

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen ENO Zorgverzekeraar N.V. te Deventer en ENO Aanvullende verzekeringen N.V. te Deventer

Zaak : Premie, eigen risico, betalingsachterstand, gespreid betalen, betalingsregeling

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019-2021, artt. 16 en 19 Zvw, art. 6:43 BW, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019-2021

Zaaknummer : 202100812

Zittingsdatum : 26 januari 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) ENO Zorgverzekeraar N.V. te Deventer, en
- 2) ENO Aanvullende verzekeringen N.V. te Deventer,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 11 augustus 2021 heeft verzoeker telefonisch aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen, zijn verzoek aan de commissie te verduidelijken en aanvullende informatie op te sturen. Op 25 augustus 2021 heeft verzoeker zijn verzoek in een telefoongesprek nader toegelicht. Hetgeen toen is besproken is bij brief van 25 augustus 2021 aan verzoeker bevestigd. Op dat moment was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid geboden zijn standpunt nader toe te lichten en gevraagd voor 21 oktober 2021 te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie verzocht om drie weken uitstel voor het geven van een reactie. De commissie is deels aan dit verzoek tegemoet gekomen en heeft de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld uiterlijk 4 november 2021 te reageren. Hierop heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 4 november 2021 zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 12 november 2021 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Op 13 januari 2022 heeft verzoeker een aanvullende reactie aan de commissie gestuurd. Een afschrift hiervan is op 14 januari 2022 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 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. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 26 januari 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die aan partijen zijn gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in de jaren 2019 tot en met 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Top (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoeker heeft de Kredietbank Appingedam (hierna: de Kredietbank) verzocht namens hem de verschuldigde bedragen aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen.

- 3.3. Op 28 november 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar een betaling ontvangen van € 315,72. Deze betaling is ten onrechte op de polis van verzoeker verwerkt als premiebetaling voor de maanden januari 2020 en februari 2020.
- 3.4. Bij brief van 24 december 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat deze teveel heeft betaald en dat een bedrag van € 235,23 zou worden teruggestort.
- 3.5. Op 24 februari 2020 heeft verzoeker telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar over voornoemde brief. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit gesprek herhaald dat verzoeker teveel had betaald en verklaard dat de terugstorting terecht was.
- 3.6. Bij brieven van 11 maart 2020, 8 april 2020, 6 mei 2020 en 8 mei 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker verschillende rekeningen gezonden die zien op het eigen risico.
- 3.7. Op 13 mei 2020 is de hiervoor reeds genoemde onjuiste verwerking van de betaling van € 315,72 gecorrigeerd. Het desbetreffende bedrag is alsnog bij verzoeker in rekening gebracht en is vermeld op de factuur van 10 juni 2020, waarmee tevens de premie voor de maand juli 2020 is rekening werd gebracht.
- 3.8. Bij brief van 23 juni 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker bevestigd dat een betalingsregeling tot stand is gekomen voor het voldoen van het verschuldigde eigen risico van € 280,54 in 7 termijnen. Bij uitblijven van betaling van het termijnbedrag heeft de ziektekostenverzekeraar besloten de betalingsregeling te beëindigen en de gehele vordering over te dragen aan een incassobureau. Bij brief van 12 oktober 2021 heeft het incassobureau verzoeker hierover geïnformeerd.
- 3.9. Verzoeker heeft vanaf 14 oktober 2020 verschillende malen telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar en om heroverweging gevraagd van de beslissing de vordering over te dragen aan het incassobureau. Op 23 oktober 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.10. Verzoeker is hierna nog een aantal keren bij de ziektekostenverzekeraar opgekomen tegen de brieven die hij van de ziektekostenverzekeraar en het incassobureau heeft ontvangen ter zake van de verschuldigde premie en het eigen risico. Op 31 december 2020 en 29 januari 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissingen handhaaft.

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat:
 - (i) hij geen betalingsachterstand heeft bij de ziektekostenverzekeraar;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar ten onrechte een vordering heeft overgedragen aan het incassobureau en dat daardoor ten onrechte incassokosten in rekening zijn gebracht.
 - (iii) de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering ten onrechte heeft beëindigd;
 - (iv) de ziektekostenverzekeraar ten onrechte de regeling omtrent het gespreid betalen van het eigen risico heeft beëindigd.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 25 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) over de verschuldigdheid van premie en het eigen risico zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de relevante bepalingen uit het Burgerlijk Wetboek (BW) vermeld. Daarnaast zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Betalingsachterstand

- 6.2. Uit het financieel overzicht van de ziektekostenverzekeraar, gedateerd 18 oktober 2021, blijkt dat sprake is van een betalingsachterstand van totaal € 812,73. Dit bedrag ziet volgens de ziektekostenverzekeraar op onbetaald gelaten premie voor de maand december 2020 (€ 157,49), onbetaald gelaten eigen risico/eigen bijdrage 2020 (€ 203,27) en onbetaald gelaten eigen risico/eigen bijdrage 2021 (€ 451,97). Het bestaan van deze vorderingen is door verzoeker gemotiveerd betwist, waarbij hij - samengevat - heeft aangevoerd dat de Kredietbank namens hem aan alle betalingsverplichtingen heeft voldaan. De ziektekostenverzekeraar heeft deze betalingen echter onjuist verwerkt en ten onrechte betalingen teruggestort.
- 6.3. De commissie overweegt dat de ziektekostenverzekeraar op grond van artikel 6:43 BW verplicht is de betalingen die ten behoeve van verzoeker worden gedaan te verwerken overeenkomstig de omschrijving bij de betaling of - bij het ontbreken van een omschrijving - in mindering te brengen op de meeste bezwarende post. In dit verband heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij de betaling die op 28 december 2020 is ontvangen, had moeten verwerken als premiebetaling voor de maand december 2020. Volgens de ziektekostenverzekeraar is deze vordering dan ook ten onrechte overgedragen aan het incassobureau en zijn er ten onrechte incassokosten in rekening gebracht. Uit het financieel overzicht blijkt echter niet dat de desbetreffende betaling is gecorrigeerd. De ziektekostenverzekeraar is dan ook gehouden dit alsnog te doen. Voorts merkt de commissie op dat vanaf januari 2021 op of omstreeks de 26e van iedere maand betalingen zijn gedaan en uit de omschrijvingen hierbij volgt dat deze zijn bedoeld om de premie van de lopende maand te voldoen. Met deze betalingen is de verschuldigde premie voldaan. Dit betekent dat er naar de stand van 18 oktober 2021 geen premieachterstand bestond en evenmin is gebleken dat deze ná 18 oktober 2021 alsnog is ontstaan. Weliswaar voert de ziektekostenverzekeraar correct aan dat de premiebetaling bij vooruitbetaling moet worden gedaan, maar dit ontslaat hem niet van zijn verplichting om de (niet-tijdige) betalingen op grond van artikel 6:43 BW overeenkomstig hun omschrijving te verwerken.
- 6.4. Ten aanzien van het verschuldigde eigen risico/de eigen bijdrage 2020 overweegt de commissie het volgende. Uit de facturen in het dossier leidt de commissie af dat de ziektekostenverzekeraar op 8 april 2020 aan verzoeker een factuur heeft gestuurd voor het eigen risico voor een bedrag van € 187,39 en op 6 mei 2020 voor een bedrag van € 131,65. Op 8 september 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een betalingsherinnering gezonden. Hieruit blijkt dat het bedrag van € 187,39 volledig is voldaan en dat ten aanzien van de vordering van € 131,65 nog € 113,04 resteert. Dit laatste komt niet overeen met het financieel overzicht van 18 oktober 2021. Hierop is namelijk vermeld dat van de vordering van € 187,39 nog een bedrag van € 102,74 onbetaald is gebleven en dat ten aanzien van de vordering van € 131,65 nog een bedrag van € 100,53 openstaat. Voor dit verschil heeft de ziektekostenverzekeraar geen verklaring gegeven.

De gevolgen hiervan komen voor zijn rekening en risico. De commissie stelt de betalingsachterstand ter zake het eigen risico/de eigen bijdrage 2020 dan ook vast, overeenkomstig de op 8 september 2020 verzonden betalingsherinnering, op een bedrag van € 113,04.

- 6.5. Ten aanzien van het verschuldigde eigen risico/de eigen bijdrage 2021 overweegt de commissie het volgende. Uit de stukken in het dossier blijkt dat de ziektekostenverzekeraar op 3 maart 2021 (€ 66,97), 10 maart 2021 (€ 146,59) en 7 april 2021 (€ 141,53) rekeningen ter zake van het eigen risico/de eigen bijdrage 2021 aan verzoeker heeft gestuurd en dat bij het uitblijven van betaling hiervan aan hem op 8 mei 2021 een betalingsherinnering is gezonden. Verder is gebleken dat de ziektekostenverzekeraar op 12 mei 2021 (€ 68,55) en 16 juni 2021 (€ 28,33) aan verzoeker nog twee rekeningen heeft gestuurd. Volgens de ziektekostenverzekeraar zijn alle rekeningen, voor een totaalbedrag van € 451,97 onbetaald gebleven. Verzoeker heeft het tegendeel niet aannemelijk gemaakt. Zo blijkt uit de door verzoeker overgelegde betaalbewijzen niet dat deze rekeningen zijn voldaan. De commissie stelt de betalingsachterstand ter zake van het eigen risico/de eigen bijdrage 2021 dan ook vast op € 451,97.
- 6.6. Gelet op het voorgaande bedraagt de betalingsachterstand van verzoeker naar de stand van 18 oktober 2021 in totaal € 565,01 (= € 113,04 + € 451,97). Genoemd bedrag is exclusief rente en incassokosten.
- 6.7. Verzoeker heeft ter zitting - door de ziektekostenverzekeraar onbestreden - verklaard dat hij de in het financieel overzicht van 18 oktober 2021 genoemde betalingsachterstand van € 812,73 reeds onder protest aan de ziektekostenverzekeraar heeft voldaan, omdat hij per 1 januari 2022 naar een andere zorgverzekeraar wilde overstappen. Een en ander heeft tot gevolg dat verzoeker teveel aan de ziektekostenverzekeraar heeft betaald. De ziektekostenverzekeraar is om die reden gehouden het teveel betaalde, te weten € 247,72 (= € 812,73 minus € 565,01), aan verzoeker terug te betalen.

Incassokosten

- 6.8. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting verklaard dat hij de in rekening gebrachte incassokosten heeft laten vervallen. Dit betekent dat deze kosten niet langer onderdeel zijn van het geschil, zodat zij verder onbesproken kunnen blijven.

Beëindiging aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.9. In artikel 10 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is vermeld dat de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering mag beëindigen of de dekking hiervan kan opschorten, als betaling van de verschuldigde premie of overige bedragen uitblijft nadat de verzekeringnemer hiervoor schriftelijk is aangemaand onder vermelding van de gevolgen van het uitblijven van betaling. Uit het financieel overzicht van 18 oktober 2021 leidt de commissie af dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 maart 2021 te beëindigen. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting verklaard dat in de betalingsherinnering van 8 januari 2021 is vermeld dat bij het uitblijven van betaling de aanvullende ziektekostenverzekering kan worden geroyeerd. Deze herinnering ziet echter op de betaling van de premie voor de maand december 2020. Zoals hiervoor is overwogen, had de zorgverzekeraar de betaling van 28 december 2020 moeten verwerken als premiebetaling voor de maand december 2020, zodat de betalingsherinnering van 8 januari 2021 ten onrechte werd verstuurd.
- De commissie treft in het dossier verder geen aanmaningen aan die niet alleen terecht, maar ook vóór 1 maart 2021 aan verzoeker zijn gestuurd en waarmee laatstgenoemde wordt geïnformeerd over de de mogelijke gevolgen van het uitblijven van betaling, te weten de beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering. Omdat dit niet is gebeurd, moet als vaststaand worden

aangenomen dat de ziektekostenverzekeraar niet heeft gehandeld overeenkomstig artikel 10 van de algemene voorwaarden. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 maart 2021 ten onrechte heeft beëindigd.

- 6.10. Verzoeker heeft ter zitting verklaard dat hij niet vraagt om herstel van de aanvullende ziektekostenverzekering, maar in plaats daarvan verzoekt om een compensatie voor de zorg die hij heeft gemeden als gevolg van de beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering, te weten 9 x € 50,- voor fysiotherapie en € 300,- voor de aanschaf van een bril.
- De commissie overweegt in dit verband dat de vordering van verzoeker is gebaseerd op de veronderstelling dat hij de zorg daadwerkelijk had afgenomen als de aanvullende ziektekostenverzekering niet was beëindigd. Dit laatste is echter niet door verzoeker aannemelijk gemaakt. Evenmin is gebleken dat verzoeker de genoemde zorg daadwerkelijk heeft genoten, zodat is komen vast te staan dat hij hiervoor geen kosten heeft gemaakt. Ook anderszins is niet gebleken dat verzoeker kosten heeft moeten maken of schade heeft geleden, omdat hij voornoemde zorg niet kon afnemen. Dit alles leidt tot de conclusie dat de commissie dit onderdeel van het verzoek afwijst.

Regeling vooraf gespreid betalen eigen risico

- 6.11. Uit de verklaringen van partijen leidt de commissie af dat de ziektekostenverzekeraar zijn verzekerden - onder bepaalde voorwaarden - de mogelijkheid biedt aan een regeling deel te nemen waarmee het wettelijk verplicht eigen risico vooraf gespreid wordt betaald. Hiertoe wordt gedurende 10 maanden in één kalenderjaar, naast de verschuldigde premie en/of eigen bijdragen, een bedrag van € 38,50 in rekening gebracht. De regeling wordt jaarlijks automatisch voortgezet, tenzij de verzekerde zich hiervoor afmeldt. Vast staat dat verzoeker in 2014 aan voornoemde regeling deelnam en dat de regeling door de ziektekostenverzekeraar op 4 augustus 2014 werd beëindigd, omdat niet tijdig werd betaald. Hierdoor is de regeling ook niet automatisch verlengd. Om wederom deel te nemen aan de regeling had verzoeker een nieuwe aanvraag moeten indienen, maar dat is volgens de ziektekostenverzekeraar niet gebeurd. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat alleen aan deze regeling kan worden deelgenomen als de bedragen door middel van een automatische incasso kunnen worden geïncasseerd. Gelet op deze stellingname had het op de weg van verzoeker gelegen feiten te stellen (en bij betwisting hiervan aannemelijk te maken) die grond vormen voor de stelling dat de regeling ten onrechte werd beëindigd. Dit betekent dat als vaststaand moet worden aangenomen dat de regeling op 4 augustus 2014 terecht werd beëindigd en dat geen reden bestond deze automatisch te verlengen.
- 6.12. De vraag die dan rest is op welk moment verzoeker weer aan de regeling kon of mocht deelnemen. In dit verband overweegt de commissie dat uit het dossier blijkt dat verzoeker niet eerder dan op 22 mei 2020 per e-mail aan de ziektekostenverzekeraar heeft verzocht het eigen risico wederom gespreid te mogen betalen. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop aan verzoeker meegedeeld dat hij zich niet lopende het kalenderjaar kon aanmelden voor de regeling. Vervolgens is op 29 december 2020 een e-mailbericht aan verzoeker verzonden, waarin stond hoe hij zich voor de regeling voor het jaar 2021 kon aanmelden. Hiertoe was dan echter wel vereist dat de verschuldigde bedragen door middel van een automatische incasso konden worden geïncasseerd. Niet is gebleken dat verzoeker hiermee akkoord is gegaan en dat de regeling tussen partijen tot stand is gekomen.
- 6.13. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar is gehouden een bedrag van € 247,72 aan verzoeker terug te betalen binnen 14 dagen na dagtekening van dit bindend advies;
- (ii) verzoeker geen belang heeft bij een oordeel over de verschuldigdheid van incassokosten, omdat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten deze te laten vervallen;
- (iii) de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering ten onrechte heeft beëindigd, maar dit niet kan leiden tot toekenning van de gevorderde compensatie;
- (iv) de ziektekostenverzekeraar niet gehouden is de regeling voor het vooraf gespreid betalen van het eigen risico met terugwerkende kracht te herstellen, en evenmin is gebleken dat een nieuwe regeling is tot stand gekomen;
- (v) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 29 maart 2022

H.A.J. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

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 19

1. Iedere verzekerde van achttien jaar of ouder heeft een verplicht eigen risico van € 385 per kalenderjaar.
2. Het bedrag, genoemd in het eerste lid, wordt jaarlijks geïndexeerd overeenkomstig het verschil in geraamde uitgaven voor de zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, tussen het kalenderjaar waarop het verplicht eigen risico betrekking zal hebben en vergelijkbare uitgaven voor het jaar voorafgaand aan dat kalenderjaar.
3. Indien het geïndexeerde bedrag naar beneden afgerond € 5 of een veelvoud daarvan verschilt van het in het eerste lid genoemde bedrag, wordt dit bedrag bij ministeriële regeling gewijzigd, waarna het in die regeling genoemde bedrag in de plaats treedt van het in het eerste lid genoemde bedrag.
4. Rekeningen voor kosten van zorg of overige diensten worden slechts op het verplicht eigen risico in mindering gebracht, indien deze door de zorgverzekeraar zijn ontvangen voor een bij algemene maatregel van bestuur te bepalen dag van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop het verplicht eigen risico betrekking heeft, tenzij het aan de verzekerde te wijten is dat de rekening niet voor die dag is ingediend.
5. In afwijking van het vierde lid is de zorgverzekeraar gerechtigd het verplicht eigen risico in rekening te brengen indien het aan de verzekerde te wijten is dat de rekening niet voor de bij algemene maatregel van bestuur bepaalde dag is ingediend.
6. Bij algemene maatregel van bestuur wordt bepaald op welke wijze het verplicht eigen risico in mindering wordt gebracht.
7. Het tweede en derde lid blijven buiten toepassing voor de jaren 2019, 2020, 2021 en 2022.

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 43

1. Verricht de schuldenaar een betaling die zou kunnen worden toegerekend op twee of meer verbintenissen jegens een zelfde schuldeiser, dan geschiedt de toerekening op de verbintenis welke de schuldenaar bij de betaling aanwijst.
2. Bij gebreke van zodanige aanwijzing geschiedt de toerekening in de eerste plaats op de opeisbare verbintenissen. Zijn er ook dan nog meer verbintenissen waarop de toerekening zou kunnen plaatsvinden, dan geschiedt deze in de eerste plaats op de meest bezwarende en zijn de verbintenissen even bezwarend, op de oudste. Zijn de verbintenissen bovendien even oud, dan geschiedt de toerekening naar evenredigheid.

U (verzekeringnemer) moet de opzegging doen op één van de volgende manieren:

- schriftelijk. Een schriftelijk verzoek moet zijn gericht aan ZorgDirect, Polisadministratie, Antwoordnummer 30, 7400 VB Deventer (postzegel niet nodig);
- per e-mail aan info@zorgdirect.nl;
- via het wijzigingsformulier op www.zorgdirect.nl/wijzigen.

Een mondelinge opzegging geldt niet.

Als u (verzekerde/verzekeringnemer) ons verzoekt om een verzekering te sluiten, beschouwen wij dat verzoek ook als een opzegging van een bij ons al lopende, gelijksoortige verzekering.

Als u (verzekerde/verzekeringnemer) een andere zorgverzekeraar verzoekt om daar een verzekering te sluiten, dan beschouwen wij vanaf het moment dat wij een afschrift van dat verzoek ontvangen, dat verzoek ook als een opzegging van de bij ons al lopende, gelijksoortige verzekering.

9. Hoe werkt het als u via het CAK verzekerd bent?

Als u verzekerd bent door het CAK in het kader van de maatregelen tegen onverzekerden, kunt u de basisverzekering vernietigen. Dat kan alleen in de periode van twee weken vanaf de datum dat het CAK u heeft gemeld dat u verzekerd bent. U moet daarbij aantonen dat u al een andere zorgverzekering hebt gekregen in de periode van drie maanden vanaf de datum van verzending door het CAK van de tweede bestuurlijke boete wegens het onverzekerd zijn en de opdracht u te (laten) verzekeren op grond van een zorgverzekering.

Als u bent verzekerd door het CAK in het kader van de maatregelen tegen onverzekerden, kunt u de basisverzekering niet opzeggen gedurende de eerste 12 maanden dat deze loopt. Gedurende die periode gelden de opzegmogelijkheden van artikel 8 van deze algemene bepalingen niet.

Als u bent verzekerd door het CAK in het kader van de maatregelen tegen onverzekerden, kunnen wij de basisverzekering wegens dwaling vernietigen, als achteraf blijkt dat u niet verzekeringsplichtig was. De basisverzekering wordt dan geacht niet te zijn ingegaan.

10. Wanneer mogen wij de verzekering beëindigen of opschorten?

Wij kunnen de verzekering opzeggen of ontbinden of de dekking van de verzekering opschorten:

- als u (verzekeringnemer) de premie of overige bedragen die u (verzekeringnemer) aan ons moet betalen niet op tijd heeft voldaan. Dat geldt alleen als u (verzekeringnemer) na schriftelijk te zijn aangemaand tot betaling binnen de daarvoor gestelde termijn, onder vermelding van de gevolgen van het uitblijven van betalen, nog niet volledig heeft betaald. Opzeggen of ontbinden wegens wanbetaling doen wij niet met terugwerkende kracht. Een opschorting wegens wanbetaling eindigt op de dag na die waarop wij het verschuldigde bedrag, inclusief rente en kosten, hebben ontvangen;
- als u (verzekerde/verzekeringnemer) ons niet, niet volledige of onjuiste informatie of bescheiden verstrekt die relevant zijn voor de uitvoering van de verzekering en die tot nadeel voor ons leiden of kunnen leiden;
- als u (verzekerde/verzekeringnemer) iets gedaan heeft met de opzet ons te misleiden of als wij geen verzekering zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken;
- als u zich jegens ons of onze medewerkers ernstig misdraagt.

In alle gevallen verstrekken wij u (verzekerde/verzekeringnemer) een bewijs van het einde van de verzekering. Bij het eindigen van de basisverzekering sturen wij een bewijs met vermelding van de gegevens die de Zorgverzekeringswet ons voorschrijft.

11. Wat gebeurt er met uw verzekering als u in detentie zit?

De dekking en de premieplicht uit de verzekering zijn opgeschort gedurende de periode waarin u in detentie zit. Wij kunnen uw basisverzekering niet opzeggen of ontbinden zolang u in detentie zit.

Vergeet niet ons de begindatum en het einde van uw detentie te melden. De begindatum moet u binnen één maand na het begin van de detentie melden. Het einde van de detentie moet u ons binnen één maand na afloop van de detentie melden. De melding doet u door een detentieverklaring van uw penitentiaire inrichting te sturen:

- per e-mail naar verzekerden@zorgdirect.nl; of
- per post naar ZorgDirect, Polisadministratie, Antwoordnummer 30, 7400 VB Deventer (postzegel niet nodig).

Als u in het buitenland in detentie zit, moet u ons als bewijs daarvan een verklaring van de Minister van Buitenlandse Zaken of een verklaring van Reclassering Nederland overleggen waaruit die detentie blijkt.

PREMIE

12. Hoe is de premie opgebouwd?

De premie is gelijk aan de premiegrondslag, verminderd met eventuele kortingen, bijvoorbeeld door een vrijwillig eigen risico of door deelname aan een collectiviteit. De premiegrondslag is opgenomen in de Premiebijlage bij de verzekeringsvoorwaarden.

De premiegrondslag, de eventueel toepasselijke kortingen en de verschuldigde premie staan vermeld in de polis.

Als de verzekering niet ingaat per de eerste dag van een maand, wordt de premie voor die eerste maand naar rato van het aantal verzekerde dagen in die maand vastgesteld.

Het kan voorkomen dat wij op grond van de wet of een verdrag in verband met uw verzekering een belasting of andere heffing moeten betalen in Nederland of in het buitenland. In dat geval kunnen wij dat bedrag in de vorm van een toeslag naast uw premie in rekening brengen. U moet de toeslag dan aan ons voldoen. Als een toetslag van toepassing is, is deze opgenomen in uw polis.

13. Hoe moet u de premie betalen?

U (verzekeringnemer) moet de premie vooruit betalen. Dat moet voor de dag dat de periode begint waarop de premie betrekking heeft. Wij bepalen of de betaling per maand, per half jaar of per jaar mag en welke vorm van betaling mogelijk is.

Bij niet-tijdige betaling van de premie of andere aan ons te betalen bedragen, kunnen wij u (verzekerde/verzekeringnemer) de wettelijke rente, invorderingskosten en administratiekosten in rekening brengen.

U (verzekerde/verzekeringnemer) mag de te betalen premie of andere aan ons te betalen bedragen niet verrekenen met van ons te ontvangen bedragen. Ook mag u (verzekerde/verzekeringnemer) de betaling niet opschorten als u (verzekerde/verzekeringnemer) vindt dat wij u (verzekerde/verzekeringnemer) een bedrag verschuldigd zijn.

In geval van overlijden van de verzekerde betalen wij de reeds betaalde premie terug, voor zover die betrekking heeft op de periode vanaf de dag na het overlijden.

BELANGRIJKE REGELS

14. Voor wie zijn de verzekeringen bestemd?

Deze verzekeringsvoorwaarden zijn bestemd om te worden aangeboden aan alle personen die in Nederland of in het buitenland wonen en die verplicht zijn een zorgverzekering te sluiten.

Op de verzekering is Nederlands recht van toepassing.

15. Aan welke informatieplichten moet u voldoen?

U (verzekerde/verzekeringnemer) bent verplicht:

- als u zorg krijgt in een ziekenhuis of polikliniek, zich te legitimeren aan de hand van een rijbewijs, een paspoort, een Nederlandse identiteitskaart of een vreemdelingendocument (identiteitsbewijzen als bedoeld in de Wet op de identificatieplicht);
- de zorgaanbieder die u behandelt te vragen de reden van behandeling bekend te maken aan de medisch adviseur, als de medisch adviseur daarom vraagt;
- aan onze medisch adviseur of medewerkers medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle informatie die zij nodig hebben voor de controle op de uitvoering van de verzekering;
- ons spoedig op de hoogte te brengen van alle feiten en omstandigheden die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, waaronder verhuizing, geboorte, overlijden, wijziging IBAN, echtscheiding, einde deelname aan een collectiviteit of die tot het einde van uw verzekering hebben geleid of kunnen leiden.

Als u (verzekerde/verzekeringnemer) zich niet houdt aan de informatieplichten die in dit artikel en in de overige verzekeringsvoorwaarden staan genoemd, heeft u geen recht op de zorg, als onze belangen hierdoor zijn geschaad.

Als wij tot de conclusie komen dat de verzekering zal eindigen of geëindigd is, melden wij dit u (verzekeringnemer) zo spoedig mogelijk, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt of geëindigd is.

Onze mededelingen aan u (verzekerde/verzekeringnemer) gelden alleen als wij deze schriftelijk of, met uw toestemming, per e-mail hebben bevestigd. Als wij gebruik maken van het laatst bij ons bekende woonadres of e-mailadres van u (verzekerde/verzekeringnemer) dan mogen wij ervan uitgaan dat de mededeling u (verzekerde/verzekeringnemer) heeft bereikt.

Als u (verzekerde/verzekeringnemer) ons een e-mailbericht stuurt, mogen wij ervan uitgaan dat u daarmee toestemming geeft dat wij daarop reageren per e-mailbericht.

Als u (verzekerde/verzekeringnemer) ons toestemming hebt gegeven voor het elektronisch verzenden van mededelingen, kunt u (verzekerde/verzekeringnemer) die toestemming weer intrekken. Dat kan op een van de volgende manieren:

- schriftelijk. Een schriftelijk verzoek moet zijn gericht aan ZorgDirect, Polisadministratie, Antwoordnummer 30, 7400 VB Deventer (postzegel niet nodig);
- per e-mail aan info@zorgdirect.nl;
- via het wijzigingsformulier op www.zorgdirect.nl/wijzigen.