

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, en Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. te Leiden
Zaak : Premie, premieachterstand, afmelding CAK, opschorting aanmelding CAK
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2014-2022, art. 16 en paragraaf 3.3. Zvw, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014-2015
Zaaknummer : 202201949
Zittingsdatum : 5 april 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. te Leiden, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 8 februari 2023 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 17 februari 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 13 maart 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 14 maart 2023 aan verzoeker gestuurd waarna verzoeker de commissie bij e-mailbericht van 29 maart 2023 aanvullende informatie heeft doen toekomen. Een kopie van dit e-mailbericht is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.3. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 april 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Zeker Polis (hierna: de zorgverzekering). Daarnaast was verzoeker tot en met 31 maart 2015 bij de ziektekostenverzekeraar aanvullend verzekerd op grond van de verzekering AV-Totaal (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Bij e-mailbericht van 16 november 2022 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar gevraagd hem af te melden als wanbetaler bij het CAK. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bij e-mailbericht van 17 november 2022 meegedeeld niet tot afmelding over te gaan.
- 3.3. Bij klachtenformulier van 17 november 2022 heeft verzoeker zich tot de SKGZ gewend. Bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft vervolgens niet tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar geleid.

4. Standpunt verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat
(i) geen sprake is van een betalingsachterstand, en

(ii) dat voor de betalingsachterstand een betalingsregeling is overeengekomen met de incassogemachtigde zodat de ziektekostenverzekeraar hem moet afmelden als wanbetaler bij het CAK respectievelijk deze aanmelding moet opschorten.

- 4.2. Verzoeker stelt alles te hebben betaald en ter onderbouwing hiervan zijn door hem drie bankafschriften overgelegd met de data 31 januari 2022, 28 februari 2022, en 30 september 2022.
Voorts verklaart verzoeker dat hij een betalingsregeling is overeengekomen met de incassogemachtigde van de ziektekostenverzekeraar.
Omdat geen betalingsachterstand bestaat zou verzoeker ook mogen overstappen naar een andere zorgverzekeraar.
- 4.3. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop aangevoerd dat hij al langere tijd met de ziektekostenverzekeraar van mening verschilt over allerlei onderwerpen. Verzoeker heeft spijt zich bij de ziektekostenverzekeraar te hebben aangemeld en zou het liefst zijn verzekering zo snel mogelijk beëindigen. Wat verzoeker met name stoort is dat hij veel geld kwijt is aan de verschuldigde premies, maar dat de ziektekostenverzekeraar maar zelden zorgkostennota's vergoed. Telkens wordt weer een en ander verrekend met het verplicht eigen risico.
- 4.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoeker te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoeker op 21 april 2015 door hem is aangemeld als wanbetaler bij het CAK, vanwege een premieachterstand over de periode van 1 oktober 2014 tot en met 30 april 2015. Van 1 mei 2015 tot en met 30 september 2016 was verzoeker de bestuursrechtelijke premie verschuldigd aan het CAK. Nadat de aanmelding per 1 oktober 2016 was opgeschort, is deze hervat op 4 december 2016 (in verband met beëindiging stabilisatieovereenkomst), en - na een volgende opschorting - wederom - met ingang van 1 januari 2017. Van 1 januari 2017 tot en met 31 december 2020 viel verzoeker weer onder het CAK-regime. Vervolgens vond opnieuw opschorting van de aanmelding plaats, waarna deze is hervat op 10 september 2021 (in verband met beëindiging van de regeling Goede Betaler), en wel met ingang van 1 oktober 2021. Vanaf 1 oktober 2021 is verzoeker de bestuursrechtelijke premie weer verschuldigd aan het CAK.
- 5.2. De betalingsachterstand beloopt over de periode van 1 oktober 2014 tot en met 31 maart 2023 naar de stand van 6 maart 2023 totaal € 3.952,47, exclusief incassokosten en rente. De gehele openstaande vordering is door de ziektekostenverzekeraar ter incasso overgedragen. Bij de incassogemachtigde van de ziektekostenverzekeraar zijn twee dossiers in behandeling. In dossier 055008225 bedraagt de vordering, naar de stand van 6 maart 2023, € 2.889,83, inclusief incassokosten en rente. In dit dossier is op 3 februari 2016 een vonnis gewezen. Het betreft uitsluitend achterstallige premievorderingen. Verzoeker heeft hiervoor geen betalingsregeling afgesproken.
In dossier 055030144 bedraagt de vordering, naar de stand van 6 maart 2023, € 3.531,85, inclusief incassokosten en rente. Genoemd bedrag bestaat hoofdzakelijk uit openstaande vorderingen ter zake van premie en eigen risico. In dit dossier is met verzoeker wel een betalingsregeling afgesproken. De door verzoeker overgelegde bankafschriften hebben betrekking op betalingen in het kader van deze regeling. Tot op heden komt verzoeker de afgesproken regeling na.
- 5.3. Omdat niet voor de gehele achterstand een betalingsregeling is overeengekomen, is opschorting van de aanmelding als wanbetaler bij het CAK niet aan de orde. Gelet op het slechte betaalverleden van verzoeker is de ziektekostenverzekeraar niet bereid de overgedragen vorderingen terug te halen. Als verzoeker ook in dossier 055008225 een betalingsregeling afspreekt, kan de aanmelding als wanbetaler bij het CAK worden opgeschort.

- 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn eerder ingenomen standpunt herhaald. Indien verzoeker ook voor de vorderingen in dossier 055008225 een betalingsregeling wil afspreken kan hij contact opnemen met de incassogemachtigde van de ziektekostenverzekeraar.
- 5.5. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

6. **Bevoegdheid van de commissie**

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 4.6 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Genoemd artikel is ook van toepassing op de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. **Beoordeling**

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) over de verplichting tot premiebetaling en de gevolgen van het niet betalen van de premie zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Bestaan en hoogte betalingsachterstand, afmelding CAK

- 7.2. Artikel 18d, tweede lid, onder a, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar een verzekerde dient af te melden bij het CAK indien alle uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden zijn afgelost of tenietgegaan. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat hij verzoeker nog niet hoeft af te melden omdat nog sprake is van een betalingsachterstand. Om inzicht te verschaffen in de hoogte van de betalingsachterstand van verzoeker, heeft de ziektekostenverzekeraar een financieel overzicht naar de stand van 6 maart 2023 overgelegd. Uit dit overzicht blijkt dat verzoeker met betrekking tot de periode van 1 oktober 2014 tot en met 31 maart 2023 niet alle verschuldigde bedragen heeft betaald en dat per saldo nog een bedrag openstaat van € 3.952,47, exclusief incassokosten en rente.
- 7.3. Ondanks daartoe door de commissie in de gelegenheid te zijn gesteld, heeft verzoeker niet aannemelijk gemaakt dat hij meer of andere betalingen heeft gedaan dan die in het overzicht zijn vermeld. Weliswaar heeft verzoeker enkele betaalbewijzen overgelegd, maar deze komen allemaal voor in het overzicht van ziektekostenverzekeraar. Daarnaast stelt verzoeker dat dat hij driemaal € 170,- heeft betaald, te weten op 31 januari 2022, 28 februari 2022, en 30 september 2022. Uit het overzicht van de ziektekostenverzekeraar blijkt evenwel dat deze betalingen zijn gestorneerd, namelijk op 1 januari 2022, 2 maart 2022, en 3 oktober 2022. Aangezien het tegendeel niet door verzoeker is aangetoond en hij evenmin heeft gesteld de gestorneerde betalingen op een later moment opnieuw te hebben gedaan, wordt door de commissie als vaststaand aangenomen dat geen sprake is geweest van een bevrijdende betaling van de eerder genoemde bedragen. Gelet op het voorgaande acht de commissie het door de ziektekostenverzekeraar overgelegde financiële overzicht juist. De enkele stelling van verzoeker dat het financiële overzicht niet klopt maakt het voorgaande niet anders. Het lag op zijn weg duidelijk te maken wat er dan precies niet klopt of welke betaalde bedragen hij in het overzicht mist. Dit heeft hij nagelaten. Het voorgaande leidt ertoe dat de betalingsachterstand over de periode van 1 oktober 2014 tot en met 31 maart 2023 naar de stand van 6 maart 2023 € 3.952,47, exclusief incassokosten en rente, bedraagt.

- 7.4. Voorts dient *afmelding* bij het CAK plaats te vinden indien op de verzekerde de schuldsanering op basis van de Wet Schuldsanering Natuurlijke Personen van toepassing is verklaard (artikel 18d, tweede lid, onder b, Zvw) óf als betrokkene door tussenkomst van een schuldhulpverlener een schuldregeling is overeengekomen (artikel 18d, tweede lid, onder c, Zvw). Gesteld noch gebleken is dat een van de hiervoor genoemde situaties bij verzoeker aan de orde is. Gelet op het voorgaande voldoet verzoeker niet aan de voorwaarden om voor *afmelding* als wanbetaler in aanmerking te komen.

Opschorting aanmelding CAK

- 7.5. De zorgverzekeraar is verplicht de aanmelding van een verzekerde als wanbetaler bij het CAK op te schorten als deze een betalingsregeling afspreekt voor de gehele vordering. Dit volgt uit artikel 18d, tweede lid, onder c, Zvw. Door de ziektekostenverzekeraar is verklaard dat hij de openstaande vordering van € 3.952,47, exclusief incassokosten en rente, in zijn geheel ter incasso heeft overgedragen aan zijn incassogemachtigde. Bij deze incassogemachtigde zijn twee dossiers in behandeling die daar zijn geregistreerd met de nummers 055030144 en 055008225. De ziektekostenverzekeraar heeft onweersproken gesteld dat verzoeker alleen voor de vorderingen in dossier 055030144 met de incassogemachtigde een betalingsregeling heeft afgesproken en niet voor de vorderingen in dossier 055008225. Omdat verzoeker geen betalingsregeling had afgesproken voor de gehele schuld, oordeelt de commissie dat de ziektekostenverzekeraar de aanmelding van verzoeker niet op grond van artikel 18d, tweede lid, onder c, Zvw hoeft op te schorten. Overigens merkt de commissie op dat verzoeker evenmin voldoet aan de andere in artikel 18d, tweede lid, Zvw genoemde mogelijkheden om de aanmelding bij het CAK op te schorten.

Slotson

- 7.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
8. **Bindend advies**
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 april 2023,

J.W. Heringa

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 sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving

2. Voorwaarden zorgverzekering

Zorgverzekeringswet

Artikel 16

1. Krachtens de zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd.
2. In afwijking van artikel 925 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek en van het eerste lid:
 - a. is geen premie verschuldigd tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin een verzekerde de leeftijd van achttien jaren heeft bereikt;
 - b. is geen premie verschuldigd over de periode, bedoeld in artikel 18d of 18e.

Artikel 18a

1. Uiterlijk tien werkdagen nadat ten aanzien van een zorgverzekering een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van twee maandpremies is geconstateerd, doet de zorgverzekeraar de verzekeringnemer een aanbod tot het treffen van een betalingsregeling.
2. De betalingsregeling bestaat ten minste uit de volgende elementen:
 - a. afspraken over de betaling van nieuw vervallende termijnen van de premie,
 - b. afspraken inzake de afwikkeling van de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden van de verzekeringnemer aan de zorgverzekeraar, inclusief rente en incassokosten, en de termijnen waarbinnen betaling zal plaatsvinden, en
 - c. een toezegging van de zorgverzekeraar, inhoudende dat hij de zorgverzekering of de dekking daarvan gedurende de looptijd van de betalingsregeling niet om reden van het bestaan van de schulden, bedoeld in onderdeel b, zal beëindigen, schorsen of opschorten, zolang de verzekeringnemer de afspraken, bedoeld in de onderdelen a en b, nakomt.
3. Indien de verzekeringnemer een ander heeft verzekerd en ten aanzien van diens verzekering een premie-achterstand als bedoeld in het eerste lid is ontstaan, omvat het aanbod, bedoeld in het eerste lid, tevens een bereidverklaring opzegging van deze verzekering met ingang van de dag waarop de betalingsregeling van kracht wordt, te aanvaarden, mits:
 - a. de verzekerde zichzelf uiterlijk met ingang van dezelfde dag krachtens een andere zorgverzekering verzekerd heeft, en
 - b. deze, indien deze zorgverzekering bij dezelfde zorgverzekeraar is gesloten, terzake van de premie voor deze verzekering een volmacht of opdracht als bedoeld in het tweede lid, onderdeel a, heeft gegeven.
4. Tegelijk met het aanbod deelt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer schriftelijk mee dat deze een termijn van vier weken heeft om het te aanvaarden, waarbij de verzekeraar bovendien aangeeft wat de gevolgen zullen zijn indien het aanbod niet wordt aanvaard en de premieschuld, rente en incassokosten buiten beschouwing gelaten, tot zes of meer maandpremies zal zijn opgelopen, en wijst hij de verzekeringnemer op de mogelijkheid van schuldhelpverlening, waarbij hij tevens informatie verstrekt over de vormen hiervan en wijze waarop deze kan worden verzocht.
5. Indien het derde lid van toepassing is, zendt de zorgverzekeraar de verzekerde tegelijk met de verzending van de in het eerste tot en met vierde lid bedoelde stukken aan de verzekeringnemer, afschriften van deze stukken.

Artikel 18aa

1. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat in daarbij aan te wijzen gevallen een aan de verzekeringnemer of zijn partner uit te betalen zorgtoeslag als bedoeld in de Wet op de zorgtoeslag of een voorschot daarop, in afwijking van artikel 25, eerste lid, van de Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen, als tegemoetkoming in de premie en, voor zover de zorgtoeslag of het voorschot daarop dan nog toereikend is, het eigen risico, geheel of gedeeltelijk, direct of door tussenkomst van het CAK aan de zorgverzekeraar wordt uitbetaald indien ten aanzien van een zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend,

een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van drie maandpremies is ontstaan.

2. Bij ministeriële regeling kunnen regels worden gesteld met betrekking tot het eerste lid.

Artikel 18b

1. Zo spoedig mogelijk nadat ten aanzien van een zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van vier maandpremies is geconstateerd, deelt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde mee dat hij voornemens is over te gaan tot de melding, bedoeld in artikel 18c, zodra de premieschuld de daar bedoelde hoogte zal hebben bereikt, tenzij de verzekeringnemer of de verzekerde hem uiterlijk vier weken na ontvangst van de mededeling heeft laten weten, het bestaan van de schuld of de hoogte ervan te betwisten.
2. Ingeval van tijdige betwisting als bedoeld in het eerste lid deelt de zorgverzekeraar, indien deze na onderzoek zijn standpunt handhaaft, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde mee dat hij het voornemen tot melding tot uitvoering zal brengen zodra de premieschuld de in artikel 18c, eerste lid, bedoelde hoogte zal hebben bereikt, tenzij de verzekeringnemer of de verzekerde binnen een termijn van vier weken na ontvangst van de in dit lid bedoelde mededeling een geschil hierover heeft voorgelegd aan een onafhankelijke instantie als bedoeld in artikel 114 of aan de burgerlijke rechter.
3. Indien een betalingsregeling als bedoeld in artikel 18a ingaat nadat ten aanzien van de zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van vier maandpremies is ontstaan, laat de zorgverzekeraar de in het eerste lid bedoelde melding achterwege zolang de nieuw vervallende termijnen van de premie worden voldaan.

Artikel 18bb

1. Naast de op incasso gerichte inspanningen, bedoeld in de artikelen 18a en 18b, verricht de zorgverzekeraar aantoonbaar voldoende inspanningen tot inning van de premie voorafgaand aan de melding, bedoeld in artikel 18c, eerste lid.
2. Bij ministeriële regeling wordt bepaald wanneer sprake is van het verrichten van aantoonbaar voldoende inspanningen als bedoeld in het eerste lid.

Artikel 18c

1. Indien ten aanzien van een zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een premieschuld ter hoogte van zes of meer maandpremies is ontstaan, meldt de zorgverzekeraar dit, onder vermelding van de voor de heffing van de bestuursrechtelijke premie alsmede voor de uitvoering van artikel 34a noodzakelijke persoonsgegevens van de verzekeringnemer en de verzekerde, aan het CAK, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, aan de verzekerde.
2. De melding geschiedt niet:
 - a. in geval van 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 aantoont dat hij in het kader daarvan een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van zijn schulden heeft gesloten;
 - e. ingeval het adres van de verzekeringnemer en, indien dit een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde, niet in de basisregistratie personen voorkomt of het adres

zoals dat is opgenomen in de administratie van de zorgverzekeraar afwijkt van het adres waaronder deze persoon of personen in de basisregistratie personen als ingezetene staat of staan ingeschreven, tenzij deze afwijking het gevolg is van een omstandigheid als bedoeld in artikel 4a, derde lid, onderdeel a tot en met c.

3. Onderdeel van de melding vormt een verklaring van de zorgverzekeraar, inhoudende dat hij artikel 18b en het tweede lid in acht heeft genomen.
4. Na de melding verleent de zorgverzekeraar aantoonbaar voldoende medewerking aan activiteiten van de verzekeringnemer of derden, gericht op aflossing van de jegens de zorgverzekeraar bestaande, uit de zorgverzekering voortvloeiende schuld.
5. Bij ministeriële regeling wordt bepaald wanneer sprake is van het verrichten van aantoonbaar voldoende medewerking als bedoeld in het vierde lid.

Artikel 18d

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,
 - b. de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, bedoeld in de Faillissementswet, op de verzekeringnemer van toepassing wordt,
 - c. door tussenkomst van een schuldhulpverlener als bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet een overeenkomst als bedoeld in artikel 18c, tweede lid, onderdeel d, is gesloten, door diens tussenkomst een buitengerechtelijke schuldregeling tot stand is gekomen waarin, naast de verzekeringnemer, ten minste zijn zorgverzekeraar deelneemt, of de zorgverzekeraar met de verzekeringnemer een betalingsregeling is overeengekomen, of
 - d. de verzekeringnemer aan bij ministeriële regeling te bepalen voorwaarden voldoet.
3. Ten behoeve van de toepassing van het tweede lid stelt de zorgverzekeraar het CAK, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde, onverwijld op de hoogte van de datum waarop een situatie als bedoeld in onderdeel a, b of c van dat lid van toepassing wordt.
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:
 - a. waarin de toepassing van de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen op grond van artikel 350, derde lid, onderdeel c, d, e, f, of g, van de Faillissementswet, is beëindigd,
 - 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 of
 - c. waarin hij niet meer voldoet aan bij de ministeriële regeling, bedoeld in het tweede lid, te bepalen voorwaarden.
5. Indien in het in het vierde lid, onderdeel b, bedoeld geval een door tussenkomst van een schuldhulpverlener als bedoeld in het tweede lid, onderdeel c, tot stand gekomen overeenkomst of regeling betreft, dient de melding, bedoeld in dat onderdeel mede door een schuldhulpverlener te zijn ondertekend.
6. Bij ministeriële regeling wordt bepaald hoe de gemiddelde premie, bedoeld in het eerste lid, wordt berekend.

2.9 Onrechtmatige inschrijving

- a. als ten behoeve van u een verzekeringsovereenkomst tot stand is gekomen op grond van de Zorgverzekeringswet en later blijkt dat u geen verzekeringsplicht had of vanaf enig moment niet meer heeft, vervalt de verzekeringsovereenkomst met terugwerkende kracht tot het moment waarop geen verzekeringsplicht (meer) bestaat;
- b. wij zullen de premie die u vanaf de dag dat uw verzekeringsplicht niet (meer) bestaat, verrekenen met de door u sindsdien voor rekening van Zorg en Zekerheid genoten zorg en het saldo aan u uitbetalen dan wel bij u in rekening brengen.

Artikel 3 Premie en eigen risico

3.1 Premiegrondslag

De premiegrondslag is de premie zonder premiekorting voor een vrijwillig eigen risico en/of korting van een collectieve overeenkomst. Uw eventuele premiekorting vindt u op uw polisblad.

3.1.1 Berekening van de premie

Grondslag van de premie	€ ,--
Korting vrijwillig gekozen eigen risico	€ ,-- -
Korting collectiviteit (% van de grondslag van de premie)	€ ,-- -
Subtotaal	
Korting betaaltermijnen (% tussenresultaat)	€ ,-- -
Te betalen premie	€ ,-- -

3.2 Wie betaalt de premie

De verzekeringnemer is verplicht premie te betalen. Een verzekerde die de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, hoeft geen premie te betalen. Premie is pas verschuldigd op de eerste dag van de kalendermaand na de 18e verjaardag. In geval van overlijden van een verzekerde is er premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden.

Voorbeeld

Iemand die op 2 februari 18 jaar wordt, betaalt premie vanaf 1 maart.

De verzekeringnemer is verplicht de premie vooraf te betalen en bijdragen te betalen, die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke bepalingen of regelingen, voor alle verzekerden. Hierbij kan gekozen worden voor maand-, kwartaal-, half jaar- of jaarbetaling. Wanneer u ervoor kiest om per half jaar of jaar te betalen, ontvangt u een korting over de verschuldigde premie. Wanneer u toetreedt tot een collectiviteit, kan het zijn dat u alleen voor een maandbetaling kunt kiezen. U heeft dan ook geen recht op de termijnkorting.

3.2.1 Premiekorting bij collectieve overeenkomst

Wanneer u gebruikmaakt van een collectieve overeenkomst, ontvangt u een korting op de premiegrondslag.

Vanaf de dag dat u geen gebruik meer kunt maken van de collectieve overeenkomst, vervallen de premiekorting en eventueel aangepaste voorwaarden zoals deze zijn overeengekomen in de collectieve overeenkomst.

3.2.2 Vrijwillig eigen risico bij toetreden collectiviteit

Wanneer u toetreedt tot een collectiviteit, kan het zijn dat de keuze voor een vrijwillig eigen risico beperkt of uitgesloten is. Wanneer u tussentijds toetreedt, kan dit tot gevolg hebben dat uw eerder gekozen vrijwillig eigen risico wordt aangepast.

3.3 Te ontvangen vergoeding verrekenen met uw premie

Het is niet toegestaan om uw te betalen premie te verrekenen met de vergoedingen die u nog van ons tegoed heeft.

Wanneer een wijziging van uw verzekering plaatsvindt, in de loop van de maand, dan hebben wij het recht de premie met ingang van de eerste dag van de daaropvolgende maand te (her)berekenen of aan u terug te betalen.

In het geval van overlijden van de verzekerde vindt verrekening of terugbetaling van de premie plaats met ingang van de dag volgende op de dag van overlijden.

3.4 Achterstand in betalen

Als u de premie, verplicht/vrijwillig eigen risico, eigen bijdragen, onterecht uitbetaalde vergoedingen of wettelijke bijdragen niet op tijd (terug)betaalt, dan ontvangt u van ons een aanmaning. Bij ontvangst van deze aanmaning heeft u dertig dagen om deze te betalen. Als u niet betaalt binnen de gestelde termijn, dan heeft u geen recht op (vergoeding van kosten voor) medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de eerste dag waarop uw betaling uiterlijk binnen had moeten zijn.

- 3.4.1 Als u een betalingsachterstand heeft van twee maandpremies, dan bieden wij u een betalingsregeling aan. Dit doen wij uiterlijk binnen tien werkdagen nadat wij de betalingsachterstand hebben vastgesteld.
- 3.4.2 Als u een betalingsachterstand heeft van vier maanden, dan ontvangt u van ons zo spoedig mogelijk de mededeling dat wij voornemens zijn over te gaan tot melding bij het CAK, zoals bedoeld in artikel 18c van de Zvw. Zodra de premieachterstand zes maanden bedraagt gaan wij de melding ook daadwerkelijk doen, tenzij u binnen vier weken na mededeling laat weten de premieachterstand of de hoogte ervan te betwisten.
- 3.4.3 Wanneer wij ons standpunt na uw betwisting handhaven, kunt u binnen vier weken na ontvangst van deze mededeling een geschil hierover aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) of een burgerlijk rechter voorleggen. Wanneer uw betalingsregeling als bedoeld in artikel 18a Zvw ingaat, nadat ten aanzien van de zorgverzekering een achterstand in de betaling van de premie van vier maanden is ontstaan, laat de zorgverzekeraar de in artikel 18b eerste lid bedoelde melding achterwege, zolang de nieuw te vervallen termijnen worden voldaan (zie artikel 18.b.3 Zvw).
- 3.4.4 Als u een betalingsachterstand heeft van zes maanden of meer, dan melden wij u aan bij het CAK. Dit doen wij onder vermelding van de voor de heffing van de bestuursrechtelijke premie en de voor de uitvoering van artikel 34a van de Zvw noodzakelijke persoonsgegevens van u als verzekeringnemer en van de eventuele verzekerden. Wij doen geen melding als u:
- de premieachterstand op tijd heeft betwist en wij ons standpunt nog niet aan u kenbaar hebben gemaakt;
 - de in het artikel 18b, tweede lid, Zvw genoemde termijn nog niet is verstreken;
 - op tijd een geschil heeft voorgelegd aan de SKGZ of een burgerlijk rechter, en op het geschil niet onherroepelijk is beslist;
 - zich heeft aangemeld bij een professionele schuldhulpverlener en aantoont dat u een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van uw schulden heeft gesloten.
- 3.4.5 Wij stellen het CAK meteen op de hoogte van de datum waarop:
- de schulden voortvloeiend uit de zorgverzekering volledig zijn of zullen zijn voldaan of tenietgaan;
 - de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, bedoeld in de Faillissementswet, op de verzekeringnemer van toepassing wordt;
 - een overeenkomst is gesloten zoals bedoeld in artikel 18c, tweede lid, onderdeel d van de Zvw (dit is een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van de schulden van de verzekeringnemer). Deze overeenkomst moet zijn gesloten door tussenkomst van een schuldhulpverlener zoals bedoeld in artikel 48 Wet op het consumentenkrediet. Of wij stellen u als verzekeringnemer en het CAK op de hoogte van de datum waarop een schuldregeling tot stand is gekomen. Aan deze schuldregeling moet, naast u als verzekeringnemer, minstens wij als zorgverzekeraar deelnemen.
- 3.4.6 Als wij een incassobureau inschakelen voor de incasso van onze vordering, dan komen alle kosten van invordering voor uw rekening, zowel de gerechtelijke als buitengerechtelijke kosten. Het bedrag van de buitengerechtelijke kosten is met ingang van 1 juli 2012 vastgesteld op een minimumbedrag van € 40,00. De buitengerechtelijke kosten bent u verschuldigd vanaf het moment waarop u in gebreke bent.
- 3.4.7 U heeft weer recht op (vergoeding van de kosten voor) zorg op de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de kosten hebben ontvangen.

3.5 Verplicht eigen risico

3.5.1 Hoogte van het verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, dan heeft u een verplicht eigen risico van € 385,00 per kalenderjaar. De hoogte van het verplicht eigen risico wordt jaarlijks vastgesteld door de overheid en geldt per verzekerde.

Het verplicht eigen risico houdt in dat u de kosten van verzekerde zorg tot dit bedrag zelf moet betalen. Het gaat hierbij om kosten die u in de loop van het kalenderjaar vanuit de basisverzekering maakt.

Voorbeeld

Denk hierbij bijvoorbeeld aan een opname in een ziekenhuis waarbij wij de kosten vergoeden van de opname. U ontvangt van ons vervolgens een rekening voor het betalen van uw verplicht eigen risico.