

Anoniem Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. L. Ritzema, mr. drs. J.W. Heringa en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

Zaaknummer: 202201810

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster

en

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

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoekster heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat (i) tussen haar en de zorgverzekeraar geen sprake (meer) is van een lopende verzekeringsovereenkomst, (ii) zij met ingang van 1 juli 2019 door de zorgverzekeraar ten onrechte is aangemeld als wanbetaler bij het CAK, (iii) de aanmelding als wanbetaler bij het CAK over de periode van 1 december 2019 tot en met 30 april 2020 ten onrechte is opgeschort, (iv) de zorgverzekeraar de aanmelding als wanbetaler bij het CAK - nadat deze met ingang van 1 juli 2021 was opgeschort - ten onrechte met ingang van 1 oktober 2021 heeft hervat, en (v) de zorgverzekeraar de hoogte van de betalingsachterstand onjuist heeft vastgesteld. De zorgverzekeraar heeft gesteld dat verzoekster een premieachterstand had van 6 maanden. Daarom is zij per 1 juli 2019 terecht aangemeld als wanbetaler bij het CAK. Zij is de in 2021 afgesproken betalingsregeling niet nagekomen waardoor de aanmelding bij het CAK weer is hervat per 1 oktober 2021. De zorgverzekeraar heeft een financieel overzicht overgelegd waaruit volgt dat de betalingsachterstand over de periode van 1 april 2018 tot en met 31 juli 2023 naar de stand van 18 juli 2023 totaal € 2.542,80, exclusief incassokosten en rente, bedraagt.
- 1.2. De commissie overweegt dat verzoekster met ingang van 1 april 2018 is verzekerd tegen ziektekosten bij de zorgverzekeraar. Zij heeft namelijk premie betaald voor de verzekering tegen ziektekosten. Voorts heeft zij zorgkosten gedeclareerd ten laste van deze verzekering. Voor verzoekster heeft geprobeerd haar verzekering met ingang van 1 januari 2019 te beëindigen, had de zorgverzekeraar dit mogen weigeren omdat er per ultimo 2018 een premieachterstand bestond. Ten tijde van de aanmelding als wanbetaler bij het CAK bestond een betalingsachterstand van ten minste zes maandpremies. De zorgverzekeraar heeft niet aannemelijk gemaakt dat hij de wettelijk voorgeschreven stappen, voorafgaand aan de aanmelding als wanbetaler bij het CAK, op de juiste wijze heeft doorlopen. Zo staat niet vast dat de 2, 4, en 6-maandsbrieven verzoekster hebben bereikt. Om die reden was het de zorgverzekeraar niet toegestaan verzoekster per 1 juli 2019 als wanbetaler aan te melden bij het CAK. De commissie overweegt verder dat, gelet op de

inmiddels verstreken termijn van meer dan 4 jaar en om praktische redenen, de zorgverzekeraar verzoekster eerst vanaf 1 januari 2024 als wanbetaler hoeft af te melden bij het CAK, waarbij hij verzoekster wel dient te compenseren, door haar het verschil tussen de bestuursrechtelijke premie en de verschuldigde reguliere premie vanaf 1 juli 2019 te vergoeden, uitgezonderd de maanden waarin de aanmelding bij het CAK was opgeschort. Het aldus berekende aan verzoekster te vergoeden bedrag mag de zorgverzekeraar verrekenen met, dat wil zeggen: in mindering brengen op, de bij hem bestaande betalingsachterstand van verzoekster. De zorgverzekeraar heeft voorts de met verzoekster getroffen betalingsachterstand terecht beëindigd, omdat verzoekster op 22 augustus 2021 voor het laatst het overeengekomen termijnbedrag heeft betaald. Ten aanzien van het door de zorgverzekeraar in het geding gebrachte financiële overzicht overweegt de commissie dat dit naar haar oordeel, voor zover het de in rekening gebrachte en betaalde bedragen betreft, juist is.

- 1.3. Hierna wordt 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. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 2 juni 2023 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Bij e-mailberichten van 13 juni 2023 heeft verzoekster haar verzoek toegelicht. Op 22 juni 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 19 juli 2023 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 20 juli 2023 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Op 3 oktober 2023 heeft verzoekster haar verzoek aan de commissie aangevuld. Een kopie hiervan is op 4 oktober 2023 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 11 oktober 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.
- 2.5. Ter zitting is afgesproken dat partijen na de zitting binnen vier weken de mogelijkheid zullen onderzoeken om alsnog een oplossing en een betalingsregeling in der minne te bereiken. De zorgverzekeraar heeft de commissie op 27 oktober 2023 zijn reactie gezonden. Een kopie van deze brief is op 30 oktober 2023 aan verzoekster gestuurd, waarbij haar de mogelijkheid is geboden hierop te reageren. Verzoekster heeft bij ongedateerde brief, door de commissie ontvangen op 30 november 2023, gereageerd. Een kopie van deze brief is ter kennisname aan de zorgverzekeraar gezonden. Uit de beide brieven blijkt dat door de zorgverzekeraar een voorstel voor een betalingsregeling is gedaan dat vervolgens door verzoekster is afgewezen. De commissie zal daarom oordelen over het verzoek, zoals dit aan haar is voorgelegd. De brieven van 27 oktober 2023 en 30 november 2023, met bijlagen, blijven daarbij - voor zover hierin door partijen nadere standpunten over het geschil worden ingenomen - buiten beschouwing. Na de hoorzitting is het onderzoek afgesloten en is er voor partijen geen ruimte meer om nog nadere stukken in het geding te brengen, behoudens bijzondere zwaarwegende omstandigheden die niet zijn gesteld en waarvan het bestaan evenmin anderszins is gebleken. Met partijen is ter zitting afgesproken dat zij in overleg zouden gaan over een minnelijke oplossing. Er is hen niet de mogelijkheid geboden van een nadere schriftelijke ronde als zij niet een dergelijke oplossing weten te bereiken.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster is tot op heden bij de zorgverzekeraar geregistreerd als verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering VGZ Ruimte Keuze (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. De zorgverzekeraar heeft verzoekster met ingang van 1 juli 2019 als wanbetaler aangemeld bij het CAK. Over de periode van 1 december 2019 tot en met 30 april 2020 is de aanmelding van verzoekster opgeschort geweest.
- 3.3. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 28 april 2021 voor de op dat moment openstaande betalingsachterstand een betalingsregeling overeengekomen. De zorgverzekeraar heeft deze betalingsregeling bij brief van 29 april 2021 aan verzoekster bevestigd.
- 3.4. Bij brief van 26 september 2021 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster een betalingsherinnering gestuurd omdat de derde termijn van de betalingsregeling nog niet was voldaan. Verzoekster is bij die gelegenheid ook erop gewezen dat de betalingsregeling wordt beëindigd als niet vóór 22 oktober 2021 wordt betaald.
- 3.5. De zorgverzekeraar heeft, nadat betaling uitbleef, de aanmelding als wanbetaler van verzoekster bij het CAK per 1 oktober 2021 hervat.
- 3.6. Bij brief van 11 oktober 2021 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de betalingsregeling is beëindigd.
- 3.7. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar hierop verzocht het voorgaande te corrigeren en haar tevens duidelijkheid te verschaffen over de gestelde betalingsachterstand. De zorgverzekeraar heeft aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt inzake de betalingsachterstand en de hervatting van de aanmelding te handhaven.

4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat:
 - (i) tussen haar en de zorgverzekeraar geen sprake (meer) is van een lopende verzekeringsovereenkomst;
 - (ii) zij met ingang van 1 juli 2019 door de zorgverzekeraar ten onrechte als wanbetaler is aangemeld bij het CAK;
 - (iii) de aanmelding als wanbetaler bij het CAK over de periode van 1 december 2019 tot en met 30 april 2020 ten onrechte is opgeschort;
 - (iv) de zorgverzekeraar de aanmelding als wanbetaler bij het CAK - nadat deze met ingang van 1 juli 2021 was opgeschort - ten onrechte met ingang van 1 oktober 2021 heeft hervat, en
 - (v) de zorgverzekeraar de hoogte van de betalingsachterstand onjuist heeft vastgesteld.
- 4.2. Zij heeft hiertoe aangevoerd zoals verwoord in haar e-mailberichten van 13 juni 2023, dat zij vanaf de beëindiging van haar bijstandsuitkering in oktober 2018 tevergeefs heeft geprobeerd haar verzekering op te zeggen en een contract af te sluiten met een andere verzekeraar. Opzeggen was volgens de zorgverzekeraar echter niet mogelijk. In de brief van 3 oktober 2023 heeft verzoekster hieraan toegevoegd dat er nooit een verzekeringsovereenkomst tot stand is gekomen. Nadat de WUB-regeling was vervallen heeft de zorgverzekeraar geen aanbod gedaan voor een zorgverzekering. Verzoekster heeft diverse brieven gestuurd, maar hierop is door de zorgverzekeraar niet gereageerd.

Voorafgaand aan de aanmelding bij het CAK in juli 2019 heeft verzoekster geen 2 en 4 maandsbrief ontvangen. Hiermee heeft de zorgverzekeraar volgens verzoekster niet aan zijn verplichtingen voor de aanmelding als wanbetaler voldaan.

De zorgverzekeraar heeft verzoekster in december 2019 afgemeld als wanbetaler bij het CAK omdat er een betalingsregeling zou zijn getroffen. Er is echter geen regeling overeengekomen en het incassobureau heeft dit ten onrechte aan de zorgverzekeraar doorgegeven om beslag te kunnen leggen op de zorgtoeslag van verzoekster. In mei 2020 heeft het incassobureau ten onrechte doorgegeven dat de betalingsregeling niet zou zijn nagekomen en is verzoekster weer aangemeld bij het CAK. Hierop heeft verzoekster enkel een excuusbrief gekregen van de zorgverzekeraar.

Op 28 april 2021 is een nieuwe betalingsregeling getroffen die verzoekster naar eigen zeggen tot aan de aanmelding bij het CAK is nagekomen. Er was daarnaast geen sprake van een premieachterstand van 6 maanden. Het betreft geen hervatting van de aanmelding zoals de zorgverzekeraar stelt. In de brief van 22 september 2021 staat namelijk dat verzoekster wordt aangemeld vanwege een premieachterstand van 6 maanden.

Verzoekster heeft, met uitzondering van de maand juni 2021, geen e-mailberichten ontvangen met de mededeling dat voor haar een factuur of een betalingsherinnering klaarstaat. Zij heeft per abuis, in plaats van de premie voor augustus 2021, de premie voor september 2021 betaald. De zorgverzekeraar had kunnen inschatten dat dit een vergissing is geweest. Verzoekster heeft geen brief ontvangen om aanmelding bij het CAK te voorkomen. De zorgverzekeraar heeft verzoekster op 16 september 2021 opnieuw aangemeld als wanbetaler bij het CAK en pas daarna betalingsherinneringen gestuurd.

Verzoekster is het niet eens met de hoogte van de door de zorgverzekeraar gestelde betalingsachterstand. In dit kader heeft zij op 19 mei 2021 een brief gestuurd aan de zorgverzekeraar waarin zij toelicht op welke punten de gestelde achterstand wat haar betreft niet klopt. In dat verband voert zij aan dat premie dubbel is berekend, bepaalde bedragen reeds zijn betaald dan wel onder het farmaceutisch reglement of huisartsenzorg vallen en zij daarom hierover geen eigen risico verschuldigd is, of onder het contract vallen respectievelijk dat het gaat om voor haar onbekende facturen.

- 4.3. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop aangevoerd dat zij geen post heeft ontvangen en nooit een reactie van de zorgverzekeraar op haar klachten en brieven heeft gekregen. Dit maakt haar erg boos. Zij communiceert digitaal met de zorgverzekeraar, maar krijgt geen notificaties dat er een bericht klaarstaat. Verzoekster deelt haar brievenbus met meerdere bewoners van het gebouw waarin zij woont. Zij betwist dat zij van de zorgverzekeraar de brieven voorafgaand aan de aanmelding als wanbetaler bij het CAK heeft ontvangen. Verzoekster verklaart verder dat zij nog wordt aangeschreven door de verzekeraar waarbij zij voorheen verzekerd was en zij bestrijdt daarom dat deze verzekeraar zijn vordering op haar heeft gecedeerd aan de zorgverzekeraar. Verzoekster is bereid om in vervolg op de hoorzitting te proberen met de zorgverzekeraar tot een oplossing te komen en een betalingsregeling te treffen.
- 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 haar reactie van 30 november 2023 schrijft verzoekster dat zij niet akkoord kan gaan met het door de zorgverzekeraar gedane voorstel tot een betalingsregeling.

5. Standpunt zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar heeft, met zijn brief van 19 juli 2023, de commissie kopieën gestuurd van de aan verzoekster voorafgaand aan de CAK-aanmelding van 1 juli 2019 gezonden 2, 4 en 6 maandsbrieven. De zorgverzekeraar stelt dat verzoekster met ingang van 1 juli 2019 terecht als wanbetaler is aangemeld bij het CAK, omdat de premieachterstand op dat moment meer dan 6 maanden bedroeg en de juiste procedure hiervoor is gevolgd.

Met betrekking tot de opschorting van de aanmelding bij het CAK van 1 december 2019 tot en met 30 april 2020 heeft de zorgverzekeraar in de brief van 21 december 2020, gericht

aan verzoekster, uitgelegd dat hij van het incassobureau bericht had ontvangen dat met haar een betalingsregeling was getroffen. Om deze reden is de zorgverzekeraar overgegaan tot opschorting van de aanmelding. Er bleek echter geen betalingsregeling te zijn overeengekomen. Daarom heeft de zorgverzekeraar de aanmelding bij het CAK vanaf 1 mei 2020 hervat.

Verder stelt de zorgverzekeraar dat de daaropvolgende betalingsregeling in 2021 terecht is beëindigd en dat de aanmelding bij het CAK toen terecht is hervat. Hij voert hiertoe aan dat verzoekster in de brief van 29 april 2021 erop is gewezen dat de betalingsregeling vervalt als niet tijdig wordt betaald. Verzoekster is de betalingsregeling niet nagekomen. De zorgverzekeraar heeft verzoekster op 26 september 2021 een betalingsherinnering gestuurd waarbij haar ook is meegedeeld dat zij tot 22 oktober 2021 de tijd kreeg om te betalen. Verzoekster heeft geen verdere betalingen gedaan.

In de brieven van 27 mei 2021, 22 december 2022 en 19 juli 2023 legt de zorgverzekeraar uit hoe de hoogte van de betalingsachterstand is opgebouwd. Bij brief van 19 juli 2023 heeft hij een financieel overzicht overgelegd waaruit volgt dat de betalingsachterstand naar de stand van 18 juli 2023 totaal € 2.542,80, exclusief incassokosten en rente, bedraagt.

- 5.2. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar in aanvulling hierop aangevoerd dat hij van mening is dat er duidelijk met verzoekster is gecommuniceerd. De zorgverzekeraar heeft gereageerd op de zeven klachten die door hem in de afgelopen jaren zijn ontvangen. Er is naar zijn mening wel een verzekeringsovereenkomst met verzoekster. Zij had in 2018 een gemeentepakket via de gemeente Den Haag en heeft een polis ontvangen voor het jaar 2019. Haar verzekering is in dat jaar voortgezet. Verzoekster kon de verzekering niet opzeggen omdat er op dat moment een betalingsachterstand was. Er is door verzoekster aanvankelijk premie voldaan, er zijn zorgkosten gemaakt en betaald, en er zijn betalingsregelingen met haar afgesproken. Verder mist de zorgverzekeraar de bereidheid bij verzoekster om iets aan de betalingsachterstand te doen. De zorgverzekeraar stelt dat de openstaande vordering van de vorige verzekeraar waarbij verzoekster was verzekerd aan hem is gecedeerd, zodat die vordering nog bij de openstaande vordering van de zorgverzekeraar moet worden gevoegd.
- 5.3. 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.
- 5.4. Na de hoorzitting heeft de zorgverzekeraar bij brief van 27 oktober 2023, gericht aan verzoekster een voorstel tot een betalingsregeling gedaan.

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 10.1 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 bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) over opzegging van de zorgverzekering, de verplichting tot premiebetaling, de gevolgen van het niet betalen van de premie, en de aanmelding, opschorting en hervatting van de aanmelding als wanbetaler bij het CAK, 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. Verzoekster was van 2012 tot en met 2017 verzekerd tegen ziektekosten bij een andere verzekeraar. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar gesteld dat bij deze verzekeraar een

betalingsachterstand was ontstaan en dat de desbetreffende vordering aan hem is gecedeerd, zodat deze thans deel uitmaakt van zijn vordering op verzoekster. Verzoekster heeft verklaard niet bekend te zijn met de cessie. Bovendien ontvangt zij nog steeds brieven van haar vorige verzekeraar. De commissie overweegt dat van de gestelde cessie niet is gebleken. Het had in dat verband, minst genomen, op de weg gelegen van de zorgverzekeraar in de procedure een akte van cessie over te leggen. Nu dat niet is geschied, laat de commissie de desbetreffende vordering van de vorige verzekeraar op verzoekster thans buiten beschouwing. Overigens is niet gebleken van een mededeling van de cessie door de vorige verzekeraar of de zorgverzekeraar aan verzoekster. Aangezien de vorige verzekeraar daarnaast geen partij is in de onderhavige procedure, zal de commissie zich bij de beoordeling beperken tot de periode van 1 april 2018 tot heden. Hierbij merkt de commissie volledigheidshalve op dat dit geen gevolgen heeft voor het bestaan en de hoogte van die oude schuld.

Bestaan verzekeringsovereenkomst

- 7.3. Verzoekster heeft in de eerste plaats gesteld dat tussen haar en de zorgverzekeraar geen verzekeringsovereenkomst (meer) bestaat. Verzoekster vermeldt hierover in haar e-mailbericht van 13 juni 2023 het volgende: *"In oktober 2018 is mijn uitkering beëindigd en was ik niet meer verplicht om bij VGZ verzekerd te zijn. Aangezien ik geen contract heb met VGZ en VGZ ook nooit mijn eigen keuze zou zijn geweest wilde ik een andere zorgverzekeraar. Dit heb ik dan ook direct na het beëindigen van mijn uitkering in november 2018 en in februari 2019 geprobeerd. Volgens VGZ kon ik echter niet naar een andere zorgverzekeraar."*

Uit de door verzoekster overgelegde polisbladen 2021 en 2022 blijkt dat de ingangsdatum van de zorgverzekering 1 april 2018 is. Gesteld noch gebleken is dat verzoekster vanaf deze datum bij een andere verzekeraar een verzekering op grond van de Zvw had afgesloten. Aangezien zij een polisblad heeft ontvangen, na 1 april 2018 premie heeft betaald aan de zorgverzekeraar en zij ook kosten bij de zorgverzekeraar heeft gedeclareerd ten laste van de zorgverzekering, concludeert de commissie dat met ingang van genoemde datum sprake is van een verzekeringsovereenkomst tussen partijen. Dat deze overeenkomst aanvankelijk werd afgesloten in het kader van een collectief contract, waaraan toen voor verzoekster als bijstandsgerechtigde bepaalde voordelen waren verbonden, doet aan de voor de totstandkoming vereiste en tevens aanwezige wilsovereenstemming tussen partijen in deze niet af.

Opzegging verzekeringsovereenkomst

- 7.4. Voor zover verzoekster stelt dat zij, nadat haar bijstandsuitkering was beëindigd, heeft geprobeerd de zorgverzekering bij de zorgverzekeraar met ingang van 1 januari 2019 op te zeggen, geldt dat zij deze stelling niet heeft onderbouwd. Zo zijn door verzoekster geen stukken overgelegd waaruit blijkt dat zij de zorgverzekering schriftelijk heeft opgezegd, zoals artikel 6.3.1. van de voorwaarden van de zorgverzekering verlangt. Daarnaast merkt de commissie op dat het niet mogelijk is de zorgverzekering op te zeggen als sprake is van een premieachterstand, tenzij de zorgverzekeraar hiermee akkoord gaat. Dit staat in artikel 6.3.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Dit artikel is gebaseerd op artikel 8a Zvw. Uit het overgelegde financieel overzicht van 18 juli 2023 blijkt dat verzoekster in 2018 de premie voor de maanden oktober en november niet aan de zorgverzekeraar heeft betaald. Dat deze maanden wél voor 31 december 2018 waren voldaan - door verzoekster of een derde - heeft verzoekster niet aannemelijk gemaakt, terwijl daarnaast van een akkoord van de zorgverzekeraar met de opzegging tegen 1 januari 2019 niet is gebleken. Integendeel, in zijn brief van 15 januari 2019, opvallend genoeg (want min of meer haaks staand op de stelling van verzoekster dat zij louter digitaal communiceert met de zorgverzekeraar nu gesteld noch gebleken is dat de desbetreffende brief afkomstig is uit de 'Mijn-omgeving' van verzoekster), overgelegd door verzoekster, schrijft de zorgverzekeraar dat opzegging per 1 januari 2019 niet kan, omdat verzoekster nog niet alles heeft betaald. De gestelde opzegging in februari 2019 was hoe dan ook te laat en behoeft om die reden hier geen verdere bespreking door de commissie. Dit betekent dat verzoekster tot op heden (nog altijd) bij de zorgverzekeraar is verzekerd tegen ziektekosten.

Aanmelding CAK met ingang van 1 juli 2019

- 7.5. Een zorgverzekeraar mag een verzekerde als wanbetaler aanmelden bij het CAK, als sprake is van een premieachterstand voor de zorgverzekering van ten minste zes maandpremies. Daaraan voorafgaand moet de verzekeraar de verzekerde informeren dat een premieachterstand is ontstaan van respectievelijk 2 en 4 maanden. Daarbij moet de verzekerde worden gewezen op de mogelijkheid hiervoor een betalingsregeling te treffen en moet worden uitgelegd wat er gebeurt als niet tijdig wordt betaald. Dit is vastgelegd in de artikelen 18a t/m 18c Zvw. De zorgverzekeraar heeft verzoekster met ingang van 1 juli 2019 aangemeld als wanbetaler bij het CAK. Beoordeeld moet daarom worden of op 1 juli 2019 sprake was van een premieachterstand voor de zorgverzekering van ten minste zes maanden. Uit het door de zorgverzekeraar overgelegde financieel overzicht van 18 juli 2023 blijkt dat op 1 juli 2019 de maanden oktober 2018, december 2018, en januari tot en met juni 2019 niet waren betaald. Verzoekster heeft niet aannemelijk gemaakt dat de voor deze maanden verschuldigde premies door haar of een derde vóór 1 juli 2019 waren voldaan. Dit brengt mee dat het erop moet worden gehouden dat op 1 juli 2019 een premieachterstand voor de zorgverzekering van ten minste zes maanden bestond, zoals vereist op grond van artikel 18c Zvw.
- 7.6. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij de brieven als bedoeld in de artikelen 18a tot en met 18c Zvw - dat wil zeggen de 2, 4 en 6 maandsbrieven - niet heeft ontvangen. De commissie overweegt dat uit artikel 3:37, derde lid, BW volgt dat een mededeling, om haar werking te hebben, de geadresseerde moet hebben bereikt. Het risico dat de mededeling de geadresseerde niet bereikt, ligt bij de verzender. Op het moment dat de ontvanger stelt het betreffende stuk waarin de verklaring is neergelegd (in casu: de 2, 4 en 6 maandsbrieven) niet te hebben ontvangen, brengt een redelijke uitleg van genoemde bepaling met zich dat het in beginsel aan de verzender is te bewijzen dat de respectieve brieven door hem zijn verzonden naar, en ook zijn aangekomen op een adres waarvan hij redelijkerwijs mocht aannemen dat de geadresseerde daar kon worden bereikt. Daaromtrent overweegt de commissie als volgt. Verzoekster heeft ter zitting gesteld dat zij ervoor heeft gekozen digitaal te communiceren met de zorgverzekeraar. Bedoelde brieven zijn in haar 'Mijn-omgeving' echter niet terug te vinden. De zorgverzekeraar heeft deze stellingen niet, althans onvoldoende bestreden. De zorgverzekeraar heeft in deze procedure geen stukken overgelegd van de 'Mijn-omgeving' of anderszins waaruit volgt dat de brieven langs digitale weg aan verzoekster zijn verstuurd en door haar in haar 'Mijn-omgeving' zijn ontvangen. De zorgverzekeraar heeft slechts volstaan kopieën van de aan het postadres van verzoekster gerichte brieven van 4 maart 2019, 4 mei 2019 en 16 juli 2019 aan de commissie over te leggen, waarin verzoekster is geïnformeerd over de premieachterstand, de gevolgen van het niet tijdig betalen, en de aanmelding als wanbetaler bij het CAK. De commissie leidt hieruit af dat de zorgverzekeraar ervoor heeft gekozen om de brieven per post te verzenden, ondanks en in afwijking van de door verzoekster geuite wens digitaal te communiceren. Verzoekster heeft de ontvangst van deze per post verstuurd brieven eveneens betwist en ter zitting gesteld dat zij haar portiek en brievenbus deelt met meerdere bewoners van het pand waarin zij woont en dat dit mogelijk de oorzaak is dat de brieven haar niet hebben bereikt. De commissie concludeert dat de zorgverzekeraar, hoewel dat op zijn weg lag, tegenover de betwisting van ontvangst van de brieven zowel langs digitale weg als per post, niet aannemelijk heeft gemaakt dat de door hem verzonden brieven door verzoekster zijn ontvangen. Om die reden concludeert de commissie dat het erop moet worden gehouden dat, bij gebreke van omstandigheden die dit anders maken, de brieven als bedoeld in de artikelen 18a tot en met 18c Zvw verzoekster niet hebben bereikt. De zorgverzekeraar heeft aldus de wettelijk voorgeschreven stappen niet op een juiste wijze doorlopen. Het stond hem dan ook niet vrij verzoekster met ingang van 1 juli 2019 als wanbetaler aan te melden bij het CAK.
- 7.7. Nu de aanmelding van verzoekster bij het CAK ten onrechte heeft plaatsgevonden, is de zorgverzekeraar in beginsel gehouden haar met terugwerkende kracht af te melden en de met deze aanmelding voor verzoekster gepaard gaande financiële gevolgen ongedaan te maken. Gelet op de inmiddels verstreken termijn van meer dan 4 jaar en om praktische redenen -

verzoekster zou dan immers geconfronteerd worden met een direct opeisbare premievordering vanaf 1 juli 2019 - beslist de commissie evenwel dat dit niet wenselijk is. Daarom oordeelt de commissie dat de ziektekostenverzekeraar haar eerst per toekomstige datum, en wel met ingang van 1 januari 2024, dient af te melden als wanbetaler bij het CAK. Wel is de ziektekostenverzekeraar gehouden verzoekster financieel te compenseren door haar het verschil tussen de bestuursrechtelijke premie en de verschuldigde reguliere premie te vergoeden. De vergoeding van voornoemd verschil betreft de periode van 1 juli 2019 tot en met 31 december 2023, met uitzondering van de maanden dat de aanmelding bij het CAK was opgeschort. Het aldus berekende aan verzoekster te vergoeden bedrag mag de zorgverzekeraar verrekenen, dat wil zeggen, in mindering brengen op, de bij hem bestaande betalingsachterstand van verzoekster vanaf 1 juli 2019.

- 7.8. Verzoekster heeft de commissie verder verzocht te beoordelen of de opschorting van de aanmelding bij het CAK van 1 december 2019 en de hervatting van de aanmelding op 1 mei 2020 respectievelijk 1 oktober 2021 terecht heeft plaatsgevonden. Nu de commissie hiervoor heeft overwogen dat de zorgverzekeraar verzoekster niet per 1 juli 2019 had mogen aanmelden als wanbetaler bij het CAK kan die beoordeling achterwege blijven.

Beëindiging betalingsregeling

- 7.9. Het staat vast dat verzoekster en de zorgverzekeraar op 28 april 2021 een betalingsregeling zijn overeengekomen voor de gehele op dat moment bestaande betalingsachterstand. In de bevestigingsbrief van 29 april 2021 is verzoekster erop gewezen dat de desbetreffende betalingsregeling vervalt als niet op tijd wordt betaald. De betalingsregeling is ingegaan per juni 2021. Partijen zijn verdeeld over het antwoord op de vraag of het de zorgverzekeraar vrij stond deze regeling te beëindigen. De zorgverzekeraar heeft hiertoe aangevoerd dat hij de betalingsregeling mocht beëindigen omdat verzoekster de afgesproken termijnbedragen niet tijdig voldeed. Verzoekster heeft gesteld dat zij per abuis het termijnbedrag van september 2021 heeft voldaan in plaats van augustus 2021. De commissie kan de zorgverzekeraar in zijn stelling volgen, omdat zowel uit het overzicht van de zorgverzekeraar als uit de door verzoekster overgelegde betaalbewijzen blijkt dat op 22 augustus 2021 voor het laatst het overeengekomen termijnbedrag werd betaald. Aangezien in september 2021 geen betaling plaatsvond, stond het de zorgverzekeraar vrij om te besluiten tot beëindiging van de betalingsregeling. Dat de zorgverzekeraar bij brief van 11 oktober 2021 hiertoe besloot, terwijl uit zijn brief van 26 september 2021 blijkt dat een uiterste betaaltermijn tot 21 oktober 2021 werd geboden, maakt dat de beëindiging in elk geval vanaf 22 oktober 2021 terecht was.

Hoogte betalingsachterstand

- 7.10. Om inzicht te geven in de hoogte van de betalingsachterstand van verzoekster, heeft de zorgverzekeraar een financieel overzicht naar de stand van 18 juli 2023 overgelegd. Uit dit overzicht blijkt dat verzoekster met betrekking tot de periode van 1 april 2018 tot en met 31 juli 2023 niet alle verschuldigde bedragen heeft betaald en dat per saldo nog een bedrag open staat van € 2.542,80, exclusief incassokosten en rente. Verzoekster heeft zowel bij brief van 19 mei 2021 aan de zorgverzekeraar als bij brief van 30 november 2023 aan de commissie gesteld dat er foutieve bedragen in rekening worden gebracht. Zo heeft de zorgverzekeraar volgens haar op een aantal momenten de premie dubbel berekend. Daarnaast stelt zij dat de zorgverzekeraar ten onrechte bedragen aan zorgkosten heeft gevorderd omdat deze reeds zijn betaald dan wel onder het farmaceutisch reglement of huisartsenzorg vallen en zij daarom hierover geen eigen risico verschuldigd is, onder het contract vallen, of het een onbekende factuur betreft. De zorgverzekeraar heeft in de brieven van 22 december 2022 en 19 juli 2023 uitleg gegeven over de desbetreffende bedragen. Het dubbel in rekening brengen van de premie heeft te maken met de aanmelding en opschorting van de aanmelding bij het CAK. De zorgverzekeraar heeft deze bedragen verrekend met het oudste openstaande bedrag. Er is per saldo niet teveel betaald. De zorgverzekeraar heeft daarnaast uitleg gegeven over de zorgkosten. Voor bepaalde geneesmiddelen geldt een eigen bijdrage.

Terhandstellingskosten bij een eerste uitgifte komen daarnaast ten laste van het eigen risico. De kosten van laboratoriumonderzoek vallen niet onder de huisartszorg maar komen ten laste van het eigen risico. Voor de kosten van ergotherapie is bij de zorgverzekeraar geen betaling ontvangen. Verzoekster heeft dit alles niet gemotiveerd bestreden. Ook heeft zij niet aannemelijk gemaakt dat meer of andere betalingen zijn gedaan dan die uit het overzicht blijken. Evenmin is komen vast te staan dat bij verzoekster meer eigen risico in rekening is gebracht dan wettelijk is toegestaan. Het financieel overzicht waarnaar verzoekster verwijst laat alle zorgkosten zien die voor eigen rekening blijven en niet alleen de zorgkosten die ten laste van het verplicht eigen risico zijn gebracht. Het voorgaande leidt ertoe dat de commissie van oordeel is dat het financieel overzicht van 18 juli 2023 met betrekking tot de in rekening gebrachte en betaalde bedragen van de zorgverzekeraar juist is. Dit betekent dat de betalingsachterstand met betrekking tot de periode van 1 april 2018 tot en met 31 juli 2023 naar de stand van 18 juli 2023 totaal € 2.542,80, exclusief incassokosten en rente, bedraagt. Dit bedrag is exclusief de nog uit te voeren verrekening zoals opgenomen onder 7.7.

Slotsom

7.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie beslist dat:

(i) de zorgverzekeraar verzoekster per 1 januari 2024 dient af te melden als wanbetaler bij het CAK;

(ii) de zorgverzekeraar verzoekster dient te compenseren voor het verschil tussen de bestuursrechtelijke premie en de verschuldigde reguliere premie over de periode 1 juli 2019 tot 1 januari 2024 met uitzondering van de maanden waarin de aanmelding als wanbetaler bij het CAK was opgeschort;

(iii) de zorgverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,- moet vergoeden;

(iv) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

Zeist, 22 december 2023,

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 ernstige gebreken. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

6.1.6. De Zorgverzekeringswet kent een verzekeringsplicht. Wij zijn niet verplicht een zorgverzekering te sluiten met of voor een verzekeringsplichtige die al verzekerd is op grond van de Zorgverzekeringswet.

6.2. Einde van rechtswege

De zorgverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop:

- de zorgverzekeraar door wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren. Wij informeren u hierover uiterlijk 2 maanden van tevoren;
- de verzekerde overlijdt;
- de verzekeringsplicht van de verzekerde eindigt.

U als verzekeringnemer bent verplicht ons zo snel als mogelijk te informeren over het overlijden van een verzekerde of het einde van de verzekeringsplicht van een verzekerde. Als u het einde van de verzekeringsplicht niet op tijd meedeelt en wij kosten van zorg betalen aan een zorgaanbieder, dan zullen wij deze kosten bij u (terug)vorderen. Als wij vaststellen dat de zorgverzekering is geëindigd, sturen wij u zo spoedig mogelijk een bewijs van einde.

6.3. Wanneer kunt u uw verzekering opzeggen?

6.3.1. Jaarlijks opzeggen

U als verzekeringnemer kunt de zorgverzekering schriftelijk opzeggen per 1 januari van ieder jaar op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar hebben ontvangen. U hebt dan tot 1 februari de tijd om een andere verzekeraar te zoeken, die u met terugwerkende kracht vanaf 1 januari verzekert.

6.3.2. Tussentijds opzeggen

U als verzekeringnemer kunt de zorgverzekering tussentijds schriftelijk opzeggen:

- van een andere verzekerde als deze verzekerde een andere zorgverzekering heeft gesloten. Als u de zorgverzekering opzegt vóór de ingangsdatum van de andere zorgverzekering, dan gaat de opzegging in op de ingangsdatum van de nieuwe zorgverzekering. Als de opzegging later is ontvangen, dan gaat de opzegging in op de eerste dag van de tweede kalendermaand nadat wij de opzegging hebben ontvangen;
- binnen zes weken nadat u een mededeling als bedoeld in artikel 78c, tweede lid, of artikel 92, eerste lid, van de Wet marktordening gezondheidszorg over ons hebt ontvangen. De opzegging gaat in op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgend op de dag waarop u hebt opgezegd;
- bij premie- en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 5.2;
- als u bij ons deelnemer bent aan een collectieve overeenkomst van uw oude werkgever en kunt deelnemen aan een collectieve overeenkomst van uw nieuwe werkgever. U kunt de zorgverzekering dan opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is ingegaan. In dat geval gaan zowel de opzegging als de inschrijving in op de dag van indiensttreding bij de nieuwe werkgever als dat de eerste dag van de kalendermaand is, en zo niet, op de eerste dag van de kalendermaand volgend op de datum van indiensttreding.

Opzegging bij 18e verjaardag

Als uw kind 18 jaar wordt, dan kunt u haar/zijn verzekering tussentijds opzeggen. Uw kind kan dan zelf een zorgverzekering sluiten.

6.3.3. Opzegservice

U kunt voor de opzegging van de verzekering zoals bedoeld in artikel 6.3.1 en 6.3.2 ook gebruikmaken van de opzegservice van de Nederlandse zorgverzekeraars. Dit houdt in dat u de verzekeraar van de nieuwe zorgverzekering toestemming geeft om de oude zorgverzekering op te zeggen.

6.3.4. Wanneer kunt u niet opzeggen?

Als wij u een aanmaning hebben gestuurd voor een betalingsachterstand in de premie, dan kunt u uw zorgverzekering niet opzeggen gedurende de tijd dat de verschuldigde premie, rente en incassokosten niet zijn voldaan. U kunt de zorgverzekering wel opzeggen als wij de dekking hebben geschorst of binnen 2 weken uw opzegging bevestigen.

6.4. Wanneer kunnen wij uw verzekering opzeggen, ontbinden of schorsen?

Wij kunnen de zorgverzekering schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

- als er sprake is van het niet op tijd betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel 3.6;
- als er sprake is van fraude (zie artikel 2.4);
- als u ons opzettelijk geen, niet-volledige of onjuiste inlichtingen of stukken hebt verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;
- als u hebt gehandeld met het opzet ons te misleiden of als wij geen zorgverzekering zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. In die gevallen kunnen wij binnen 2 maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang de zorgverzekering opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen. Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

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.