

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.W. Heringa en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

Zaaknummer: 202300899

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

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

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoeker heeft aanvankelijk aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de zorgverzekeraar is gehouden voor 2023 een lagere premie te hanteren en deze te stellen op € 1.296,- per jaar. Hiertoe heeft verzoeker onder andere aangevoerd dat het handelen van de zorgverzekeraar in strijd is met artikel 1, Eerste Protocol, van het Europees Verdrag tot bescherming van de Rechten van de Mens en de fundamentele vrijheden (EVRM), het proportionaliteitsbeginsel, en het verbod op willekeur. Aangezien de zorgverzekeraar is doorgegaan met het incasseren van de - verhoogde - premie, heeft verzoeker nadien een bedrag van € 50,- gevorderd ter compensatie voor het door hem ervaren ongemak. Tevens dient de zorgverzekeraar het betaalde entreegeld van € 37,- te vergoeden. De zorgverzekeraar heeft gesteld dat hij gerechtigd is eenzijdige premiewijzigingen toe te passen. Verzoeker heeft niet ervoor gekozen zijn verzekering op te zeggen per ultimo 2022. Hierdoor is hij ook na 31 december 2022 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten. Verzoeker is met ingang van 1 januari 2023 de hogere premie verschuldigd die voor de overeengekomen verzekering geldt. De zorgverzekeraar ziet voorts geen aanleiding verzoeker financieel te compenseren voor het gestelde ongemak en het betaalde entreegeld.
- 1.2. De commissie overweegt dat in artikel A.8 van de verzekeringsvoorwaarden is bepaald dat de zorgverzekeraar de verzekering eenzijdig kan beëindigen als deze uit de markt wordt gehaald of niet langer wordt aangeboden. Gelet hierop mocht de zorgverzekeraar de verzekering Anderzorg Compact beëindigen. Verzoeker heeft in vervolg hierop eind 2022 van de zorgverzekeraar een aanbod gekregen om zich aansluitend te verzekeren op grond van de verzekering Anderzorg Basis, waarvoor een hogere premie geldt. Het staat vast dat verzoeker dit aanbod heeft geaccepteerd zodat hij ook gehouden is de overeengekomen - hogere - premie voor deze verzekering te voldoen. Indien verzoeker de premie niet passend vond, had het op zijn weg gelegen het aanbod af te wijzen, maar dit heeft hij niet gedaan. Daarnaast ter zitting gevraagd, heeft hij bevestigd verzekerd te willen zijn op grond van de verzekering Anderzorg Basis. Het verzoek om verlaging van de premie voor deze verzekering voor 2023 wordt afgewezen. Verzoeker heeft tevens een vordering tot schadevergoeding ingesteld. De commissie wijst de gevorderde immateriële schadevergoeding af op grond van het toepasselijke reglement.
- 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 7 december 2023 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 3 januari 2024 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 25 januari 2024 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 29 januari 2024 aan verzoeker gestuurd. Bij brieven van 12 en 15 april 2024 heeft verzoeker hierop gereageerd. Kopieën van deze reacties zijn aan de zorgverzekeraar gezonden.
- 2.3. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 24 april 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2022 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Anderzorg Compact. Eind 2022 is verzoeker door de zorgverzekeraar geïnformeerd dat deze verzekering in 2023 niet meer wordt aangeboden. In vervolg hierop heeft hij van de zorgverzekeraar het aanbod ontvangen zich aansluitend te verzekeren op grond van de verzekering Anderzorg Basis, welk aanbod door verzoeker is aanvaard. Verzoeker is bij brief van 28 december 2022 opgekomen tegen de voor deze zorgverzekering in rekening gebrachte premie. Daarbij heeft verzoeker de zorgverzekeraar verzocht de jaarpremie voor de zorgverzekering in 2023 vast te stellen op € 1.296,-, zijnde € 67,20 minder. Bij brief van 18 januari 2023 heeft de zorgverzekeraar verzoeker meegedeeld hiertoe niet over te gaan.
- 3.2. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van zijn beslissing gevraagd. Bij brief van 27 maart 2023 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. Standpunt verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft aanvankelijk aan de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar is gehouden voor 2023 een lagere premie te hanteren en deze te stellen op € 1.296,- per jaar.
- 4.2. Verzoeker stelt in zijn brief van 28 december 2022 dat het niet van een stabiel en doordacht beleid getuigt, indien een verzekeringsproduct al na een jaar weer uit de markt wordt gehaald, zoals met de verzekering Anderzorg Compact is gebeurd. Daar komt bij dat een consument bij het afsluiten van die verzekering, begin 2022, niet kon weten dat dit zou gebeuren. Een dergelijk handelen is strijdig met artikel 1, Eerste Protocol, van het EVRM. De uitleg die de zorgverzekeraar geeft voor het beëindigen van de verzekering Anderzorg Compact, te weten dat er te weinig verzekerden zijn die voor dit product hebben gekozen, is onjuist. Verzoeker vermoedt dat de werkelijke reden is dat het volgens de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport niet meer is toegestaan zogenoemde kloonpolissen aan te bieden. De verzekering Anderzorg Compact lijkt heel erg op een verzekering van een andere verzekeraar van hetzelfde concern als de zorgverzekeraar.
- 4.3. In plaats van de verzekering Anderzorg Compact heeft de zorgverzekeraar verzoeker voorgesteld zich met ingang van 1 januari 2023 te verzekeren op grond van de verzekering Anderzorg Basis (hierna: de zorgverzekering). De premie hiervoor is echter € 26,- per maand hoger dan die voor de verzekering Anderzorg Compact. Dat is een stijging van 29,7%. Het was verzoeker bekend dat alle zorgpremies in 2023 zouden stijgen, maar een dergelijke premieverhoging dient wel een redelijke grond te hebben. Dit laatste omdat *"het heffen van een verplichte zorgpremie rechtsbescherming krijgt van het verdragsrecht ter zake artikel 1, eerste protocol van het EVRM"*

m.b.t. het ongestoord genot van eigendom en getoetst wordt aan het rechtszekerheidsbeginsel en het verbod op willekeur en de nadelige gevolgen van de premiestijging in verhouding moet staan tot het doel van de premiestijging en toeziet op het proportionaliteitsbeginsel, dat besloten ligt in de structuur van art.1, EP, EVRM, zodat een individuele zorgpremie-betaler geen onevenredige en excessieve last hoeft te dragen, dat bij een premiestijging bij AZ van € 26 en 29,7% per maand wel het geval is."

Verder voert verzoeker aan dat de zorgverzekeraar met een premieverhoging van € 26,- per maand te weinig rekening heeft gehouden met het behaalde inkoopvoordeel bij de zorginkoop. Ook kunnen vraagtekens worden gezet bij de in verhouding hoge bedrijfskosten van de zorgverzekeraar in vergelijking met de bedrijfskosten van een verzekeraar van hetzelfde concern. Volgens de zorgverzekeraar zelf is een prijsstijging van € 15,50 per maand marktconform. Als verzoeker hiervan uitgaat komt de jaarpremie uit op € 1.296,- (€ 108,- per maand) en dit is € 67,20 lager. Verzoeker heeft voorgesteld om voornoemd premiebedrag te voldoen, maar hierop heeft de zorgverzekeraar afwijzend gereageerd. Het bedrag van € 1.296,- heeft verzoeker overigens wel betaald aan de zorgverzekeraar. Volgens verzoeker handelt de zorgverzekeraar daarnaast in strijd met het verbod op willekeur.

- 4.4. Bij brief van 12 april 2024 heeft verzoeker uiteengezet dat de zorgverzekeraar in zijn brief van 25 januari 2024 ten onrechte de klacht heeft opgesplitst in meerdere onderdelen. Dit is onjuist, aangezien de klacht betrekking heeft op één punt, namelijk de eenzijdige verhoging van de premie. De door de zorgverzekeraar gerealiseerde premieverhoging is in strijd met artikel 1 EVRM, het verbod op willekeur, en het proportionaliteitsbeginsel. De klacht is derhalve niet gericht tegen het beëindigen van de verzekering Anderzorg Compact. Aangezien de zorgverzekeraar de stellingen van verzoeker verkeerd interpreteert, is eveneens sprake van schending van het beginsel van hoor en wederhoor. Daarnaast geldt dat de zorgverzekeraar in voornoemde brief erkent dat verzoeker tijd en energie heeft moeten steken in een klachtenprocedure. Gedurende deze klachtenprocedure heeft verzoeker onder andere een door de zorgverzekeraar ingeschakelde incassogemachtigde moeten bewegen te stoppen met het incasseren van de nog openstaande premie. De belastende en onprettige bejegening door de incassogemachtigde had door de zorgverzekeraar kunnen worden voorkomen. Voor het ervaren ongemak vordert verzoeker naast restitutie van het door hem betaalde entreegeld van € 37,- betaling van een compensatie van € 50,-. Dit bedrag is gebaseerd op de beslissingspraktijk van andere commissies.
- 4.5. Ter zitting heeft verzoeker, daarnaar door de commissie gevraagd, bevestigd dat de verzekering Anderzorg Basis tot stand is gekomen, en dat hij met de zorgverzekeraar uitsluitend van mening verschilt over de voor deze verzekering in rekening gebrachte premie. Voor het verweer verwijst verzoeker naar zijn brief van 12 april 2024.

5. Standpunt zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat hij in 2022 de verzekering Anderzorg Compact heeft geïntroduceerd om antwoord te geven op de vraag in de markt naar een goede en scherp geprijsde verzekering. Verzoeker was in 2022 verzekerd op basis van dit product. De zorgverzekeraar constateerde echter dat deze verzekering te weinig verzekerden heeft getrokken om als aparte verzekering te kunnen blijven voortbestaan. Als ervoor was gekozen de verzekering Anderzorg Compact te laten voortbestaan, zou dit hebben geleid tot een forse premiestijging. Om die reden is besloten te stoppen met dit product en alle verzekerden het aanbod te doen om zich met ingang van 1 januari 2023 te verzekeren op grond van de verzekering Anderzorg Basis.
- 5.2. Eind 2022 is aan verzoeker een polisblad gestuurd met daarop vermeld de verzekering Anderzorg Basis. Omdat verzoeker de verschuldigde premie in één keer voldoet, en hij gekozen heeft voor een vrijwillig eigen risico van € 500,-, krijgt verzoeker een korting. Desondanks komt de totale premie uit op € 1.363,20. Dit bedrag is hoger dan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport met Prinsjesdag heeft uitgesproken, maar deze verwachting is niet meer dan een richtlijn. Het staat zorgverzekeraars vrij hiervan af te wijken. Omdat de zorgkosten stijgen, is gekozen voor

een hogere premie. Daarnaast heeft de zorgverzekeraar besloten de korting voor de keuze van een vrijwillig eigen risico te verlagen. Deze factoren hebben ertoe geleid dat de premie harder is gestegen dan gemiddeld.

Verder voert de zorgverzekeraar aan dat het beroep van verzoeker op het EVRM niet slaagt. Dit omdat in beginsel geen directe horizontale werking toekomt aan de EVRM-rechten. Het is aan de verdragsstaten om de vrijheden te garanderen, zoals vastgelegd in het EVRM. De omzetting van de verzekering Anderzorg Compact naar de verzekering Anderzorg Basis is geheel volgens de toepasselijke Nederlandse wet- en regelgeving gegaan. Ervan uitgaande dat de rechten van het EVRM door de Nederlandse wet- en regelgeving niet worden geschonden, meent de zorgverzekeraar dan ook dat de hogere premie niet in strijd is met het verdrag. Voor zover verzoeker een beroep doet op artikel 1, Eerste Protocol, EVRM geldt dat dit recht alleen betrekking heeft op het eigendomsrecht. Een verzekering voldoet niet aan de voorwaarden van eigendom (artikel 3:2 BW jo. artikel 5:1 BW).

Verzoeker heeft in zijn klacht ook gesteld dat het verbod op willekeur is geschonden. Het verbod van willekeur is opgenomen in artikel 3:3 van de Algemene wet bestuursrecht (hierna: Awb). De zorgverzekeraar is niet aan te merken als bestuursorgaan zoals bedoeld in artikel 1:1, eerste lid, sub a en b, Awb, maar staat in een privaatrechtelijke verhouding tot verzoeker. Een beroep op het verbod van willekeur door verzoeker slaagt daarom niet.

- 5.3. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar verklaard dat hij geen aanleiding ziet verzoeker de gevorderde financiële compensatie te verlenen. De incassoprocedure was tijdens de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen tijdelijk opgeschort. Nadat de zorgverzekeraar bericht kreeg dat verzoeker een uitspraak wilde van de commissie is de incassoprocedure opnieuw opgeschort. Het enkele gegeven dat verzoeker in de tussentijdse periode brieven heeft ontvangen van de incassogemachtigde maakt niet dat hij financieel moet worden gecompenseerd.

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 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), het Burgerlijk Wetboek (BW) en het EVRM 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.

Zorgverzekering

- 7.2. Het staat vast dat verzoeker tot en met 31 december 2022 bij de zorgverzekeraar was verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Anderzorg Compact. In artikel A.8 van de voorwaarden van deze verzekering is bepaald dat de zorgverzekeraar de verzekering eenzijdig kan beëindigen als deze uit de markt wordt gehaald of niet langer wordt aangeboden. Niet in geschil is dat verzoeker eind 2022 door de zorgverzekeraar is geïnformeerd dat de verzekering Anderzorg Compact met ingang van 1 januari 2023 niet meer wordt aangeboden. Zoals uit de brief van verzoeker van 12 april 2024 valt op te maken, vormt de beëindiging van deze verzekering geen onderwerp van geschil. Hetgeen verzoeker heeft aangevoerd over het door de zorgverzekeraar gevoerde beleid en het terugdringen van kloonpolissen kan om die reden verder onbesproken blijven.

- 7.3. Verder staat vast dat de zorgverzekeraar aan verzoeker eind 2022, door het sturen van een polisblad, een aanbod heeft gedaan om zich aansluitend te verzekeren op grond van de verzekering Anderzorg Basis, tegen een jaarpremie van € 1.363,20, inclusief alle kortingen. De commissie merkt op dat voor de totstandkoming van een overeenkomst wilsovereenstemming is vereist. Gelet op artikel 7:940 BW had verzoeker eind 2022 de keuze tussen verwerping of acceptatie van het gedane aanbod. Hij is evenwel, naar aanleiding van de hem toegezonden informatie, in onderhandeling getreden met de zorgverzekeraar. Hieruit is gekomen dat verzoeker gebruik wilde maken van het aanbod, maar tegen een door hem voorgestelde jaarpremie van € 1.296,-. De zorgverzekeraar heeft met dit voorstel naar het oordeel van de commissie om begrijpelijke redenen - de Zorgverzekeringswet staat eraan in de weg dat hij voor één verzekerde een afwijkende grondslag van de premie hanteert - niet ingestemd. Het lag onder deze omstandigheden op de weg van verzoeker het aanbod (alsnog) te verwerpen, en zich eventueel elders te verzekeren. Dit heeft hij echter niet gedaan. Integendeel, hij heeft voor de door hem voorgestelde jaarpremie van € 1.296,- voldaan. Tevens heeft verzoeker, daarnaar ter zitting gevraagd, bevestigd dat hij met ingang van 2023 bij de zorgverzekeraar verzekerd wilde zijn op grond van de verzekering Anderzorg Basis. Het moet onder deze omstandigheden naar het oordeel van de commissie ervoor worden gehouden dat tussen partijen met ingang van 1 januari 2023 een zorgverzekering op grond van de verzekering Anderzorg Basis tot stand is gekomen, tegen een (niet-onderhandelbare) jaarpremie van € 1.363,20, inclusief alle kortingen. Dat voornoemde premie in strijd is met het verbod op willekeur (de commissie begrijpt deze stelling aldus dat een beroep wordt gedaan op de beperkende werking van de redelijkheid en billijkheid, aangezien het verbod op willekeur enkel voorkomt in het bestuursrecht) vermag de commissie niet in te zien. Verzoeker hoefde de nieuwe verzekeringsovereenkomst immers niet aan te gaan met ingang van 2023, en nadat hij daartoe de facto had besloten was voor hem dezelfde grondslag van de premie van toepassing als voor alle andere verzekerden met dit product.
- 7.4. De verwijzing, door verzoeker, naar het EVRM treft geen doel. Weliswaar heeft het verdrag directe werking, zodat verzoeker daarop een beroep kan doen, maar de - nominale - premie voor een zorgverzekering wordt niet opgelegd door de Staat, doch vormt onderdeel van een privaatrechtelijke overeenkomst. Dat verzekeringsplicht bestaat maakt dit niet anders. De basis hiervoor ligt in nationale wetgeving, en op grond van artikel 1 van het Eerste Protocol kan de Staat bij wet inbreuk maken op het eigendomsrecht, bijvoorbeeld vanwege het algemeen belang. Dat iedere ingezetene en iedere niet-ingezetene die in Nederland werkt zich kan - en moet - verzekeren tegen ziektekosten, is een zaak van algemeen belang. Daarnaast moet het ervoor worden gehouden dat de aanbieders van de op de Zorgverzekeringswet gebaseerde verzekeringen tegen ziektekosten in een concurrerende markt opereren. Verzoeker was niet verplicht de verzekering Anderzorg Basis af te nemen bij de zorgverzekeraar, maar hij had zich ultimo 2022 ook kunnen oriënteren op andere verzekeraars of andere zorgverzekeringen. Hetgeen hij heeft opgemerkt over de premiehoogte, het inkoopvoordeel en de bedrijfskosten van de zorgverzekeraar, wordt om diezelfde reden gepasseerd. Het bepalen van de hoogte van de grondslag van de premie, de korting vanwege het eigen vrijwillig risico, en de korting vanwege kwartaal-, halfjaar- of jaarbetaling is aan de zorgverzekeraar en niet aan verzoeker. Dat in 2022 door de zorgverzekeraar, voor een ander verzekeringsproduct, nog een lagere premie in rekening werd gebracht speelt in dit verband geen rol.

Compensatie, vergoeding entreegeld

- 7.5. Verzoeker heeft zijn verzoek lopende de procedure uitgebreid en tevens verzocht om toekenning van een financiële compensatie ter hoogte van € 50,-. Genoemd bedrag is bedoeld om het ongemak te compenseren dat hij heeft ervaren doordat de zorgverzekeraar hem belastend en onprettig heeft bejegend. De commissie overweegt dat zij, op grond van artikel 21.2 van het Reglement Ombudsman en Geschillencommissie Zorgverzekeringen, kan beslissen dat een verzekeraar aan betrokkene het betaalde entreegeld moet vergoeden. Daarnaast bestaat, onder bepaalde voorwaarden, de mogelijkheid tot het toekennen van een vergoeding voor de door betrokkene gemaakte kosten

van de klachtbehandeling. De commissie kan op grond van het reglement geen vergoeding voor, zoals hier door verzoeker gevorderd, immateriële schade, waaronder ook emotionele schade kan vallen, toekennen. De vordering van € 50,- voor de geleden emotionele schade wordt daarom afgewezen. Aangezien de commissie hiervoor tot het oordeel is gekomen dat het initiële verzoek dient te worden afgewezen, bestaat evenmin grond de zorgverzekeraar te verplichten het door verzoeker betaalde entreegeld van € 37,- te vergoeden.

Slotsom

7.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 mei 2024,

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

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

binnen 2 weken heeft bevestigd,

- de Basisverzekering de eerste 12 maanden waarover deze loopt niet opzeggen als u door het CAK als verzekerde bij Anderzorg bent aangemeld. Als u kunt aantonen dat u in de periode bedoeld in artikel 9d, 1^e lid Zorgverzekeringswet, al een Basisverzekering had gesloten, kunt u de Basisverzekering bij Anderzorg vernietigen. Dit moet u dan doen binnen 2 weken nadat het CAK u heeft gemeld dat zij u bij Anderzorg heeft verzekerd.

Voorbeelden

1. Uw dochter gaat uit huis en wil zichzelf verzekeren. U kunt dan als verzekeringnemer de verzekering van uw dochter opzeggen per de datum dat zij een eigen verzekering heeft gesloten.
2. Wegens echtscheiding wensen u en uw ex-partner beiden een eigen verzekering. U kunt dan als verzekeringnemer de verzekering van de verzekerde (ex-partner) opzeggen. Dit kan zodra hij of zij een eigen verzekering heeft gesloten.
3. U bent individueel verzekerd. Op 1 mei treedt u in dienst bij een andere werkgever. U wilt toetreden tot de collectiviteit van uw nieuwe werkgever. Dat kan niet per 1 mei, maar wel per 1 januari aanstaande.

A8 Kan Anderzorg de verzekering beëindigen?

Anderzorg kan de verzekering beëindigen als:

- de premie niet is betaald, zie artikel A13,
- u informatie heeft achtergehouden of verkeerde informatie heeft gegeven, zie artikel A24,
- u zich tegenover Anderzorg of haar personeel heeft misdragen,
- Anderzorg de verzekering uit de markt neemt en niet langer aanbiedt.

Als het CAK voor u bij Anderzorg een verzekeringsovereenkomst heeft gesloten, maar achteraf blijkt dat u op dat moment niet verzekeringsplichtig was, kan Anderzorg de verzekeringsovereenkomst vernietigen.

A9 Wanneer eindigt de Basisverzekering vanzelf?

Uw Basisverzekering eindigt vanzelf op de dag nadat:

- uw verzekeringsplicht eindigt,
- u komt te overlijden,
- Anderzorg het werkgebied wijzigt en u buiten dat gebied woont,
- Anderzorg geen Basisverzekeringen meer mag aanbieden.

A10 Bedenktijd

Nadat u een verzekering bij Anderzorg heeft afgesloten, kunt u deze verzekering nog 14 dagen na ontvangst van de zorgpolis zonder reden ontbinden. U hoeft dan geen premie of kosten te betalen en krijgt ook geen kosten vergoed. Ontbinden gaat op dezelfde manier als opzeggen (zie artikel A6).

A11 Informatieplicht

U bent verplicht Anderzorg schriftelijk en binnen 30 dagen te informeren als:

Burgerlijk Wetboek Boek 7

Artikel 940

1. Bij opzegging tegen het einde van een verzekeringsperiode teneinde verlenging van de overeenkomst te verhinderen, wordt een termijn van twee maanden in acht genomen.
2. De verzekeringnemer en, tenzij het een persoonsverzekering betreft, de verzekeraar kunnen een overeenkomst die is aangegaan voor een periode van meer dan vijf jaar, of die voor zulk een periode is verlengd, opzeggen tegen het einde van elk vijfde jaar binnen die periode. Daarbij geldt de in lid 1 genoemde termijn.
3. Indien de verzekeraar de bevoegdheid heeft bedongen de overeenkomst tussentijds op te zeggen, komt de verzekeringnemer een gelijke bevoegdheid toe. Tenzij jegens hem is gehandeld met het opzet tot misleiding neemt de verzekeraar onderscheidenlijk de verzekeringnemer daarbij een termijn van twee maanden in acht. Indien een verzekering dekking biedt tegen schade veroorzaakt door risico's als bedoeld in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht, kan, bij de verwezenlijking van een dergelijk risico of bij een dreiging van het ophanden zijn daarvan, de verzekeraar onderscheidenlijk de verzekeringnemer in afwijking van deze termijn van twee maanden, de overeenkomst met inachtneming van een termijn van zeven dagen opzeggen. De verzekeraar kan slechts tussentijds opzeggen op in de overeenkomst vermelde gronden welke van dien aard zijn dat gebondenheid aan de overeenkomst niet meer van de verzekeraar kan worden gevergd.
4. Indien de verzekeraar de voorwaarden van de overeenkomst ten nadele van de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde wijzigt, is de verzekeringnemer gerechtigd de overeenkomst op te zeggen tegen de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging hem is meegedeeld.
5. De verzekeraar kan een persoonsverzekering niet beëindigen of wijzigen op grond van verzwaring van het gezondheidsrisico, voor zover dat is gelegen in de persoon van degeen, die de verzekering betreft.
6. De verzekeringnemer kan de overeenkomst steeds langs elektronische weg opzeggen. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld ten aanzien van de verzending van opzeggingen langs elektronische weg.
7. De voordracht voor een krachtens het zesde lid vast te stellen algemene maatregel van bestuur wordt niet eerder gedaan dan vier weken nadat het ontwerp aan de beide kamers der Staten-Generaal is overgelegd.

Protocol bij het Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden, Parijs, 20-03-1952

Artikel 1. Bescherming van eigendom

Iedere natuurlijke of rechtspersoon heeft recht op het ongestoord genot van zijn eigendom. Aan niemand zal zijn eigendom worden ontnomen behalve in het algemeen belang en onder de voorwaarden voorzien in de wet en in de algemene beginselen van internationaal recht.

De voorgaande bepalingen tasten echter op geen enkele wijze het recht aan, dat een Staat heeft om die wetten toe te passen, die hij noodzakelijk oordeelt om het gebruik van eigendom te reguleren in overeenstemming met het algemeen belang of om de betaling van belastingen of andere heffingen of boeten te verzekeren.