

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. L. Ritzema en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202500729

Partijen

A. te B., hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C. te D.,

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij brief van 16 augustus 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 20 augustus 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 24 oktober 2025 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is, eveneens op 24 oktober 2025, aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 17 december 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker is tot op heden bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering VGZ Basis Keuze (hierna: de zorgverzekering).
- 2.2. De zorgverzekeraar heeft in verband met een betalingsachterstand in ieder geval vanaf 2018 diverse incassogemachtigden ingeschakeld, die namens hem bedragen van verzoeker hebben gevorderd, met bijbehorende incassokosten.
- 2.3. Bij brief van 22 april 2024 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij met ingang van 1 mei 2024 wordt aangemeld bij het CAK in het kader van de Regeling betalingsachterstand zorgpremie.
- 2.4. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar een klacht ingediend over onder andere een terugvordering, de hoogte van de incassokosten, en de aanmelding bij het CAK. Bij brief van 29 januari 2025 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissingen handhaaft.

- 2.5. Verzoeker heeft vervolgens opnieuw een klacht ingediend bij de zorgverzekeraar. Bij brief van 3 juli 2025 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker een voorstel gedaan om het geschil op te lossen. Verzoeker heeft hierop gereageerd, waarna de zorgverzekeraar bij brief van 24 juli 2025 een nieuw voorstel heeft gedaan. Verzoeker is bij die gelegenheid ook met terugwerkende kracht tot 1 mei 2024 afgemeld bij het CAK.
- 2.6. Verzoeker heeft inhoudelijk op het nieuwe voorstel van de zorgverzekeraar gereageerd, en een tegenvoorstel gedaan. De zorgverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 6 augustus 2025 aan verzoeker meegedeeld niet akkoord te gaan met dit tegenvoorstel. Ook heeft hij meegedeeld dat zijn voorstel van 24 juli 2025 is komen te vervallen.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. De commissie begrijpt het verzoek aldus dat dit betrekking heeft op:
 - (i) het niet (tijdig) incasseren van de premieachterstand door de zorgverzekeraar,
 - (ii) een verklaring voor recht over de aan- en afmelding van verzoeker bij het CAK in het kader van de Regeling betalingsachterstand zorgpremie, en
 - (iii) een verklaring voor recht over de berekende incassokosten, waarbij een en ander zich toespitst op het volgende:
 - 1) de betaaltermijn die de zorgverzekeraar in zijn herinneringen en aanmaningen gebruikt voldoet niet aan de wettelijke eisen, waardoor de incassokosten onterecht zijn;
 - 2) de zorgverzekeraar benoemt ten onrechte geen omzetbelasting over incassokosten in zijn herinneringen en aanmaningen;
 - 3) de zorgverzekeraar is niet duidelijk of hij omzetbelasting over incassokosten doorbelast: in zijn herinnering is de omzetbelasting wel benoemd, maar in de aanmaning niet;
 - 4) de zorgverzekeraar heeft een oneerlijk beding opgenomen in de toepasselijke voorwaarden, waardoor de gevorderde incassokosten onterecht zijn;
 - 5) de incassogemachtigde heeft alle voor de zorgverzekeraar gevorderde incassokosten niet, dan wel niet juist aangezegd; en
 - 6) de hoogte van de door de incassogemachtigde gevorderde incassokosten is onterecht.
- 3.2. Verzoeker heeft hiertoe in zijn brief aan de commissie van 16 augustus 2025 verklaard dat nog steeds verschil van mening bestaat over de redenen dat de zorgverzekeraar hem bij het CAK aanmeldde in het kader van de Regeling betalingsachterstand zorgpremie. Er was geen sprake van zes of meer maandpremies achterstand voor de zorgverzekering. De zorgverzekeraar conformeert zich bovendien niet aan zijn eigen betaaltermijn, maar meldde verzoeker aan bij het CAK, terwijl de nieuw gegeven betaaltermijn voor de premie van april 2024 nog niet was verstreken. De twee- en viermaands brieven voldeden niet aan de wettelijke eisen qua inhoud en verzenddata. De zorgverzekeraar reageerde niet op de betwisting, door verzoeker, van de juistheid van de aanmelding en heeft geen moeite gedaan om de premieachterstand te incasseren. Verzoeker heeft hierdoor schade geleden en wenst een verklaring voor recht dat de zorgverzekeraar niet in overeenstemming met de Zorgverzekeringswet heeft gehandeld en tevens de eigen betaaltermijn had moeten respecteren.
- 3.3. Vanwege de onterechte aanmelding bij het CAK vroeg verzoeker al in zijn brief van 19 januari 2025 om afmelding. De zorgverzekeraar stelde echter dat aanmelding gerechtvaardigd zou zijn vanwege een premieachterstand bij een label waarvoor hij optreedt als risicodragers. Toen ook de daar openstaande premie in februari 2025 werd betaald, liet de zorgverzekeraar echter na verzoeker af te melden. Integendeel, bij brief van 17 april 2025 meldde de zorgverzekeraar verzoeker dat de aanmelding nog steeds gerechtvaardigd was vanwege een aanwezige achterstand bij het label. Dit betrof echter geen premie, maar een bedrag van € 3,60 voor een administratieve factuur die verzoeker al meer dan 6,5 jaren betwist. Intussen is verzoeker afgemeld bij het CAK, maar hij is van mening dat de zorgverzekeraar dit al direct na zijn eerste

verzoek had moeten doen. Daarom wenst hij een verklaring voor recht dat de zorgverzekeraar hem onterecht en onnodig lang aangemeld heeft gelaten.

- 3.4. Al sinds 2022 vraagt verzoeker om kopieën van de facturen van de maandpremies voor september, oktober en november 2022. De zorgverzekeraar stelt deze niet te kunnen verstrekken omdat verzoeker gebruik maakt van automatische incasso. Verzoeker is van mening dat de betaalmethode los staat van de facturatie. Daarnaast heeft hij nooit toestemming gegeven voor automatische incasso.
- 3.5. Verzoeker heeft al in zijn brief aan de zorgverzekeraar van 19 januari 2025 een klacht ingediend over de onjuistheid van de incassokosten die de zorgverzekeraar rechtstreeks en via de incassogemachtigde van hem vorderde. Van de incassogemachtigde heeft verzoeker nimmer een aanzegging ontvangen van de in rekening gebrachte incassokosten. Ook bleven deze onredelijk hoog oplopen.
- 3.6. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd dat er al veel is afgewikkeld door de zorgverzekeraar, maar het gaat verzoeker om het principe. Er zijn door de zorgverzekeraar diverse fouten gemaakt, waaronder het niet tijdig afmelden als wanbetaler bij het CAK. Er is geen gehoor gegeven aan de klachten met betrekking tot de incassoprocedure, waardoor deze voor de rechtbank is gebracht. Hij verwacht op 7 januari 2026 uitspraak van de rechter over de incassoprocedure. Er zijn incassokosten geïncasseerd van € 15,--. Hiervoor is IncassoStopper ingeschakeld en dit onderdeel is aan de rechter voorgelegd. Pas na het voorleggen aan de rechter werd er echt inhoudelijk door de zorgverzekeraar op het geschil gereageerd. Op veel vragen is echter geen antwoord gekomen. De reactie van november sprak de brief van juli tegen. De vraag is of de openstaande schuld bij de rechtsvoorganger van de zorgverzekeraar nu wel of niet meetelde bij de termijn van de viermaandsbrief en de aanmelding bij de incasso. In de brief van juli staat van niet, in de laatste brief wel weer. In beide gevallen zijn de viermaandsbrieven in elk geval niet op tijd verzonden en dat was de reden dat de zorgverzekeraar de aanmelding weer heeft ingetrokken. Ook in 2023 is het allemaal onzorgvuldig verlopen. Toen de betaaltermijn van de laatste vordering was verstreken, werd deze meteen toegevoegd aan de vordering bij de incassogemachtigde, zonder betalingstermijnen. Volgens de zorgverzekeraar was op enig moment sprake van zes maanden achterstand. Als dit al het geval was, had er eerder aangemeld moeten zijn. Als gekeken wordt naar de oplegging van de premie, de prolongatie en de daadwerkelijke betaling, klopt de datum van aanmelden niet. Toen de viermaandsbrieven werden verstuurd was er sprake van minder maanden achterstand. Verzoeker wil ook een immateriële schadevergoeding. Hij wil graag vastgesteld krijgen wat er in het handelen door de zorgverzekeraar niet juist is gegaan, zodat er een basis is voor de claim die hij nog wil indienen. De vordering wordt door hem betwist. Met de betwisting is niets gedaan en dit zou volgens artikel 18c Zvw wel moeten. Daarnaast heeft zowel de zorgverzekeraar als de rechtsvoorganger te weinig incassomaatregelen getroffen. Voor de vordering van de zorgverzekeraar is op 28 mei 2023 de laatste incassobrief ontvangen, bij de rechtsvoorganger was dit al in 2022. De zorgverzekeraar heeft op dit argument niet gereageerd. Ook op basis daarvan is er te laat aangemeld bij CAK. Vervolgens is verzoeker te laat afgemeld. Alle premie is in 2025 voldaan. De rechtsvoorganger heeft bevestigd dat de premie was ontvangen. Daarop heeft de zorgverzekeraar niet gereageerd. Verzoeker had direct afgemeld moeten worden. De zorgverzekeraar stelt dat er een machtiging voor automatische incasso is afgegeven door verzoeker, maar dit betwist hij. Hij wil altijd handmatig betalen en stemt nooit in met automatische incasso. Hij heeft de geïnde bedragen dus telkens gestorneerd. De kopiefacturen, waarom hij steeds heeft gevraagd, waren er niet. Daarom kreeg hij alleen uitdraaien uit het systeem. De incassokosten zijn verder onterecht. De brieven van de zorgverzekeraar kloppen niet op basis van de aanzegging van de termijn, ook al gebruikt de zorgverzekeraar een langere termijn, maar een brief van 17 april wordt bijvoorbeeld pas op 30 april ontvangen. De aanzegging van de termijn is niet juist. Hij voldoet namelijk niet aan de eisen voor het aanzeggen van

buitenwettelijke incassokosten. Daarnaast, de incassokosten die zijn aangezegd, zijn gebaseerd op een algemene voorwaarde waarvan de rechter in Rotterdam heeft gezegd dat deze niet redelijk is. Tijdens het incassoproces met de incassogemachtigde is verzoeker van het kastje naar de muur gestuurd. Er zijn vorderingen die vijf dagen na de vervalt termijn zijn betaald. Hij krijgt daarvoor geen brieven van de zorgverzekeraar, maar hij mag er wel kosten over betalen en die brengt de deurwaarder ook in rekening. Dit strookt niet met de wet. De zorgverzekeraar heeft hier ook een actieve rol in. Hij vraagt zich af hoe de kosten zo hoog kunnen oplopen.

4. Standpunt zorgverzekeraar

- 4.1. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 3 juli 2025 verklaard dat hij erkent dat er niet juist is gehandeld. De aanmelding bij het CAK is niet volgens de richtlijnen verlopen. De zorgverzekeraar heeft bij die gelegenheid voorgesteld verzoeker tegemoet te komen door de bestuurlijke boetes en een compensatie voor het niet kunnen afsluiten van een andere zorgverzekering aan verzoeker te vergoeden. Ook wilde de zorgverzekeraar de € 15,- van een zorgkostenfactuur van 27 mei 2024 aan verzoeker restitueren, alsmede een vergoeding verlenen voor de kosten die verband houden met de zogenoemde 'Incassostopper'.
- 4.2. Bij brief van 24 juli 2025 heeft de zorgverzekeraar verklaard dat hij heeft besloten verzoeker met terugwerkende kracht (per april 2024, bedoeld wordt 1 mei 2024) af te melden bij het CAK. Het openstaande bedrag van € 3,60 bij het label van de zorgverzekeraar zal worden kwijtgescholden. Hoewel de premie voor april 2024 in dit specifieke geval nog niet opeisbaar was, blijkt uit de communicatie tussen verzoeker en het label dat de premie voor augustus 2019 ook onderdeel was van de premieachterstand. Deze premie is pas in februari 2025 door verzoeker voldaan. De premie voor augustus 2019 was oorspronkelijk niet meegenomen in de zes maanden premieachterstand. Zou dit wel zijn gebeurd, dan had verzoeker in maart 2024 al zes maanden premieachterstand. Hierdoor zijn de twee- en viermaands brieven niet tijdig verstuurd en is er zodoende niet in overeenstemming met de richtlijnen van het CAK gehandeld. Om deze reden is verzoeker met terugwerkende kracht tot 1 mei 2024 bij het CAK afgemeld. De zorgverzekeraar is verzoeker ook tegemoetgekomen in het verschil tussen de nominale premie en de bestuursrechtelijke premie. Ook heeft hij compensatie ontvangen voor het niet elders kunnen afsluiten van een zorgverzekering.
- 4.3. Verzoeker betaalde in 2022 premies via automatische incasso. Als een verzekerde via automatische incasso betaalt, wordt geen premiefactuur verstuurd, voorafgaand aan de premieafschrijving. De facturen zijn om die reden niet beschikbaar en de zorgverzekeraar kan deze daarom niet nasturen. Op het polisblad van 2022 is vermeld op welke datum de maandelijkse premie wordt afgeschreven. De premieafschrijvingen door middel van automatische incasso voor de maanden september, oktober en december 2022 waren niet gelukt. Verzoeker heeft hierover brieven ontvangen. Het geschil dat aanhangig is, betreft een op zichzelf staande kwestie. Om deze reden zal de zorgverzekeraar geen algemene verklaring afgeven waarin wordt bevestigd dat de incassokosten van vóór 2024 onterecht zijn gevorderd en dat de betalingsherinneringen en aanmaningen niet voldoen aan de wet. De incassokosten van € 15,- die worden gevorderd zien op een zorgkostenfactuur van 27 mei 2024. Gelet hierop ziet de zorgverzekeraar geen reden een verklaring af te geven betreffende incassokosten die in eerdere jaren zijn gevorderd.
- 4.4. Verzoeker is verder van mening dat ten onrechte de omzetbelasting over de incassokosten niet is vermeld in de aanmaningen en betalingsherinneringen. Ook bestaat volgens hem onduidelijkheid over het doorbelasten van omzetbelasting over de incassokosten. De zorgverzekeraar is vrijgesteld van omzetbelasting met betrekking tot het betalingsverkeer, waaronder ook schulden vallen. In de brief van 30 juni 2024 vermeldt hij de omzetbelasting, omdat wanneer een vordering wordt overgedragen aan een incassopartner (na de laatste

aanmaning), er wel omzetbelasting is verschuldigd over de incasso- en rentekosten. Zodra een vordering is overgedragen, komen de incassokosten van de zorgverzekeraar te vervallen. In de overige betalingsherinneringen en aanmaningen wordt de omzetbelasting niet genoemd, omdat de zorgverzekeraar zelf geen omzetbelasting in rekening brengt over de verschuldigde premies en zorgkostenfacturen.

4.5. In zijn brief van 24 juli 2025 heeft de zorgverzekeraar verklaard bereid te zijn de kosten te vergoeden volgens de specificatie in de brief van 8 juli 2025. Dit komt neer op een vergoeding van € 2.267,80. In het kader van een minnelijke schikking was de zorgverzekeraar bereid dit bedrag met € 1.000,- te verhogen. Omdat verzoeker hiermee niet akkoord is gegaan, heeft de zorgverzekeraar het voorstel bij e-mailbericht van 6 augustus 2025 ingetrokken.

4.6. In zijn brief aan de commissie van 24 oktober 2025 heeft de zorgverzekeraar verklaard dat onderscheid moet worden gemaakt tussen het aanmaantrajec (voor premies en declaraties) en het aanmeldtraject CAK. Een uiterste betaaldatum in een betalingsherinnering heeft géén invloed op de aanmelddatum bij het CAK, maar uitsluitend op de berekening van eventuele incassokosten of de overdracht aan een incassopartner. Voor het aanmeldtraject bij het CAK geldt uitsluitend de betaaldatum, zoals vermeld op de eerste factuur. Op grond van de artikelen 18b en 18c van de Zorgverzekeringswet kan aanmelding plaatsvinden zodra een achterstand ter hoogte van zes maandpremies is ontstaan, waarbij het verstrijken van de oorspronkelijke betaaltermijn bepalend is. Uit de administratie blijkt, anders dan verzoeker veronderstelt, dat hij in maart 2024 wél een achterstand had van ten minste zes maanden, betreffende de premies voor augustus 2019, september, oktober en november 2022, alsmede maart en april 2024. In de brief van 24 juli 2025 is aan verzoeker meegedeeld dat de twee- en viermaands brieven niet tijdig zijn verzonden, waardoor niet is gehandeld conform de door het CAK gehanteerde richtlijnen. Om die reden is, uit coulance, besloten alle door verzoeker gemaakte kosten naar aanleiding van zijn aanmelding bij het CAK te vergoeden.

Verzoeker stelt dat de inhoud en verzenddata van voornoemde brieven niet zouden voldoen aan de wettelijke vereisten. Deze stelling is door hem niet nader onderbouwd. Op grond van artikel 150 Rv rust de bewijslast op degene die zich op een dergelijke omstandigheid beroept.

Verzoeker heeft ook verklaard dat de zorgverzekeraar hem eerder had moeten afmelden bij het CAK. Hij diende zijn eerste verzoek daartoe op 19 januari 2025 in. De zorgverzekeraar heeft op 24 juli 2025 schriftelijk bevestigd dat de aanmelding niet conform de richtlijnen is verlopen, en heeft verzoeker met terugwerkende kracht per 1 mei 2024 afgemeld. Hiermee is aan zijn verzoek voldaan. Voorts heeft de zorgverzekeraar alle door verzoeker als gevolg van de aanmelding bij het CAK gemaakte kosten vergoed. Dit betreft:

- een bedrag van € 337,41 aan bestuurlijke boetes, welk bedrag, in overleg met verzoeker, is verrekend met toekomstige premiebetalingen;
- een bedrag van € 587,02 aan incasso- en deurwaarderskosten, aan hem uitbetaald op 5 september 2025;
- een bedrag van € 150,00 ter compensatie van de gemiste premiekorting, aan hem uitbetaald op 12 september 2025.

Met deze vergoedingen is volledige compensatie geboden voor de door verzoeker geleden financiële schade. Gezien het bovenstaande ontbreekt voldoende belang bij het verzoek van verzoeker om een verklaring voor recht dat de aanmelding bij het CAK en het uitblijven van de afmelding onrechtmatig waren. De zorgverzekeraar heeft erkend dat de aanmelding niet conform de richtlijnen is verlopen, heeft verzoeker met terugwerkende kracht afgemeld per 1 mei 2024, én alle financiële gevolgen volledig gecompenseerd.

4.7. Wat betreft de premiefacturen voor de maanden september, oktober en november 2022 geldt dat de automatische incasso's niet zijn geslaagd. Verzoeker is hierover schriftelijk geïnformeerd via stornobriefacturen, waarin het bedrag aan maandpremie dat hij aan de zorgverzekeraar verschuldigd was, werd vermeld. Uit de administratie blijkt dat zijn communicatievoorkeur in de

periode van 1 januari 2022 tot en met 30 december 2022 was ingesteld op digitaal. De betreffende stornobriefacturen zijn daarom verzonden naar de “Mijn Omgeving” van verzoeker. Uit de gegevens blijkt dat deze brieven daadwerkelijk zijn ontvangen door verzoeker, omdat onder “Tonen aan klant” het woord “Ja” staat. Met ingang van 1 januari 2022 zijn de verzekerden van het label overgegaan naar de zorgverzekeraar. Daarbij heeft de zorgverzekeraar de incassomethode van het label overgenomen, waardoor de wijze van afschrijving gelijk bleef. Per 29 december 2022 is de betalingswijze door verzoeker aangepast naar acceptgiro. Op 1 augustus 2024 zijn de openstaande premies voor september, oktober en november 2022 verrekend en daarmee volledig voldaan.

- 4.8. Verzoeker voert verder aan dat (i) in de door de zorgverzekeraar verzonden herinnerings- en aanmaningsbrieven de betaaltermijn niet conform de wettelijke vereisten is vermeld, waardoor, naar zijn mening, de vordering ter zake van de incassokosten door de zorgverzekeraar ongegrond is, (ii) in deze brieven geen afzonderlijke vermelding van het verschuldigde bedrag aan omzetbelasting is opgenomen, en (iii) de zorgverzekeraar in zijn verzekeringsvoorwaarden een oneerlijk beding hanteert, hetgeen volgens hem eveneens meebrengt dat de gevorderde incassokosten niet gerechtvaardigd zijn. Deze stellingen zijn reeds onderwerp van een door verzoeker aanhangig gemaakte dagvaardingsprocedure bij de rechtbank. De betreffende punten maken integraal deel uit van het lopende gerechtelijke geschil dat momenteel door de kantonrechter wordt behandeld. Nu de commissie heeft aangegeven niet bevoegd te zijn klachten te behandelen die reeds onder rechterlijke beoordeling staan, verzoekt de zorgverzekeraar om deze specifieke onderdelen buiten de beoordeling van het onderhavige geschil te laten.
- 4.9. Verzoeker heeft ook aangevoerd dat de incassogemachtigde de incassokosten niet op juiste wijze heeft aangezegd en dat de hoogte van de hem gevorderde incassokosten onjuist zou zijn. Deze klachten hebben betrekking op de handelwijze van de incassogemachtigde. De zorgverzekeraar is niet bevoegd of in staat inhoudelijk op deze punten in te gaan. Nu er geen toekomstige rechtsgevolgen te verwachten zijn, berusten onderhavige standpunten uitsluitend op principiële gronden. Daarmee ontbreekt een voldoende reëel en concreet belang als bedoeld in artikel 3:303 BW, zodat geen rechtens relevant belang resteert bij het verkrijgen van een verklaring voor recht. De zorgverzekeraar heeft de overige stellingen en bezwaren die verzoeker heeft aangevoerd, gemotiveerd weersproken.
- 4.10. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat de betaaltermijnen in de aanmaningen en herinneringen en ook de incassokosten al onderdeel zijn van de dagvaarding. De ziektekostenverzekeraar wil zich daarom beperken tot de opmerkingen over het CAK, de facturen en de incassogemachtigde. Verzoeker heeft niet altijd tijdig zijn premie betaald. Daarom is hij op enig moment aangemeld bij het CAK. De aanmelding is niet volledig in overeenstemming geweest met de richtlijnen van het CAK, en om die reden zijn corrigerende maatregelen getroffen. Verzoeker is met terugwerkende kracht afgemeld bij CAK en de financiële gevolgen zijn ongedaan gemaakt. Verzoeker wil nu een verklaring voor recht. In artikel 3:303 BW is opgenomen dat bij onvoldoende belang geen uitspraak moet worden gedaan. Er is onvoldoende belang bij deze uitspraak. Verzoeker heeft aangegeven nog steeds de facturen te willen ontvangen, maar op grond van de Zvw en de voorwaarden is iedereen verplicht premie te betalen. Hiervoor worden geen aparte brieven of facturen verzonden. Er wordt op het polisblad vermeld wat de premie is. Alleen als automatische incasso niet slaagt, worden er stornobrieven verzonden. De premie kon in 2022 iedere maand niet worden afgeschreven omdat deze werd gestorneerd, en daarom heeft verzoeker voor iedere maand een stornobrief ontvangen. Het is niet navolgbaar waarom verzoeker nog steeds facturen van deze maanden wil ontvangen. De premie is intussen ook ontvangen, dus er is geen belang. Verzoeker heeft opgemerkt dat hij geen toestemming heeft gegeven voor automatische incasso. Per 1 januari 2022 zijn de verzekerden van de rechtsvoorganger overgegaan naar de zorgverzekeraar. Bij de rechtsvoorganger betaalde

verzoeker via automatische incasso. Dit is door de ziektekostenverzekeraar overgenomen. Een en ander is destijds ook opgenomen in de lijst met vragen en antwoorden voor verzekerden die van de rechtsvoorganger naar de zorgverzekeraar gingen. De automatische incassomachtiging kon op dat moment worden ingetrokken. Er is contact geweest met de rechtsvoorganger, en verzoeker stond met automatische incasso in het dossier. De rechtsvoorganger kon hiervan geen documenten overleggen maar de zorgverzekeraar heeft geen reden hieraan te twijfelen. Verzoeker is hiervan ook op de hoogte gebracht door verstrekking van het polisblad. Pas in december 2022 is de betaalwijze door hem gewijzigd naar acceptgiro. Als hij dit eerder had gedaan, had hij wel reguliere facturen ontvangen, anders dan de stornobrieven. Volgens verzoeker zou de hoogte van de incasso onterecht zijn, maar dit wordt verder niet onderbouwd. Uit navraag bij de incassogemachtigde blijkt dat de volledige hoofdsom is voldaan en de incassokosten worden niet meer gevorderd. Waarom hiervoor een verklaring voor recht nodig zou zijn is daarom ook onduidelijk. Naar de mening van de zorgverzekeraar bestaat op grond van artikel 3:303 BW geen belang. De vordering voor een verklaring voor recht dient daarom te worden afgewezen.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is in beginsel bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering. De commissie is echter niet bevoegd een schadevergoeding toe te kennen dan wel een oordeel te geven over een geschil dat reeds aanhangig is gemaakt bij de bevoegde rechter.
- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) 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

- 6.2. Zoals eerder opgemerkt, begrijpt de commissie het verzoek aldus dat dit betrekking heeft op:
 - (i) het niet (tijdig) incasseren van de premieachterstand door de zorgverzekeraar,
 - (ii) een verklaring voor recht over de aan- en afmelding van verzoeker bij het CAK in het kader van de Regeling betalingsachterstand zorgpremie, en
 - (iii) een verklaring voor recht over de berekende incassokosten.
- 6.3. Waar het gaat om het derde onderdeel, heeft de zorgverzekeraar verklaard dat verzoeker een dagvaarding heeft uitgebracht. Naar hij voorts onweersproken heeft gesteld, maken de berekende incassokosten integraal deel uit van het door verzoeker bij de rechtbank aanhangig gemaakte geschil. Zoals onder 5.1. is toegelicht is de commissie om die reden niet bevoegd zich hierover uit te laten.
- 6.4. Ten aanzien van het eerste onderdeel geldt dat de premie een brengschuld is, zodat het op de weg van verzoeker ligt zorg te dragen voor tijdige betaling, dat wil zeggen vóór of uiterlijk op de premievervaldatum. Bij niet-tijdige betaling treedt het verzuim automatisch in. Dit kan anders zijn indien verzoeker niet op de hoogte was van het bedrag dat hij aan de zorgverzekeraar was verschuldigd. Hiervan is evenwel niet gebleken. Verzoeker heeft de ontvangst van de polisbladen niet bestreden en aan de hand hiervan had hij kennis kunnen nemen van de verschuldigde premie. Hij heeft daarnaast niet onderbouwd waarom hij schade zou hebben geleden door een te

late incasso. Overigens had hij dit laatste kunnen voorkomen door afgifte van een incassomachtiging, maar in het recente verleden heeft hij zelf juist gekozen voor een andere wijze van incasso, namelijk per acceptgiro. De stellingen van verzoeker dienaangaande treffen, gelet op het voorgaande, geen doel zodat dit onderdeel van het verzoek wordt afgewezen.

- 6.5. Met betrekking tot het tweede onderdeel is door de zorgverzekeraar erkend dat de twee- en viermaands brieven niet op de juiste wijze zijn verzonden, waarbij hij heeft opgemerkt dat het alleen om het moment van verzending ging, en dat verzoeker destijds weldegelijk een achterstand in de betaling van de premie voor de zorgverzekering had van zes maanden. Omdat met betrekking tot de beide brieven niet juist was gehandeld, heeft de zorgverzekeraar verzoeker met terugwerkende kracht tot 1 mei 2024 afgemeld bij het CAK en hem volledige compensatie aangeboden voor de door hem – als gevolg van de aanmelding - geleden schade. Deze compensatie heeft deels plaatsgevonden door middel van verrekening en deels door betaling aan verzoeker. Verzoeker heeft dit alles niet bestreden. Daarom valt niet in te zien wat zijn belang nog is bij een verklaring voor recht dat de zorgverzekeraar in dezen niet juist heeft gehandeld en wordt dit onderdeel van het verzoek afgewezen.
- 6.6. Uit het voorgaande volgt dat de commissie het verzoek, voor zover zij bevoegd is hiervan kennis te nemen en erover te beslissen, afwijst.

Slotsom

- 6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 januari 2026,

S.M.L.M. Schneiders-Spoor

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

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Voorwaarden zorgverzekering
2. Wetgeving

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.

2.6. Mededelingen

Mededelingen gericht aan het laatst bij ons bekende adres, worden geacht u te hebben bereikt. Als u alle mededelingen van ons langs elektronische weg wilt ontvangen, dan kunt u dit aangeven in de [Mijn VGZ](#) of in de [VGZ app](#).

2.7. Lidmaatschap van de Coöperatie VGZ

Bij de totstandkoming van deze zorgverzekering wordt u als verzekeringnemer ook lid van de Coöperatie VGZ U.A., tenzij u schriftelijk aangeeft daar geen prijs op te stellen. De Coöperatie behartigt het belang van haar leden op het terrein van de (zorg)verzekering. U kunt het lidmaatschap op elk gewenst moment opzeggen, met inachtneming van een opzegtermijn van één maand. Het lidmaatschap eindigt in ieder geval op het moment dat de verzekeringsovereenkomst eindigt.

2.8. Bedenkperiode

Bij het aangaan van de zorgverzekering heeft u als verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. U kunt de verzekering schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

2.9. Voorrangsbepaling

Voor zover het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringswet bepaalde van invloed is of moet zijn op de zorgverzekering, geldt dit als in deze verzekeringsvoorwaarden opgenomen. Is het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringswet bepaalde strijdig met de bepalingen van deze overeenkomst? Dan gaat hetgeen is bepaald in de Zorgverzekeringswet voor en daarna hetgeen is bepaald bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek en daarna het bepaalde in deze zorgverzekering.

2.10. Nederlands recht

Op de zorgverzekering is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 3. Premie

3.1. Premiegrondslag en premiekortingen

De premiegrondslag is de premie zonder premiekorting voor een vrijwillig eigen risico. De premiegrondslag vindt u op uw polisblad en op de premiebijlage op onze website.

Premiekorting bij vrijwillig eigen risico

Als u kiest voor een vrijwillig eigen risico, ontvangt u een korting op de premie. U vindt deze korting op uw polisblad en op de premiebijlage op onze website.

3.2. Wie betaalt premie?

De verzekeringnemer is verplicht premie te betalen. Voor een verzekerde jonger dan 18 jaar hoeft tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de 18e verjaardag geen premie te worden betaald. Bij overlijden van een verzekerde is premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden. Bij wijziging van de zorgverzekering berekenen wij de premie opnieuw met ingang van de datum van wijziging.

Voorbeeld

Iemand die op 1 juli 18 jaar wordt, betaalt premie vanaf 1 augustus.

Aan welke eisen moet het rekeningnummer voldoen?

De tenaamstelling van het rekeningnummer moet overeenkomen met de naam van de verzekeringnemer. Ook moet het een rekeningnummer zijn van een land dat deelneemt aan de Single Euro Payments Area (SEPA).

3.3. Betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico en kosten

- 3.3.1. U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdrage maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen.
- 3.3.2. Als u geen gebruik maakt van digitale post, dan betaalt u kosten voor papieren post. De kosten zijn € 1,25 per maand. U betaalt geen kosten voor de polis en de Europese gezondheidskaart (EHIC). Meer informatie over de kosten voor papieren post vindt u op onze website.
- 3.3.3. U betaalt de premie, eigen risico, eigen bijdragen, kosten voor papieren post en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen op de betalingswijze zoals met ons is overeengekomen.

Betaalmogelijkheden

- a. U machtigt ons voor automatische incasso van verschuldigde bedragen (zie ook artikel 3.3.4).
 - b. U maakt gebruik van de mogelijkheid om via uw [Mijn VGZ](#) gratis een digitale factuur te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling. Dit kan desgewenst direct via iDEAL.
 - c. Uw werkgever houdt de premie en mogelijke kosten voor papieren post in op uw salaris en draagt deze aan ons af.
 - d. U maakt gebruik van de mogelijkheid om een papieren factuur te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling.
- 3.3.4. Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing op de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen, kosten voor papieren post en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen. Deze toestemming geldt tijdens, en zo nodig ook na afloop van, de verzekeringsovereenkomst. Op uw polisblad informeren wij u over de datum van automatische incasso van de premie voor het gehele kalenderjaar. Voor de overige kosten informeren wij u ten minste 3 dagen voor de datum waarop de afschrijving plaatsvindt over het af te schrijven bedrag en de datum. Bent u het niet eens met een afschrijving? Dan kunt u het bedrag laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met uw bank.

3.4. Verrekening

U mag de verschuldigde bedragen niet verrekenen met een bedrag dat u nog van ons verwacht.

3.5. Niet-tijdig betalen

- 3.5.1. Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen, kosten voor papieren post en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen niet op tijd betaalt, dan sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, dan kunnen wij de dekking van deze zorgverzekering schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg vanaf de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen.
Wij hebben het recht de zorgverzekering te beëindigen als u niet op tijd betaalt. De verzekering wordt in dat geval niet met terugwerkende kracht beëindigd.
- 3.5.2. Als u al bent aangemaand voor het niet op tijd betalen van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen, kosten voor papieren post of onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen, dan hoeven wij u bij het niet op tijd voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.
- 3.5.3. Wij hebben het recht om opeisbare premie, kosten en wettelijke rente te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere bedragen die u van ons moet ontvangen.
- 3.5.4. Als wij de verzekering beëindigen omdat u de premie niet op tijd heeft betaald, dan hebben wij het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.
- 3.5.5. Gevolgen van het niet betalen van 2 maandpremies of meer:
 - a. Heeft u als verzekeringnemer een premieachterstand ter hoogte van 2 maandpremies? Dan bieden wij u een betalingsregeling aan. U heeft 4 weken de tijd om deze betalingsregeling te accepteren. Ook informeren wij u over de gevolgen als u ons aanbod niet accepteert en de achterstand oploopt tot 6 of meer maandpremies.
 - b. Heeft u als verzekeringnemer een premieachterstand ter hoogte van 4 maandpremies? Dan ontvangt u een waarschuwing dat wij u bij het CAK aanmelden voor de regeling betalingsachterstand zorgpremie bij een betalingsachterstand van 6 maandpremies, tenzij wij alsnog met u een betalingsregeling aangaan.
 - c. Heeft u als verzekeringnemer een premieachterstand ter hoogte van 6 maandpremies of meer? Dan melden wij u

aan bij het CAK voor de regeling betalingsachterstand zorgpremie en bent u verplicht een bestuursrechtelijke premie aan het CAK te betalen. Voor de periode dat u een bestuursrechtelijke premie aan het CAK verschuldigd bent, bent u geen premie aan ons verschuldigd. De bestuursrechtelijke premie aan het CAK is hoger dan de premie die u normaal gesproken aan ons zou moeten betalen. Het eventuele vrijwillig eigen risico vervalt per datum aanmelding bij het CAK.

Heeft u anderen op uw polis verzekerd en is er voor hen een betalingsachterstand ontstaan? Zij ontvangen dan kopieën van onze berichten aan u over de premieachterstand.

U vindt de gevolgen van het niet betalen van de premie en de bestuursrechtelijke premie in de artikelen 18a tot en met artikel 18g Zorgverzekeringswet.

3.5.6. U bent geen premie aan ons verschuldigd over de periode bedoeld in artikel 18e Zorgverzekeringswet.

Artikel 4. Overige verplichtingen

U bent verplicht:

- Ons te informeren over feiten, die ervoor (kunnen) zorgen dat kosten verhaald kunnen worden op (mogelijk) aansprakelijke derden en ons in dat verband de benodigde inlichtingen te verstrekken. U mag geen enkele regeling treffen met een derde, zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring. U moet zich onthouden van handelingen waardoor onze belangen kunnen worden geschaad;
- Medewerking te verlenen aan onze medisch adviseur of medewerkers tot het verkrijgen van alle benodigde informatie die zij nodig hebben voor (de controle op) de uitvoering van de zorgverzekering;
- De zorgaanbieder te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur;
- Ons zo spoedig mogelijk feiten en omstandigheden te melden die voor een juiste uitvoering van de verzekering van belang zijn. Dat zijn onder meer einde verzekeringsplicht, begin en einde detentie, (echt)scheiding, geboorte, adoptie of wijziging rekeningnummer. Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde, dragen wij geen enkel risico.

Als u uw verplichtingen niet nakomt en onze belangen worden hierdoor geschaad, dan kunnen wij uw recht op (vergoeding van de kosten van) de verzekerde zorg schorsen.

Artikel 5. Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden

5.1. Wijziging voorwaarden

Wij hebben het recht de voorwaarden en premie(grondslag) van de zorgverzekering op elk moment te wijzigen. Wij zullen u als verzekeringnemer hierover schriftelijk informeren. Een wijziging van de premiegrondslag treedt niet eerder in werking dan 7 weken na de dag waarop deze aan u is meegedeeld. Een wijziging in de voorwaarden treedt niet eerder in werking dan 1 maand na de dag waarop deze aan u is meegedeeld.

5.2. Opzeggingsrecht

Als wij de voorwaarden en/of premiegrondslag van de zorgverzekering in uw nadeel wijzigen, dan kunt u als verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat.

U kunt de overeenkomst opzeggen, in ieder geval gedurende 1 maand nadat de wijziging aan u is meegedeeld. Dit opzeggingsrecht heeft u niet, als een wijziging in de verzekerde zorg rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van de bij of krachtens de artikelen 11 tot en met 14a Zorgverzekeringswet gestelde regels.

Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de zorgverzekering

6.1. Begin en duur

6.1.1. De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop wij uw aanvraag(formulier) ontvangen. U ontvangt een ontvangstbevestiging met de datum waarop uw aanvraag is ontvangen. Bent u verzekeringsplichtig, maar heeft u nog geen burgerservicenummer (BSN)? Dan kunt u toch als verzekerde worden ingeschreven.

6.1.2. Soms kunnen wij niet uit uw aanvraag afleiden of wij verplicht zijn een zorgverzekering voor de te verzekeren persoon af te sluiten. In dit geval vragen wij u om informatie waaruit blijkt dat wij verplicht zijn een zorgverzekering te sluiten. De zorgverzekering gaat pas in op de dag dat wij de genoemde informatie ontvangen. U ontvangt een

ontvangstbevestiging met de datum waarop de aanvullende informatie is ontvangen.

- 6.1.3. Als u al een andere zorgverzekering heeft op de dag zoals bedoeld in artikel [6.1.1](#) of [6.1.2](#), dan gaat de zorgverzekering in op de door u aangegeven latere datum.
- 6.1.4. Als de vorige verzekering met ingang van 1 januari van een kalenderjaar of door wijziging van de voorwaarden is beëindigd, dan gaat de verzekering bij de nieuwe verzekeraar in per de beëindigingsdatum van de oude verzekering. U moet zich dan binnen 1 maand nadat de vorige verzekering is beëindigd aanmelden bij de nieuwe zorgverzekeraar.
- 6.1.5. Als de verzekeringsovereenkomst ingaat binnen 4 maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, dan gaat de zorgverzekering in op de dag dat de verzekeringsplicht is ontstaan.

Voorbeeld

U bent verplicht uw kind binnen 4 maanden na de geboorte te verzekeren, zodat uw kind vanaf de datum van geboorte is verzekerd.

- 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 wijzigen of opzeggen?

6.3.1. Wijzigen

Wilt u uw basisverzekering wijzigen in onze andere basisverzekering? Dan moet u dit uiterlijk 31 januari aan ons doorgeven. Uw nieuwe verzekering gaat dan (met terugwerkende kracht) vanaf 1 januari in.

6.3.2. 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 heeft dan tot 1 februari de tijd om een andere verzekeraar te zoeken, die u met terugwerkende kracht vanaf 1 januari verzekert.

6.3.3. 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 6 weken nadat u een mededeling als bedoeld in artikel 78c, tweede lid, of artikel 92, eerste lid, van de Wet marktordening gezondheidszorg over ons heeft ontvangen. De opzegging gaat in op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgend op de dag waarop u heeft opgezegd;
- Bij premie- en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel [5.2. Opzeggingsrecht](#);
- 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 de verzekering van uw kind tussentijds opzeggen. Dit kan alleen als uw kind zelf een zorgverzekering heeft gesloten.

6.3.4. Opzegservice

U kunt voor de opzegging van de verzekering zoals bedoeld in artikel [6.3.2](#) en [6.3.3](#) 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.

6.3.5. 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 [3.5. Niet-tijdig betalen](#);
- Als er sprake is van fraude (zie artikel [2.4. Fraude](#));
- Als u ons opzettelijk geen, niet-volledige of onjuiste inlichtingen of stukken heeft verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;
- Als u heeft 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;
- Als u ongewenst gedrag vertoont tegen ons, onze medewerkers of zorgaanbieders of onze eigendommen beschadigt. Ongewenst gedrag is bijvoorbeeld agressie, het uiten van bedreigingen, het gebruik van geweld of intimidatie of mogelijke andere gedragingen. Wij bepalen wanneer er sprake is van ongewenst gedrag. Wij kunnen hiervan aangifte doen bij de politie en u (laten) registreren in ons Incidentenregister en het Extern Verwijzings Register (EVR). Wij nemen bij opzegging een opzegtermijn van 2 maanden in acht. Als wij uw zorgverzekering hebben beëindigd, kunt u 8 jaar geen aanvullende verzekering sluiten bij de verzekeraars van Coöperatie VGZ.

6.5. Bewijs van einde

Als de zorgverzekering eindigt, dan ontvangt u een bewijs van einde met de volgende informatie:

- Naam, adres, woonplaats en het burgerservicenummer (BSN) van de verzekerde
- Naam, adres en woonplaats van de verzekeringnemer
- De dag waarop de zorgverzekering eindigt
- Of voor u op die dag een eigen risico gold en zo ja, voor welk bedrag.

Als de verzekeringsplicht is geëindigd, dan wordt dit ook op het bewijs van einde vermeld.

6.6. Verzekering van onverzekerden

Als het CAK op grond van artikel 9d eerste lid van de Zorgverzekeringswet deze zorgverzekering namens u heeft gesloten, dan geldt het volgende:

- a. U kunt deze zorgverzekering vernietigen als u ons en het CAK binnen 2 weken aantoonst dat u al een zorgverzekering heeft gesloten. De termijn van 2 weken gaat in op de datum waarop het CAK u heeft geïnformeerd dat zij deze zorgverzekering namens u heeft gesloten;
- b. Wij kunnen deze zorgverzekering wegens dwaling vernietigen als blijkt dat u niet verzekeringsplichtig bent;
- c. U kunt deze zorgverzekering gedurende de eerste 12 maanden niet opzeggen. Na deze 12 maanden gelden de gebruikelijke opzeggingsmogelijkheden zoals vermeld in artikel [6.3. Wanneer kunt u uw verzekering wijzigen of opzeggen?](#).