

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. drs. J.W. Heringa en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

Zaaknummer: 202301958

### Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem,  
hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

### 1. Samenvatting

- 1.1. Verzoeker heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte met ingang van 1 juli 2023 kosten voor het versturen van fysieke post in rekening brengt. Volgens hem is sprake van een verkapte premieverhoging en een ongelijke behandeling van verzekerden door kosten in rekening te brengen. Ook zijn de kosten te hoog en werden deze in de afgelopen jaren niet berekend. Verzoeker heeft voorts erop gewezen dat hij een incassomachtiging heeft afgegeven. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat hij zijn verzekerden eind 2019 door middel van het wijzigingsformulier voor het verzekeringsjaar 2020 heeft geïnformeerd over het in rekening brengen van kosten voor het versturen van fysieke post. Met ingang van 2020 staat in de verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering dat voor het versturen van fysieke post kosten worden berekend. De hoogte van de kosten is redelijk. Aan digitale communicatie zijn voordelen verbonden. Er wordt in dit verband geen onderscheid gemaakt tussen verzekerden.
- 1.2. De commissie overweegt dat van een premiewijziging per 1 juli 2023 niet is gebleken. Voor zover het de zorgverzekering betreft, zou een zodanige wijziging ook niet mogelijk zijn, gelet op artikel 17 Zvw. Dat de premie voor de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering en de kosten voor het versturen van fysieke post tezamen worden geïncasseerd maakt het voorgaande niet anders. Verzoeker heeft gesteld dat de ziektekostenverzekeraar geen onderscheid mag maken tussen verzekerden die fysieke post willen ontvangen - en daarvoor kosten moeten betalen - en zij die digitaal willen communiceren. De commissie overweegt dat zij eerder heeft beslist dat kosten voor het versturen van fysieke post in rekening mogen worden gebracht, als een verzekerde geen gebruik maakt van de kosteloze digitale mogelijkheid voor communicatie. De commissie overweegt in dat kader dat verzoeker heeft gesteld dat hij geen vertrouwen heeft in het digitale systeem van de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker heeft hiervoor verwezen naar een e-mailbericht waarin een disclaimer staat. De commissie kan verzoeker hierin niet volgen. Verzoeker kan kiezen voor communicatie per fysieke post, maar hieraan zijn voor de ziektekostenverzekeraar extra kosten verbonden, en het is redelijk dat deze worden gedragen door degenen die van dit alternatief gebruik wensen te maken, waarbij de commissie overweegt dat de hoogte van de kosten van € 1,25 haar niet onredelijk voorkomt.

Rest de vraag of de ziektekostenverzekeraar de kosten voor het versturen van fysieke post met ingang van 1 juli 2023 aan verzoeker in rekening mocht brengen. De ziektekostenverzekeraar heeft op grond van artikel 3.3.2 van de verzekeringsvoorwaarden met ingang van 1 juli 2023 maandelijks de kosten van fysieke post, tezamen met de premie, bij verzoeker in rekening gebracht.

Voor genoemd artikel is weliswaar reeds met ingang van 2020 in de verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering opgenomen, maar dit kan verzoeker in het onderhavige geschil niet worden tegengeworpen. De ziektekostenverzekeraar heeft namelijk in 2020, 2021 en de eerste helft van 2023 geen toepassing gegeven aan genoemd artikel. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 28 december 2023 verklaard dat in 2024 de kosten voor het versturen van papieren post niet zullen toenemen en dat hij bij een wijziging in de voor papieren post in rekening te brengen kosten voor 2025 tegen het einde van 2024 die wijziging zal communiceren. De commissie begrijpt hieruit dat de ziektekostenverzekeraar een beleid voert waarbij hij zijn verzekerden telkens tegen het einde van het jaar informeert over de wijzigingen voor het daaropvolgende jaar. Het staat vast dat de ziektekostenverzekeraar het met ingang van 1 juli 2023 in rekening brengen van € 1,25 per maand voor het versturen van fysieke post niet eind 2022 heeft gecommuniceerd met verzoeker. De commissie concludeert dat onder de gegeven omstandigheden verzoeker erop mocht vertrouwen dat (ook) in 2023 geen kosten voor het versturen van fysieke post in rekening zouden worden gebracht. De commissie wijst dit deel van het verzoek toe en bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar het betaalde entreegeld van € 37,- aan verzoeker moet vergoeden.

- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

## 2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij brief van 10 november 2023 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 28 november 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 28 december 2023, gericht aan de commissie, heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker voorgesteld de in geding zijnde kosten eenmalig te vergoeden. Een kopie van deze brief is op 29 december 2023 aan verzoeker gestuurd. Verzoeker heeft bij brief van 6 januari 2024 meegedeeld niet akkoord te gaan met het voorstel van de ziektekostenverzekeraar en een uitspraak van de commissie te wensen.
- 2.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 20 maart 2024 nogmaals aan verzoeker voorgesteld de in geding zijnde kosten eenmalig te vergoeden. Verzoeker heeft bij brief van 21 maart 2024 meegedeeld dat hij - om een goede afweging te kunnen maken - eerst een kopie wenst te ontvangen van het door de commissie gewezen bindend advies in een soortgelijke zaak. Een kopie van de brief van verzoeker is op 28 maart 2024 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.4. Verzoeker heeft bij brief van 12 april 2024 verklaard dat het geschil niet is opgelost. Een kopie hiervan is dezelfde dag aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.5. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 juni door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

## 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker is sinds 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en sinds 2020 tevens op grond

van de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Aanvullend Goed (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

- 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft sinds 2020 in de verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering het volgende opgenomen: *"Als u geen gebruikmaakt van digitale post, dan betaalt u kosten voor papieren post. U betaalt geen kosten voor de polis en de Europese gezondheidskaart (EHIC). Meer informatie en de hoogte van de kosten voor papieren post vindt u op onze website."*  
In het verzekeringsjaar 2023 betreft dit artikel 3.3.2 van de verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft in mei 2023 per brief aangekondigd dat hij voor het versturen van fysieke post met ingang van 1 juli 2023 een bedrag van € 1,25 per maand in rekening brengt. Verzoeker heeft op 29 mei 2023 telefonisch een klacht hierover ingediend, waarop de ziektekostenverzekeraar telefonisch heeft gereageerd, onder handhaving van zijn beslissing.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 12 juli 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft. Het daaropvolgende herhaalde aanbod van de ziektekostenverzekeraar om de in geding zijnde kosten eenmalig te vergoeden heeft verzoeker niet geaccepteerd.

#### 4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte met ingang van 1 juli 2023 kosten voor het versturen van fysieke post in rekening brengt.
- 4.2. Verzoeker heeft met zijn brief van 3 juli 2023 het wijzigingsoverzicht voor de verzekeringsjaren 2021 en 2022 meegestuurd, alsook de verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekering 2022. Hij verwijst naar de bepaling die ziet op het afgeven van een machtiging tot automatische incasso bij het gebruik van de kosteloze betaalmogelijkheid. Verzoeker stelt dat hij een machtiging voor automatische incasso heeft afgegeven en daarom niet extra hoeft te betalen voor het versturen van fysieke post. Daarnaast stelt verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar met het in rekening brengen van maandelijkse kosten voor het versturen van fysieke post de premie heeft verhoogd. Verzoeker verwijst hierbij naar artikel 5.1 van de verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekering 2022 waarin de mogelijkheid tot wijziging van de premie(grondslag) is bepaald.
- 4.3. In zijn brief van 10 november 2023, gericht aan de commissie, herhaalt verzoeker dat er in dit geval sprake is van een verkapte premieverhoging. Hij verklaart in dit verband dat de bestreden maandelijkse kosten niet apart zijn vermeld op zijn bankafschriften. Volgens verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar twee jaar niets gecommuniceerd over het in rekening brengen van deze kosten. Hij vindt het niet klantvriendelijk dat medio 2023 deze kosten wel in rekening worden gebracht. Verzoeker stelt dat door de maatregel, verzekerden die afhankelijk zijn van fysieke post, worden uitgesloten. Volgens hem gaat de ziektekostenverzekeraar ervan uit dat iedereen digitaal werkt, maar dat is niet altijd het geval. De ziektekostenverzekeraar verwijst voor meer informatie over de kosten voor het versturen van fysieke post naar de website, maar voor verzekerden zonder digitale middelen is deze niet te raadplegen. Volgens verzoeker mag de ziektekostenverzekeraar geen onderscheid maken tussen verzekerden die per fysieke post of digitaal willen communiceren, in die zin dat verzekerden die door middel van fysieke post willen communiceren hiervoor kosten moeten betalen.
- 4.4. Met zijn brief van 6 januari 2024 heeft verzoeker gereageerd op het voorstel van de ziektekostenverzekeraar om de kosten voor het versturen van fysieke post eenmalig aan hem te vergoeden. Verzoeker heeft dit voorstel niet geaccepteerd en heeft verklaard dat de ziektekostenverzekeraar doorgaat met het onder druk zetten teneinde hem te laten overstappen naar digitale communicatie. In zijn reactie op het voorstel gaat verzoeker ook inhoudelijk in op

de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat in een eerder bindend advies door de commissie is bepaald dat het redelijk is dat verzekerden die afwijken van kosteloze digitale communicatie, de kosten dragen voor het alternatief. Verzoeker verklaart dat de ziektekostenverzekeraar maandelijks € 1,25 in rekening brengt, terwijl in het bindend advies een bedrag van € 1,- is bepaald. Gelet op het aantal brieven dat hij van de ziektekostenverzekeraar ontvangt betaalt verzoeker gemiddeld € 10,- per jaar teveel. Verzoeker verwijst verder naar een e-mailbericht van de ziektekostenverzekeraar waarin onderaan de pagina een disclaimer staat. Volgens verzoeker is het onbegrijpelijk dat de ziektekostenverzekeraar op deze manier met vertrouwelijke gegevens omgaat. Dit geeft hem geen vertrouwen in het digitale systeem van de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker verklaart voorts dat de ziektekostenverzekeraar voor bepaalde groepen, te weten mensen die vóór 1 januari 1945 zijn geboren, mensen die in het buitenland wonen, mensen die zijn aangemeld bij het CAK of mensen die onder bewind staan, wél een uitzondering maakt. Zij hoeven namelijk geen kosten voor het versturen van fysieke post te betalen.

- 4.5. Verzoeker heeft, naar aanleiding van het herhaalde voorstel van de ziektekostenverzekeraar tot vergoeding van € 7,50 en het entreegeld van € 37,-, bij brief van 12 april 2024 verklaard dat het geschil daarmee niet is opgelost. Verzoeker stelt dat hij de ziektekostenverzekeraar heeft gemachtigd tot automatische incasso van premie en overige kosten en dat dit als alternatief voor digitale communicatie dient te gelden.
- 4.6. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop verklaard dat hij een machtiging tot automatische incasso heeft afgegeven, zodat hij voor het ontvangen van acceptgiro's niet meer hoefde te betalen. Er was volgens hem geen sprake van nog eens extra betalen voor de kosten van fysieke post. Daarnaast door de commissie gevraagd heeft verzoeker verklaard dat hij het eerder gedane voorstel van de ziektekostenverzekeraar niet heeft geaccepteerd, omdat hij dan nog steeds in 2024 een bedrag van € 1,25 per maand moet betalen. Hij vindt dit onredelijk, omdat hij circa vijf brieven per jaar van de ziektekostenverzekeraar ontvangt. Verzoeker heeft verder verklaard dat hij zijn zorgverzekering voor 2024 niet heeft opgezegd. Hij voelt zich gediscrimineerd, omdat alleen de groep die niet digitaal vaardig is, extra moet betalen. Hij merkt op dat alle leden van de ziektekostenverzekeraar betalen voor de zorg, ook als zij daarvan geen gebruik maken. Zo zou het ook voor de kosten van het versturen van fysieke post moeten zijn.

## 5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn heroverweging van 12 juli 2023 verklaard dat met digitale communicatie zijn verzekerden sneller en veiliger kunnen worden geholpen. Ook is digitale communicatie beter voor het milieu en goedkoper dan fysieke post. De ziektekostenverzekeraar heeft voorts gesteld dat iedere verzekerde die fysieke post ontvangt hetzelfde bedrag per maand betaalt. Voor ouderen wordt hierop geen uitzondering gemaakt, omdat sommigen wel digitaal vaardig zijn of op hogere leeftijd hulp krijgen bij hun administratie. Voor ouderen waarbij dit niet het geval is, blijft het mogelijk om fysieke post te ontvangen, aldus de ziektekostenverzekeraar. Het is volgens hem geen verplichting, maar als verzoeker gebruik wil blijven maken van fysieke post, dan wordt er voor het versturen daarvan € 1,25 per maand in rekening gebracht.
- 5.2. Bij zijn reactie van 28 december 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar een printscreen van de website meegestuurd. Hierop staat het wijzigingsoverzicht voor het verzekeringsjaar 2020. Daarin is meegedeeld dat vanaf medio 2020 een bijdrage van € 1,25 per maand voor fysieke post in rekening wordt gebracht. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar erop gewezen dat het betalen voor het versturen van fysieke post sinds 2020 is opgenomen in de verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende verzekering. De kosten voor het versturen van fysieke post worden in 2024 eveneens in rekening gebracht. Hij verwijst hiervoor naar artikel 3.3.2 en artikel 3.3.3. van de verzekeringsvoorwaarden. Een eventuele wijziging in de hoogte van deze kosten zal volgens de ziektekostenverzekeraar tegen het einde van 2024 worden gecommuniceerd.
- 5.3. Verzekerden die fysieke post ontvangen betalen allemaal hetzelfde bedrag, zodat wordt voorkomen dat verzekerden die meer zorg ontvangen onevenredig worden benadeeld.

Het bedrag van € 1,25 per maand is ter dekking van de kosten en betreft geen premie. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar een bindend advies (SKGZ201900905) van de commissie, waarin is beslist dat het redelijk is dat verzekerden die afwijken van kosteloze digitale communicatie, de kosten dragen voor het alternatief. Volgens de ziektekostenverzekeraar is geen sprake van uitsluiting van verzekerden, omdat hij iedere verzekeringsplichtige accepteert voor de zorgverzekering.

- 5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij, na afweging van alle omstandigheden, aan verzoeker heeft voorgesteld de kosten voor het versturen van fysieke post in de periode van 1 juli 2023 tot 1 januari 2024 eenmalig te vergoeden. Het totaalbedrag hiervan is € 7,50. Ook heeft de ziektekostenverzekeraar in dat kader aangeboden het entreegeld van € 37,- aan verzoeker te vergoeden.
- 5.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn aanbod herhaald. Dit geldt volgens hem niet voor 2024. Het in rekening brengen van € 1,25 per maand voor de kosten van fysieke post is bij verzoeker bekend en hij heeft besloten de zorgverzekering in 2024 te houden. De ziektekostenverzekeraar heeft verder toegelicht dat de afgegeven machtiging voor automatische incasso ziet op de wijze van betalen. Dat staat los van het betalen van € 1,25 voor de kosten van fysieke post. Een betaalwijze is bijvoorbeeld automatische incasso, maar het kan ook via een betaallink in een e-mailbericht. De ziektekostenverzekeraar heeft verder verklaard dat diegenen die gebruik maken van fysieke post, waardoor extra kosten worden gemaakt, die kosten moeten betalen. De ziektekostenverzekeraar is wettelijk verplicht iedereen aan te nemen voor de zorgverzekering. Van discriminatie is volgens de ziektekostenverzekeraar daarom geen sprake.

## 6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 10.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 7.1 van de voorwaarden van 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 het Burgerlijk Wetboek (hierna: BW) 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.
- 7.2. Verzoeker heeft gesteld dat met het in rekening brengen van maandelijkse kosten voor fysieke post met ingang van 1 juli 2023 de premie is gewijzigd. Van een premiewijziging per die datum is de commissie echter niet gebleken. Voor zover het de zorgverzekering betreft, zou een zodanige wijziging ook niet mogelijk zijn, gelet op artikel 17 Zvw. Hierin is namelijk bepaald dat de zorgverzekeraar voor iedere variant van de zorgverzekering die hij aanbiedt, de grondslag van de premie vaststelt, en deze opneemt in de modelovereenkomst. Voor eenzelfde variant van de zorgverzekering kunnen daarom geen twee verschillende premies worden gehanteerd (fysieke post of digitaal). De premie wordt bepaald door de grondslag van de premie minus de korting vanwege een eventueel vrijwillig eigen risico. Dat de premie voor de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering en de kosten voor het versturen van fysieke post tezamen worden geïncasseerd maakt het voorgaande niet anders. De stelling van verzoeker dat sprake is van een (verkapte) premiewijziging met ingang van 1 juli 2023 wordt door de commissie gepasseerd.

- 7.3. Verzoeker heeft verder gesteld dat hij de ziektekostenverzekeraar heeft gemachtigd via automatische incasso de premie, het eigen risico en overige zorgkosten te incasseren en dat hij om die reden de kosten voor fysieke post niet hoeft te betalen. De commissie overweegt dat het afgeven van een machtiging tot automatische incasso ziet op het innen van gelden. De fysieke post betreft echter niet alleen dat aspect, maar bijvoorbeeld ook de afwikkeling van declaraties, al dan niet in relatie tot het eigen risico. De commissie overweegt verder dat verzoeker heeft verklaard dat hij van de ziektekostenverzekeraar fysieke post verlangt, omdat hij niet digitaal wenst te communiceren. Wat betreft de kosten die de ziektekostenverzekeraar in rekening brengt voor het versturen van fysieke post beslist de commissie als volgt.
- 7.4. Verzoeker heeft gesteld dat de ziektekostenverzekeraar geen onderscheid mag maken tussen verzekerden die per fysieke post of digitaal willen communiceren, in die zin dat verzekerden die door middel van fysieke post willen communiceren hiervoor kosten moeten betalen. De commissie overweegt dat zij eerder heeft beslist dat kosten voor het versturen van fysieke post in rekening mogen worden gebracht, als een verzekerde geen gebruik maakt van de kosteloze digitale mogelijkheid voor communicatie (SKGZ201900905).
- 7.5. De commissie overweegt in dat kader dat verzoeker heeft gesteld dat hij geen vertrouwen heeft in het digitale systeem van de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker heeft hiervoor verwezen naar een e-mailbericht waarin een disclaimer staat. De commissie kan verzoeker hierin niet volgen. Een disclaimer is een mededeling van een organisatie dat de informatie die wordt verstuurd alleen voor de geadresseerde is bedoeld. Dit betekent niet dat de ziektekostenverzekeraar niet betrouwbaar omgaat met de persoonsgegevens van verzoeker, of dat het digitale systeem ondeugdelijk is. Verzoeker kan kiezen voor communicatie per fysieke post, maar hieraan zijn voor de ziektekostenverzekeraar extra kosten verbonden, en het is redelijk dat deze worden gedragen door degenen die van dit alternatief gebruik wensen te maken, waarbij de commissie overweegt dat de hoogte van de kosten - € 1,25 per maand - haar niet onredelijk voorkomt. Dat de ziektekostenverzekeraar voor bepaalde groepen verzekerden een uitzondering zou maken op het in rekening brengen van kosten voor fysieke post is niet gebleken.
- 7.6. Rest de vraag of de ziektekostenverzekeraar de kosten voor het versturen van fysieke post met ingang van 1 juli 2023 aan verzoeker in rekening mocht brengen. De commissie overweegt, gelet op artikel 3:35 BW, als volgt.
- 7.7. De ziektekostenverzekeraar heeft op grond van artikel 3.3.2 van de verzekeringsvoorwaarden met ingang van 1 juli 2023 maandelijks de kosten van fysieke post, tezamen met de premie, bij verzoeker in rekening gebracht. Onbetwist is dat deze bepaling in de voorwaarden van 2023 stond. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat de bepaling al sinds 2020 in de voorwaarden staat, maar dat hij er daar tot halverwege 2023 geen toepassing aan heeft gegeven. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 28 december 2023 verklaard gedurende het jaar 2024 de kosten voor het versturen van papieren post niet zullen toenemen en dat, mocht er worden besloten het bedrag aan te passen, dit zal plaatsvinden in het daaropvolgende verzekeringsjaar. De ziektekostenverzekeraar zal deze wijziging dan helder communiceren tegen het einde van het verzekeringsjaar. De commissie begrijpt hieruit dat de ziektekostenverzekeraar een beleid voert waarbij hij zijn verzekerden telkens tegen het einde van het jaar informeert over de wijzigingen in de voor papieren post in rekening te brengen kosten voor het daaropvolgende jaar. Het staat vast dat de ziektekostenverzekeraar het met ingang van 1 juli 2023 in rekening brengen van € 1,25 per maand voor het versturen van fysieke post niet eind 2022 heeft gecommuniceerd met verzoeker. De commissie concludeert dat onder de gegeven omstandigheden verzoeker erop mocht vertrouwen dat (ook) in 2023 geen kosten voor het versturen van fysieke post in rekening zouden worden gebracht. Verzoeker heeft ter zitting verklaard dat de kosten voor fysieke post ook voor 2024 niet in rekening mogen worden gebracht. Voor 2024 geldt dit niet langer, nu verzoeker er eind 2023 van op de hoogte was dat de ziektekostenverzekeraar deze kosten in 2024 in rekening brengt en hij zijn zorgverzekering heeft voortgezet. De commissie wijst het verzoek

voor 2023 toe en bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar het door verzoeker betaalde entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

*Slotsom*

7.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

8.1. De commissie beslist dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar de met ingang van 1 juli 2023 over 2023 door verzoeker aan de ziektekostenverzekeraar betaalde kosten voor het versturen van fysieke post aan verzoeker dient te vergoeden, dan wel de desbetreffende kosten niet in rekening mag brengen, en
- (ii) de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoeker dient te vergoeden.

Zeist, 17 juli 2024,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

**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 beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.*

**BIJLAGE - Relevante bepalingen**

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering



---

# Zorgverzekeringswet

---

## Artikel 17

1. De zorgverzekeraar stelt voor iedere variant van de zorgverzekering die hij aanbiedt, de grondslag van de premie en de bij die variant behorende premiekorting of premiekortingen vast en neemt deze in de modelovereenkomst op.
2. De grondslag van de premie is gelijk voor varianten die wat betreft de te verzekeren prestaties als bedoeld in artikel 11, eerste lid, of de keuzemogelijkheden tussen aanbieders van zorg of van overige diensten als bedoeld in dat lid, niet van elkaar verschillen.
3. Indien de zorgverzekeraar gebruik maakt van zijn bevoegdheid, bedoeld in artikel 11, vijfde lid, is de grondslag van de premie gelijk aan de grondslag die hij heeft of zou hebben vastgesteld voor een modelovereenkomst met volledige dekking.
4. De grondslag van de premie is de premie indien geen premiekorting als bedoeld in artikel 20 geldt of zou gelden.
5. De verschuldigde premie is gelijk aan de grondslag van de premie behorende bij de variant van de zorgverzekering die de verzekeringnemer gekozen heeft, verminderd met de premiekorting, bedoeld in artikel 20, indien deze van toepassing is.
6. De zorgverzekeraar geeft de wijze waarop de verschuldigde premie van de grondslag van de premie wordt afgeleid in de modelovereenkomst weer, en neemt de wijze waarop de door de verzekeringnemer verschuldigde premie van de grondslag van de premie is afgeleid in de zorgpolis op.
7. Een wijziging in de grondslag van de premie treedt niet eerder in werking dan zeven weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer is medegedeeld.

---

## Burgerlijk Wetboek Boek 3

---

### Artikel 35

Tegen hem die eens anders verklaring of gedraging, overeenkomstig de zin die hij daaraan onder de gegeven omstandigheden redelijkerwijze mocht toekennen, heeft opgevat als een door die ander tot hem gerichte verklaring van een bepaalde strekking, kan geen beroep worden gedaan op het ontbreken van een met deze verklaring overeenstemmende wil.

## 2.6. Mededelingen

Mededelingen gericht aan het laatst bij ons bekende adres, worden geacht u te hebben bereikt. Als u alle mededelingen van ons langs elektronische weg wilt ontvangen, dan kunt u dit aangeven in de Mijn-omgeving of in de Zorg app.

## 2.7. Lidmaatschap van de Coöperatie VGZ

Bij de totstandkoming van deze zorgverzekering wordt u als verzekeringnemer ook lid van de Coöperatie VGZ U.A., tenzij u schriftelijk aangeeft daar geen prijs op te stellen. De Coöperatie behartigt het belang van haar leden op het terrein van de (zorg)verzekering. U kunt het lidmaatschap op elk gewenst moment opzeggen, met inachtneming van een opzegtermijn van één maand. Het lidmaatschap eindigt in ieder geval op het moment dat de verzekeringsovereenkomst eindigt.

## 2.8. Bedenkperiode

Bij het aangaan van de zorgverzekering heeft u als verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. U kunt de verzekering schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

## 2.9. Voorrangsbepaling

Voor zover het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringswet bepaalde van invloed is of moet zijn op de zorgverzekering, geldt dit als in deze verzekeringsvoorwaarden opgenomen. Is het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringswet bepaalde strijdig met de bepalingen van deze overeenkomst? Dan gaat hetgeen is bepaald in de Zorgverzekeringswet voor en daarna hetgeen is bepaald bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek en daarna het bepaalde in deze zorgverzekering.

## 2.10. Nederlands recht

Op de zorgverzekering is het Nederlands recht van toepassing.

# Artikel 3. Premie

## 3.1. Premiegrondslag en premiekortingen

De premiegrondslag is de premie zonder premiekorting voor een vrijwillig eigen risico. De premiegrondslag vindt u op uw polisblad en op de premiebijlage op onze website.

### Premiekorting bij vrijwillig eigen risico

Als u kiest voor een vrijwillig eigen risico, ontvangt u een korting op de premie. U vindt deze korting op uw polisblad en op de premiebijlage op onze website.

## 3.2. Wie betaalt premie?

De verzekeringnemer is verplicht premie te betalen. Voor een verzekerde jonger dan 18 jaar hoeft tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de 18e verjaardag geen premie te worden betaald. Bij overlijden van een verzekerde is premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden. Bij wijziging van de zorgverzekering berekenen wij de premie opnieuw met ingang van de datum van wijziging.

### Voorbeeld

Iemand die op 1 juli 18 jaar wordt, betaalt premie vanaf 1 augustus.

## 3.3. Betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico en kosten

- 3.3.1. U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdrage maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen. Als u de premie per jaar vooraf betaalt, dan ontvangt u een termijnbetalingskorting op de te betalen premie. De hoogte van de korting is op het polisblad vermeld.

- 3.3.2. Als u geen gebruikmaakt van digitale post, dan betaalt u kosten voor papieren post. U betaalt geen kosten voor de polis en de Europese gezondheidskaart (EHIC). Meer informatie en de hoogte van de kosten voor papieren post vindt u op onze website.
- 3.3.3. U betaalt de premie, eigen risico, eigen bijdragen, kosten voor papieren post en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen op de betalingswijze zoals met ons is overeengekomen.

#### **Betaalmogelijkheden**

- a. U machtigt ons voor automatische incasso van verschuldigde bedragen (zie ook artikel 3.3.4).
- b. U maakt gebruik van de mogelijkheid om via uw Mijn-omgeving gratis een digitale factuur te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling. Dit kan desgewenst direct via iDeal.
- c. Uw werkgever houdt de premie in op uw salaris en draagt deze aan ons af. Deze betaalmogelijkheid heeft alleen betrekking op de premie.
- d. U maakt gebruik van de mogelijkheid om een papieren factuur te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling. U ontvangt ook een papieren factuur als een automatische incasso niet kan worden uitgevoerd.
- 3.3.4. Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing op de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen. Deze toestemming geldt tijdens, en zo nodig ook na afloop van, de verzekeringsovereenkomst. Op uw polisblad informeren wij u over de datum van automatische incasso van de premie voor het gehele kalenderjaar. Voor de overige kosten informeren wij u ten minste 3 dagen voor de datum waarop de afschrijving plaatsvindt over het af te schrijven bedrag en de datum. Bent u het niet eens met een afschrijving? Dan kunt u het bedrag laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met uw bank.

### **3.4. Verrekening**

U mag de verschuldigde bedragen niet verrekenen met een bedrag dat u nog van ons verwacht.

### **3.5. Niet-tijdig betalen**

- 3.5.1. Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen niet op tijd betaalt, dan sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, dan kunnen wij de dekking van deze zorgverzekering schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg vanaf de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen. Wij hebben het recht de zorgverzekering te beëindigen als u niet op tijd betaalt. De verzekering wordt in dat geval niet met terugwerkende kracht beëindigd.
- 3.5.2. Wij brengen de volgende kosten bij u in rekening in geval van niet-tijdig betalen:
- Wettelijke rente vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de oorspronkelijke factuur
  - Incassokosten vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de aanmaning.
- 3.5.3. Als u al bent aangemaand voor het niet op tijd betalen van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen of onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen, dan hoeven wij u bij het niet op tijd voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.
- 3.5.4. Wij hebben het recht om opeisbare premie, kosten en wettelijke rente te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere bedragen die u van ons moet ontvangen.
- 3.5.5. Als wij de verzekering beëindigen omdat u de premie niet op tijd heeft betaald, dan hebben wij het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.
- 3.5.6. Gevolgen van het niet betalen van 2 maandpremies of meer
- a. Heeft u als verzekeringnemer een premieachterstand ter hoogte van 2 maandpremies? Dan bieden wij u een betalingsregeling aan. U heeft 4 weken de tijd om deze betalingsregeling te accepteren. Ook informeren wij u over de gevolgen als u ons aanbod niet accepteert en de achterstand oploopt tot 6 of meer maandpremies.
- b. Heeft u als verzekeringnemer een premieachterstand ter hoogte van 4 maandpremies? Dan ontvangt u een waarschuwing dat wij u bij het CAK aanmelden voor de regeling wanbetalers bij een betalingsachterstand van 6 maandpremies, tenzij wij alsnog met u een betalingsregeling aangaan.
- c. Heeft u als verzekeringnemer een premieachterstand ter hoogte van 6 maandpremies of meer? Dan melden wij u aan bij het CAK voor de regeling wanbetalers en bent u verplicht een bestuursrechtelijke premie aan het CAK te betalen. Voor de periode dat u een bestuursrechtelijke premie aan het CAK verschuldigd bent, bent u geen premie