

200 16 232 KV
SCI/ABE/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 10. Januar 2017

Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiberin Abenheim

A. _____
Beschwerdeführer

gegen

Philos Krankenversicherung AG
Rechtsdienst, Rue des Cèdres 5, Postfach, 1919 Martigny
Beschwerdegegnerin

B. _____ **SA**
Beigeladene

betreffend Einspracheentscheid vom 19. Januar 2016



Sachverhalt:

A.

Der 1976 geborene A. _____ war seit 2004 bei der Groupe Mutuel resp. bei der Philos Krankenversicherung AG (nachfolgend: Philos bzw. Beschwerdegegnerin) krankpflegeversichert (Akten der Philos [act. II-IID], act. IIA 1.3, act. IIB 2.1 [Kundennummer: ...]). Auch seine 1983 geborene Ehefrau und die 2008 geborene Tochter waren bei der Philos grundversichert (act. IIC 3.1 [Kundennummer: ...]; act. IID 4.1 [Kundennummer: ...]).

Mit E-Mail vom 30. November 2014 (act. IIB 2.2) teilte A. _____ der Philos Folgendes mit:

Kündigung sämtlicher KVG Policen unter Kundennummer ...
Hiermit kündige ich alle KVG Policen unter oben genannter Kundennummer
per 31.12.2014 gemäss Anhang.

Am 5. Dezember 2014 bestätigte die Philos die Kündigung für A. _____ (Kundennummer: ...) bzw. die Auflösung seiner Grund- sowie seiner zwei Zusatzversicherungen per 31. Dezember 2014 unter dem Vorbehalt, dass sein neuer Krankenversicherer die Weiterversicherung bestätige und bis zum Kündigungstermin keine offenen Forderungen beständen (act. IIB 2.4).

Am 31. Dezember 2014 stellte A. _____ der Philos Bestätigungen der B. _____ SA (nachfolgend: B. _____) für die Grundversicherung (sich, seine Ehefrau und seine 2008 geborene Tochter betreffend) ab dem 1. Januar 2015 zu (act. IIB 2.5 f., act. IIC 3.3 f., act. IID 4.2 f.).

B.

Am 16. Februar 2015 mahnte die Philos eine Selbstbehaltrechnung aus dem Jahr 2014 im Betrag von Fr. 9.75 und verlangte Mahnspesen von Fr. 10.-- (act. IIB 2.8). Mit letzter Mahnung vom 23. März 2015 (act. IIB 2.9) erhöhte sie die Mahnspesen auf Fr. 30.--. Zudem forderte die Philos A. _____ mit Mahnungen vom 23. März 2015 auf, noch nicht beglichene Prämien für die Monate Januar und Februar (Fr. 607.60) und für März 2015

(Fr. 303.80) zzgl. einer Mahngebühr von je Fr. 10.-- zu bezahlen (act. IIB 2.10 f.). Am 20. April 2015 folgten die letzten Mahnungen mit Mahnspesen von je Fr. 30.-- (act. IIB 2.12 f.). Schliesslich mahnte die Philos am 20. April 2015 (act. IIB 2.14) bzw. am 18. Mai 2015 letztmals (act. IIB 2.15) den Prämienausstand für den Monat April 2015, zunächst mit einer Mahngebühr von Fr. 10.-- und alsdann mit einer solchen von Fr. 30.--. In den letzten Mahnungen machte die Philos jeweils darauf aufmerksam, dass sie die Forderungen in Betreuung setzen werde, sollten die Schulden nicht innert einer Frist von 30 Tagen beglichen sein.

Am 7. Juli 2015 leitete die Philos die Betreuung ein (act. IIB 2.16). Den in der Betreuung Nr. ... des Betreibungsamtes C._____, erhobenen Rechtsvorschlag (act. IIB 2.17) hob sie mit Verfügung vom 19. Oktober 2015 (act. IIB 2.18) auf.

Die dagegen erhobene Einsprache (act. IIB 2.20 f.) wies die Philos ab mit der Begründung, es sei lediglich die Versicherung von A._____ gekündigt worden. Die Verträge mit seiner Ehefrau und seiner Tochter hätten nach wie vor Bestand; die entsprechenden Prämien und die Kostenbeteiligung seien geschuldet. Folglich bleibe der Rechtsvorschlag im Umfang von Fr. 1'464.95 zuzüglich Verzugszins von 5% aufgehoben (Einspracheentscheid vom 19. Januar 2016 [act. IIB 2.25]).

C.

Hiergegen erhob A._____ (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 18. Februar 2016 Beschwerde. Er beantragt sinngemäss die Aufhebung des angefochtenen Entscheids. Zur Begründung wird im Wesentlichen geltend gemacht, die Kündigung habe nicht nur seine eigene Police, sondern auch diejenigen seiner Ehefrau und Tochter umfasst.

Mit Beschwerdeantwort vom 29. März 2016 beantragt die Beschwerdegegnerin, der Einspracheentscheid vom 19. Januar 2016 sei im Rahmen von Fr. 9.75 zu bestätigen. Soweit weitergehend (Prämien [Fr. 1'215.20] und Kosten [Fr. 240.--]) sei der angefochtene Entscheid zufolge Gegenstandslosigkeit aufzuheben. Jegliche anderweitigen Begehren seien abzuweisen

und es sei sowohl von der Erhebung von Kosten als auch von Entschädigungen abzusehen. Zur Begründung bringt die Beschwerdegegnerin vor, sie habe im Inkassoverfahren irrtümlich die Kundennummer des Beschwerdeführers – statt derjenigen seiner Ehefrau – verwendet. Deshalb akzeptiere sie nun die „ebenfalls ungenaue“ Kündigung vom 30. November 2014 für die Ehefrau. Für die Tochter könne aussergerichtlich eine Lösung gefunden werden. Demnach werde der angefochtene Einspracheentscheid vom 19. Januar 2016 bezüglich der Beträge von Fr. 1'215.20 und 2x Fr. 120.-- in Wiedererwägung gezogen.

Auf Anfrage des Instruktionsrichters, ob der Beschwerdeführer dem Antrag der Beschwerdegegnerin folge bzw. ob ein gemeinsamer Antrag vorliege (prozessleitende Verfügung vom 30. März 2016), nahm der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 20. April 2016 insofern Stellung, als es für ihn nicht erkennbar gewesen sei, dass die Beschwerdegegnerin das gegen aussen als Familiendossier geführte Versicherungsverhältnis intern auf die einzelnen Familienmitglieder aufgesplittet habe.

Am 21. April 2016 ordnete der Instruktionsrichter Beweismassnahmen an: Der Beschwerdeführer wurde aufgefordert, seine Krankenversicherung und diejenige seiner Ehefrau und Tochter seit dem 1. Januar 2015 zu belegen. Die Beschwerdegegnerin wurde zur Vervollständigung der Akten aufgefordert.

Eine Eingabe des Beschwerdeführers mit diversen Unterlagen ging am 12. Mai 2016 ein.

Mit prozessleitender Verfügung vom 18. Mai 2016 wurde die B. _____ zum Verfahren beigeladen (nachfolgend: Beigeladene) und zur Einreichung von Unterlagen aufgefordert. Gleichzeitig wurde dem Beschwerdeführer die Möglichkeit eingeräumt, weitere Belege einzureichen.

Die Beigeladene liess dem Gericht am 27. Mai 2016 die verlangten Unterlagen zukommen (Akten der Beigeladenen [act. III]).

Am 13. Juni 2016 ergänzte der Beschwerdeführer seine Ausführungen vom 12. Mai 2016.

Mit als Duplik bezeichneter Eingabe vom 12. Juli 2016 stellte die Beschwerdegegnerin dem Gericht die vollständigen Akten zu und hielt an ihren bisherigen Anträgen fest.

Aufforderungsgemäss (prozessleitende Verfügung vom 23. August 2016) nahm die Beigeladene am 30. August 2016 Stellung zu vom Instruktor aufgeworfenen Fragen. Der Beschwerdeführer liess sich nicht mehr vernehmen (vgl. prozessleitende Verfügung vom 19. September 2016).

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG; vgl. auch BGE 129 V 90). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG) und die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) und Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) sind eingehalten. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

1.2 Der Versicherungsträger kann eine Verfügung oder einen Einspracheentscheid, gegen die Beschwerde erhoben wurde, so lange wiedererwägen, bis er gegenüber der Beschwerdebehörde Stellung nimmt (Art. 53

Abs. 3 ATSG). Die pendente lite erlassene Verfügung beendet den Streit nur insoweit, als sie dem Begehren der beschwerdeführenden Person entspricht. Soweit in dieser neuen Verfügung Streitfragen ungelöst bleiben, besteht der Streit über die nichterfüllten Begehren weiter (BGE 127 V 228 E. 2b bb S. 233, 113 V 237 E. 1a S. 238).

1.2.1 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 19. Januar 2016 (act. IIB 2.25), mit dem die Beschwerdegegnerin die Beseitigung des Rechtsvorschlags im Umfang von Fr. 1'464.95 (Fr. 1'215.20 [Prämien] + Fr. 9.75 [Kostenbeteiligung] + Fr. 120.-- [Aufforderungskosten] + Fr. 120.-- [Dossiereröffnungskosten]) zuzüglich Zins bestätigt hatte.

Dass die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort ausführte, sie ziehe den angefochtenen Entscheid bezüglich der Prämienausstände in der Höhe von Fr. 1'215.20 und bezüglich der Aufforderungs- und Dossiereröffnungskosten von je Fr. 120.-- „in Wiedererwägung“, stellt keine Wiedererwägung im Sinne von Art. 53 Abs. 3 ATSG dar. Zum einen hat die Beschwerdegegnerin diesbezüglich – soweit ersichtlich – keine neue Verfügung erlassen und zum anderen hat sich der Beschwerdeführer mit dem entsprechenden Antrag der Beschwerdegegnerin nicht einverstanden erklärt. Damit wurde der Streit weder (teilweise) beendet noch liegt ein gemeinsamer Antrag vor (vgl. E. 1.2 hiavor; vgl. auch die prozessleitenden Verfügungen vom 30. März und 21. April 2016).

1.2.2 Streitig und zu prüfen ist die gegenüber dem Beschwerdeführer verfügte Forderung und die diesbezügliche Aufhebung des Rechtsvorschlags im Umfang von Fr. 1'464.95 nebst Zins zu 5% auf Fr. 1'224.95 seit dem 6. Juli 2015 (act. IIB 2.16 f., 2.25).

1.3 Der Streitwert liegt unter Fr. 20'000.--, weshalb die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit fällt (Art. 57 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz muss sich innert drei Monaten nach der Wohnsitznahme oder der Geburt in der Schweiz für Krankenpflege versichern oder von ihrem gesetzlichen Vertreter versichern lassen; der Bundesrat kann Ausnahmen von der Versicherungspflicht vorsehen (Art. 3 Abs. 1 und Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 [KVG; SR 832.10]).

2.2 Der Versicherer legt die Prämien für seine Versicherten fest (Art. 61 Abs. 1 Satz 1 KVG). Die Prämien sind im Voraus und in der Regel monatlich zu bezahlen (Art. 90 der Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 [KVV; SR 832.102]). Gemäss Art. 64 KVG beteiligen sich die Versicherten an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen. Diese Kostenbeteiligung besteht aus einem festen Jahresbetrag (Franchise) und 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt).

2.3 Die versicherungspflichtigen Personen können unter den Versicherern, die eine Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung haben, frei wählen (Art. 4 KVG).

2.3.1 Unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist kann die versicherte Person den Versicherer auf das Ende eines Kalendersemesters wechseln (Art. 7 Abs. 1 KVG). Das Versicherungsverhältnis endet beim bisherigen Versicherer erst, wenn ihm der neue Versicherer mitgeteilt hat, dass die betreffende Person bei ihm ohne Unterbrechung des Versicherungsschutzes versichert ist (Art. 7 Abs. 5 KVG). Bei Mitteilung einer neuen Prämie kann die versicherte Person den Versicherer unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende des Monats wechseln, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht (Art. 7 Abs. 2 KVG).

2.3.2 In Abweichung von Art. 7 KVG kann die säumige versicherte Person den Versicherer nicht wechseln, solange sie die ausstehenden Prämien und Kostenbeteiligungen sowie die Verzugszins und Betriebskosten nicht vollständig bezahlt hat. Vorbehalten bleibt Art. 7 Abs. 3 und 4 KVG (Art. 64a Abs. 6 KVG). Säumig ist die versicherte Person ab Zustellung der Mahnung nach Art. 105b Abs. 1 KVV (Art. 105l Abs. 1 KVV).

2.3.3 Das KVG schreibt für die Kündigung des Versicherungsverhältnisses keine Schriftform vor, weshalb eine solche grundsätzlich auch mündlich oder per E-Mail rechtswirksam abgegeben werden kann. Die Versicherer sind nicht befugt, diese Formfreiheit in ihren Versicherungsbedingungen einzuschränken. Ist der Beweis für die Abgabe einer Gestaltungserklärung nicht zu erbringen, so trägt die versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit (GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in ULRICH MEYER [Hrsg.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Band XIV, Soziale Sicherheit, 3. Aufl. 2016, S. 467, Rz. 209). Die empfangsbedürftige Willenserklärung kann dem Versicherungsträger zudem nur insoweit entgegengehalten werden, als dieser sie in guten Treuen im Zeitpunkt des Empfangs verstehen musste (Vertrauensprinzip [vgl. bspw. BGE 138 III 659 E. 4.2.1 S. 666]).

3.

3.1 Es steht fest und ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer das ihn persönlich betreffende Versicherungsverhältnis mit der Beschwerdegegnerin per 31. Dezember 2014 gekündigt hat und ab dem 1. Januar 2015 bei der Beigeladenen grundversichert war (act. IIB 2.6, act. III 3). Uneinig sind sich die Parteien hingegen hinsichtlich der Versicherungsverhältnisse der Ehefrau und der älteren Tochter des Beschwerdeführers. Während er geltend macht, jene seien von seiner Kündigung mitumfasst gewesen, wird dies von der Beschwerdegegnerin bestritten.

3.1.1 In der Kündigung vom 30. November 2014 (act. IIB 2.2 f.) hat der Beschwerdeführer allein seine eigene Kundennummer (...), aber gleichzeitig eine Formulierung im Plural („alle KVG Policen unter oben genannter Kundennummer“) – bei Bestehen auch von Zusatzversicherungen – verwendet. Damit bestehen Anzeichen dafür, dass der Beschwerdeführer nicht nur seine eigene Versicherung gemeint hat. Daraus vermag er jedoch nichts zu seinen Gunsten abzuleiten. Dass die Beschwerdegegnerin die Gestaltungserklärung dem Wortlaut entsprechend annahm und die KVG- und VVG-Versicherungen allein den Beschwerdeführer betreffend auflöste, ist nicht zu beanstanden. Denn es ist am Verfasser einer Kündigung, diese

hinreichend genau zu spezifizieren. Dies wäre durch die Erwähnung der Namen der Mitgemeinten ohne weiteres zu bewerkstelligen gewesen. Auch wenn eine Mitunterzeichnung der Kündigung durch die Ehefrau nicht erforderlich war, weil der Wechsel des Krankenversicherers zu den laufenden Bedürfnissen der Familie im Sinne von Art. 166 Abs. 1 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB; SR 210) gehört (vgl. BGE 129 V 90), so ändert dies nichts daran, dass die Folgen daraus, dass der Beschwerdeführer allein seine eigene Kundennummer verwendet hat und weder die Namen der angeblich Mitgemeinten noch deren Kundennummern genannt hat, er allein zu tragen hat.

Obwohl dem Beschwerdeführer bereits mit Erhalt der Bestätigung der Beschwerdegegnerin vom 5. Dezember 2014 (act. IIB 2.4), worin diese eindeutig allein auf die Kündigung ihn selbst betreffend Bezug nahm, hätte klar sein müssen, dass sie seine (ungenau formulierte) Kündigung nicht in seinem heute geltend gemachten Sinn verstanden und entgegen genommen hatte, reagierte er nicht darauf. Damit wurden mit der vom Beschwerdeführer angerufenen Erklärung definitiv allein die seine Person betreffenden Versicherungsverhältnisse mit der Beschwerdegegnerin gekündigt. Nichts daran ändern die weiteren Unterlagen bzw. Handlungen des Beschwerdeführers.

3.1.2 Ein Schreiben mit namentlicher Nennung aller drei Familienangehörigen soll nachträglich erstellt worden sein (offenbar im Zusammenhang mit dem Versicherungsantrag bei der Beigeladenen). Es wurde jedoch – soweit ersichtlich – weder unterzeichnet noch der Beschwerdegegnerin eingereicht, abgesehen davon, dass die Frist ohnehin bereits abgelaufen gewesen wäre (vgl. Beilage zu act. III 1).

Seinem Verständnis der Kündigung entsprechend hat der Beschwerdeführer am 31. Dezember 2014 der Beschwerdegegnerin Versicherungsbestätigungen der Beigeladenen für sich (act. IIB 2.5 f.), für seine Ehefrau (act. IIC 3.3 f.) sowie für seine Tochter D. _____ (act. IID 4.2 f.) zugestellt. Die Beschwerdegegnerin teilte dem Beschwerdeführer am 8. Januar 2015 mit, sie habe die Versicherungspolice des neuen Krankenversicherers (für ihn) erhalten. Die Police könne nur berücksichtigt werden, wenn der neue Versicherer mitgeteilt habe, dass er den Beschwerdeführer versiche-

re. Eine solche Versicherungsbestätigung habe sie nicht erhalten (act. IIB 2.7). Die Ehefrau wie auch die Tochter D. _____ betreffend wurde kein solches Schreiben ausgelöst (vgl. act. IIC und act. IID). Zwar ergibt sich aus den Akten der Beigeladenen ohne weiteres, dass die Auffassung der Beschwerdegegnerin, die Bestätigung des neuen Versicherers den Beschwerdeführer betreffend nicht erhalten zu haben, unzutreffend sein muss (vgl. act. III 2), wobei in der entsprechenden Liste der Beigeladenen (Beilage zu act. III 2) nebst dem Beschwerdeführer auch seine Ehefrau und die Tochter D. _____ als neue Versicherte genannt wurden (dazu vgl. sogleich). Erneut hätte der Beschwerdeführer nach Erhalt des Schreibens vom 8. Januar 2015 (act. IIB 2.7) das seinem Verständnis der Kündigung offensichtlich widersprechende Verhalten der Beschwerdegegnerin erkennen können und handeln müssen. Eine Reaktion seinerseits ist indessen wiederum unterblieben.

Am 28. Februar 2015 teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit zwei separaten Schreiben mit, die Beigeladene habe sie über den Beitritt der Ehefrau (act. IIC 3.9) wie auch der Tochter D. _____ (act. IID 4.5) orientiert. Mangels Kündigung könne der Wechsel nicht stattfinden. Gleichzeitig ging je eine Kopie dieser Schreiben an die Beigeladene (act. IIC 3.10, act. IID 4.6). Der Beschwerdeführer reagierte auch hierauf nicht. Insbesondere stellte er die gemäss seiner Auffassung falsche Interpretation seiner Kündigung nach wie vor mit keinem Wort zur Diskussion.

Am 5. März 2015 bestätigte die Beigeladene mit Kopie an die Ehefrau des Beschwerdeführers die Annullation des Vertrags (act. IIC 3.11). Bezüglich der Tochter D. _____ findet sich allein ein Schreiben vom 18. März (act. IIC 3.12, act. IID 4.7) bei den Akten, wonach der Beginn der Versicherung bei der Beigeladenen auf den 1. Januar 2016 verschoben werde. Auch auf diese Briefe reagierte der Beschwerdeführer weder gegenüber der Beigeladenen noch gegenüber der Beschwerdegegnerin.

Erst am 28. September 2015, nachdem die Beschwerdegegnerin bereits die Betreuung eingeleitet hatte, machte die Ehefrau im Rahmen der Begründung des Rechtsvorschlags die Kündigung geltend. Sie vermerkte auf der Rückseite des Zahlungsbefehls: „Erhalt Kündigung bestätigt von Mutuel am 31. Okt 2014! → Sämtliche KVG Policen“ (act. IIB 2.17).

Aus dem Dargelegten erhellt, dass bis Ende September 2015 und damit während $\frac{3}{4}$ des Versicherungsjahres 2015 keine Reaktion des Beschwerdeführers auf die der Kundennummer folgende Auslegung der Gestaltungserklärung (Kündigung nur des Verhältnisses mit dem Beschwerdeführer bzw. die offensichtliche Auffassung der Beschwerdegegnerin, seine Familie sei weiterhin bei ihr versichert) erfolgte. Insbesondere hat der Beschwerdeführer auch auf die Rechnungsstellung und Mahnung betreffend die Versicherungsprämien pro 2015 nicht reagiert.

Hinzu kommt, dass im angeblichen Vertragsverhältnis zur Beigeladenen, welches der Beschwerdeführer für anwendbar erklärt haben will, für seine Ehefrau und Tochter – obwohl in Rechnung gestellt – keine Prämien beglichen wurden (vgl. die Eingaben der Beigeladenen vom 27. Mai und 30. August 2016). Gerade dies wäre bei seinem Verständnis der Kündigung und der ununterbrochenen Versicherungspflicht (vgl. E. 2.1 hiervor) jedoch zwingend gewesen. Dass die Versicherung bei der Beigeladenen später rückwirkend annulliert wurden, ändert daran nichts.

3.1.3 Unter diesen Umständen muss der Beschwerdeführer sein Kündigungsschreiben in der Weise, wie es die Beschwerdegegnerin verstanden hat und in guten Treuen auch verstehen durfte (vgl. E. 2.3.3 hiervor), gegen sich gelten lassen. Seine Ehefrau und die 2008 geborene Tochter blieben 2015 bei der Beigeladenen grundversichert. Damit sind die im Streit liegenden Prämien und die Kostenbeteiligung sowohl geschuldet als auch fällig.

3.2 Werden die streitigen Beträge mit den Versicherungspolice n pro 2015 (act. IIB 2.1 [KVG-Prämie Beschwerdeführer: Fr. 238.20], act. IIC 3.1 [KVG-Prämie Ehefrau: Fr. 256.10], act. IID 4.1 [KVG-Prämie Tochter: Fr. 47.70]) betrachtet, so ergibt sich eindeutig, dass die gemahnten Prämien die Versicherungsverhältnisse mit der Ehefrau und der Tochter D. _____ betrafen (Fr. 303.80 [Fr. 256.10 + Fr. 47.70]), auch wenn auf den Zahlungserinnerungen fälschlicherweise die (frühere) Kundennummer des Beschwerdeführers vermerkt war. Die Rechnungen selbst (act. IIC 3.6 f.) waren jedenfalls unmissverständlich.

Was schliesslich die unbezahlt gebliebene Selbstbehaltrechnung vom 22. Dezember 2014 (act. IIC 3.2; act. IIB 2.8 f.) anbelangt, wird in der Be-

schwerdeantwort (Ziff. D. 4.) korrekt festgehalten, dass der Beschwerdeführer die Forderung von Fr. 9.75 nicht bestreitet. Auch aus den Akten ergeben sich keine Anhaltspunkte für eine Nichtschuld.

4.

4.1 Beahlt die versicherte Person fällige Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht, so hat der Versicherer ihr, nach mindestens einer schriftlichen Mahnung, eine Zahlungsaufforderung zuzustellen, ihr eine Nachfrist von 30 Tagen einzuräumen und sie auf die Folgen des Zahlungsverzuges hinzuweisen (Art. 64a Abs. 1 KVG). Der Versicherer muss die Zahlungsaufforderung bei Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen spätestens drei Monate ab deren Fälligkeit zustellen. Er muss sie getrennt von allfälligen anderen Zahlungsausständen zustellen (Art. 105b Abs. 1 KVV). Beahlt die versicherte Person trotz Zahlungsaufforderung die Prämien, Kostenbeteiligungen und Verzugszinse nicht innert der gesetzten Frist, so muss der Versicherer die Betreibung anheben (Art. 64a Abs. 2 Satz 1 KVG).

4.2 Nach der Rechtsprechung sind die Versicherer befugt, den gegen eine (noch nicht rechtskräftig festgesetzte) Prämienforderung im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erhobenen Rechtsvorschlag im Rahmen des Verwaltungsverfahrens mittels Verfügung oder Einspracheentscheid aufzuheben (vgl. Art. 79 des Bundesgesetzes über Schuldbetreibung und Konkurs vom 11. April 1889 [SchKG; SR 281.1]). Dabei muss ausdrücklich auf die Betreibung Bezug genommen und der Rechtsvorschlag als aufgehoben erklärt werden. Die Verwaltungsbehörde fällt in dieser Konstellation nicht nur einen Sachentscheid, sondern handelt gleichzeitig auch als Rechtsöffnungsinstanz. Gleiches gilt im Beschwerdefall für die Gerichte (BGE 121 V 109 E. 2 S. 110, 119 V 329 E. 2b S. 331; SVR 2010 KV Nr. 6 S. 28 E. 2.1).

4.3 Gestützt auf Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 26 Abs. 1 ATSG sind für fällige Prämien Verzugszinsen zu leisten. Der Satz beträgt 5% im Jahr (Art. 105a KVV).

4.4 Verschuldet die versicherte Person Aufwendungen, die bei rechtzeitiger Zahlung nicht entstanden wären, so kann der Versicherer angemessene Bearbeitungsgebühren erheben, sofern er in seinen allgemeinen Bestimmungen über die Rechte und Pflichten der Versicherten eine entsprechende Regelung vorsieht (Art. 105b Abs. 2 KVV; vgl. BGE 125 V 276).

5.

5.1 Aufgrund der Akten ist erstellt und zudem unbestritten, dass die Beschwerdegegnerin das gesetzlich vorgeschriebene Mahn- und Vollstreckungsverfahren (vgl. E. 4.1 f. hiervor) korrekt durchgeführt hat. So hat sie sowohl betreffend die Prämienausstände als auch betreffend die offene Kostenbeteiligung zunächst je eine Mahnung und in der Folge je eine letzte Zahlungsaufforderung zugestellt, letztere verbunden mit einer Nachfrist von 30 Tagen und dem Hinweis auf die Folgen des Nichtbezahlens (vgl. act. IIB 2.8-2.15). In masslicher Hinsicht bestreitet der Beschwerdeführer die im Streit liegende Forderung nicht. Insbesondere erhebt er keine Einrede einer Tilgung (vgl. Art. 81 Abs. 1 SchKG).

5.2 Verzugszinsen sind auf fälligen Prämien zu entrichten (vgl. E. 4.3 hiervor). Die Versicherer können in den Versicherungsbedingungen die Fälligkeit der Prämien autonom regeln. Gemäss Art. 3 Ziff. 1 der AVB (act. II 1) sind die Prämien im Voraus zu bezahlen (vgl. auch Art. 90 KVV). Damit wären die im Streit liegenden Versicherungsprämien jeweils bereits am Ende des Vormonats fällig gewesen. Wenn die Beschwerdegegnerin (erst) ab dem 6. Juli 2015 Zinsen verlangt (vgl. act. IIB 2.16 f.), lässt sich dies nicht beanstanden. Auch die Höhe (5%) der geltend gemachten Zinsen gibt zu keinen Bemerkungen Anlass (vgl. E. 4.3 hiervor).

5.3 Die Beschwerdegegnerin ist bei Zahlungsausständen befugt, Verwaltungskosten – insbesondere die Kosten für Mahnungen, Zahlungsaufforderungen und Betreibungen – zu erheben (Art. 105b Abs. 2 KVV i.V.m. Art. 3 Ziff. 1 AVB [E. 4.4 hiervor]). Damit ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin angemessen erscheinende Aufforderungskosten (Mahnspesen) von zunächst jeweils Fr. 10.-- (act. IIB 2.8, 2.10 f., 2.14)

bzw. schliesslich jeweils Fr. 30.-- (act. IIB 2.9, 2.12 f., 2.15), total Fr. 120.--, sowie Dossiereröffnungskosten von Fr. 120.-- in Rechnung stellte.

5.4 Nach dem Ausgeführten erweist sich die gegen den Einspracheentscheid vom 19. Januar 2016 (act. IIB 2.25) erhobene Beschwerde als unbegründet und ist abzuweisen. Der Rechtsvorschlag in der Betreuung Nr. ... des Betreibungsamtes C._____, bleibt im Umfang von Fr. 1'464.95 nebst Zins zu 5% auf Fr. 1'224.95 seit dem 6. Juli 2015 aufgehoben. Der Beschwerdegegnerin ist in diesem Umfang die definitive Rechtsöffnung zu erteilen.

6.

6.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 KVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

6.2 Dem Beschwerdeführer ist bei diesem Verfahrensausgang keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Die Beigeladene hat ebenfalls keinen Anspruch auf einen Ersatz der Kosten. Art. 61 lit. g ATSG schliesst die Zuspreehung einer Prozessentschädigung an den Sozialversicherungsträger im kantonalen Verfahren grundsätzlich aus und hier liegt keine mutwillige oder leichtsinnige Prozessführung vor (vgl. BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Der in der Betreuung Nr. ... des Betreibungsamtes C._____, erhobene Rechtsvorschlag bleibt im Umfang von Fr. 1'464.95 zuzüglich Zins zu 5% auf Fr. 1'224.95 seit dem 6. Juli 2015 aufgehoben und der Be-

schwerdegegnerin wird in diesem Umfang die definitive Rechtsöffnung erteilt.

3. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteidtschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - Philos Krankenversicherung AG
 - B. _____ SA
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Einzelrichter:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.