



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te B en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Premie, voorstel finale kwijting, dwaling, hoogte betalingsachterstand, opzegging,
opschorting aanmelding CAK

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2017-2019, paragraaf 3.3 Zvw, Voorwaarden aanvullende
ziektelkostenverzekering 2017-2018, art. 6:228 BW

Zaaknummer : 201900379

Zittingsdatum : 19 februari 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te B, en
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij e-mailbericht van 21 oktober 2019 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brief van 16 december 2019 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 20 december 2019 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 15 januari 2020 respectievelijk 7 februari 2020 verklaard niet te willen worden gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster is sinds 30 december 2017 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd op grond van de verzekering ZieZo Selectief (hierna: de zorgverzekering). Daarnaast was verzoekster van 30 december 2017 tot 1 juli 2018 verzekerd op grond van de aanvullende verzekering ZieZo Tand 1 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoekster had in 2018 een betalingsachterstand bij de ziektekostenverzekeraar. Bij e-mailberichten van verschillende data heeft zij de (incassogemachtigde van de) ziektekostenverzekeraar voorstellen gedaan voor een betaling tegen finale kwijting. Deze zijn alle door de ziektekostenverzekeraar afgewezen. Op 28 december 2018 heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar telefonisch nogmaals gevraagd op haar voorstel voor een regeling in te gaan. Ditmaal is tussen de ziektekostenverzekeraar en verzoekster een overeenkomst tot stand gekomen, inhoudende dat verzoekster vóór 7 januari 2019 een bedrag betaalt van € 150,--. Als zij dit doet, wordt de resterende vordering bij de incassogemachtigde van € 706,93 kwijtgescholden. Na totstandkoming van deze overeenkomst heeft verzoekster het verschuldigde bedrag betaald, haar zorgverzekering met ingang van 1 januari 2019 opgezegd en de ziektekostenverzekeraar gevraagd haar af te melden als wanbetaler bij het CAK.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster vervolgens meegedeeld dat hij de op 28 december 2018 gesloten overeenkomst tot betaling tegen finale kwijting heeft vernietigd. Daarnaast heeft hij haar meegedeeld dat de zorgverzekering niet met ingang van 1 januari 2019 is beëindigd en dat zij niet wordt afgemeld als wanbetaler bij het CAK.

3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze standpunten gevraagd. Bij brief van 14 maart 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn standpunten handhaaft.

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar:

- (i) de op 28 december 2018 tot stand gekomen overeenkomst ten onrechte eenzijdig heeft vernietigd;
- (ii) de door haar gedane opzegging met ingang van 1 januari 2019 ten onrechte heeft geweigerd;
- (iii) de betalingsachterstand over de periode van 30 december 2017 tot en met 31 december 2019 naar de stand van 16 december 2019 ten onrechte heeft vastgesteld op € 632,30, exclusief rente en incassokosten;
- (iv) dient over te gaan tot afmelding / opschorting van de aanmelding als wanbetaler bij het CAK;
- (v) aan haar een schadevergoeding dient te betalen.

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 18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering. Genoemd artikel is op grond van de aanhef van de aanvullende ziektekostenverzekering ook van toepassing op deze verzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) over de verplichting tot premiebetaling, de gevolgen van het niet betalen van de premie en de opschorting van de aanmelding als wanbetaler zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en de relevante artikelen uit het Burgerlijk Wetboek (BW) opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Voorstel finale kwijting

6.2. Verzoekster voert aan dat zij op 28 december 2018 met de incassogemachtigde van de ziektekostenverzekeraar een betalingsregeling heeft afgesproken. De betalingsregeling hield in dat zij voor de bij de incassogemachtigde openstaande vordering van € 856,93 een bedrag betaalt van € 150,--. Indien verzoekster dit bedrag uiterlijk 7 januari 2019 betaalt, wordt de resterende vordering van € 706,93 kwijtgescholden. Ondanks deze afspraak blijft de ziektekostenverzekeraar zich op het standpunt stellen dat sprake is van een betalingsachterstand. Daarnaast wordt de aanmelding als wanbetaler niet opgeschort en is de zorgverzekering niet met ingang van 1 januari 2019 beëindigd.

6.3. De ziektekostenverzekeraar bestrijdt de stelling van verzoekster en voert aan dat zijn beleid is dat uitsluitend verzoeken voor een regeling tegen finale kwijting die zijn gedaan door een erkende schuldhulpverlener in behandeling worden genomen. Alleen in uitzonderlijke situaties wordt van dit beleid afgeweken. In een dergelijke situatie moet de verzekerde inzicht geven in zijn financiële positie. Bij herhaling is verzoekster in de gelegenheid gesteld hier inzicht in te geven, maar de gevraagde informatie heeft zij niet ingestuurd. Toen verzoekster in haar e-mailberichten vermeldde dat zij van plan was te emigreren, heeft de ziektekostenverzekeraar besloten van zijn beleid af te wijken en akkoord te gaan met het voorstel tot betaling van € 150,-- tegen finale kwijting. Als verzoekster niet zou hebben gemeld dat zij op korte termijn zou emigreren,

was de ziektekostenverzekeraar nimmer akkoord gegaan. Later bleek verzoekster niet te zijn geëmigreerd. Omdat door verzoekster dus een verkeerde voorstelling van zaken is gegeven, stelt de ziektekostenverzekeraar zich op het standpunt dat hij ten tijde van het akkoord gaan met het voorstel heeft gedwaald. Door de dwaling is de overeenkomst met verzoekster over de verleende finale kwijting komen te vervallen en is de volledige schuld weer open komen te staan.

- 6.4. De commissie overweegt dat verzoekster de incassogemachtigde van de ziektekostenverzekeraar op 18 juni 2018 voor de eerste keer heeft benaderd met een voorstel tot betaling tegen finale kwijting. In reactie op dit verzoek heeft de incassogemachtigde verzoekster meerdere keren gevraagd om bewijzen in te sturen van haar inkomsten, woonlasten, ziektekosten en eventuele andere schulden. Bij deze verzoeken heeft de incassogemachtigde telkens vermeld dat zonder deze bewijzen niet akkoord kan worden gegaan met het gedane voorstel. Verzoekster heeft, ondanks verschillende herhaalverzoeken door de incassogemachtigde, de gevraagde bewijzen niet overgelegd.
- 6.5. Uiteindelijk is op 28 december 2018 toch een overeenkomst tot stand gekomen. Een dergelijke overeenkomst is vernietigbaar als sprake is geweest van dwaling en deze bij een juiste voorstelling van zaken niet zou zijn gesloten (artikel 6:228 BW). De wet noemt in dit verband de situatie dat de dwaling is te wijten aan een inlichting van de wederpartij, tenzij deze mocht aannemen dat de overeenkomst ook zonder deze inlichting zou worden gesloten (sub a). De commissie overweegt als volgt. Verzoekster heeft meerdere keren te horen gekregen dat niet akkoord zou worden gegaan met een voorstel tegen finale kwijting zolang de bewijzen van inkomsten en uitgaven niet zouden worden ingestuurd. Ook toen verzoekster ver vóór het telefonisch contact op 28 december 2018 melding maakte dat zij van plan was te emigreren, heeft de ziektekostenverzekeraar afwijzend op haar voorstel gereageerd. Weliswaar heeft, blijkens de gemaakte telefoonnotitie, een onderhandeling plaatsgevonden over de inhoud van het voorstel, maar de commissie acht het aannemelijk dat de mededeling over de op handen zijnde emigratie de doorslag heeft gegeven voor het akkoord gaan met het voorstel ter finale kwijting. Dit blijkt ook uit het feit dat de ziektekostenverzekeraar na het telefonisch contact met verzoekster zijn incassogemachtigde de opdracht heeft gegeven "om er het maximale uit te halen voor [ze] emigreert". Weliswaar was verzoekster niet op de hoogte van dit e-mailbericht, maar ook voor haar was zonder meer duidelijk dat de overeenkomst pas tot stand kwam toen zij haar voornemen om te emigreren ook concreet maakte. Dit is in zoverre ook logisch, omdat door de daadwerkelijke emigratie de kans op incasso van de vordering sterk zou afnemen. Verzoekster heeft in dit verband aangevoerd dat zij pas ná 28 december 2018 heeft besloten om te emigreren. Omdat verzoekster haar stelling niet heeft onderbouwd, passeert de commissie deze en oordeelt dat de ziektekostenverzekeraar ten tijde van het akkoord gaan met het voorstel ter finale kwijting dwaalde. De ziektekostenverzekeraar heeft dan ook de overeenkomst terecht vernietigd. Gelet op deze conclusie is de vordering voor het resterende deel herleefd en bestaat geen recht op het toekennen van een schadevergoeding.

Opzegging

- 6.6. Verzoekster heeft haar zorgverzekering bij de ziektekostenverzekeraar met ingang van 1 januari 2019 opgezegd. De ziektekostenverzekeraar heeft deze opzegging achteraf geweigerd omdat op 31 december 2018 sprake was van een betalingsachterstand. Het geschil spitst zich toe op de vraag of de ziektekostenverzekeraar deze opzegging, mede in het licht van artikel 8a Zvw, al dan niet terecht heeft geweigerd. De ziektekostenverzekeraar is gerechtigd op grond van dit artikel in combinatie met artikel 9.4 van de zorgverzekering de opzegging door een verzekerde te weigeren zolang de verschuldigde premie, rente en incassokosten niet zijn voldaan.
- 6.7. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband aangevoerd dat na vernietiging van de overeenkomst tot betaling tegen finale kwijting de volledige vordering weer open is komen te staan. Om die reden bedroeg de betalingsachterstand volgens de ziektekostenverzekeraar op 31 december 2018 nog € 770,35. Deze achterstand bestond voor een deel van € 636,70 uit premie (4 x € 110,70, februari, maart, april, mei 2018, en 2 x € 96,95, augustus en september 2018) en

voor een deel van € 133,65 uit zorgkosten (zorgkostennota met vervaldatum 12 juli 2018 van € 78,63 en zorgkostennota met vervaldatum 8 december 2018 van € 55,02). Wel is op 31 december 2018 door de incassogemachtigde van de ziektekostenverzekeraar nog de betaling ontvangen van € 150,--. Dit bedrag is in mindering gebracht op de openstaande vordering zodat deze per ultimo 2018 nog € 620,35 bedroeg. Verzoekster heeft niet aannemelijk gemaakt dat zij de door de ziektekostenverzekeraar genoemde openstaande bedragen wel heeft betaald. De commissie oordeelt daarom dat de ziektekostenverzekeraar de door verzoekster gedane opzegging met ingang van 1 januari 2019 terecht heeft geweigerd.

Hoogte betalingsachterstand

- 6.8. Bij zijn brief van 16 december 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar een actueel financieel overzicht overgelegd. Uit dit overzicht blijkt dat naar de stand van die datum over de periode van 30 december 2017 tot en met 31 december 2019 nog een bedrag openstaat van € 632,30, exclusief incassokosten en rente. Daartoe door de commissie in de gelegenheid gesteld, heeft verzoekster niet aannemelijk gemaakt dat de verschuldigde bedragen wél steeds tijdig en volledig zijn betaald. Onjuiste boekingen of verrekeningen zijn niet gebleken en alle betalingen waarvan verzoekster betalingsbewijzen heeft overgelegd, komen voor op het financieel overzicht. Het financieel overzicht van 16 december 2019 is naar het oordeel van de commissie dan ook juist zodat de betalingsachterstand met betrekking tot de periode van 30 december 2017 tot en met 31 december 2019 naar de stand van 16 december 2019 € 632,30, exclusief incassokosten en rente, bedraagt.

Opschorting aanmelding CAK

- 6.9. Verzoekster is met ingang van 1 oktober 2018 aangemeld als wanbetaler bij het CAK. Hierover zijn partijen niet verdeeld. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd haar als wanbetaler af te melden bij het CAK dan wel de aanmelding als wanbetaler op te schorten. Met betrekking hiertoe overweegt de commissie het volgende.
- 6.10. Artikel 18d, tweede lid, onder a, Zvw bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar een verzekerde dient *af te melden* bij het CAK indien alle uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden zijn afgelost of tenietgegaan. De commissie heeft hiervoor geoordeeld dat nog sprake is van een betalingsachterstand ter zake van de verschuldigde premie. Daarom heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster niet af te melden als wanbetaler bij het CAK. Voorts dient ingevolge artikel 18d, tweede lid, onder b, Zvw *afmelding* bij het CAK plaats te vinden indien op de verzekerde de schuldsanering van de Wet Schuldsanering Natuurlijke Personen van toepassing is. Dat is hier niet aan de orde. Ingevolge artikel 18d, tweede lid, onder c, Zvw dient te worden *afgemeld* als betrokkene door tussenkomst van een schuldhelpverlener een schuldregeling is overeengekomen. Gesteld noch gebleken is dat verzoekster zich heeft aangemeld bij een erkende schuldhelpverleningsinstantie. Uit het voorgaande volgt dat afmelding van verzoekster als wanbetaler bij het CAK vooralsnog niet aan de orde is.
- 6.11. Tevens wordt in artikel 18d, tweede lid, onder c, Zvw de situatie benoemd dat de aanmelding als wanbetaler bij het CAK wordt *opgeschort* indien een betalingsregeling wordt getroffen met de zorgverzekeraar. Omdat gesteld noch gebleken is dat verzoekster voor alle openstaande vorderingen een betalingsregeling heeft getroffen, is *opschorting* van de aanmelding op grond van artikel 18d, tweede lid, onder c, Zvw evenmin aan de orde. Met betrekking tot de situatie als genoemd in artikel 18d, tweede lid, onder d, Zvw, geldt dat dit de uitwerking is van de Wet verbetering wanbetalersmaatregelen, op grond waarvan de verzekeringnemer geen bestuursrechtelijke premie meer aan het CAK is verschuldigd indien hij aan bij ministeriële regeling te bepalen voorwaarden voldoet. Vast staat dat verzoekster niet aan deze voorwaarden voldoet, zodat de ziektekostenverzekeraar ook op deze grond niet gehouden is tot *afmelding* over te gaan.

 6.12. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

 7.1. De commissie wijst de verzoeken af.

Zeist, 19 februari 2020,


 H.A.J. Kroon



BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Als u (verzekeringnemer) het verplicht eigen risico niet op tijd betaalt, kunnen wij administratiekosten, invorderingskosten en wettelijke rente in rekening brengen.

7 Wat is een vrijwillig gekozen eigen risico?

7.1 Per kalenderjaar kan een verzekerde van 18 jaar of ouder kiezen voor een vrijwillig eigen risico. U kunt in uw basisverzekering kiezen voor geen vrijwillig eigen risico of voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar. Kiest u voor een vrijwillig eigen risico? Dan krijgt u een korting op uw premie. Hoeveel korting u krijgt, ziet u in het 'Premieoverzicht 2018' op onze website. Dit overzicht maakt deel uit van deze polis.

7.2 Gevolg vrijwillig gekozen eigen risico

Wij brengen het vrijwillig gekozen eigen risico in mindering op uw vergoeding. Dit doen wij nadat wij het volledige verplicht eigen risico hierop in mindering hebben gebracht. Het gaat om de kosten die u in de loop van het kalenderjaar vanuit de basisverzekering maakt. Voorbeeld: u (verzekeringnemer) kiest naast het verplicht eigen risico voor een vrijwillig eigen risico van € 500,-. Hierdoor is uw totale eigenrisicobedrag (€ 385,- + € 500,- =) € 885,-. Ontvangt uw zorgverlener € 950,- van ons voor zorg die u heeft ontvangen? Dan brengen wij hierop het totale eigenrisicobedrag in mindering. Deze € 885,- wordt automatisch van de rekening van de verzekeringnemer afgeschreven (zie ook artikel 6.10 van deze algemene voorwaarden).

7.3 Voor sommige zorgkosten geldt geen vrijwillig gekozen eigen risico

Wij houden geen vrijwillig gekozen eigen risico in op:

- a de kosten van zorg die huisartsen plegen te bieden. Uitzondering hierop zijn de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek, als dit onderzoek ergens anders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht. De persoon of instelling die dat onderzoek doet, moet gerechtigd zijn hiervoor het tarief te rekenen dat de Nederlandse Zorgautoriteit heeft vastgesteld;
- b de directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg;
- c de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder inschrijvingskosten verstaan we:
 - 1 het bedrag dat een huisarts of instelling die huisartsenzorg verleent, rekent om u als patiënt in te schrijven. Dit is ten hoogste het tarief dat als beschikbaarheidstarief is vastgesteld in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg);
 - 2 vergoedingen die samenhangen met hoe de geneeskundige zorg bij de huisarts, in de huisartsenpraktijk of in de instelling wordt verleend. Of die samenhangen met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling. Dit voor zover wij deze vergoedingen zijn overeengekomen met een huisarts of instelling en voor zover een huisarts of instelling deze vergoedingen bij ons in rekening mag brengen, als u zich inschrijft;
- d nacontroles van de donor nadat de periode van zorg aan die donor is verstreken. Deze zorgperiode is maximaal 13 weken of, als het om een levertransplantatie gaat, een half jaar;
- e de kosten van het vervoer van de donor als de donor deze vergoed krijgt via de eigen basisverzekering;
- f ketenzorg die gedeclareerd wordt volgens de Beleidsregel prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen. Deze beleidsregel is vastgesteld op basis van de Wmg;
- g de kosten van verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden volgens artikel 28 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal) van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'.

7.4 Zorgkosten die wij niet vergoeden tellen niet mee voor het vrijwillig gekozen eigen risico

In sommige gevallen betaalt u zelf een deel van de zorg vanuit de basisverzekering. Bijvoorbeeld bij kraamzorg en bepaalde medicijnen. Deze bedragen staan los van het vrijwillig gekozen eigen risico en tellen dus niet mee voor het gekozen bedrag aan eigen risico dat wij inhouden.

7.5 Vrijwillig gekozen eigen risico gaat in als u 18 jaar wordt

Wordt u 18 jaar in de loop van het kalenderjaar? Dan gaat uw vrijwillig gekozen eigen risico in op de eerste dag van de maand die volgt op de

kalendermaand waarin u 18 jaar wordt. Hoe hoog uw vrijwillig gekozen eigen risico dan is, hangt af van over hoeveel dagen wij vrijwillig gekozen eigen risico mogen inhouden.

7.6 Vrijwillig gekozen eigen risico als uw basisverzekering later ingaat

Gaat uw basisverzekering in na 1 januari? Dan berekenen wij uw vrijwillig gekozen eigen risico op basis van hoeveel dagen u in dat kalenderjaar verzekerd bent.

7.7 Vrijwillig gekozen eigen risico als uw basisverzekering eerder eindigt

Eindigt uw basisverzekering in de loop van het kalenderjaar? Dan berekenen wij uw vrijwillig gekozen eigen risico op basis van het aantal dagen van het kalenderjaar dat u wel verzekerd was.

7.8 Vrijwillig gekozen eigen risico bij een diagnose-behandelcombinatie

Wordt een behandeling gedeclareerd in de vorm van een diagnose-behandelcombinatie (DBC)? Dan is het startmoment van de behandeling ook bepalend voor het vrijwillig gekozen eigen risico dat wij in mindering moeten brengen. Meer over de vergoedingen bij DBC's leest u in artikel 5.5 van deze algemene voorwaarden.

7.9 Vrijwillig gekozen eigen risico in mindering brengen

Ontvangt u zorg van een gecontracteerde zorgverlener of een zorgverlener met wie wij een betaalovereenkomst hebben? Dan vergoeden wij de kosten van die zorg direct aan de zorgverlener of zorginstelling. Heeft u dan nog een bedrag aan vrijwillig gekozen eigen risico openstaan? Dan zal dit bedrag worden verrekend of bij u worden teruggevorderd. Dit kan ook verrekend worden met declaraties ten laste van uw Zvw-pgb. Wij innen het bedrag via een automatische incasso. Door deze verzekering met ons aan te gaan, wordt u (verzekeringnemer) namelijk geacht ons een machtiging te hebben verleend.

Als u (verzekeringnemer) het vrijwillig gekozen eigen risico niet op tijd betaalt, kunnen wij administratiekosten, invorderingskosten en wettelijke rente in rekening brengen.

7.10 Vrijwillig gekozen eigen risico wijzigen

Wilt u uw vrijwillig gekozen eigen risico aanpassen? Dan kan dat per 1 januari van het volgende kalenderjaar. Geef de wijziging van het vrijwillig gekozen eigen risico dan uiterlijk 31 december aan ons door. Deze wijzigingstermijn vindt u ook in artikel 12.5 van deze algemene voorwaarden.

8 Wat betaalt u?

8.1 Wij stellen uw premie vast

8.1.1 Wij stellen vast hoe hoog de premie van uw basisverzekering is. De verschuldigde premie is de premiegrondslag min een eventuele korting vanwege een vrijwillig gekozen eigen risico en/of een eventuele collectiviteitskorting. Beide kortingen berekenen wij op basis van de premiegrondslag.

8.1.2 Wij heffen premie voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Wordt de verzekerde 18 jaar? Dan bent u (verzekeringnemer) premie verschuldigd per de eerste van de maand die volgt op de kalendermaand waarin de verzekerde 18 jaar wordt.

8.1.3 Op het moment dat u (verzekeringnemer) niet meer deelneemt aan een collectiviteit, heeft u geen recht meer op de korting van deze collectiviteit.

8.2 U (verzekeringnemer) betaalt de premie

U (verzekeringnemer) moet de premie vooruitbetalen. U mag de premie die u (verzekeringnemer) moet betalen, niet verrekenen met uw vergoeding.

Beëindigt u (verzekeringnemer) of beëindigen wij uw basisverzekering tussentijds? Dan betalen wij premie die u te veel heeft betaald, terug. Wij gaan hierbij uit van een maand met 30 dagen. Hebben wij uw verzekering beëindigd vanwege fraude of misleiding (zie ook artikel 20 van deze algemene voorwaarden)? Dan kunnen wij een bedrag voor administratiekosten aftrekken van de premie die wij moeten terugbetalen.



8.3 Hoe u (verzekeringnemer) de premie en andere kosten betaalt

Wij hebben het liefst dat u (verzekeringnemer) de volgende bedragen via een automatische incasso betaalt:

- a premie;
- b verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico;
- c wettelijke eigen bijdragen;
- d eigen betalingen;
- e eventuele overige vorderingen.

Kiest u (verzekeringnemer) ervoor om op een andere manier te betalen dan via een automatische incasso? Dan kan het zijn dat u (verzekeringnemer) daarvoor administratiekosten moet betalen.

8.4 Afschrijving 14 dagen van tevoren aangekondigd

U (verzekeringnemer) ontvangt van ons een vooraankondiging van de automatische incasso. Wij proberen deze vooraankondiging aan u (verzekeringnemer) te versturen 14 dagen voordat wij het openstaande bedrag incasseren. Dit is niet van toepassing op de bekendmaking van de nieuwe premie. De automatische incasso van de premie kondigen wij 1 keer per jaar aan op het polisblad dat u van ons ontvangt.

9 Wat gebeurt er als u niet op tijd betaalt?

9.1 Er zijn regels voor hoe u de premie betaalt

Als u premie moet betalen, moet u zich aan de regels hiervoor houden. Dit geldt ook als een derde de premie betaalt.

9.2 Wij verrekenen achterstallige premie met schadekosten en pgb

Moet u (verzekeringnemer) nog achterstallige premie aan ons betalen, en declareert u schadekosten bij ons die wij aan u (verzekeringnemer) moeten betalen? Dan verrekenen wij de premie met de schadekosten. Wij verrekenen achterstallige premie ook met uw declaraties uit uw Zvw-rgb.

Als u (verzekeringnemer) niet op tijd betaalt, kunnen wij administratiekosten, invorderingskosten (waaronder incassokosten) en de wettelijke rente aan u (verzekeringnemer) in rekening brengen.

9.3 Als u (verzekeringnemer) zich niet aan de betalingstermijn houdt

Heeft u (verzekeringnemer) ervoor gekozen om premie te betalen per (half) jaar? En betaalt u de premie niet binnen de betalingstermijn die wij hebben gesteld? Dan behouden wij ons het recht voor om u (verzekeringnemer) uw premie weer per maand te laten betalen. Het gevolg hiervan is dat u geen recht meer heeft op betalingskorting.

9.4 U kunt de verzekering pas opzeggen als achterstallige premie is betaald

Hebben wij u aangemaand om één of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie te betalen? Dan kunt u (verzekeringnemer) de basisverzekering niet opzeggen totdat u de verschuldigde premie en eventuele administratiekosten, invorderingskosten en de wettelijke rente heeft betaald. Een uitzondering hierop is als wij de dekking van uw basisverzekering schorsen.

9.5 Uitzondering op artikel 9.4

Artikel 9.4 van deze algemene voorwaarden geldt niet, als wij binnen 2 weken aan u (verzekeringnemer) laten weten dat wij de opzegging bevestigen.

9.6 E-Court

Staat er een bedrag open aan premie of andere kosten? Dan kan er een procedure gestart worden bij de geschillencommissie Stichting e-Court. Wanneer wij deze procedure starten dan heeft u een maand de tijd om bezwaar te maken tegen de procedure bij E-Court. Dan zal de procedure door de kantonrechter worden afgehandeld, tenzij u het geschil voorlegt aan de SKGZ. De wettelijke regels en het toepasselijke procesreglement, dat op de internetsite www.e-court.nl staat, zijn op de procedure bij e-Court van toepassing.

10 Wat gebeurt er als u een betalingsachterstand heeft?

10.1 Betalingsregeling als u uw premie 2 maanden niet heeft betaald

Stellen wij vast dat u 2 maanden geen maandpremie heeft betaald? Dan bieden wij u (verzekeringnemer) binnen 10 werkdagen schriftelijk een betalingsregeling aan. Die betalingsregeling houdt in:

- a dat u (verzekeringnemer) ons machtigt om automatisch nieuwe maandpremies bij u (verzekeringnemer) of derden te incasseren;
- b dat u (verzekeringnemer) met ons afspraken maakt om uw betalingsachterstand en schulden uit de zorgverzekering aan ons in termijnen terug te betalen;
- c dat wij de basisverzekering niet om reden van het bestaan van schulden als bedoeld onder b beëindigen en de dekking van de basisverzekering niet om deze reden schorsen of opschorten zolang de betalingsregeling loopt. Dit geldt niet als u (verzekeringnemer) de machtiging genoemd onder a intrekt, of als u (verzekeringnemer) de gemaakte afspraken over de betalingen genoemd onder b niet nakomt. In de brief staat dat u (verzekeringnemer) 4 weken de tijd heeft om de regeling te accepteren. Ook leest u (verzekeringnemer) hierin wat er gebeurt, als u (verzekeringnemer) de maandpremie 6 maanden niet betaalt. Bovendien vindt u (verzekeringnemer) bij het aanbod informatie over schuldhelpverlening, hoe u (verzekeringnemer) die hulp kunt krijgen en welke schuldhelpverlening mogelijk is.

10.2 Betalingsregeling als u (verzekeringnemer) een ander verzekert

Heeft u (verzekeringnemer) iemand anders verzekerd? En heeft u (verzekeringnemer) de maandpremie voor de basisverzekering van die verzekerde 2 maanden niet betaald? Dan houdt de betalingsregeling ook in, dat wij u (verzekeringnemer) aanbieden om deze verzekering te beëindigen op de dag dat de betalingsregeling ingaat. Dit aanbod geldt alleen als:

- a de verzekerde voor zichzelf een andere basisverzekering heeft afgesloten op de datum dat de betalingsregeling gaat gelden; én
- b de verzekerde ons machtigt om automatisch nieuwe maandpremies te incasseren, als deze verzekerde bij ons verzekerd wordt via de basisverzekering.

10.3 Verzekerde(n) ontvangen kopieën van informatie over betalingsregeling

Als artikel 10.2 van deze algemene voorwaarden van toepassing is, sturen wij de verzekerde(n) kopieën van de stukken zoals genoemd in artikel 10.1, 10.2 en 10.4 die wij aan u (verzekeringnemer) sturen. Dit doen wij gelijktijdig.

10.4 Wat er gebeurt als u (verzekeringnemer) uw maandpremie 4 maanden niet heeft betaald?

Heeft u (verzekeringnemer) 4 maanden geen maandpremie betaald (exclusief administratiekosten, invorderingskosten en de wettelijke rente)? Dan ontvangen u (verzekeringnemer) en uw medeverzekerden een bericht dat wij van plan zijn u (verzekeringnemer) aan te melden bij het Centraal Administratie Kantoor (CAK), zodra u (verzekeringnemer) 6 maanden of langer geen maandpremie heeft betaald. Melden wij u (verzekeringnemer) aan bij het CAK? Dan gaat het CAK een bestuursrechtelijke premie bij u (verzekeringnemer) innen.

Ook kunt u (verzekeringnemer) ons vragen of wij een betalingsregeling met u (verzekeringnemer) willen aangaan. Wat die betalingsregeling inhoudt, leest u (verzekeringnemer) in artikel 10.1 van deze algemene voorwaarden. Als wij een betalingsregeling met u (verzekeringnemer) aangaan, melden wij u (verzekeringnemer) niet aan bij het CAK zolang u (verzekeringnemer) de nieuwe maandpremies op tijd betaalt.

10.5 Als u (verzekeringnemer) het niet eens bent met de betalingsachterstand

Bent u (verzekeringnemer) het niet eens met de betalingsachterstand en/of de voorgenomen aanmelding bij het CAK zoals genoemd in artikel 10.4? Laat dit dan aan ons weten door middel van een bezwaarschrift. Wij melden u (verzekeringnemer) dan nog niet aan bij het CAK. Eerst onderzoeken wij dan, of wij uw schuld goed berekend hebben. Vinden wij dat wij uw schuld goed hebben berekend? Dan ontvangt u (verzekeringnemer) hierover een bericht. Als u (verzekeringnemer) het niet eens bent met ons oordeel, kunt u (verzekeringnemer) dit voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) of aan de burgerlijk rechter. U (verzekeringnemer)



moet dat doen binnen 4 weken nadat u (verzekeringnemer) het bericht met ons oordeel heeft ontvangen. Wij melden u (verzekeringnemer) ook nu nog niet aan bij het CAK. Zie ook artikel 18 van deze algemene voorwaarden over klachtafhandeling.

10.6 Wat er gebeurt als u (verzekeringnemer) uw maandpremie 6 maanden niet heeft betaald

Stellen wij vast dat u (verzekeringnemer) 6 maanden geen maandpremie (exclusief administratiekosten, invorderingskosten en wettelijke rente) heeft betaald? Dan melden wij u (verzekeringnemer) aan bij het CAK. Vanaf dit moment betaalt u geen nominale premie meer aan ons. Het CAK legt dan bij u (verzekeringnemer) de bestuursrechtelijke premie op. Het CAK krijgt hiervoor van ons uw persoonsgegevens en die van de perso(o)n(en) die u (verzekeringnemer) bij ons heeft verzekerd. Wij geven alleen die persoonsgegevens door aan het CAK die het nodig heeft om bij u (verzekeringnemer) de bestuursrechtelijke premie in rekening te brengen. U (verzekeringnemer) en de perso(o)n(en) die u (verzekeringnemer) heeft verzekerd, ontvangen hierover een bericht van ons.

10.7 Is alle premie betaald? Dan melden wij u (verzekeringnemer) af bij het CAK

Wij melden u (verzekeringnemer) af bij het CAK, als u (verzekeringnemer), na tussenkomst van het CAK, de volgende bedragen heeft betaald:

- a de verschuldigde premie;
- b de vordering op grond van zorgkostennota's;
- c de wettelijke rente;
- d eventuele incassokosten;
- e eventuele proceskosten.

Als wij u (verzekeringnemer) hebben afgemeld bij het CAK, wordt de bestuursrechtelijke premie-inning stopgezet. In plaats daarvan betaalt u (verzekeringnemer) de nominale premie weer aan ons.

10.8 Wat wij aan u (verzekeringnemer) en het CAK melden

Wij stellen u (verzekeringnemer en verzekerde) en het CAK direct op de hoogte van de datum waarop:

- a de schulden die uit de basisverzekering voortvloeien, (zullen) zijn afgelost of teniet (zullen) gaan;
- b de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, bedoeld in de Faillissementswet, op u (verzekeringnemer) van toepassing wordt;
- c een overeenkomst is gesloten zoals bedoeld in artikel 18c, tweede lid, onderdeel d van de Zorgverzekeringswet. Deze overeenkomst moet zijn gesloten door tussenkomst van een schuldhelpverlener zoals bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet. Of wij stellen u (verzekeringnemer) en het CAK op de hoogte van de datum waarop een schuldregeling tot stand is gekomen. Aan de schuldregeling moet, naast u (verzekeringnemer), tenminste uw zorgverzekeraar deelnemen.

10.9 Vraagt u na wanbetaling een verzekering bij ons aan? En schrijven wij u in? Dan moet u (verzekeringnemer) 2 maanden premie vooruitbetalen.

11 Wat als uw premie en/of voorwaarden wijzigen?

11.1 Wij kunnen de premiegrondslag en voorwaarden van uw basisverzekering aanpassen. Bijvoorbeeld omdat de samenstelling van het basispakket verandert. Op basis van de nieuwe premiegrondslag en de veranderde voorwaarden doen wij u (verzekeringnemer) een nieuw aanbod.

11.2 Als uw premiegrondslag wijzigt

Een verandering in de premiegrondslag gaat niet eerder in dan 6 weken na de dag waarop wij u (verzekeringnemer) hierover hebben geïnformeerd. U (verzekeringnemer) kunt de basisverzekering opzeggen met ingang van de dag waarop de verandering ingaat (meestal per 1 januari). U (verzekeringnemer) heeft hiervoor in ieder geval 1 maand de tijd nadat wij u hebben geïnformeerd over de verandering.

11.3 Als de voorwaarden wijzigen en/of uw recht op zorg wijzigt

Is een verandering in de voorwaarden en/of het recht op zorg in het nadeel van de verzekerde? Dan mag u (verzekeringnemer) de basisverzekering

opzeggen. Dit geldt niet als deze verandering ontstaat, doordat een wettelijke bepaling wijzigt. U (verzekeringnemer) kunt de basisverzekering opzeggen met ingang van de dag waarop de verandering ingaat. U (verzekeringnemer) heeft hiervoor 1 maand de tijd nadat wij u (verzekeringnemer) over de verandering hebben geïnformeerd.

12 Wanneer gaat uw basisverzekering in?

12.1 De ingangsdatum staat op het polisblad

De basisverzekering gaat in op de ingangsdatum die op het polisblad staat. Deze ingangsdatum is de dag waarop wij van u (verzekeringnemer) uw verzoek om de basisverzekering af te sluiten, hebben ontvangen. Vanaf 1 januari daaropvolgend verlengen wij de basisverzekering ieder jaar stilzwijgend. Dat doen wij steeds voor de duur van 1 kalenderjaar.

12.2 Al verzekerd? Dan kan de verzekering later ingaan

Is degene voor wie wij de basisverzekering afsluiten al op grond van een basisverzekering verzekerd op de dag waarop wij uw aanvraag ontvangen? En geeft u (verzekeringnemer) aan dat u de basisverzekering later in wilt laten gaan dan de dag die is genoemd in artikel 12.1 van deze algemene voorwaarden? Dan gaat de basisverzekering in op de latere dag die u (verzekeringnemer) aangeeft.

12.3 Afsluiten binnen 4 maanden nadat de verzekeringsplicht ontstaat

Gaat de basisverzekering in binnen 4 maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan? Dan houden wij als ingangsdatum aan de dag waarop de verzekeringsplicht is ontstaan.

12.4 Verzekering kan tot 1 maand gelden met terugwerkende kracht

Gaat de basisverzekering in binnen 1 maand nadat een andere basisverzekering met ingang van 1 januari is geëindigd? Dan werkt deze verzekering terug tot en met de dag na die waarop de eerdere basisverzekering is geëindigd. Hierbij kunnen wij afwijken van wat is bepaald in artikel 925, eerste lid, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek. De terugwerkende kracht van de basisverzekering geldt ook, als u uw vorige verzekering heeft opgezegd, omdat de voorwaarden verslechteren. Dit is bepaald in artikel 940, vierde lid, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

12.5 Uw basisverzekering wijzigen

Heeft u bij ons een basisverzekering afgesloten? Dan kunt u (verzekeringnemer) deze wijzigen per 1 januari van het volgende kalenderjaar. U ontvangt hiervan een schriftelijke bevestiging. Geef de wijziging dan uiterlijk 31 december aan ons door.

13 Wanneer mag u uw basisverzekering beëindigen?

13.1 Uw basisverzekering herroepen

U (verzekeringnemer) kunt een nieuw gesloten basisverzekering herroepen. Dit betekent dat u (verzekeringnemer) de basisverzekering kunt beëindigen binnen 14 dagen nadat u uw polisblad heeft ontvangen. Stuur ons hiervoor een brief of een e-mail waarin u de verzekering opzegt. U (verzekeringnemer) hoeft hierbij geen redenen te geven. Wij gaan er dan van uit dat uw basisverzekering niet is ingegaan.

Herroept u (verzekeringnemer) uw basisverzekering bij ons? Dan ontvangt u (verzekeringnemer) de eventueel al betaalde premie terug. Als wij al zorgkosten aan u hebben vergoed, moet u (verzekeringnemer) deze kosten aan ons terugbetalen.

13.2 Uw basisverzekering beëindigen

U (verzekeringnemer) kunt op de volgende manieren uw basisverzekering beëindigen:

- a U (verzekeringnemer) kunt een brief of e-mail sturen waarin u (verzekeringnemer) uw basisverzekering opzegt. Deze opzegging moet uiterlijk 31 december bij ons binnen zijn. De basisverzekering eindigt dan op 1 januari van het daaropvolgende jaar. Heeft u (verzekeringnemer) uw basisverzekering bij ons opgezegd? Dan is deze opzegging onherroepelijk.
- b U (verzekeringnemer) kunt gebruikmaken van de opzegservice van de nieuwe zorgverzekeraar. Sluit u (verzekeringnemer) uiterlijk 31 december van het lopende kalenderjaar een basisverzekering af



Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 228

1. Een overeenkomst die is tot stand gekomen onder invloed van dwaling en bij een juiste voorstelling van zaken niet zou zijn gesloten, is vernietigbaar:
 - a. indien de dwaling te wijten is aan een inlichting van de wederpartij, tenzij deze mocht aannemen dat de overeenkomst ook zonder deze inlichting zou worden gesloten;
 - b. indien de wederpartij in verband met hetgeen zij omtrent de dwaling wist of behoorde te weten, de dwalende had behoren in te lichten;
 - c. indien de wederpartij bij het sluiten van de overeenkomst van dezelfde onjuiste veronderstelling als de dwalende is uitgegaan, tenzij zij ook bij een juiste voorstelling van zaken niet had behoeven te begrijpen dat de dwalende daardoor van het sluiten van de overeenkomst zou worden afgehouden.
2. De vernietiging kan niet worden gegrond op een dwaling die een uitsluitend toekomstige omstandigheid betreft of die in verband met de aard van de overeenkomst, de in het verkeer geldende opvattingen of de omstandigheden van het geval voor rekening van de dwalende behoort te blijven.

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 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.

(...)

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.