

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. drs. J.W. Heringa, mr. B.L.A. van Drunen en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202401463

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Leiden, en
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Leiden,
- hierna gezamenlijk te noemen: de zorgverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 31 maart 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 1 juli 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 10 september 2025 heeft de zorgverzekeraar de commissie een kopie gestuurd van een aan verzoekster gezonden brief waarin haar een voorstel wordt gedaan om het geschil op te lossen. De commissie heeft verzoekster bij brief van 11 september 2025 gevraagd of met dit voorstel het geschil is opgelost. Verzoekster heeft bij brieven van 24 september 2025, 1 oktober 2025, 13 oktober 2025 en 6 november 2025 gereageerd. Uit deze reacties heeft de commissie opgemaakt dat het geschil niet is opgelost en dat verzoekster de procedure wil voortzetten. Afschriften van de reacties van verzoekster zijn aan de zorgverzekeraar gezonden.
- 1.3. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 13 oktober 2025 schriftelijk meegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 14 oktober 2025 schriftelijk meegedeeld via videobellen te willen worden gehoord.
- 1.4. Partijen zijn bij brief van 29 oktober 2025 uitgenodigd voor de hoorzitting van 19 november 2025. Ondanks daartoe deugdelijk te zijn uitgenodigd is verzoekster zonder kennisgeving niet verschenen. De zorgverzekeraar is op 19 november 2025 via videobellen gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in ieder geval tot en met 19 februari 2023 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering).
- 2.2. De zorgverzekeraar heeft verzoekster bij brieven van 23 januari 2023 en 7 maart 2023 verzocht stukken over te leggen. Dit omdat hij wilde nagaan of verzoekster nog recht had op de zorgverzekering. Omdat van verzoekster geen reactie werd ontvangen, heeft de zorgverzekeraar

de zorgverzekering met terugwerkende kracht per 20 februari 2023 beëindigd. Daarnaast heeft de zorgverzekeraar de eerder door verzoekster voldane premies over de periode van 20 februari tot en met 31 december 2023 ten bedrage van totaal € 1.246,44 gerestitueerd. Een en ander heeft de zorgverzekeraar bij brief van 21 maart 2023 schriftelijk aan verzoekster bevestigd.

- 2.3. Bij brief van 14 mei 2023 heeft verzoekster de zorgverzekeraar een kopie van een loonstrook van april 2023 alsook een werkgeversverklaring gestuurd. Een en ander met het verzoek de eerder beëindigde verzekering met terugwerkende kracht te herstellen. Bij brief van 2 juni 2023 heeft zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld hiertoe niet over te gaan.
- 2.4. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar nadien een kopie van een loonstrook van juni 2023 gestuurd. Dit heeft erin geresulteerd dat de zorgverzekeraar heeft besloten de zorgverzekering van verzoekster met ingang van 8 juni 2023 te herstellen. Nadien heeft de zorgverzekeraar de premies over de periode van 8 juni tot en met 31 december 2023 - ten bedrage van totaal € 813,59 - geïncasseerd.
- 2.5. Verzoekster heeft vervolgens de zorgverzekeraar bij brieven van verschillende data verzocht de zorgverzekering (ook) voor de periode van 20 februari 2023 tot en met 7 juni 2023 te herstellen. Bij brieven van onder andere 17 juli 2024 heeft de zorgverzekeraar verzoekster meegedeeld hiertoe niet over te gaan.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar niet gerechtigd was om haar zorgverzekering met ingang van 20 februari 2023 te beëindigen onderscheidenlijk dat hij deze na ontvangst van de loonstrook van april 2023 met terugwerkende kracht tot die datum had moeten herstellen.
- 3.2. Verzoekster heeft hiertoe aangevoerd dat in 2023 niets in haar situatie is gewijzigd ten opzichte van de jaren daarvoor. Zo is zij al vanaf maart 2006 in dienst bij een Nederlandse werkgever. Dat de zorgverzekeraar telkens van haar verlangt dat zij aantoont nog recht te hebben op de zorgverzekering is frustrerend. Na een bezoek aan de huisarts ontdekte verzoekster dat de zorgverzekeraar haar zorgverzekering met terugwerkende kracht tot 20 februari 2023 had beëindigd. De brieven die de zorgverzekeraar begin 2023 toezond, heeft zij door persoonlijke omstandigheden pas in mei kunnen openen en direct daarna heeft verzoekster een loonstrook van april 2023 en een werkgeversverklaring ingestuurd. Om onverklaarbare redenen blijft de zorgverzekeraar zich op het standpunt stellen dat uit de loonstrook niet blijkt dat zij loonheffing betaalt. Dit standpunt is onjuist, aangezien op de betreffende loonstrook een 'J' staat vermeld, wat betekent dat er geen loonheffing wordt ingehouden omdat de heffingskorting hoger uitkomt dan de loonheffing.
- 3.3. In reactie op het door de zorgverzekeraar bij brief van 10 september 2025 gedane voorstel, waarvan een afschrift aan de commissie is gestuurd, stelt verzoekster dat dit niet overeenkomt met de door haar voorgestelde oplossing, waarbij zij verwijst naar haar brief van 12 december 2024.

4. Standpunt zorgverzekeraar

- 4.1. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat hij de taak heeft om op regelmatige basis te controleren of zijn verzekerden nog recht hebben op een Nederlandse zorgverzekering. Een handvat hierbij is of de betreffende verzekerde nog staat ingeschreven in de Basisregistratie Personen (BRP). In de situatie van verzoekster is gebleken dat zij in de periode van 3 februari 2010 tot 12 juni 2023 niet

in de BRP stond ingeschreven. Gelet op het ontbreken van een BRP-registratie zag de zorgverzekeraar zich genooddaakt de verzekeringsplicht vast te stellen aan de hand van een Wlz (Wet langdurige zorg)-verklaring. De laatste verklaring die de zorgverzekeraar ontving dateerde van 19 juli 2020. Omdat een Wlz-verklaring maar drie jaar geldig is, heeft de zorgverzekeraar verzoekster bij brief van 23 januari 2023 verzocht hem vóór 19 februari 2023 een nieuwe Wlz-verklaring te sturen. Omdat de zorgverzekeraar hierop geen reactie ontving, heeft hij bij brief van 7 maart 2023 verzoekster opnieuw in de gelegenheid gesteld een nieuwe Wlz-verklaring aan te leveren, ditmaal vóór 20 maart 2023. Omdat de zorgverzekeraar ook op dit verzoek geen reactie ontving, heeft hij de zorgverzekering van verzoekster met terugwerkende kracht tot 20 februari 2023 beëindigd. Een en ander is verzoekster bij brief van 21 maart 2023 meegedeeld. De gevolgde procedure is in lijn met de 'Richtlijn toepassing gereede twijfel verzekeringsplicht Zorgverzekeringswet'.

- 4.2. Nadat de zorgverzekering van verzoekster was beëindigd, heeft zij de zorgverzekeraar zowel een loonstrook van april 2023 als een werkgeversverklaring gestuurd. Uit de overgelegde loonstrook blijkt niet dat er op het loon loonheffing wordt ingehouden. Hetzelfde geldt voor de overgelegde werkgeversverklaring, waarbij de zorgverzekeraar nog opmerkt dat de werkgever niet het officiële formulier heeft gebruikt. Een en ander leidt ertoe dat de zorgverzekering van verzoekster niet met terugwerkende kracht kon worden hersteld. Dat er loonheffingskorting wordt toegepast betekent nog niet dat er ook loonheffing wordt betaald.
Voor de volledigheid merkt de zorgverzekeraar op dat het mogelijk is dat een verzekerde in meerdere landen werkzaamheden verricht. Ook in een dergelijke situatie kan een Wlz-verklaring van de Sociale Verzekeringsbank (SVB) uitkomst bieden. Een en ander volgt uit eerdergenoemde 'Richtlijn toepassing gereede twijfel verzekeringsplicht Zorgverzekeringswet'.
- 4.3. In juni 2023 heeft verzoekster een loonstrook van juni 2023 ingestuurd waaruit bleek dat op het loon loonheffing wordt ingehouden, waarna de zorgverzekering met ingang van 8 juni 2023 is hersteld. Op het moment dat verzoekster alsnog een Wlz-verklaring stuurt waaruit blijkt dat zij in heel het jaar 2023 verzekeringsplichtig is geweest, zal de zorgverzekeraar de zorgverzekering van verzoekster ook voor de eerdere maanden herstellen.
- 4.4. Bij brief van 10 september 2025 heeft de zorgverzekeraar verklaard hij het standpunt handhaaft dat de verzekeringsplicht van verzoekster op basis van de loonstrook van april 2023 en de werkgeversverklaring van 20 juni 2023 niet kan worden vastgesteld. Dit omdat daaruit niet blijkt dat er sociale premies werden ingehouden. Echter, op basis van de loonstroken van april 2023 en juni 2023 in samenhang bezien, meent de zorgverzekeraar dat het bestaan van de verzekeringsplicht ook in april 2023 in redelijkheid kan worden aangenomen. Dit leidt ertoe dat de zorgverzekeraar bereid is verzoekster tegemoet te komen door:
 - De zorgverzekering van verzoekster over de periode van 20 februari 2023 tot en met 7 juni 2023 met terugwerkende kracht te herstellen.
 - Voor zover verzoekster in voornoemde periode zorgkosten heeft gemaakt zullen deze door de zorgverzekeraar ten laste van de zorgverzekering worden vergoed.
 - De zorgverzekeraar zal over de periode van 20 februari 2023 tot en met 7 juni 2023 geen premie bij verzoekster in rekening brengen.
 - De zorgverzekeraar zal niet actief overheidsinstanties informeren over de inschrijving met terugwerkende kracht.
- 4.5. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar zijn eerder ingenomen standpunt herhaald en ter aanvulling toegelicht dat hij de zorgverzekering van verzoekster nog niet heeft hersteld omdat hij uit de laatste brieven van verzoekster heeft opgemaakt dat zij hier geen prijs op stelde. Indien verzoekster graag ziet dat de zorgverzekering alsnog met terugwerkende kracht wordt hersteld zal de zorgverzekeraar hieraan gevolg geven.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 18.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 5.2. De commissie stelt vast verzoekster in haar brief van 17 november 2025 heeft verklaard dat zij ook instemt met bindende advisering door de commissie zodat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) over de verzekeringsplicht en het einde van de verzekering zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de voor dit geschil toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 6.2. De commissie stelt vast dat de zorgverzekeraar verzoekster bij brief van 10 september 2025 een voorstel heeft gedaan om het geschil op te lossen. Verzoekster heeft, als eerder opgemerkt, verklaard dat met dit aanbod het geschil niet is opgelost, waarbij zij heeft verwezen naar een brief van 12 december 2024, gericht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen. In deze brief wordt door haar als 'oplossing' voorgesteld:

“- Reactie op mijn brief van 1 augustus 2024 waaronder met name antwoord op KLACHT 2, KLACHT 4 en KLACHT 6

 - om mij met terugwerkende kracht te verzekeren voor de periode 20 februari 2023 t/m 7 juni 2023*
 - een factuur te sturen voor het verschuldigde premiebedrag - het verschuldigde premiebedrag vervolgens gelijktijdig middels een andere factuur volledig te crediteren de gemaakte huisartskosten gedurende de periode 20 februari 2023 t/m 7 juni 2023, waarvan ik de rekening heb moeten betalen, te vergoeden (zie bijlagen)*
 - de gemaakte portokosten te vergoeden*
 - om een schriftelijke verklaring uitsluitend aan mij te verstrekken waarin staat dat ik een zorgverzekerde ben voor de periode 20 februari 2023 t/m 7 juni 2023 waarmee we de klacht als definitief opgelost kunnen beschouwen en het dossier kunnen sluiten.”*
- 6.3. Gelezen deze brief, en de bevestiging hiervan door de zorgverzekeraar ter zitting, constateert de commissie dat de zorgverzekeraar, behoudens het verzoek om vergoeding van de portokosten, bereid is aan alle genoemde punten tegemoet te komen. Aangezien verzoekster het voorstel niet heeft geaccepteerd, en evenmin heeft toegelicht wat dit voorstel betekent voor haar verzoek aan de commissie, kan de commissie niet anders dan uitgaan van het initiële verzoek dat verzoekster bij brief van 1 juli 2025 aan de commissie heeft voorgelegd. Dit verzoek ziet uitsluitend op de vraag of de zorgverzekeraar gerechtigd was om de zorgverzekering van verzoekster met ingang van 20 februari 2023 te beëindigen, onderscheidenlijk of hij deze na ontvangst van de loonstrook van april 2023 met terugwerkende kracht tot die datum had moeten herstellen.

Zorgverzekering

- 6.4. De zorgverzekeraar heeft zich ten aanzien van de beëindiging van de zorgverzekering van verzoekster onder meer beroepen op de 'Richtlijn toepassing gerede twijfel verzekeringsplicht Zorgverzekeringswet'. Met betrekking hiertoe geldt dat deze richtlijn geen wettelijke basis heeft, zodat de commissie aan de hand van de geldende wet- en regelgeving dient te bepalen of de zorgverzekering van verzoekster terecht is beëindigd. Hierbij is artikel 2 Zvw in verband met artikel 14.1, onder b, van de voorwaarden van de zorgverzekering van belang. Op grond van deze artikelen is degene die ingevolgde de Wlz is verzekerd, verplicht zich krachtens een zorgverzekering te verzekeren. Wanneer de verzekerde niet meer op grond van de Wlz is

verzekerd eindigt de verzekeringsplicht in het kader van de Zvw van rechtswege, hetgeen alsdan reden is de hierop gebaseerde verzekeringsovereenkomst onmiddellijk te beëindigen. Wie verzekerd is ingevolge de Wlz, is geregeld in de artikelen 2.1.1 en 2.1.2 Wlz. In hoofdzaak gaat het om een persoon die (i) Nederlands ingezetene is, of (ii) geen ingezetene in Nederland is, maar ter zake van in Nederland of op het continentaal plat in dienstbetrekking verrichte arbeid aan de loonbelasting is onderworpen.

- 6.5. Nederlands ingezetene is iemand die in Nederland woont en staat ingeschreven in de BRP. Door de zorgverzekeraar is in dit verband onder overlegging van uittreksels uit de BRP, gesteld en aangetoond dat verzoekster van 3 februari 2010 tot en met 12 juni 2023 niet stond ingeschreven. Aangezien verzoekster die stelling niet gemotiveerd heeft bestreden, oordeelt de commissie dat de zorgverzekeraar mocht concluderen dat zij ten tijde van de beëindiging van de zorgverzekering op 20 februari 2023 niet was aan te merken als Nederlands ingezetene.
- 6.6. Op grond van artikel 2.1.1, eerste lid, onder b, Wlz kan ook een niet-ingezetene ingevolge de Wlz verzekerd zijn en daarmee verplicht zijn een zorgverzekering af te sluiten. Voorwaarde hiervoor is dat de persoon in kwestie arbeid verricht en ter zake daarvan aan de loonbelasting is onderworpen. Verzoekster heeft aangevoerd dat dit bij haar aan de orde is en heeft daartoe een loonstrook van april 2023 en een werkgeversverklaring overgelegd. De zorgverzekeraar heeft met betrekking tot deze stukken gesteld dat uit de loonstrook van april 2023, noch de werkgeversverklaring volgt dat loonbelasting wordt betaald. De commissie kan de zorgverzekeraar hierin volgen. In dit verband wordt overwogen dat op de loonstrook van april 2023 geen 'LB/PR.VOLKSVZ' staat vermeld, waar dat wel het geval is voor de eveneens door verzoekster overgelegde loonstrook van juni 2024. De stelling van verzoekster dat op de loonstrook van april bij 'LH kort' een 'J' staat vermeld, hetgeen zou betekenen dat er sociale verzekeringspremies worden afgedragen en dat er geen bedrag staat vermeld omdat de heffingskorting hoger zou zijn dan de te betalen loonheffing, overtuigt niet.
- 6.7. Het voorgaande leidt ertoe dat de commissie aannemelijk acht dat verzoekster ook op grond van artikel 2.1.1, eerste lid, onder b, Wlz niet is verzekerd ingevolge de Wlz. Zowel door de zorgverzekeraar als de commissie is verzoekster in de gelegenheid gesteld deze aanname te ontzenuwen, door aan de Sociale Verzekeringsbank (SVB) een Wlz-verklaring te vragen. Aangezien verzoekster dit bij herhaling heeft geweigerd, oordeelt de commissie dat op 20 februari 2023 niet vaststond dat verzoekster ingevolge artikel 2.1.1. Wlz was verzekerd. Dit betekent dat de zorgverzekeraar ervan mocht uitgaan dat de verzekeringsplicht van rechtswege was geëindigd, en dat het hem, op grond van artikel 14.1, onder b, van de voorwaarden van de zorgverzekering, vrij stond de zorgverzekering van verzoekster met ingang van diezelfde datum – en dus 20 februari 2023 – te beëindigen.
- 6.8. Aangezien verzoekster nadien enkel de eerdergenoemde loonstrook van juni 2023 en de werkgeversverklaring heeft overgelegd, waaruit het bestaan van de verzekeringsplicht op 20 februari 2023 niet blijkt, hoefde de zorgverzekeraar de zorgverzekering van verzoekster ook niet met terugwerkende kracht tot die datum te herstellen.

Slotsom

- 6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 3 december 2025,

B.L.A. van Drunen

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Voorwaarden zorgverzekering
2. Wetgeving

A. Algemene voorwaarden basisverzekeringen

A.1 Waarop zijn de basisverzekeringen gebaseerd?

1.1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:

- de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de bijbehorende toelichtingen;
- het Besluit zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- de Regeling zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- interpretaties van Zorginstituut Nederland (zogenaamde 'standpunten');
- de zorgadviestrajecten van Zorgverzekeraars Nederland;
- ons eigen wetenschappelijk onderzoek conform de richtlijnen van het Zorginstituut Nederland 2015, bekrachtigd door de Hoge Raad d.d. 30 maart 2018. Een overzicht van het door ons gevoerde wetenschappelijk onderzoek vindt u op onze website zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/zorgsoort/msr;
- het aanvraagformulier dat u (verzekeringnemer) heeft ingevuld.

Als er verschil bestaat tussen deze verzekeringsvoorwaarden en één of meer wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie daarvan, gaan de wet, toelichting en interpretatie voor.

Onverzekerde zorg komt nooit voor vergoeding in aanmerking.

1.2 Ook gebaseerd op stand wetenschap en praktijk

De inhoud van de basisverzekering wordt bepaald door de overheid en is vastgelegd in de wet- en regelgeving genoemd in artikel 1.1. In deze wet- en regelgeving staat onder andere dat uw recht op zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Ontbreekt zo'n maatstaf? Dan geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Geen stand wetenschap en praktijk, toch tijdelijk recht op zorg

Van sommige zorg is de effectiviteit nog onvoldoende aangetoond. Deze zorg voldoet daardoor niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Soms heeft u op deze zorg tijdelijk al wel recht. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport was tot 1 januari 2019 bevoegd om zorg op basis van "voorwaardelijke toelating" voor een bepaalde periode toe te wijzen. Voor een overzicht van deze zorg verwijzen wij u naar artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Dit artikel kunt u vinden op: <https://wetten.overheid.nl/ci1.3:c:BWBR0018715&hoofdstuk=2¶graaf=1&sub-paragraaf=1.1&artikel=2.2&z=2020-05-09&g=2020-05-09>. In deze Regeling is onder artikel 2.2.2 en 2.2.3 ook de tijdelijke aanspraak op paramedische herstellende zorg voor patiënten die ernstige COVID-19 hebben doorgemaakt, opgenomen.

1.3 Samenwerking met gemeenten

Wij hebben afspraken gemaakt met gemeenten om de zorg in uw eigen omgeving zo goed mogelijk te organiseren. Bepaalde onderdelen van deze zorg worden door ons vergoed (zoals bijvoorbeeld de verpleging en verzorging in uw eigen omgeving). Andere zorgonderdelen, bijvoorbeeld begeleiding, worden door de gemeente vergoed op basis van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Wij zijn op basis van artikel 14a van de Zorgverzekeringswet verplicht hierover afspraken te maken met de gemeente. Voor zover dit van belang is, hebben we dit in de polisvoorwaarden verwerkt. Als u, zowel zorg via de gemeente, als via ons ontvangt, dan kunt u hierover contact met ons opnemen.

A.2 Wat verzekert de basisverzekering en voor wie is deze bedoeld?

2.1 Recht op zorg

Met deze basisverzekering heeft u recht op zorg. De overheid bepaalt welke zorg verzekerd is. De verzekering kan worden afgesloten met of voor:

- verzekeringplichtigen die in Nederland woonachtig zijn;
- verzekeringplichtigen die in het buitenland wonen.

In het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' vindt u de vormen van zorg die vallen onder uw basisverzekering.

2.2 Procedure verzekering afsluiten

U (verzekeringnemer) meldt zich bij ons voor de basisverzekering aan, door een aanvraagformulier volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen. Of door op onze website het aanvraagformulier in te vullen.

2.3 Aanmelding en inschrijving

Als u zich aanmeldt, gaan wij na of u voldoet aan de voorwaarden voor inschrijving volgens de Zorgverzekeringswet. Voldoet u hieraan? Dan geven wij een polisblad af. De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd op het polisblad. Dit polisblad ontvangt u (verzekeringnemer) 1 keer per jaar van ons. U ontvangt ook een zorgpas van ons. Het polisblad of de zorgpas moet u aan de zorgverlener tonen bij het inroepen van zorg. Daarna bestaat recht op zorg volgens de Zorgverzekeringswet.

2.4 De Zorgverzekeringswet bepaalt op welke zorg u recht heeft en hoeveel

Op welke zorg u recht heeft, is vastgelegd in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Hierin staat om welke zorg het gaat (de inhoud) en om hoeveel zorg het gaat (de omvang). U heeft slechts recht op zorg, als u redelijkerwijs op de inhoud en omvang daarvan aangewezen bent. Wij kunnen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg controleren op rechtmatigheid en doelmatigheid.

A.14 Wanneer beëindigen wij uw basisverzekering?

14.1 In sommige gevallen beëindigen wij uw basisverzekering

Wij beëindigen uw basisverzekering:

- met ingang van de dag die volgt op de dag waarop u niet meer voldoet aan de eisen voor inschrijving in de basisverzekering;
- op het tijdstip waarop u niet meer verzekerd bent op basis van de Wet langdurige zorg (Wlz);
- als u militair in werkelijke dienst wordt;
- bij aangetoonde fraude zoals staat in artikel [A.20](#) van deze algemene voorwaarden basisverzekeringen;
- bij overlijden;
- als wij geen basisverzekering meer mogen aanbieden of uitvoeren, doordat onze vergunning om een schadeverzekeringsbedrijf uit te oefenen, is gewijzigd of ingetrokken. Wij sturen u dan uiterlijk 2 maanden van tevoren hier een bericht over.
- als wij vanwege voor ons van belang zijnde redenen de basisverzekering uit de markt halen, mogen wij eenzijdig uw basisverzekering beëindigen.

Beëindigen wij uw verzekering? Dan ontvangt u (verzekeringnemer) daar van ons een bericht van. In dit bericht leest u, waarom wij uw verzekering beëindigen en op welke datum deze eindigt.

14.2 Basisverzekering vervalt ook bij onrechtmatige inschrijving

Komt voor u een verzekeringsovereenkomst tot stand op grond van de Zorgverzekeringswet, en blijkt later dat u geen verzekeringsplicht had? Dan vervalt de verzekeringsovereenkomst met terugwerkende kracht tot het moment waarop u niet langer verzekeringsplicht had. Heeft u (verzekeringnemer) premie betaald, terwijl u geen verzekeringsplicht meer had? Dan verrekenen wij die premie met de vergoeding van de kosten van de zorg die u (verzekeringnemer) sindsdien heeft ontvangen. Wij betalen het saldo aan u (verzekeringnemer) uit, als u (verzekeringnemer) meer premie heeft betaald dan dat u (verzekeringnemer) aan vergoeding heeft ontvangen. Heeft u (verzekeringnemer) meer vergoeding ontvangen dan u (verzekeringnemer) aan premie heeft betaald? Dan brengen wij die kosten bij u (verzekeringnemer) in rekening. Wij gaan hierbij uit van een maand van 30 dagen.

14.3 Beëindigen als u bent aangemeld op grond van artikel 9a tot en met d van de Zorgverzekeringswet

14.3.1 Verzekerd op grond van de Wet opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering

Heeft het CAK u bij ons verzekerd op grond van de Wet opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering? Dan kunt u deze verzekering nog ongedaan maken (vernietigen). Dit moet gebeuren binnen 2 weken, te rekenen vanaf de datum waarop het CAK u heeft geïnformeerd over dat u bij ons verzekerd bent. Om de verzekering te kunnen vernietigen, moet u aan het CAK en aan ons aantonen dat u in de afgelopen periode al verzekerd bent geweest krachtens een andere zorgverzekering. Het gaat om de periode zoals bedoeld in artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet.

14.3.2 Vernietiging van de verzekeringsovereenkomst

Wij zijn bevoegd een met u gesloten verzekeringsovereenkomst te vernietigen vanwege dwaling, als achteraf blijkt dat u op dat moment niet verzekeringsplichtig was. Hiermee kijken wij af van artikel 931, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

14.3.3 Niet opzeggen in de eerste 12 maanden van de looptijd

U kunt de basisverzekering als bedoeld in artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet niet opzeggen in de eerste 12 maanden van de looptijd. Hiermee wijkt u af van artikel 7 van de Zorgverzekeringswet, tenzij het vierde lid van dat artikel van toepassing is. Dan kunt u wel opzeggen.

A.15 Wanneer heeft u recht op de vergoeding van zorg in het buitenland?

15.1 Zorg in een verdragsland, EU- of EER-staat

Gebruikt u zorg in een verdragsland, EU- of EER-staat? Dan kunt u kiezen uit aanspraak op:

- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, op grond van bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening, of zoals is bepaald in het desbetreffende verdrag;
- vergoeding van de kosten van zorg door een ziekenhuis of Zelfstandig behandelcentrum (ZBC) in het buitenland waarmee wij een contract hebben;
- vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal het door ons gecontracteerde tarief in de situatie dat een gecontracteerd ziekenhuis of ZBC in het buitenland een diagnostisch deel van de gecontracteerde behandeling laat uitvoeren door een andere zorgverlener waar het gecontracteerde ziekenhuis of ZBC een samenwerkingsverband mee heeft;
- vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling. U heeft dan recht op vergoeding volgens het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' tot maximaal:
 - de lagere vergoeding als deze bij een vergoeding in het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' wordt genoemd;
 - het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);
 - het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.

De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent.

Let op!

Voor zorg in het buitenland gelden naast het in dit artikel bepaalde óók de voorwaarden en uitsluitingen zoals die voor deze zorg in Nederland gelden. Is er bijvoorbeeld een verwijzing nodig? Dan geldt dit ook in het buitenland.

Zorgverzekeringswet

Artikel 2

1. Degene die ingevolge de Wet langdurige zorg en de daarop gebaseerde regelgeving van rechtswege verzekerd is, is verplicht zich krachtens een zorgverzekering te verzekeren of te laten verzekeren tegen het in artikel 10 bedoelde risico.
2. In afwijking van het eerste lid is niet verzekeringsplichtig:
 - a. de militaire ambtenaar in werkelijke dienst als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel a juncto onderdeel b, van de Wet ambtenaren defensie, alsmede de militair aan wie buitengewoon verlof met behoud van militaire inkomsten is verleend;
 - b. de natuurlijke persoon die op grond van artikel 64, eerste lid, van de Wet financiering sociale verzekeringen is ontheven van de verplichtingen, opgelegd op grond van de Wet langdurige zorg.
3. Degene die het gezag over een minderjarige, jonger dan achttien jaar, uitoefent, een curator, een bewindvoerder of een mentor als bedoeld in de titels 16, 19 of 20 van Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek, zorgt ervoor dat de minderjarige verzekeringsplichtige, dan wel de onder curatele, bewind of mentorschap gestelde verzekeringsplichtige krachtens een zorgverzekering verzekerd is.

Wet langdurige zorg

§ 1. De kring van verzekerden

Artikel 2.1.1

1. Verzekerd overeenkomstig de bepalingen van deze wet is degene, die:
 - a. ingezetene is;
 - b. geen ingezetene is, doch ter zake van in Nederland of op het continentaal plat in dienstbetrekking verrichte arbeid aan de loonbelasting is onderworpen.
2. In afwijking van het eerste lid zijn vreemdelingen die niet rechtmatig in Nederland verblijf genieten als bedoeld in artikel 8, onder a tot en met e en l, van de Vreemdelingenwet 2000, niet verzekerd.
3. In afwijking van het tweede lid zijn verzekerd:
 - a. kinderen in Nederland geboren uit een in Nederland wonende vreemdeling die rechtmatig verblijf geniet als bedoeld in artikel 8, onder a tot en met e of l, van de Vreemdelingenwet 2000, dan wel in het buitenland geboren uit in Nederland wonende ouders die rechtmatig verblijf genieten als bedoeld in artikel 8, onder a tot en met e of l, van de Vreemdelingenwet 2000;
 - b. kinderen die door in Nederland wonende personen met de Nederlandse nationaliteit dan wel met rechtmatig verblijf als bedoeld in artikel 8, onder a tot en met e of l, van de Vreemdelingenwet 2000, worden geadopteerd en voor wie met het oog op adoptie beginseltoestemming is verleend op grond van artikel 2 van de Wet opnemings buitenlandse kinderen ter adoptie. De verzekering gaat in vanaf het moment van adoptie naar het recht van het land waar het kind zijn gewone verblijf heeft of vanaf het moment van de gezagsoverdracht van het kind met het oog op adoptie aan een echtpaar of een persoon die zijn gewone verblijf in Nederland heeft en die de procedure van opnemings ter adoptie van een kind ingevolge de Wet opnemings buitenlandse kinderen ter adoptie heeft gevolgd.
4. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kan, in afwijking van het eerste lid, uitbreiding dan wel beperking worden gegeven aan de kring der verzekerden.
5. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kan, in afwijking van het eerste en tweede lid, uitbreiding worden gegeven aan de kring der verzekerden voor zover het betreft:
 - a. vreemdelingen die rechtmatig in Nederland arbeid verrichten dan wel hebben verricht;
 - b. vreemdelingen die, na in Nederland rechtmatig verblijf te hebben genoten als bedoeld in artikel 8, onder a tot en met e en l, van de Vreemdelingenwet 2000, tijdig toelating in aansluiting op dat verblijf hebben aangevraagd, dan wel bezwaar hebben gemaakt of beroep hebben ingesteld tegen de intrekking van het besluit tot toelating, totdat op die aanvraag, dat bezwaar of dat beroep is beslist.

Artikel 2.1.2

Zo nodig in afwijking van artikel 2.1.1 en de daarop berustende bepalingen:

- a. wordt als verzekerde aangemerkt de persoon van wie de verzekering op grond van deze wet voortvloeit uit de toepassing van bepalingen van een verdrag of van een besluit van een volkenrechtelijke organisatie;
- b. wordt niet als verzekerde aangemerkt de persoon op wie op grond van een verdrag of een besluit van een volkenrechtelijke organisatie de wetgeving van een andere mogendheid van toepassing is.

Artikel 2.1.3

De Sociale verzekeringsbank stelt ambtshalve en, desgevraagd, op aanvraag vast of een natuurlijke persoon voldoet aan de bij of krachtens de artikelen 2.1.1 of 2.1.2 vastgestelde voorwaarden voor het verzekerd zijn ingevolge deze wet.