnen moet worden voldaan. Dit is door de ziektekostenverzekeraar bij brief van 21 november 2016 en bij e-mailbericht van 22 november 2016 aan verzoeker bevestigd. Bij de genoemde brief was een overzicht gevoegd waaruit volgt voor welke posten een betalingsregeling is getroffen. Uit het betreffende overzicht volgt dat met de regeling de onbetaald gelaten premie en het eigen risico dat vanaf 1 december 2008 tot en met 31 oktober 2016 bij verzoeker in rekening is gebracht wordt voldaan. In het genoemde e-mailbericht heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker verzocht in te stemmen met de voorgestelde betalingsregeling. Bij e-mailbericht van 26 november 2016 heeft verzoeker aan de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat hij akkoord gaat met de betalingsregeling. Uit het financieel overzicht van de ziektekostenverzekeraar is op te maken dat verzoeker vervolgens van 23 december 2016 tot en met 25 oktober 2017 maandelijks het overeengekomen termijnbedrag aan de ziektekostenverzekeraar heeft voldaan.
- 9.6. Uit het voorgaande blijkt dat de ziektekostenverzekeraar meerdere malen inzichtelijk heeft gemaakt voor welke openstaande bedragen hij een betalingsregeling met verzoeker wenste te treffen. Hieronder vielen ook de vorderingen, waarvan verzoeker heeft gesteld dat deze zijn

verjaard. Verzoeker is hier dan ook over geïnformeerd, zodat van misleiding of dwaling - zoals verzoeker heeft gesteld - geen sprake is. Verder staat vast dat verzoeker heeft ingestemd met de desbetreffende regelingen en dat hiermee wilsovereenstemming is bereikt over het voldoen van de gehele vordering. Daarmee kan in het midden blijven of de desbetreffende vorderingen al dan niet zijn verjaard. Als een vordering verjaart, resteert een natuurlijke verbintenis die niet rechtens afdwingbaar is. Op grond van artikel 6:5, eerste lid, BW wordt een natuurlijk verbintenis omgezet in een rechtens afdwingbare door een overeenkomst van de schuldenaar met de schuldeiser. Een betalingsregeling is aan te merken als een dergelijke overeenkomst. Dit betekent dat zelfs als de vorderingen ten tijde van het overeenkomen van de betalingsregeling op 5 september 2016 waren verjaard - en dit staat niet vast - verzoeker door het aangaan van deze regeling zich heeft gebonden om de volledige vordering aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen. Voor zover verzoeker reeds een deel van deze vordering heeft voldaan, is dan ook geen sprake van een onverschuldigde betaling, zodat de ziektekostenverzekeraar niet is gehouden een bedrag terug te betalen aan verzoeker.

Eigen risico

- 9.7. Verzoeker heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar vanaf 2014 meer dan het wettelijk verplicht eigen risico bij hem in rekening heeft gebracht. Daarnaast heeft hij aangevoerd dat hij vanaf 2014 tot heden slechts één keer bij een arts is geweest en dat om die reden niet meer dan € 118,- aan eigen risico bij hem in rekening mocht worden gebracht. Dit is in 2017 gebeurd. Uit het financieel overzicht van de ziektekostenverzekeraar maakt verzoeker echter op dat enkele duizenden euro's aan eigen risico in rekening zijn gebracht. De commissie kan verzoeker niet volgen in zijn stelling. Uit de verschillende financiële overzichten van de ziektekostenverzekeraar die in het dossier aanwezig zijn, blijkt dit in ieder geval niet. Conform de opgave van de ziektekostenverzekeraar van 19 februari 2019 is vanaf 2014 tot heden een bedrag van totaal € 405,31 aan eigen risico bij verzoeker in rekening gebracht. Dit betreft een nota van € 287,24 in februari 2014, een nota van € 54,65 in februari 2017 en een nota van € 63,42 in mei 2017. Verzoeker betwist het in rekening gebrachte eigen risico in 2017 niet, zodat de beoordeling van de commissie beperkt blijft tot het eigen risico dat in februari 2014 bij verzoeker in rekening is gebracht. Het wettelijk verplicht eigen risico bedroeg in 2014 € 360,- per kalenderjaar. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar niet meer dan het wettelijk verplicht eigen risico bij verzoeker in rekening heeft gebracht.

Aanmelding als wanbetaler bij het CAK

- 9.8. Verzoeker heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar hem moet afmelden als wanbetaler bij het CAK, overeenkomstig artikel 18d Zvw, als alle uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden zijn voldoen of teniet zijn gegaan. In dit verband heeft verzoeker aangevoerd dat door de verjaring van de vorderingen een dergelijke situatie is ontstaan, maar de ziektekostenverzekeraar desondanks heeft nagelaten hem af te melden bij het CAK. Deze stelling treft geen doel. Uit het voorgaande blijkt immers dat niet alle vorderingen zijn verjaard. Verder heeft verzoeker niet aannemelijk gemaakt dat hij de door de ziektekostenverzekeraar gevorderde bedragen op een gegeven moment volledig heeft voldaan, zodat ook dit geen grond vormt voor afmelding.




Conclusie

- 9.9. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat het verzoek moet worden afgewezen.

10. Het bindend advies



10.1. De commissie beslist dat:

- 
- 
- 
1. Verzoeker de vorderingen over de periode van 1 december 2008 tot en met 31 januari 2019 aan de ziektekostenverzekeraar dient te voldoen.
 2. de betalingen die verzoeker heeft verricht en die zijn verwerkt op de voornoemde vorderingen niet onverschuldigd zijn betaald en om die reden niet door de ziektekostenverzekeraar aan hem hoeven te worden terugbetaald;
 3. de ziektekostenverzekeraar niet meer dan het wettelijk verplicht eigen risico bij verzoeker in rekening heeft gebracht en dat verzoeker is gehouden dit aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen, voor zover hij dit nog niet heeft gedaan;
 4. de ziektekostenverzekeraar niet is gehouden verzoeker af te melden als wanbetaler bij het CAK.

Zeist, 19 juni 2019,



L. Ritzema