

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, en Anderzorg N.V. te Wageningen
Zaak : Premie, eigen risico, hoogte betalingsachterstand
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2011-2022, art. 16 Zvw
Zaaknummer : 202200265
Zittingsdatum : 11 januari 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

Anderzorg N.V. te Wageningen, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij chatbericht van 20 juli 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 3 augustus 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Op 12 augustus 2022 heeft verzoekster de commissie aanvullende informatie gestuurd die is toegevoegd aan het dossier. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 15 september 2022 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 19 september 2022 aan verzoekster gestuurd. Bij brief van 23 december 2022 heeft de zorgverzekeraar de commissie nadere informatie gestuurd. Een kopie hiervan is op 27 december 2022 aan verzoekster gestuurd. Op 2 januari 2023 heeft de commissie van verzoekster nadere informatie ontvangen. Een kopie hiervan is aan de zorgverzekeraar gestuurd.
- 2.3. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 11 januari 2023 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.4. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie de zorgverzekeraar verzocht de volgende aanvullende informatie over te leggen:
 - 1) een overzicht waaruit blijkt waarop de door verzoekster in dossier 215113659 gedane betalingen van € 50,- zijn geboekt;
 - 2) een overzicht van alle betalingen in de dossiers 210170027 en 212154995;
 - 3) een kopie van het vonnis in dossier 210170027;
 - 4) kopieën van stuitingsbrieven in dossier 212154995

Bij brief van 19 januari 2023 heeft de zorgverzekeraar de gevraagde informatie aangeleverd. Een kopie hiervan is op 24 januari 2023 aan verzoekster gestuurd die daarbij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Bij brief van 3 februari 2023 heeft verzoekster van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan de zorgverzekeraar gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster is tot op heden bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Anderzorg Basis (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Verzoekster is, in verband met een bestaande premieachterstand, tot 1 februari 2014 aangemeld geweest bij het CAK. Gedurende deze aanmelding was zij gehouden de bestuursrechtelijke premie

te betalen. Aansluitend is zij opnieuw in het reguliere premieregime terecht gekomen, waarbij weer achterstanden met betrekking tot de premie, het eigen risico en de eigen bijdragen zijn ontstaan. Dit heeft ertoe geleid dat de zorgverzekeraar een aantal vorderingen heeft overgedragen aan de deurwaarder. Hierover is door partijen in de afgelopen jaren meermaals gecorrespondeerd.

4. Standpunt verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar:
- (i) de hoogte van de betalingsachterstand correct moet berekenen, en
 - (ii) het door haar teveel betaalde bedrag van € 1.900,- moet terugstorten.
- 4.2. Verzoekster voert aan dat het hiervoor genoemde bedrag ten onrechte aan de deurwaarder is voldaan. Zij verklaart ca. € 1.200,- aan het CAK te hebben betaald, naar de commissie begrijpt, ter aflossing van de betalingsachterstand bij de zorgverzekeraar. Daarnaast zijn door haar enkele betaalbewijzen overgelegd en heeft zij een opstelling gemaakt van betalingen die niet door de zorgverzekeraar zijn vermeld in zijn overzicht. Het gaat hierbij om de volgende betalingen:
- 2013: op 8/10/2013 "UMC € 222,- CAK";
 - 2014: op 26/2/2014 "UMC € 45,81 CAK" en "UMC € 125,- CAK";
 - 2015: "Premie" op 1/4/2015 € 62,-, op 1/5/2015 € 93,-, op 1/7/2-15 € 32,-, op 1/8/2015 € 90,-, op 1/11/2015 € 90,-, en op 1/12/2015 € 93,-;
 - 2016: "Premie" op 1/4/2016 € 93,-, op 1/5/2016 € 93,-, op 1/9/2016 € 93,-, en op 1/10/2016 € 93,-. Daarnaast "Apotheek" op 16/2/2016 € 80,- en op 26/8/2016 € 100,-;
 - 2017: "Premie" op 1/6/2017 € 99,-, op 1/7/2017 € 102,-, op 1/8/2017 € 99,- en op 1/9/2017 € 102,-.
- 4.3. Ter zitting heeft verzoekster toegelicht dat zij ter delging van de ontstane betalingsachterstand met de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar betalingsregelingen heeft afgesproken. Aanvankelijk werd door haar in dat kader een bedrag van € 20,-, later € 30,- en weer later € 50,- per maand betaald. Ondanks deze betalingen blijft de zorgverzekeraar zich op het standpunt stellen dat nog steeds sprake is van een betalingsachterstand. Volgens verzoekster kan dit niet het geval zijn en is zelfs sprake van een betalingsoverschot. Dat de administratie van de zorgverzekeraar niet klopt, blijkt uit het feit dat verzoekster in het incassodossier met nummer 215113659 vanaf 2015 maandelijks € 50,- heeft betaald. Uit het financieel overzicht van 22 november 2022, dat de zorgverzekeraar heeft overgelegd, volgt dat in genoemd dossier door de incassogemachtigde slechts een bedrag van € 301,59 is ontvangen. Onduidelijk is wat er met de overige betalingen is gebeurd. Tot slot stelt verzoekster dat indien al een betalingsachterstand zou bestaan, deze inmiddels is verjaard en daarom door de zorgverzekeraar moet worden kwijtgescholden.
- 4.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.
- 4.5. In reactie op de na de hoorzitting door de zorgverzekeraar overgelegde stukken heeft verzoekster in de kern genomen haar eerdere standpunt, dat zij vanaf 2015 aan de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar betalingen heeft gedaan, herhaald.

5. Standpunt zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt dat op de polis van verzoekster een betalingsachterstand was ontstaan. Omdat de betalingsachterstand op 1 januari 2011 meer dan zes maanden bedroeg, is verzoekster met ingang van die datum aangemeld als wanbetaler bij het CAK. Verzoekster is tot en met 31 januari 2014 aangemeld geweest. Na deze datum diende zij de verschuldigde premie weer rechtstreeks aan de zorgverzekeraar te voldoen. Omdat verzoekster verzuimde ook na 1 februari 2014 de verschuldigde premie volledig en tijdig te betalen zijn verschillende vorderingen ter incasso overgedragen aan de incassogemachtigde. In een van de dossiers (premie april en mei 2016) is ook een vonnis geweest. Na dit vonnis is verzoekster met de incassogemachtigde een betalingsregeling met een termijnbedrag van € 20,- per maand overeengekomen. Ook in

de andere dossiers heeft verzoekster met de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar een betalingsregeling afgesproken, en wel voor een termijnbedrag van € 50,- per maand.

- 5.2. Alle openstaande vorderingen met betrekking tot de periode van 1 januari 2011 tot en met 31 december 2022 zijn door de zorgverzekeraar ter incasso overgedragen aan de incassogemachtigde. Bij deze incassogemachtigde staat volgens de overgelegde opgave naar de stand van 22 december 2022 nog een bedrag open van € 697,62, inclusief incassokosten en rente.
- 5.3. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar benadrukt dat alle betalingen waarvan verzoekster betaalbewijzen heeft overgelegd voorkomen op het financiële overzicht van 22 november 2022. Voor zover verzoekster stelt dat zij in 2015 aan de incassogemachtigde maandelijks € 50,- heeft betaald, geldt dat uit een overzicht van de incassogemachtigde blijkt dat deze in dossier 215113659 een bedrag van totaal € 450,- heeft ontvangen. De zorgverzekeraar is bereid uit te zoeken hoe het kan dat op het financieel overzicht van 22 november 2022 staat vermeld dat ter zake slechts € 301,59 is ontvangen.
- 5.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de zorgverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.
- 5.5. In vervolg op de hoorzitting heeft de zorgverzekeraar toegelicht dat verzoekster op 4 augustus 2015 met zijn incassogemachtigde een betalingsregeling met een termijnbedrag van € 50,- per maand was overeengekomen. Onderdeel van de gemaakte afspraken was dat de betalingsregeling zou komen te vervallen als er nieuwe schulden zouden ontstaan. Kort na het afspreken van de betalingsregeling was dit al aan de orde zodat de regeling is beëindigd. Ondanks het beëindigen van de betalingsregeling is verzoekster doorgegaan met het betalen van € 50,- per maand. De ontvangen betalingen zijn door de incassogemachtigde in mindering gebracht op verschillende dossiers. Verder heeft de zorgverzekeraar een nieuw financieel overzicht naar de stand van 19 januari 2023 overgelegd waarop alle overgedragen vorderingen zichtbaar zijn. De betalingsachterstand met betrekking tot de periode van 1 januari 2011 tot en met 31 december 2022 bedraagt naar de stand van 19 januari 2023 € 519,59, exclusief incassokosten en rente.

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 A.17 van de Algemene voorwaarden van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 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 bepaling uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) over de verplichting tot premiebetaling is vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder is hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarde opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 7.2. De commissie stelt vast dat de betalingsachterstand, zoals door de zorgverzekeraar gesteld, deels bestaat uit de premie voor de zorgverzekering. Uit de stukken blijkt dat verzoekster van 1 januari 2011 tot 1 februari 2014 als wanbetaler was aangemeld bij het CAK. In die periode was zij geen nominale premie aan de zorgverzekeraar verschuldigd, maar moest zij de bestuursrechtelijke premie aan het CAK betalen. Deze betalingen aan het CAK dienen echter niet ter voldoening van de achterstand die de aanleiding vormde voor de aanmelding bij het CAK als wanbetaler, maar

ter betaling van de aan het CAK verschuldigde bestuursrechtelijke premie. Om die reden passeert de commissie de stelling van verzoekster dat zij € 1.200,- heeft betaald aan het CAK ter aflossing van de betalingsachterstand aan de zorgverzekeraar.

Na de afmelding als wanbetaler per ultimo januari 2014 kwam een eind aan de heffing van de bestuursrechtelijke premie en moest verzoekster wederom de reguliere premie betalen aan de zorgverzekeraar. In 2014 bedroeg de maandpremie € 86,25, in 2015 € 93,-, in 2016 € 94,50, in 2017 € 102,- (€ 103,50), in 2018 € 102,- (€ 103,50), in 2019 € 108,- (€ 109,50), in 2020 € 112,-, in 2021 € 116,- (€ 118,-), en in 2022 € 121,25. Hierbij is het eerstgenoemde bedrag telkens de premie die wordt geïncasseerd bij gebruik van de incassomachtiging. Het bedrag tussen haakjes is verschuldigd indien de automatische incasso niet slaagt en een acceptgiro wordt verstuurd. Over de hoogte van genoemde bedragen bestaat tussen partijen geen verschil van mening. Hetzelfde geldt voor de hoogte van het eigen risico in de jaren 2014-2022, en de kosten die zijn verrekend met het eigen risico of die verschuldigd zijn vanwege een eventuele eigen bijdrage.

Hiermee staat vast dat het in het overzicht van de zorgverzekeraar naar de stand van 19 januari 2023 genoemde totaal van € 14.159,38 aan verschuldigde bedragen correct is. Vervolgens is de vraag of alle betalingen waarvan verzoekster stelt die te hebben gedaan door de zorgverzekeraar zijn verwerkt.

- 7.3. De hiervoor onder 4.2 weergegeven opstelling is door verzoekster zelf gemaakt en kan, zonder nadere onderbouwing met in dat verband relevante stukken (die ontbreken), niet dienen als bewijs van betaling van de genoemde bedragen.

Door verzoekster zijn in de procedure echter ook betaalbewijzen overgelegd. Het gaat hierbij om de volgende elf (11) betalingen aan de zorgverzekeraar (datum van betaling respectievelijk omvang betaalde bedrag):

27/07/2015: € 155,60;
 14/01/2016: € 85,43;
 01/02/2016: € 93,-;
 25/02/2016: € 184,50;
 05/04/2016: € 186,-;
 08/07/2016: € 269,-;
 03/09/2016: € 189,-;
 25/11/2016: € 186,-;
 27/12/2016: € 189,-;
 23/09/2017: € 204,-;
 25/10/2017: € 344,60.

Daarnaast heeft verzoekster een aantal malen € 50,- betaald aan de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar. De overgelegde bewijsstukken zien op betalingen op 30/7/2015, 31/8/2015, 2/10/2015, 2/11/2015, 2/12/2015, 8/1/2016, 5/2/2016, en 6/4/2016. Op 1/12/2017 heeft verzoekster een bedrag voldaan van € 30,-. Zoals door verzoekster is betoogd, zijn deze betalingen gedaan in het kader van een door haar met de incassogemachtigde getroffen betalingsregeling in vervolg op een rechterlijk vonnis waartegen door verzoekster geen rechtsmiddel is ingesteld en waarvan de inhoud vormt voor de commissie een gegeven vormt.

- 7.4. De onder 7.3 genoemde betalingen komen alle voor in het door de zorgverzekeraar in deze procedure overgelegde overzicht, waarbij de door verzoekster betaalde bedragen veelal één dag later zijn toegerekend aan bepaalde openstaande posten. De verdeling is als volgt:

27/07/2015: € 155,50 (= € 94,50 + € 61,-);
 14/01/2016: € 85,43 (= € 32,91 + € 49,52 + € 3,-);
 01/02/2016: € 93,- (= € 90,- + € 3,-);
 25/02/2016: € 184,50 (= € 90,- + € 91,50 + € 3,-);
 05/04/2016: € 186,- (= € 91,50 + 93,50);
 08/07/2016: € 269,- (= € 94,50 + € 53,55 + € 62,50 + € 58,45);
 03/09/2016: € 189,- (= € 94,50 + € 94,50);
 25/11/2016: € 186,- (= € 94,50 + € 91,50);

27/12/2016: € 189,- (= € 93,- + € 93,- + € 3,-);
 23/09/2017: € 204,- (= € 99,- + € 102,- + € 3,-);
 25/10/2017: € 344,60 (= € 99,- + € 102,- + € 102,- + € 40,10).

Ten aanzien van laatstgenoemde post constateert de commissie een verschil van € 1,50. Naar kan worden aangenomen houdt dit verschil verband met de kosten van een acceptgiro voor de premie nadat een incasso door middel van de afgegeven machtiging niet is geslaagd.

- 7.5. De commissie concludeert dat alle betalingen waarvan verzoekster bewijzen heeft overgelegd voorkomen in het door de zorgverzekeraar aangeleverde overzicht van 19 januari 2023. Dat door verzoekster meer of andere bedragen zijn voldaan is in de procedure door haar niet aannemelijk gemaakt en ook niet anderszins aan de commissie gebleken.
- Door verzoekster is ter zitting aangevoerd dat, gelet op de betalingen van € 50,- respectievelijk € 30,- aan de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar ter delging van de vordering met dossiernummer 215113659, het in het overzicht vermelde bedrag van € 301,59 niet juist kan zijn. De zorgverzekeraar heeft, daarnaar door de commissie gevraagd, verklaard dat verzoekster in genoemd dossier aanvankelijk een betalingsregeling met een termijnbedrag van € 50,- per maand had afgesproken. Toen zij de gemaakte afspraken echter niet nakwam, is deze betalingsregeling beëindigd en zijn de nadien door verzoekster ontvangen betalingen verwerkt op andere openstaande dossiers. Bij zijn brief van 19 januari 2023 heeft de zorgverzekeraar de commissie een overzicht doen toekomen waarin wordt toegelicht hoe de ontvangen betalingen zijn verwerkt. Verzoekster heeft de door de zorgverzekeraar gegeven uitleg, alsmede het overgelegde overzicht met ontvangen en verwerkte betalingen, in haar brief van 3 februari 2023 niet, althans niet voldoende gemotiveerd bestreden.
- Gelet op het voorgaande acht de commissie het financieel overzicht van de zorgverzekeraar naar de stand van 19 januari 2023 juist. De betalingsachterstand beliep op die datum derhalve € 519,59, exclusief incassokosten en rente. Deze achterstand is door de zorgverzekeraar ter incasso overdragen aan zijn incassogemachtigde.
- 7.6. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat zij een eventueel openstaand bedrag niet meer hoeft te voldoen, omdat dit is verjaard. De vordering zou daarom moeten worden kwijtgescholden. De commissie merkt hierover in de eerste plaats op dat, anders dan verzoekster veronderstelt, door eventuele verjaring voor de zorgverzekeraar geen verplichting ontstaat de vordering kwijt te schelden. Ook als een vordering is verjaard, blijft voor de schuldenaar (in dit geval: verzoekster) een verplichting bestaan tot betaling van het verschuldigde. Na verjaring resteert een zogeheten natuurlijke verbintenis (art. 6:3, eerste lid BW). Dit houdt in dat de desbetreffende verplichting van verzoekster niet meer door de zorgverzekeraar in rechte kan worden afgedwongen. Ondanks verjaring behoudt de zorgverzekeraar echter wel de mogelijkheid om na ontvangst van een betaling door verzoekster het ontvangen bedrag te verrekenen met het door verzoekster nog aan de zorgverzekeraar verschuldigde.
- 7.7. Ter beantwoording resteert dan nog de vraag of de vordering van de zorgverzekeraar, zoals door verzoekster gesteld, inderdaad is verjaard. Een vordering - zoals in het onderhavige geval - verjaart vijf jaren na het opeisbaar worden hiervan (artikel 3:307 BW). Op grond van artikel 3:324, eerste lid, BW verjaart de bevoegdheid tot tenuitvoerlegging van een rechtelijke uitspraak na twintig jaar. Dit is slechts anders als de schuldeiser de verjaring tijdig heeft gestuit door het verzenden van een betalingsherinnering (artikel 3:317 BW) of de schuldenaar de vordering heeft erkend (artikel 3:318 BW).
- Uit het financieel overzicht van 19 januari 2023 blijkt dat de openstaande premies die dateerden van vóór 1 januari 2011 door de zorgverzekeraar zijn kwijtgescholden. Wat betreft de vorderingen die dateren van ná deze datum geldt dat in het incassodossier met nummer 216090945 een vonnis is gewezen. Hoewel dit vonnis niet door partijen is overgelegd, staat vast dat het desbetreffende deel van de vordering waarop dit vonnis ziet niet is verjaard, omdat de termijn van twintig jaar nog niet is verstreken. Verzoekster is dan ook gehouden dit deel van de vordering aan de zorgverzekeraar te voldoen.
- Verder heeft de zorgverzekeraar bij zijn brief van 19 januari 2023 verschillende stuitingsbrieven overgelegd in dossier 212154995. De ontvangst van deze brieven is door verzoekster niet

bestreden zodat de zorgverzekeraar de verjaring van dit deel van de vordering tijdig heeft gestuit. Dat het dan nog resterende deel van de vordering is verjaard dan wel dat de verjaring hiervan niet tijdig is gestuit, is in de procedure niet gebleken. Gelet op het voorgaande oordeelt de commissie dat de vordering van € 519,59, exclusief incassokosten en rente, niet is verjaard en door verzoekster dient te worden voldaan.

Slotsom

7.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

8.1. De commissie wijst de beide onderdelen van het verzoek af.

Zeist, 13 maart 2023,

A.I.M. van Mierlo

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.

- u verhuist,
- een verzekerde overlijdt,
- uw bankrekeningnummer wijzigt,
- u in dienst treedt als militair in actieve dienst,
- u wordt gedetineerd of uw detentie eindigt,
- u niet langer voldoet aan de voorwaarden om deel te nemen aan een collectiviteit,
- uw verzekeringsplicht voor de Basisverzekering eindigt.

U bent ook verplicht te melden wie uw nieuwe zorgverzekeraar is als u de verzekering bij Anderzorg heeft opgezegd. Als Anderzorg op grond van de door u verstrekte gegevens tot de conclusie komt dat uw Basisverzekering eindigt of geëindigd is, informeert Anderzorg u daarover direct.

- U bent verplicht de informatie te verstrekken die Anderzorg bij u opvraagt, voor zover u dit kunt. Bijvoorbeeld informatie over de reden van een opname, voor een onderzoek naar fraude, of voor controle. Als u niet meewerkt, kan het zijn dat uw recht op zorg of vergoeding van kosten vervalt.
- U bent verplicht Anderzorg informatie te verstrekken over ziektekosten die door iemand anders zijn veroorzaakt. Bijvoorbeeld ziektekosten door een verkeersongeval of een medische fout. U kunt daarover bellen met onze Klantenservice op 088 222 44 22 of onze afdeling Verhaal op 050 523 43 77. U kunt ook online informatie verstrekken via www.anderzorg.nl/zelf-regelen/schade-melden. Anderzorg kan u adviseren en de schade verhalen op de aansprakelijke partij. U mag zelf geen regeling treffen met de aansprakelijke partij of zijn verzekeraar als dit nadelig is voor Anderzorg.

A12 Premie, manier van betalen en betaling eigen risico

1 Premie

- Per 1 januari 2021 is de premiegrondslag voor de Basisverzekering € 116 per kalendermaand. De premie die u moet betalen is de premiegrondslag verminderd met kortingen. U kunt korting krijgen bij deelname aan een collectiviteit en als u kiest voor een vrijwillig eigen risico. De premie die u moet betalen staat op uw zorgpolis.
- Tot 18 jaar hoeft u voor de Basisverzekering geen premie te betalen. Vanaf de 1e dag van de maand na de maand waarin u 18 wordt, moet u wél premie betalen.
- Anderzorg moet uw premie hebben ontvangen voor het begin van de periode waarop de premie betrekking heeft.
- U mag de premie niet verrekenen met een betaling die u van Anderzorg verwacht.
- Als u een betaling doet zonder vermelding van het betalingskenmerk van Anderzorg, bepaalt Anderzorg waarop de betaling wordt afgeboekt.
- Als u niet per automatische incasso of accept-e-mail betaalt, brengt Anderzorg u € 2 in rekening.
- Als u met Anderzorg een betalingsregeling heeft afgesproken, kan Anderzorg kosten in rekening brengen.

2 Manier van betalen

Als u Anderzorg toestemming geeft om uw premie automatisch te incasseren, geldt die toestemming ook voor alle andere betalingen die u aan Anderzorg moet doen. Bijvoorbeeld betalingen voor het eigen risico en eigen bijdragen. Over automatische incasso van eigen risico en eigen bijdragen krijgt u tijdig bericht. Uiterlijk 5 werkdagen voordat de incasso plaatsvindt. De zorgpolis geldt als aankondiging voor de automatische incasso van de premie voor het gehele kalenderjaar.

3 Betaling eigen risico en eigen bijdrage

- Het eigen risico en de eigen bijdragen van alle personen die u heeft verzekerd, worden door

Anderzorg bij u in rekening gebracht.

- Als u het eigen risico en de eigen bijdrage niet per automatische incasso of accept-e-mail betaalt, brengt Anderzorg u € 2 in rekening.

A13 Wat er gebeurt als u de premie niet betaalt

A13.1 Basisverzekering en aanvullende verzekering

1. Anderzorg stuurt u een aanmaning. Als u binnen 14 dagen alsnog de premie betaalt, blijft dit verder zonder gevolg.
2. Betaalt u niet binnen 14 dagen na deze aanmaning dan heeft dat de volgende gevolgen:
 - Anderzorg kan de dekking van alle verzekeringen schorsen. U krijgt dan geen vergoeding meer vanaf het begin van de periode waarop de niet door u betaalde premie betrekking heeft,
 - u blijft verplicht de premie te voldoen,
 - betalingskortingen vervallen,
 - u moet de incassokosten betalen, wegens de extra werkzaamheden van Anderzorg, zoals het sturen van een acceptgiro en de aanmaningen, en wegens de werkzaamheden van de deurwaarder,
 - u moet wettelijke rente betalen over de totale vordering.
3. Als Anderzorg de premie, incassokosten en de wettelijke rente heeft ontvangen, wordt de dekking de dag na ontvangst van de betaling weer van kracht. Kosten die zijn gemaakt tijdens de schorsing krijgt u niet vergoed. Ook niet als u van Anderzorg toestemming had voor een behandeling of verstrekking.
4. Als u, zelfs na aanmaning, de premie niet betaalt, kan Anderzorg de verzekeringen van alle verzekerden beëindigen.
5. Anderzorg kan het sturen van een aanmaning en het innen van een vordering overdragen aan een incassopartner. Mocht de vordering zijn overgedragen aan een incassopartner, dan kan Anderzorg ook nieuwe openstaande vorderingen overdragen zonder dat u hiervoor een aanmaning heeft ontvangen.

A13.2 Basisverzekering

Als u, zelfs na aanmaning, de premie niet betaalt, kan Anderzorg op grond van de Zorgverzekeringswet uw Basisverzekering bij het Centraal Administratiekantoor (CAK) aanmelden voor bronheffing. Er wordt u dan een bestuursrechtelijke premie van ten minste 110% en ten hoogste 130% van de gemiddelde marktpremie opgelegd. Die premie wordt ingehouden op bijvoorbeeld uw salaris of uitkering. U kunt hieronder lezen wanneer de melding bij het CAK plaatsvindt. De regels hierover vindt u in artikel 18a tot en met 18g van de Zorgverzekeringswet. Daar staat ook beschreven welke regels van toepassing zijn als het CAK de bestuursrechtelijke premie bij u gaat innen.

Wat gebeurt er als u 2 maanden geen premie heeft betaald

1. Nadat is vastgesteld dat u 2 maanden geen premie heeft betaald, kan Anderzorg u een betalingsregeling aanbieden. Die betalingsregeling houdt in:
 - a. dat u Anderzorg machtigt om automatisch bij u te incasseren,
 - b. dat u met Anderzorg afspraken maakt om uw betalingsachterstand in termijnen terug te betalen,
 - c. dat Anderzorg de Basisverzekering niet zal beëindigen of de dekking van de Basisverzekering zal schorsen of opschorten zolang de betalingsregeling loopt. Dit geldt niet als u de machtiging genoemd onder a intrekt, of als u de gemaakte afspraken over de betalingen niet nakomt.
2. Heeft u iemand anders verzekerd? En heeft u de premie voor de Basisverzekering van die verzekerde 2 maanden niet betaald? Dan houdt de betalingsregeling ook in dat wij u aanbieden om deze verzekering te beëindigen. Dit aanbod geldt alleen als:

- a. de verzekerde voor zichzelf een Basisverzekering heeft afgesloten op de datum dat de betalingsregeling gaat gelden, en
 - b. in het geval de verzekerde bij Anderzorg blijft, hij een machtiging heeft gegeven als bedoeld onder a van 1.
3. In de brief waarin Anderzorg u een betalingsregeling aanbiedt staat dat u 4 weken de tijd heeft om de regeling te accepteren. In de brief zullen wij u ook uitleggen wat er gebeurt als u de premie 6 maanden niet betaalt. In de brief zullen wij u ook vertellen dat u schuldhulpverlening kunt krijgen en hoe u die hulp kunt krijgen en welke schuldhulpverlening mogelijk is.
4. Als u (ook) iemand anders heeft verzekerd, krijgt die persoon dezelfde brief over de betalingsregeling als u heeft gekregen.

Wat gebeurt er als u 4 maanden geen premie heeft betaald

5. Als u 4 maanden geen premie heeft betaald, informeren wij u en uw medeverzekerden dat Anderzorg van plan is u te melden bij het CAK, zodra u 6 maanden of langer geen premie heeft betaald. Als Anderzorg u meldt bij het CAK betekent dit dat het CAK over zal gaan tot heffing van de bestuursrechtelijke premie.
- a. Anderzorg zal de melding (nog) niet doen als u op tijd laat weten dat u vindt dat u geen schuld heeft bij Anderzorg. Of als u op tijd laat weten dat u vindt dat de hoogte van de schuld niet juist is. U bent op tijd als u Anderzorg daarover een brief stuurt, maximaal 4 weken nadat u door ons geïnformeerd bent. Anderzorg zal dan onderzoeken of zij uw schuld goed heeft berekend. Als Anderzorg vindt dat zij uw schuld goed heeft berekend dan informeert Anderzorg u daarover. Als u het niet eens bent met dat oordeel van Anderzorg dan kunt u dit voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen of aan de burgerlijke rechter. Als u dat doet binnen 4 weken nadat u de brief van Anderzorg heeft ontvangen, zal Anderzorg u niet melden bij het CAK, totdat de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen of de burgerlijke rechter heeft beslist of Anderzorg de hoogte van uw schuld juist heeft berekend.
 - b. U kunt ook vragen of Anderzorg met u een betalingsregeling wil aangaan. Wat die betalingsregeling inhoudt kunt u hierboven lezen onder 1 en 2. Als Anderzorg met u een betalingsregeling afsprekt zal Anderzorg u niet melden bij het CAK zolang u de nieuwe premies op tijd betaalt.

Wat gebeurt er als u 6 maanden geen premie heeft betaald

6. Als Anderzorg heeft vastgesteld dat u 6 maanden geen premie heeft betaald zal Anderzorg u aanmelden bij het CAK. Anderzorg zal aan het CAK uw persoonsgegevens doorgeven en die van de personen die u heeft verzekerd. Anderzorg geeft alleen die persoonsgegevens aan het CAK die ze nodig hebben om bij u de bestuursrechtelijke premie in rekening te brengen. U en de persoon die u heeft verzekerd, worden hierover ook door Anderzorg geïnformeerd.
7. Een eventueel gekozen vrijwillig eigen risico komt te vervallen, evenals de bijbehorende korting op de premie.

A14 Mag Anderzorg de voorwaarden en premie wijzigen?

Anderzorg mag de voorwaarden, de premie en de kortingen op elk moment wijzigen. Als Anderzorg de grondslag van de premie van de Basisverzekering wijzigt, dan gaat die wijziging pas in na 7 weken nadat de wijziging aan u is meegedeeld.

A15 Vervallen