

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Centrale Zorgverzekeringen NZV N.V. te Tilburg en OWM CZ Groep U. te Tilburg
Zaak : Geestelijke gezondheidszorg (GGZ), wijziging verzekeringsvoorwaarden informatieplicht
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021 en 2022, Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-017)
Zaaknummer : 202102372
Zittingsdatum : 9 maart 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) Centrale Ziektekostenverzekering NZV N.V. te Tilburg, en
 - 2) OWM CZ Groep U. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 22 december 2021 heeft verzoekster per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoekster heeft hieraan voldaan; op 4 januari 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 2 februari 2022 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 2 februari 2022 aan verzoekster gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren.
- 2.3. Bij brief van 15 februari 2022 heeft verzoekster een reactie aan de commissie gestuurd, waarin zij haar verzoek aan de commissie heeft gewijzigd. Een kopie van deze brief is op 16 februari 2022 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.4. Bij brief van 25 februari 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar een aanvullende reactie aan de commissie gestuurd. Een afschrift hiervan is op 25 februari 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.5. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 9 maart 2022 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Compleet. In 2022 is verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de NN Zorgverzekering Combinatie en de aanvullende ziektekostenverzekering Compleet. De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Bij brief van 20 september 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster geïnformeerd over de wijziging van de hoogte van de vergoeding per 1 januari 2022 voor niet-gecontracteerde GGZ, wijkverpleging en fysio- en oefentherapie. In de brief is vermeld dat een verzekerde die gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder recht heeft op vergoeding van 75% van de rekening tot maximaal het door de ziektekostenverzekeraar vastgestelde tarief dat is vermeld op zijn website.

- 3.3. In november 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het zogenoemde prolongatiepakket gezonden, waarmee verzoekster wordt geïnformeerd over wijzigingen in de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering per 1 januari 2022.
- 3.4. Op 22 november 2021 heeft verzoekster telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar om zich te laten informeren over de vergoeding van psychotherapie in 2022. Op 23 november 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster per e-mail een bevestiging gestuurd van dit gesprek.
- 3.5. Op 15 december 2021 en 21 december 2021 heeft verzoekster per e-mail aanvullende vragen gesteld aan de ziektekostenverzekeraar. Op 22 december 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail aan verzoekster meegedeeld dat als een rekening wordt ontvangen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder voor GGZ met een startdatum in 2022 recht bestaat op een vergoeding van 75% van de rekening, maar nooit op meer dan het door de ziektekostenverzekeraar vastgestelde maximale tarief. Dit geldt ook voor verzekerden die al onder behandeling zijn. Hiervoor bestaat geen overgangsregeling.
- 3.6. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Uit de stukken in het dossier blijkt niet dat de ziektekostenverzekeraar hierop (schriftelijk) heeft gereageerd.

4. Het geschil

- 4.1. Verzoekster heeft - na wijziging van haar verzoek - aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar zijn informatieplicht jegens haar heeft geschonden ten aanzien van de wijziging in de vergoeding van GGZ met ingang van 1 januari 2022.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-017) van de Nederlandse Zorgautoriteit 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.

Standpunt verzoekster

- 6.2. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij reeds vanaf 2020 onder behandeling is bij een GGZ psychotherapeut en dat deze behandeling in 2022 wordt voortgezet. Tot 1 januari 2022 zijn de kosten hiervan volledig vergoed ten laste van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster niet-tijdig, transparant en volledig ingelicht over de wijziging in de dekking van de zorgverzekering voor GGZ per 1 januari 2022. Daarbij heeft de ziektekostenverzekeraar haar telefonisch slechts geïnformeerd over het gegeven dat de polis is omgezet van een restitutiepols naar een combinatiepols, maar heeft nagelaten haar (desgevraagd) te informeren over de financiële gevolgen hiervan in haar specifieke geval. Dit had redelijkerwijs wel op zijn weg gelegen, omdat uit de ontvangen informatie en de 'pakketvergelijker 2022' niet blijkt wat het maximumtarief is dat de ziektekostenverzekeraar zal gaan hanteren. Verzoekster heeft erg veel moeite moeten doen dit laatste zelf te achterhalen. Hieruit heeft zij opgemaakt dat het maximale tarief haar zorgkosten niet dekt en dat zij € 56,62 per sessie zelf moet gaan betalen. Dit komt met twee sessies per week neer op een bedrag van € 420,96 per maand. Aangezien de kosten

voorheen volledig werden vergoed is deze wijziging disproportioneel en niet acceptabel. Overigens erkent de ziektekostenverzekeraar dat hij is tekortgeschoten in zijn informatieverstrekking aan verzoekster en is hij haar tegemoet gekomen met een bedrag van € 250,-. Ter zitting heeft verzoekster aanspraak gemaakt op schadevergoeding, althans in ieder geval een vergoeding van de door haar gemaakte reiskosten.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar stelt dat hij in zijn brieven van september en november 2021 aan verzoekster heeft uitgelegd dat sprake is van een wijziging in de vergoeding van onder andere GGZ behandelingen bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders met ingang van 1 januari 2022. Daarbij is verzoekster tevens gewezen op het overzicht met maximale vergoedingen dat met ingang van voornoemde datum geldt en dat te vinden is op de website. Hiermee heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster tijdig en correct geïnformeerd over de voorgenomen wijzigingen. Verzoekster had op basis van deze informatie ervoor kunnen kiezen zich tot een gecontracteerde zorgaanbieder te wenden, of haar verzekeringen op te zeggen. Van deze mogelijkheden heeft verzoekster geen gebruik gemaakt. Omdat in de onderhavige situatie is gebleken dat verzoekster reeds geruime tijd onder behandeling is bij een psychotherapeut heeft de ziektekostenverzekeraar bij wijze van uitzondering besloten verzoekster tegemoet te komen door de rekeningen van deze niet-gecontracteerde zorgaanbieder ook in 2022 nog volledig te vergoeden.
- Verder stelt de ziektekostenverzekeraar dat hij niet verplicht is iedere verzekerde op individueel niveau te informeren over de concrete gevolgen van de wijzigingen in de verzekeringsvoorwaarden. Dat is ook niet mogelijk, omdat de ziektekostenverzekeraar op voorhand niet weet welke zorg precies wordt verleend en zal worden gedeclareerd. Het is dan ook aan een verzekerde met eventuele vragen hierover contact op te nemen met de zorgaanbieder of de ziektekostenverzekeraar.
- Tot slot heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat verzoekster geen processueel belang heeft, omdat zij - kort samengevat - voor de gevolgen van de desbetreffende wijziging in de zorgverzekering inmiddels door hem is gecompenseerd waar dit het verzekeringsjaar 2022 betreft.

Overwegingen commissie

- 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op grond van artikel A.5.3. van de voorwaarden van de zorgverzekering het recht de verzekeringsvoorwaarden te wijzigen. Indien de wijziging in het nadeel is van de verzekerde heeft deze het recht de verzekering op te zeggen of te wijzigen. Dit recht geldt niet als de wijziging van de verzekeringsvoorwaarden het gevolg is van een wijziging van de wetgeving. Verder geldt dat de ziektekostenverzekeraar op grond van artikel 9 van de 'Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-017)' (hierna: de regeling) zijn verzekerden tijdig dient te informeren over wijzigingen in de verzekeringsvoorwaarden die ten nadele zijn van deze verzekerden en dat hij de desbetreffende wijzigingen dient te vermelden in het prolongatiepakket en op zijn website als deze wijzigingen ingaan per 1 januari.
- 6.5. De ziektekostenverzekeraar heeft besloten de dekking van de zorgverzekering voor onder andere niet-gecontracteerde GGZ met ingang van 1 januari 2022 te nadele van zijn verzekerden te wijzigen. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster hierover bij brief van 20 september 2021 geïnformeerd. Uit de brief is af te leiden dat de rekening van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die GGZ verleend voor 75% wordt vergoed, tot maximaal het door de ziektekostenverzekeraar vastgestelde tarief. Uit de brief volgt verder dat dit tarief is te raadplegen via de website van de ziektekostenverzekeraar (www.nn.nl/zorg2022). De commissie stelt vast dat op deze website onder het kopje 'Tarieven' een link is opgenomen naar het 'Reglement en tarievenlijsten' van de ziektekostenverzekeraar, waaronder de lijst met maximumtarieven voor GGZ. Op deze lijst is per declaratiecode, die is voorzien van een beschrijving, vermeld wat het maximale tarief is dat door de ziektekostenverzekeraar wordt vergoed.

Hetgeen verzoekster heeft aangevoerd, met name dat zij erg veel moeite heeft moeten doen de geldende maximumtarieven te achterhalen, kan de commissie gelet op het voorgaande niet volgen. Verder constateert de commissie dat de ziektekostenverzekeraar met voornoemde brief en de informatie op zijn website heeft voldaan aan de informatieplicht die op hem rust op grond van artikel 9 van de regeling.

- 6.6. De commissie overweegt dat de ziektekostenverzekeraar daarentegen heeft nagelaten in zijn brief van 20 september 2021 en/of in de brief van november 2021 expliciet te vermelden dat verzoekster het recht heeft haar verzekering op te zeggen of te wijzigen, door na opzegging een ander type zorgverzekering - natura in plaats van restitutie - aan te gaan, in verband met de voor haar nadelige wijzigingen in de dekking van de Zorgverzekering Restitutie. Daarmee heeft de ziektekostenverzekeraar niet overeenkomstig artikel A.5.3. van de verzekeringsvoorwaarden gehandeld en zijn informatieplicht jegens verzoekster geschonden. Een en ander neemt echter niet weg dat verzoekster wist dat zij haar verzekering uiterlijk 31 december 2021 kon beëindigen. Dit volgt onder meer uit haar e-mail van 21 december 2021 aan de ziektekostenverzekeraar. Overigens volgt uit de e-mail van 22 december 2021 van de ziektekostenverzekeraar dat aan verzoekster de mogelijkheid is geboden haar verzekering lopende het kalenderjaar te beëindigen en wel tot 14 dagen nadat de commissie over het onderhavige geschil een bindend advies heeft uitgebracht. Tot slot heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster toegezegd de behandelingen in 2022 als voorheen volledig te zullen vergoeden, zodat verzoekster van voornoemde schending van de informatieplicht geen nadeel heeft ondervonden. Hoewel verzoekster door de geboden compensatie geen financieel belang meer heeft, heeft zij naar het oordeel van de commissie wel degelijk een processueel belang bij de vaststelling of de ziektekostenverzekeraar al dan niet jegens haar is tekortgeschoten in zijn mededelingsplicht. Het is om deze reden dat het verweer van de ziektekostenverzekeraar dienaangaande wordt gepasseerd.
- 6.7. Hetgeen verzoekster verder heeft aangevoerd, met name dat de ziektekostenverzekeraar heeft erkend dat hij in zijn telefonische informatievoorziening is tekortgeschoten, behoeft geen verdere bespreking. De ziektekostenverzekeraar had hiervoor voorafgaand aan deze procedure immers al zijn excuses aangeboden, onverplicht een bedrag van € 250,- aan verzoekster betaald en haar alsnog de juiste informatie per e-mail verstrekt. Voor schadevergoeding is in de onderhavige procedure geen plaats, nog daargelaten dat verzoekster geen specificatie dienaangaande heeft ingediend. In procedures ten overstaan van de commissie blijven reiskosten hoe dan ook voor rekening van partijen, aangezien het een partij ook vrij staat om telefonisch of digitaal aan een zitting deel te nemen.
- 6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar zijn informatieplicht jegens verzoekster heeft geschonden, waar het betreft de mogelijkheid voor verzoekster de verzekering op te zeggen, hetgeen echter zonder gevolgen blijft vanwege de door de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster geboden compensatie over het verzekeringsjaar 2022;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,- moet voldoen.

Zeist, 29 maart 2022,

A.I.M. van Mierlo

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

9. Wijzigingen in de polisvoorwaarden

1. De ziektekostenverzekeraar informeert de verzekerde tijdig over wijzigingen ten nadele van de verzekerde in de polisvoorwaarden.
2. De ziektekostenverzekeraar vermeldt alle onder artikel 9.1 bedoelde wijzigingen op de website, en in het prolongatiepakket wanneer het gaat om wijzigingen per 1 januari.

of

- een verklaring van de Sociale Verzekeringsbank aan ons toestuurt waaruit blijkt dat u verzekerd bent ingevolge de Wet langdurige zorg; of
- er redelijkerwijs niets aan kunt doen dat het door u verstrekte adres afwijkt van het adres in de Basisregistratie Personen.

Als u op dit moment nog bij een andere zorgverzekeraar verzekerd bent en u in uw verzoek aangeeft dat u de verzekering op een latere datum wilt laten ingaan, gaat de verzekering op die latere datum in. Op uw polisblad staat de ingangsdatum van uw verzekering.

A.4.2. Verzoek tot wijziging

Uw verzoek om bij ons een verzekering af te sluiten beschouwen wij ook als een verzoek van u om de bij ons lopende gelijksoortige verzekering te beëindigen.

Verzoekt u een andere zorgverzekeraar om daar een zorgverzekering af te sluiten dan beschouwen wij vanaf het moment dat wij een afschrift van dat verzoek ontvangen, datzelfde verzoek ook als een verzoek van u om de bij ons lopende zorgverzekering te beëindigen.

A.4.3. Verzekerd met terugwerkende kracht

Er zijn situaties waarin wij u met terugwerkende kracht inschrijven:

- als uw zorgverzekering ingaat binnen 4 maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan. Als ingangsdatum geldt dan de dag waarop de verzekeringsplicht ontstond.
- als u de verzekering bij ons afsluit binnen een maand nadat u uw verzekering bij een andere zorgverzekeraar hebt beëindigd omdat deze de verzekeringsvoorwaarden wijzigde, of omdat het jaar afliep. Uw (aanvullende) (zorg)-verzekering gaat bij ons in op de 1e dag nadat uw oude verzekering is geëindigd.

A.4.4. Verzekeringsduur

Uw verzekering duurt één volledig jaar, tenzij uw verzekering bij ons in de loop van het jaar start. In dat laatste geval loopt de verzekering tot 1 januari van het volgende jaar. Wij verlengen de verzekering daarna van jaar tot jaar. Dat vertellen wij u ieder jaar samen met de wijzigingen voordat de verlenging ingaat. Dan hebt u de gelegenheid om uw verzekering te wijzigen of te beëindigen.

A.4.5. Begin en einde van recht op zorg

U hebt alleen recht op zorg waarop u volgens de verzekeringsvoorwaarden recht hebt als u die zorg hebt gehad in de periode dat deze zorgver-

zekering loopt. Als een DBC-zorgproductcode gedeclareerd wordt die begon voor de einddatum van uw zorgverzekering, dan gaan wij ervan uit dat de kosten daarvan zijn gemaakt tijdens de periode waarin uw zorgverzekering liep.

A.5. Wanneer kunt u opzeggen of wijzigen?

A.5.1. Herroepen van uw nieuwe verzekering

Als u (verzekeringnemer) direct voorafgaand nog niet bij ons verzekerd was en een nieuwe verzekering hebt afgesloten, mag u die nieuw afgesloten verzekering kosteloos en zonder reden beëindigen door herroeping. Daarvoor gelden de volgende voorwaarden:

- U moet de herroeping schriftelijk indienen. Vermeld daarbij duidelijk uw naam, adres, woonplaats en welke verzekering u wilt herroepen.
- De herroeping moet binnen 14 dagen nadat uw nieuwe verzekering is ingegaan bij ons binnen zijn. Is de verzekering nog niet ingegaan dan moet de herroeping binnen 14 dagen nadat u het polisblad hebt ontvangen, bij ons binnen zijn.

Voldoet u niet aan deze voorwaarden, dan eindigt uw nieuwe verzekering niet door herroeping.

Wij beëindigen de nieuw afgesloten verzekering met terugwerkende kracht tot en met de dag waarop de verzekering is ingegaan. Had u ons al premie betaald voor deze verzekering, dan betalen wij die binnen 30 dagen nadat wij de herroeping hebben ontvangen aan u terug. Had u tussen de ingangsdatum van de verzekering en de datum van herroeping kosten gemaakt en vergoed gekregen van ons, dan betaalt u die aan ons terug binnen 30 dagen nadat u daarvoor een specificatie van ons hebt ontvangen.

A.5.2. Met ingang van een nieuw jaar

U (verzekeringnemer) kunt uw verzekering elk jaar opzeggen of wijzigen. Wij moeten dan uiterlijk op 31 december schriftelijk uw opzegging of wijziging hebben ontvangen. Ontvangen wij die later, dan blijft uw lopende verzekering nog een jaar gelden en eindigt daarna op 1 januari. Dit artikel geldt niet voor een zorgverzekering die CAK voor u heeft gesloten; zie artikel A.5.8.

Bij wijziging sluit u - nadat wij hiermee akkoord zijn gegaan - bij ons een andere, vervangende verzekering. Uw lopende verzekering eindigt dan per 1 januari daaropvolgend.

A.5.3. Bij verandering van de verzekeringsvoorwaarden

Wij hebben het recht de verzekeringsvoorwaarden te veranderen. Is de verandering in uw nadeel (en gaat het om een wijziging in een verzekering die u hebt afgesloten), dan hebt u (verzekeringnemer) het recht de verzekering op te zeggen of te wijzigen. Opzeggen moet u schriftelijk doen. U hebt hiervoor in ieder geval 30 dagen de tijd nadat wij u van de verandering op de hoogte hebben gebracht. Uw verzekering eindigt of wijzigt op de dag dat de verandering ingaat.

Het recht tot opzeggen of wijzigen van de verzekering geldt niet als de verandering van de verzekeringsvoorwaarden het gevolg is van een wijziging van de wetgeving.

A.5.4. Bij verandering van de premiegrondslag

Als wij de premiegrondslag veranderen, stellen wij u hiervan ten minste 7 weken van tevoren op de hoogte. Als wij de premiegrondslag verhogen, hebt u (verzekeringnemer) het recht uw verzekering op te zeggen of te wijzigen vanaf de dag dat wij u deze mededeling doen tot de dag waarop de verhoging ingaat. Opzeggen moet u schriftelijk doen. Uw verzekering eindigt of wijzigt op de dag dat de premieverhoging ingaat.

A.5.5. Bij verandering van collectiviteit

Bent u (verzekeringnemer) collectief verzekerd via een werkgever en treedt u aansluitend in dienst bij een andere werkgever die een andere collectieve verzekering heeft afgesloten? U (verzekeringnemer) kunt dan uw collectieve verzekering via uw oude werkgever ook in de loop van het jaar beëindigen. U (verzekeringnemer) kunt de oude collectieve verzekering schriftelijk opzeggen vanaf de dag dat uw oude dienstverband eindigt tot 30 dagen nadat uw nieuwe dienstverband is ingegaan. Uw nieuwe collectieve verzekering gaat in op de dag van indiensttreding bij uw nieuwe werkgever als dit de 1e dag van de kalendermaand is of anders op de 1e dag van de maand na indiensttreding. Uw oude collectieve verzekering eindigt diezelfde dag, evenals de premiekorting en andere collectieve afspraken die bij uw oude collectieve verzekering horen.

A.5.6. Bij verandering van collectieve verzekering naar individuele verzekering

Wij zetten voor u (verzekeringnemer) en uw gezinsleden de collectieve verzekering om in een individuele verzekering als u niet meer in aanmerking komt voor deelname aan de collectieve overeenkomst waarbinnen de collectieve verzekering valt. Hiervan is bijvoorbeeld sprake in de volgende

gevallen:

- Als u (verzekeringnemer) de collectieve verzekering(en) hebt afgesloten via uw werkgever en u niet meer beschouwd kunt worden als werknemer van die werkgever. Vernemen wij dit binnen 30 dagen nadat u geen werknemer meer bent, dan kunt u aan de collectiviteit blijven deelnemen tot 1 januari van het volgende jaar. Als u het later doorgeeft, dan stellen wij vast wanneer de deelname eindigt.
- Als u (verzekeringnemer) de collectieve verzekering(en) hebt afgesloten via een rechtspersoon die uw belangen behartigt. Wij doen dit per de datum dat u niet meer aangemerkt kunt worden als een persoon wiens belangen door die rechtspersoon worden behartigd.
- Als de collectieve overeenkomst (welke is aangegaan tussen de werkgever of belangenbehartiger en ons) waarbinnen uw collectieve verzekering valt, om enige reden eindigt.

Vanaf dat moment vervalt de collectiviteitskorting. De collectieve verzekering(en) wordt (worden) in dat geval aansluitend voortgezet op basis van de voorwaarden die voor een individuele verzekering gelden en het meest lijken op de voormalige collectieve voorwaarden. Vanaf dat moment moet u de premie voor een individuele verzekering gaan betalen.

A.5.7. Bij einde van de verzekering voor iemand anders

Hebt u (verzekeringnemer) iemand anders verzekerd, dan kunt u ook in de loop van het jaar de verzekering voor die verzekerde opzeggen of bij ons een andere verzekering sluiten, als deze persoon via een andere verzekering wordt verzekerd:

- Als u (verzekeringnemer) de verzekering schriftelijk opzegt **voordat** de nieuwe verzekering ingaat, eindigt de verzekering op de dag waarop de nieuwe verzekering ingaat.
- Zegt u (verzekeringnemer) de verzekering schriftelijk op **nadat** de nieuwe verzekering is ingegaan, dan eindigt de verzekering na afloop van een volledige maand nadat wij de opzegging ontvingen.

A.5.8. Bij einde van de zorgverzekering die CAK heeft gesloten

Als u op grond van de Zorgverzekeringswet verplicht bent een zorgverzekering te sluiten, kan het zijn, dat u desondanks niet verzekerd was en CAK voor u bij ons een zorgverzekering heeft gesloten.

- U kunt deze zorgverzekering gedurende 2 weken vanaf het moment dat CAK u dat heeft medegedeeld, beëindigen met terugwerkende kracht, als u aan CAK en aan ons aantoonst dat

u al een andere zorgverzekering heeft gesloten binnen 3 maanden nadat CAK u heeft medegedeeld dat u onterecht niet verzekerd was.

- U kunt deze zorgverzekering gedurende de eerste 12 maanden dat deze loopt niet opzeggen.

A.5.9 Wanneer kunt u niet opzeggen en wijzigen?

De opzeg- en wijzigingsmogelijkheden die wij hiervoor in de artikelen A.5.2., A.5.4., A.5.5. en A.5.7. hebben aangegeven, gelden niet in de volgende situaties:

- U (verzekeringnemer) hebt de (bestuursrechtelijke) premie en kosten die u moet betalen niet op tijd aan ons betaald; en
- Wij hebben u hiervoor een herinnering (zie artikel A.9.1.) gestuurd om de premie alsnog binnen maximaal 14 dagen aan ons te betalen; en
- Wij hebben de dekking van de verzekering (nog) niet opgeschort (geschorst); en
- Wij hebben niet binnen 14 dagen aangegeven akkoord te gaan met de opzegging.

Vanaf het moment dat u (verzekeringnemer) de (bestuursrechtelijke) premie, kosten en eventuele incassokosten alsnog aan ons betaald hebt, kunt u (verzekeringnemer) alsnog gebruikmaken van deze opzeg- en wijzigingsmogelijkheden.

A.5.10. Royementsverklaring

Als de verzekering(en) eindigt (eindigen) door opzegging hebt u (verzekeringnemer) recht op een royementsverklaring. Wij sturen u die automatisch toe in de vorm van een zogenaamde "beëindigingspolis". Daarop staan onder andere welke verzekerden, welke verzekeringen en welke premie van toepassing waren en wat de beëindigingsdatum is.

A.6. Wanneer beëindigen wij de verzekering

A.6.1. Wettelijke beëindiging van uw verzekering

Op grond van de wet moeten wij uw verzekering in bepaalde situaties eindigen. Als dat zo is, stellen wij u (verzekeringnemer) hiervan zo snel mogelijk op de hoogte. De beëindigingsdatum is de dag nadat:

- onze vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf wijzigt of wordt ingetrokken en wij daardoor geen verzekeringen meer mogen aanbieden of uitvoeren. Wij stellen u hiervan uiterlijk 2 maanden van tevoren op de hoogte;

- u (verzekerde) overlijdt. Wij moeten binnen 30 dagen na de datum van overlijden hiervan op de hoogte zijn gebracht.

A.6.2. Wettelijke beëindiging van uw zorgverzekering

Naast het bepaalde in artikel A.6.1. moeten we op grond van de wet uw zorgverzekering ook in bepaalde andere situaties eindigen. Als dat zo is, stellen wij u (verzekeringnemer) hiervan op de hoogte. De beëindigingsdatum is de dag nadat:

- wij het gebied waarin wij de zorgverzekering aanbieden (werkgebied) hebben veranderd en u (verzekerde) door die verandering buiten ons werkgebied komt te wonen. Wij stellen u hiervan uiterlijk 2 maanden van tevoren op de hoogte;
- uw (verzekerde) verzekeringsplicht eindigt doordat u niet meer op basis van de Wlz verzekerd bent of u in militaire dienst bent gegaan. U (verzekeringnemer) moet ons hiervan zo spoedig mogelijk op de hoogte brengen.

A.6.3. Onrechtmatig ingeschreven

Als blijkt dat u (verzekeringnemer) een zorgverzekering bij ons hebt afgesloten terwijl u geen verzekeringsplicht hebt, dan beëindigen wij deze zorgverzekering met terugwerkende kracht vanaf het moment dat u deze hebt gesloten. Wij verrekenen de premie die u hebt betaald met de zorg die wij hebben vergoed en betalen u het verschil terug of brengen het bij u in rekening.

A.6.4. Misdrijf of overtreding

Als u zich tegenover ons of een gecontracteerde zorgverlener schuldig maakt aan (een poging tot) misdrijf, overtreding, oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging, hebben wij het recht:

- al uw verzekeringen bij ons per direct te beëindigen;
- aanspraken op zorg of vergoeding van kosten van zorg op te schorten;
- betaalde vergoedingen terug te vorderen;
- kosten van onderzoek op u te verhalen;
- aangifte te doen bij de politie;
- u te registreren in het gangbare waarschuwingssysteem tussen financiële instellingen.

A.6.5. Dwaling

Wij doen een beroep op dwaling, als u door het CAK bij ons bent verzekerd, omdat dit instituut meende dat u verzekeringsplichtig was op grond van de Zorgverzekeringswet maar blijkt dat u op dat moment niet verzekeringsplichtig was. Wij beëindigen dan met terugwerkende kracht uw zorgverzekering.