

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs, mr. J.J.M. Linders en mr. B.L.A. van Drunen)

Zaaknummer: 202400554

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg
 - 2) OWM CZ groep U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft telefonisch aan een medewerker van de Ombudsman Zorgverzekeringen gevraagd om een uitspraak van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie). Bij brief van 27 mei 2024 is de ontvangst van dit verzoek door de commissie aan verzoeker bevestigd. Op 19 augustus 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 11 oktober 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 15 oktober 2024 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Verzoeker heeft met zijn e-mailbericht van 18 oktober 2024 gereageerd op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 11 oktober 2024. Een kopie van het e-mailbericht is op 22 oktober 2024 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 13 november 2024 aanvullende vragen van de commissie beantwoord en stukken overgelegd. Kopieën hiervan zijn op 14 november 2024 aan verzoeker gestuurd.
- 1.5. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 12 november 2024 verklaard af te zien van de mogelijkheid de hoorzitting bij te wonen. Verzoeker is op 19 februari 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gezonden.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker is sinds 2016 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de CZ Zorgbewustpolis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Basis Collectief (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is met ingang van 1 juli 2024 door de ziektekostenverzekeraar beëindigd.

- 2.2. Verzoeker is het niet eens met de premieverhoging voor de zorgverzekering met ingang van 2024. Hij heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging hiervan gevraagd.
- 2.3. Bij brief van 31 januari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing ten aanzien van de premieverhoging handhaaft.

3. **Standpunt verzoeker**

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de premie voor de zorgverzekering voor 2024 met 15% te verlagen ten opzichte van 2023 in verband met onnodige bureaucratie. Tevens dient de ziektekostenverzekeraar de premie terug te betalen naar rato van de jaren dat verzoeker verzekerd is geweest, waarbij de ziektekostenverzekeraar de verschuldigde premie moet baseren op de uitgaven die direct zijn gerelateerd aan de zorgplicht.
- 3.2. Verzoeker heeft bij brief van 24 januari 2024 verklaard dat de ziektekostenverzekeraar de premie voor de zorgverzekering ten onrechte heeft verhoogd met ingang van 1 januari 2024. De verantwoordelijkheden van de ziektekostenverzekeraar en de bijbehorende zorgplicht zijn volgens verzoeker vastgelegd in de Zorgverzekeringswet en de Beleidsregel Toezichtkader Zorgplicht Zorgverzekeringswet van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Verzoeker verwijst hiervoor ook naar de website van Zorginstituut Nederland.
- 3.3. Verzoeker heeft verklaard dat de ziektekostenverzekeraar niet voldoet aan de op hem rustende zorgplicht waar het gaat om kwaliteit en betaalbaarheid. Verzoeker verwijst in dit verband in de eerste plaats naar de jaarverslagen van de ziektekostenverzekeraar. Hieruit blijkt dat in eerdere jaren voorzieningen zijn getroffen voor miljoenen euro's. De met deze voorzieningen gemoeide bedragen zijn volgens verzoeker niet ten goede gekomen aan de kwaliteit van zorg. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar in die jaren teveel premie in rekening heeft gebracht. Ten tweede schendt de ziektekostenverzekeraar zijn zorgplicht door gelden te besteden aan sponsoring, financiële beleggingen, reclamekosten, acquisitiekosten en andere indirecte activiteiten. Verder heeft verzoeker opgemerkt dat het zorgsysteem wordt gekenmerkt door een enorme bureaucratie. Volgens hem gaat naar schatting 35% van het werk van de zorgprofessionals verloren door deze bureaucratie. Hij verwijst hiervoor naar een artikel van 'EenVandaag'.
- 3.4. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 7 februari 2024 de ziektekostenverzekeraar gevraagd om een cijfermatige onderbouwing van de premie voor de zorgverzekering.
- 3.5. Bij brief van 29 maart 2024 heeft verzoeker ter onderbouwing van zijn stellingen verwezen naar een artikel van de NOS waarin staat dat de Nza heeft vastgesteld dat zorgverzekeraars te weinig doen om goede zorg te garanderen. Ook verwijst hij naar een website waar is beschreven dat bij 46% van de wachttijden voor medisch specialistische zorg de desbetreffende Treeknorm structureel niet wordt gehaald. Verzoeker heeft voorts verklaard dat hij niet betwist dat de ziektekostenverzekeraar een wettelijke verplichting heeft om een reserve aan te houden, maar volgens verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar inmiddels een te groot eigen vermogen (€ 842 miljoen). Hij verwijst hiervoor naar de jaarverslagen van 2016 en 2022. Daarom is de verhoging van de premie voor de zorgverzekering ongegrond en in strijd met de wettelijke plicht van de ziektekostenverzekeraar om de zorg betaalbaar te houden. Verzoeker heeft verder erop gewezen dat de ziektekostenverzekeraar de uitvoeringsregels binnen de zorg bepaalt en daarmee verantwoordelijk is voor een groot deel van de bureaucratie.
- 3.6. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 9 juni 2024 een artikel van de NOS overgelegd. In dit artikel is beschreven dat de Autoriteit Consument en Markt (ACM) en de NZa hebben uitgerekend dat miljoenen Nederlanders jaarlijks teveel premie betalen voor hun zorgverzekering, omdat ze niet zijn overgestapt naar een zorgverzekeraar met een goedkoper vergelijkbaar alternatief.

- 3.7. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 14 juli 2024 een screenshot van zijn polis voor 2024 overgelegd. Ook heeft hij verklaard dat de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 juli 2024 heeft beëindigd.
- 3.8. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 28 augustus 2024 gesteld dat de aanvullende ziektekostenverzekering alleen mag worden beëindigd als sprake is van een betalingsachterstand. Volgens verzoeker is de premie voor december 2023 volledig betaald. Hij heeft de verzekeringsvoorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering overgelegd.
- 3.9. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 18 oktober 2024 verklaard dat hij de zorgverzekering niet met ingang van 1 januari 2024 kon opzeggen, omdat er volgens de ziektekostenverzekeraar sprake was van een betalingsachterstand per eind december 2023.
- 3.10. Ter zitting heeft verzoeker verklaard dat hij heeft nagedacht over het systeem van de zorg en dat hij niet de enige is. De systematiek van de zorg komt geregeld in het nieuws en is erg actueel. Als voorbeeld heeft hij het coronajaar 2020 genoemd. Er was een pandemie met veel tekorten in de zorg, maar de ziektekostenverzekeraar had 170 miljoen euro winst. De voorzieningen en reserves zijn erg groot en worden elk jaar hoger. De premie wordt ook elk jaar hoger. Dat is volgens verzoeker logisch als ook de kwaliteit van de zorg zou verbeteren. Het advies om dan over te stappen naar een andere zorgverzekeraar helpt niet, want bij een andere zorgverzekeraar gebeurt hetzelfde. Ook daar wordt de premie steeds hoger. De ziektekostenverzekeraar heeft daarvoor volgens hem geen goede argumenten. Verzoeker heeft verder verklaard dat sprake is van veel bureaucratie in de zorg. De Treeknorm wordt ook geregeld overschreden. De kwaliteit voldoet niet aan wat verzoeker betaalt, terwijl het vermogen van de ziektekostenverzekeraar elk jaar groter wordt. Hij voelt zich hierdoor benadeeld. Verzoeker heeft verder toegelicht dat een lage maandelijkse zorgpremie zijn belang is. Hij maakt namelijk weinig gebruik van de zorg. Daarnaast moet de premie optimaal door de zorgverzekeraar worden besteed. Door de grote reserves bij de ziektekostenverzekeraar lijkt geld niet het probleem.

4. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 31 januari 2024 verklaard dat de premie elk jaar wordt vastgesteld op basis van een inschatting van de zorgkosten die zijn verzekerden gaan maken. Daarbij wordt uitgegaan van de rekenpremie en van eigen cijfers en ervaringen. De rekenpremie is het bedrag dat volgens de overheid aan verzekerden moet worden gevraagd om ongeveer de helft van de zorgkosten ten laste van de zorgverzekering te kunnen vergoeden. De andere helft van de te vergoeden zorgkosten komt via werkgevers en de overheid. De premie voor de zorgverzekering voor 2024 moest volgens de ziektekostenverzekeraar worden verhoogd omdat de kosten van zorg toenemen, onder andere door stijgende lonen en prijzen in de zorg. Ook de vergrijzing speelt hierbij een rol. Door de vergrijzing is er namelijk meer vraag naar zorg en stijgen de kosten. Een stijging van de zorgkosten wordt via de premie voor de zorgverzekering door alle verzekerden betaald. Dit geldt ook voor de aanvullende verzekeringen. Daarnaast speelt bij de aanvullende verzekeringen dat er meer gebruik wordt gemaakt van de vergoedingen. De laatste twee jaren stegen de premies van de aanvullende verzekeringen niet. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij met ingang van 2024 op het punt is gekomen dat deze premies niet meer kostendekkend zijn. Daarom is ook de premie van de aanvullende verzekering verhoogd.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat hij een onderlinge waarborgmaatschappij is. Dit betekent dat hij geen winst nastreeft, maar wel reserves moet aanhouden. Deze reserves zijn voor een groot deel wettelijk verplicht, want hij dient een bepaald bedrag beschikbaar te hebben om te garanderen dat hij aan al zijn verplichtingen kan voldoen. Ook heeft de ziektekostenverzekeraar een bedrag op de bank staan waarvan hij zelf verwacht het nodig te hebben voor onverwachte gebeurtenissen. Het bedrag dat hiernaast nog op de bank staat, bestaat volgens de ziektekostenverzekeraar uit de overreserves. Ieder jaar wordt

beoordeeld of het verstandig is om deze in te zetten voor premiedemping. De totale reserves staan gelijk aan minder dan drie maanden kosten van zorg voor zijn verzekerden. Als de ziektekostenverzekeraar zijn reserves gebruikt om de premie te dempen, dan komt dit ten goede van al zijn verzekerden. Premiedemping in het ene jaar betekent echter dat in het jaar erop de premie flink zal stijgen, omdat de reserves zijn afgenomen. Grote wisselingen in premie vindt de ziektekostenverzekeraar niet wenselijk. Hij kiest liever voor een stabiele premie op de lange termijn. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij dit jaar heeft gekozen voor een scherpe premie, zonder inzet van reserves. Maar een scherpe premie brengt volgens hem ook risico's met zich. Zo is de vraag of hij de zorgkosten zal kunnen betalen van de premie-inkomsten. Dat risico wordt eventueel opgevangen met de reserves.

- 4.3. Bij brief van 11 oktober 2024, gericht aan de commissie, heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat verzoeker al sinds 2016 bij hem is verzekerd. Ook voor het jaar 2024 is de zorgverzekering voortgezet. Volgens de ziektekostenverzekeraar is één van de verplichtingen die voor de verzekeringnemer voortvloeit uit de verzekeringsovereenkomst dat de premie tijdig moet worden betaald. Dit staat in artikel A.7 van de verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekering, welke bepaling is gebaseerd op artikel 16 van de Zorgverzekeringswet. De ziektekostenverzekeraar verwijst verder naar artikel 17, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet. Hierin is bepaald dat de zorgverzekeraar voor iedere variant van de zorgverzekering die hij aanbiedt, de grondslag van de premie en de bij die variant behorende premiekorting vaststelt en deze opneemt in de modelovereenkomst. Uitsluitend in geval van een gekozen vrijwillig eigen risico is een korting op de premie voor de zorgverzekering mogelijk. Hij verwijst hiervoor naar artikel 20 van de Zorgverzekeringswet. Volgens de ziektekostenverzekeraar blijkt uit het voorgaande dat in de situatie van verzoeker geen reden bestaat om een korting op de premie toe te passen.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft verder verklaard dat het erop lijkt dat verzoeker zijn betaalverplichting civielrechtelijk opschort, op grond van de stelling dat de ziektekostenverzekeraar een verbintenis uit de verzekeringsovereenkomst niet (tijdig) nakomt. Dan wel door te stellen dat op basis van een toerekenbare tekortkoming in de nakoming van een verbintenis een verplichting tot schadevergoeding bestaat (artikel 6:74 van het Burgerlijk Wetboek). Met betrekking tot de zorgplicht, waaraan verzoeker refereert, verwijst de ziektekostenverzekeraar naar een eerder bindend advies van de commissie over een soortgelijk geschil van verzoeker. Hierin is overwogen:
- "(...) Wat in het kader van de zorgverzekering onder deze zorgplicht valt, is geregeld in artikel 11 Zvw. Hierin is bepaald dat de zorgplicht zodanig wordt vormgegeven dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit: (a) de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of (b) vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Hierbij ziet (a) op de verzekerde prestaties die als natura-aanspraak vorm hebben gekregen, en (b) op de verzekerde prestaties op restitutiebasis. Ongeacht de vorm, geldt als voorwaarde dat de zorgplicht (of de aanspraak op zorg) pas aan de orde is als het verzekerde risico zich voordoet. Dat wil zeggen, kort gezegd, als een verzekerde in concreto op een onder de zorgverzekering gedekte zorg of dienst is aangewezen."*
- De ziektekostenverzekeraar begrijpt de zorgen van verzoeker over de wachttijden op sommige zorgterreinen, maar - voor zover hem bekend - is van verzoeker geen bericht is ontvangen dat hij (of één van zijn gezinsleden) persoonlijk voor een zorgvraag niet tijdig terecht kon.
- 4.5. De ziektekostenverzekeraar heeft verder toegelicht dat bepaalde minimale reserves nodig zijn voor een gezonde financiële organisatie. Dit is van invloed op de hoogte van de premie. De hoogte van de reserves moet aan de toezichthouders worden verklaard. De commerciële activiteiten zijn in de huidige vorm van het zorgverzekeringsstelsel een onderdeel van de bedrijfsvoering en financiën van de zorgverzekeraars en dus ook een onderdeel van de premievaststelling. Dit is volgens de ziektekostenverzekeraar een realiteit die men met elkaar moet accepteren. Hij verwijst naar zijn website waar te vinden is hoe de premie is berekend en waaruit deze bestaat.

De Nederlandse Bank houdt toezicht op de financiën van alle zorgverzekeraars en de ziektekostenverzekeraar hoopt dat dit verzoeker vertrouwen geeft.

- 4.6. De stelling van verzoeker - dat een bepaald percentage aan zorg verloren gaat door de administratielast bij de zorgaanbieders - kan feitelijk niet worden onderbouwd. De administratie die zorgverzekeraars vragen aan de zorgaanbieders levert ook iets op voor de hoogte van de zorgkosten en daarmee de premie. Volgens de ziektekostenverzekeraar zorgt de administratie ervoor dat hij alleen verzekerde zorg vergoedt. De ziektekostenverzekeraar denkt na over mogelijkheden om een balans te vinden tussen de belangen van de controleplicht en de administratielast. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband verklaard dat zijn gecontracteerde zorgaanbieders bepaalde zorg niet vooraf hoeven aan te vragen en dat er veel aanvraagformulieren worden gestandaardiseerd.
- 4.7. Volgens de ziektekostenverzekeraar is er geen juridische grondslag om de premie voor 2024 voor verzoeker te verlagen met een bepaald percentage en/of om een gedeelte van de betaalde premie over voorafgaande verzekeringsjaren terug te geven. De ziektekostenverzekeraar merkt hierbij op dat verzoeker al langere tijd niet tevreden is. Volgens de verzekeringsvoorwaarden is hij vrij - mits hij dan geen premieachterstand heeft - met ingang van het nieuwe jaar over te stappen naar een andere zorgverzekeraar.
- 4.8. Bij brief van 17 oktober 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar kopieën gestuurd van de polissen voor 2023 en 2024 van verzoeker.
- 4.9. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 13 november 2024 gereageerd op het e-mailbericht van 18 oktober 2024 - dat verzoeker niet kon overstappen in verband met een betalingsachterstand - en verklaard dat verzoeker per 31 december 2023 een achterstand had van € 651,02. Dit bedrag zag op de maandpremies voor november en december 2023 en een eigen bijdrage. De betalingsachterstand is in 2024 vrijwel volledig voldaan. Een klein restant van een bedrag van € 5,67 over december 2023 is samen met de kosten en rente over deze vordering kwijtgescholden naar aanleiding van een recente zaak bij de commissie (dossier 202401181). De ziektekostenverzekeraar heeft een financieel overzicht tot eind december 2023 en een financieel overzicht tot en met 31 oktober 2024 meegestuurd. Volgens de ziektekostenverzekeraar zijn de maandpremies van 2024 grotendeels betaald. Na 31 oktober 2024 is er nog een nieuwe premie voor november 2024 van € 305,98 en een nieuwe rekening van € 66,96 voor het eigen risico/een eigen bijdrage opgekomen. De vorderingsprocedure ter zake wordt aangehouden tot het bindend advies in dit betreffende dossier. De ziektekostenverzekeraar heeft verder verklaard dat hij van verzoeker geen schriftelijke opzegging voor het jaar 2024 heeft ontvangen.

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 A.22 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel A.23 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 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) over de grondslag van de premie, de verschuldigdheid van de overeengekomen premie en het wijzigen hiervan alsmede die uit het Burgerlijk Wetboek (BW) 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.

6.2. Verzoeker heeft gesteld dat de premie van de zorgverzekering voor 2024 ten onrechte is verhoogd, omdat de ziektekostenverzekeraar niet voldoet aan de zorgplicht op het gebied van kwaliteit en betaalbaarheid. Volgens verzoeker wordt bij een deel van de medisch specialistische zorg de desbetreffende Treeknorm structureel niet gehaald en heeft de ziektekostenverzekeraar een groot aandeel in de bureaucratie. Tevens zou de ziektekostenverzekeraar te grote voorzieningen en/of reserves aanhouden en uitgaven doen die geen verband houden met de verzekerde zorg en andere diensten. De commissie merkt hierover op dat zij in het kader van een eerder gerezen geschil tussen partijen de reikwijdte van de wettelijke zorgplicht al heeft toegelicht (GcZ, 22 augustus 2022, SKGZ202200045). Schending van die zorgplicht in het concrete geval is gesteld noch gebleken. Met name heeft verzoeker niet onderbouwd welke verzekerde en geïndiceerde zorg of andere dienst voor hem of de door hem verzekerde personen niet of niet tijdig beschikbaar was.

Verder geldt dat de commissie niet de rol heeft van toezichthouder. Indien verzoeker meent dat de ziektekostenverzekeraar handelt in strijd met de regels van DNB of de NZa, dient hij zich ook tot die instanties te wenden. Hierbij tekent de commissie aan dat het huidige stelsel uitgaat van marktwerking, waarbij zorgverzekeraars met elkaar concurreren. In dat verband kunnen keuzes worden gemaakt die verzoeker wellicht niet onderschrijft, maar die daar wel bij passen, zoals bijvoorbeeld sponsoring of adverteren.

Andere keuzes, zoals die tot het aanhouden van reserves en of voorzieningen zijn voorbehouden aan de rechtspersoon, met inachtneming van de kaders die DNB stelt. Het betreft hier een onderlinge waarborgmaatschappij, een vereniging die voorziet in een verzekeringsbehoefte van zijn leden. Indien verzoeker, als lid, op het beleid van de rechtspersoon invloed wil uitoefenen, kan hij dit doen via de ledenraad. Een en ander valt buiten het feitelijke geschil.

6.3. Kern van dit geschil is namelijk dat verzoeker niet wenst in te stemmen met de premieverhoging per 1 januari 2024. Dit betreft zowel de zorgverzekering als de aanvullende ziektekostenverzekering. De commissie merkt hierover op dat de ziektekostenverzekeraar de bevoegdheid heeft premie en voorwaarden van de verzekering eenzijdig te wijzigen. Hij dient een voorgenomen wijziging tijdig aan zijn verzekeringnemers mee te delen en zij hebben in dat geval een termijn van één maand waarbinnen de verzekering kan worden opgezegd. Aldus is geregeld in artikel 7:940 BW. In artikel A.5 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat ten minste 7 weken voordat de premie wordt verhoogd verzekerden hierover worden geïnformeerd. Deze termijn is gebaseerd op artikel 17, zevende lid, Zvw. Verzoeker heeft bij brief van 13 november 2023 van de ziektekostenverzekeraar de hoogte van de premie voor 2024 ontvangen. Op het wijzigingenoverzicht heeft de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat het recht bestaat de verzekering met ingang van 1 januari 2024 te beëindigen. De commissie concludeert dat verzoeker tijdig is geïnformeerd over de premieverhoging voor 2024. Van een daaropvolgende opzegging door verzoeker is trouwens niet gebleken.

Nu verzoeker zijn verzekering niet (tijdig) heeft opgezegd, is deze voor het jaar 2024 stilzwijgend verlengd, en is verzoeker gebonden aan de premie en de voorwaarden voor dat jaar. Specifiek ten aanzien van de zorgverzekering tekent de commissie hierbij nog aan dat in de Zvw wordt uitgegaan van het begrip 'grondslag van de premie'. Dit is de prijs die een zorgverzekeraar rekent voor een bepaald verzekeringsproduct en deze grondslag is voor al zijn verzekerden met dat product gelijk. De enige wettelijk toegestane korting hierop is die vanwege een gekozen vrijwillig eigen risico. De ziektekostenverzekeraar heeft dan ook terecht erop gewezen dat hij voor verzoeker geen lagere premie voor de zorgverzekering in rekening mag brengen.

Slotom

6.4. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. **Bindend advies**

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 25 maart 2025,

J.J.M. Linders

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Zorgverzekeringswet

Artikel 17

1. De zorgverzekeraar stelt voor iedere variant van de zorgverzekering die hij aanbiedt, de grondslag van de premie en de bij die variant behorende premiekorting of premiekortingen vast en neemt deze in de modelovereenkomst op.
2. De grondslag van de premie is gelijk voor varianten die wat betreft de te verzekeren prestaties als bedoeld in artikel 11, eerste lid, of de keuzemogelijkheden tussen aanbieders van zorg of van overige diensten als bedoeld in dat lid, niet van elkaar verschillen.
3. Indien de zorgverzekeraar gebruik maakt van zijn bevoegdheid, bedoeld in artikel 11, vijfde lid, is de grondslag van de premie gelijk aan de grondslag die hij heeft of zou hebben vastgesteld voor een modelovereenkomst met volledige dekking.
4. De grondslag van de premie is de premie indien geen premiekorting als bedoeld in artikel 20 geldt of zou gelden.
5. De verschuldigde premie is gelijk aan de grondslag van de premie behorende bij de variant van de zorgverzekering die de verzekeringnemer gekozen heeft, verminderd met de premiekorting, bedoeld in artikel 20, indien deze van toepassing is.
6. De zorgverzekeraar geeft de wijze waarop de verschuldigde premie van de grondslag van de premie wordt afgeleid in de modelovereenkomst weer, en neemt de wijze waarop de door de verzekeringnemer verschuldigde premie van de grondslag van de premie is afgeleid in de zorgpolis op.
7. Een wijziging in de grondslag van de premie treedt niet eerder in werking dan zeven weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer is medegedeeld.

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 217

1. Een overeenkomst komt tot stand door een aanbod en de aanvaarding daarvan.
2. De artikelen 219-225 zijn van toepassing, tenzij iets anders voortvloeit uit het aanbod, uit een andere rechtshandeling of uit een gewoonte.

Ingangsdatum basisverzekering met terugwerkende kracht

U wilt uw basisverzekering laten ingaan op de dag waarop uw verzekeringsplicht ontstaat. Dit kan als uw aanvraag binnen 4 maanden na deze ingangsdatum bij ons binnen is.

Als u ten onrechte niet verzekerd bent

Moet u zich volgens de Zorgverzekeringswet verzekeren voor een basisverzekering maar bent u (nog) niet verzekerd? Dan kunt u zich alsnog bij ons aanmelden. We moeten dan wel alle documenten die nodig zijn op tijd ontvangen:

- binnen 4 maanden nadat uw verzekeringsplicht is ingegaan; of
- binnen 1 maand nadat uw eerdere basisverzekering is beëindigd.

Verzekeringsduur basisverzekering

Uw basisverzekering duurt één heel jaar. Gaat uw basisverzekering in de loop van het jaar in? Dan duurt uw basisverzekering tot 1 januari.

Jaarlijkse verlenging

Wij verlengen uw verzekering op 1 januari steeds met één jaar. Wij geven dit aan u door samen met de veranderingen voor het nieuwe verzekeringsjaar. U kunt dan uw verzekering veranderen of opzeggen.

A.5. U wil uw verzekering beëindigen

Herroeping

Heeft u een (nieuwe) verzekering afgesloten? Dan mag u uw verzekering gratis herroepen. Herroepen betekent dat uw verzekering eindigt alsof deze niet heeft bestaan. Dat kan ook met terugwerkende kracht. U hoeft hier geen reden voor op te geven.

Voor herroeping gelden de volgende voorwaarden:

- u bent de verzekeringnemer;
- de herroeping is schriftelijk;
- de herroeping gaat om een verzekering die u kort geleden heeft afgesloten;
- de herroeping is binnen 14 dagen nadat de verzekering is ingegaan of binnen 14 dagen nadat u de polis heeft ontvangen.

Als u al premie en kosten heeft betaald dan krijgt u deze binnen 30 dagen terug. Heeft u al vergoedingen ontvangen? Dan moet u deze binnen 30 dagen terugbetalen nadat u daarover bericht van ons heeft gehad.

Opzeggen of veranderen

U mag uw verzekering ieder jaar per 1 januari opzeggen. Wat moet u (verzekeringnemer) dan doen?

- u moet schriftelijk opzeggen;
- uw opzegging moeten wij uiterlijk 31 december ontvangen.

U mag uw verzekering ieder jaar per 1 januari veranderen. Wat moet u (verzekeringnemer) dan doen?

- u moet de verandering schriftelijk doorgeven;
- uw verzoek moeten wij uiterlijk 31 december ontvangen.

Als wij de verandering goedkeuren, stopt uw oude verzekering tegelijk op 1 januari.

Zie ook:

[Verzekeringnemer](#) (begrippen)

Opzeggen door verzekering bij andere zorgverzekeraar

Krijgen wij een bericht dat u zich bij een andere verzekeraar heeft aangemeld voor een zorgverzekering? Dan gaan wij ervan uit dat u uw verzekering(en) bij ons opzegt. Uw verzekering bij ons stopt op 1 januari nadat wij het bericht ontvangen.

Verandering van voorwaarden van uw basisverzekering

Veranderen wij de verzekeringsvoorwaarden van uw basisverzekering? En is dat in uw nadeel? Dan krijgt u van ons bericht wat er verandert en wat voor keuzes u heeft. U kunt uw verzekering dan per diezelfde datum opzeggen of veranderen in een andere basisverzekering.

Wat moet u (verzekeringnemer) dan doen?

- U moet schriftelijk opzeggen of veranderen;
- De opzegging of verandering moet u binnen 30 dagen na ons bericht opsturen.
Als u uw verzekering wil veranderen, krijgt u van ons nieuwe verzekeringsdocumenten en verzekeringsvoorwaarden.

Gaat het om een verandering in uw basisverzekering omdat de wet verandert? Dan kunt u uw verzekering niet opzeggen of veranderen.

Verandering van premiegrondslag van uw basisverzekering

Verhogen wij de premiegrondslag van uw verzekering? Dan krijgt u daar minstens 7 weken van tevoren bericht over. U kunt uw verzekering dan opzeggen of veranderen in een andere basisverzekering. Wat moet u (verzekeringnemer) dan doen?

- U moet schriftelijk opzeggen of veranderen;
- De opzegging of verandering moet u opsturen voordat de nieuwe premiegrondslag ingaat.
Uw verzekering stopt of verandert op de dag dat de nieuwe premiegrondslag ingaat. Als u uw verzekering wil veranderen, krijgt u van ons nieuwe verzekeringsdocumenten en verzekeringsvoorwaarden.

Zie ook:

[Welke premie en kosten betaalt u voor uw basisverzekering?](#) (algemene voorwaarden)

Andere werkgevers collectiviteit

Bent u (verzekeringnemer) collectief verzekerd via een werkgever? En gaat u aansluitend bij een andere werkgever werken met een andere collectieve verzekering? Dan kun u (verzekeringnemer) uw collectieve verzekering via uw oude werkgever ook in de loop van het jaar beëindigen. U moet dat schriftelijk aan ons doorgeven. Dat moet binnen 30 dagen nadat u begonnen bent bij uw nieuwe werkgever.

Wat zijn de mogelijkheden?

- U heeft bij ons een collectieve verzekering en kunt bij uw nieuwe werkgever een collectieve verzekering bij een andere zorgverzekeraar afsluiten. U zegt daarom uw oude collectieve verzekering bij ons op. Deze collectieve verzekering bij ons eindigt dan op de dag dat u bij uw oude werkgever uit dienst gaat; of
- u heeft een collectieve verzekering bij een andere zorgverzekeraar en u kunt bij uw nieuwe werkgever een collectieve verzekering bij ons afsluiten. U zegt daarom uw oude collectieve verzekering bij de andere zorgverzekeraar op. Bij ons vraagt u een nieuwe collectieve verzekering aan. Gaat uw nieuwe baan in op de 1e van een maand? Dan gaat uw nieuwe collectieve verzekering ook op die dag in. Anders gaat uw nieuwe collectieve verzekering in op de 1e dag van de volgende maand. Uw oude collectieve verzekering eindigt ook op die dag; of
- u heeft bij ons een collectieve verzekering en u kunt bij uw nieuwe werkgever een andere collectieve verzekering bij ons afsluiten. U vraagt ons dan om te wisselen van de oude naar de nieuwe collectieve verzekering. Gaat uw nieuwe baan in op de 1e van een maand? Dan gaat uw nieuwe collectieve verzekering ook op die dag in. Anders gaat uw nieuwe collectieve verzekering in op de 1e dag van de volgende maand. Uw oude collectieve verzekering eindigt ook op die dag.

Verzekering voor iemand anders

Had u (verzekeringnemer) een verzekering voor iemand anders gesloten? En heeft deze verzekerde zelf een verzekering afgesloten? Dan kunt u (verzekeringnemer) deze eerste verzekering ook in de loop van het jaar opzeggen.

Wanneer eindigt de opgezegde verzekering?

- Ontvangen wij uw opzegging uiterlijk op de dag vóór de ingang van de nieuwe verzekering? Dan eindigt de opgezegde verzekering op de ingangsdatum van de nieuwe verzekering.

- Ontvangen wij uw opzegging op de dag van de ingang van de nieuwe verzekering of daarna? Dan eindigt de opgezegde verzekering op de laatste dag van de lopende maand, waarin wij de opzegging ontvangen.

Zie ook:

- [Verzekerde](#) (begrippen)
- [Verzekeringnemer](#) (begrippen)

Basisverzekering via CAK opzeggen of veranderen

Heeft het CAK voor u bij ons een basisverzekering afgesloten? Dat kan als u geen basisverzekering heeft maar deze wel zou moeten hebben volgens de zorgverzekeringswet.

Kunt u deze verzekering opzeggen?

Dit kan als u aan ons en aan CAK kunt bewijzen dat u zelf al een andere basisverzekering heeft afgesloten. U moest deze afsluiten binnen 3 maanden na de mededeling van CAK dat u onterecht niet verzekerd was.

Wanneer kunt u deze verzekering opzeggen?

Binnen 2 weken nadat CAK u heeft meegedeeld dat zij voor u een basisverzekering bij ons heeft afgesloten. De verzekering stopt dan op de ingangsdatum, alsof deze niet heeft bestaan.

In alle andere gevallen kunt u de basisverzekering van het CAK de eerste 12 maanden niet opzeggen.

Zie ook:

[CAK](#) (begrippen)

Wanneer kunt u niet opzeggen en wijzigen?

U kunt uw verzekering niet opzeggen of veranderen:

- als u de premie en kosten niet op tijd aan ons heeft betaald; en
- als wij u een herinnering hebben gestuurd om alsnog binnen maximaal 14 dagen aan ons te betalen; en
- als wij de dekking van de verzekering (nog) niet opgeschort (tijdelijk gestopt) hebben; en
- als wij niet binnen 14 dagen akkoord gaan met uw opzegging.

Dat betekent dat u dus ook niet kunt opzeggen of veranderen:

- aan het einde van een contractjaar;
- bij verandering van de premie(grondslag);
- bij verandering van de ene collectiviteit naar een andere collectiviteit;
- als u een verzekering voor iemand anders had afgesloten maar deze persoon krijgt een andere verzekering.

Als u alle premies en kosten volledig aan ons betaald heeft, kunt u uw verzekering weer veranderen of opzeggen per de eerstkomende 1 januari.

A.6. Wanneer beëindigen wij uw verzekering?

Beëindiging als de wet dat eist

In volgende situaties beëindigen wij uw verzekering:

- als wij geen verzekeringen meer mogen aanbieden of uitvoeren. Hier is sprake van wanneer onze vergunning als schadeverzekeringsbedrijf verandert of wordt ingetrokken. Wij sturen u 2 maanden van tevoren hierover een bericht;
- als u overlijdt. Dat moet binnen 30 dagen na de overlijdensdatum aan ons worden doorgegeven.

Beëindiging als de wet dat eist bij uw basisverzekering

Er zijn twee situaties waarin wij uw basisverzekering moeten beëindigen:

- als wij ons werkgebied hebben veranderd en u daardoor buiten ons nieuwe werkgebied woont. Wij geven dat uiterlijk 2 maanden van tevoren aan u door. Uw verzekering eindigt de dag nadat ons werkgebied is veranderd.