

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V. beide te Wageningen
Zaak : Premie, premieachterstand, opschorting aanmelding CAK, betalingsregeling hele schuld
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2012-2021, paragraaf 3.3 Zvw, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012
Zaaknummer : 202101040
Zittingsdatum : 26 januari 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
2) Menzis N.V. te Wageningen,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 23 augustus 2021 heeft verzoekster per e-mail de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een advies uit te brengen. Op 10 september 2021 heeft verzoekster de commissie bericht te kiezen voor een niet-bindend advies. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen, hetgeen zij op 12 september 2021 heeft gedaan.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 17 december 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 21 december 2021 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 3 januari 2022 respectievelijk 10 januari 2022 verklaard niet te willen worden gehoord.
- 2.4. Op 17 januari 2022 heeft verzoekster verklaard van de commissie alsnog een bindend advies te willen.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster is tot op heden bij de (rechtsvoorganger van de) ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering). Verder had verzoekster tot en met 30 november 2012 bij de (rechtsvoorganger van de) ziektekostenverzekeraar een aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten.
- 3.2. Op de polis van verzoekster is een betalingsachterstand ontstaan. Omdat de betalingsachterstand voor de zorgverzekering meer dan zes maandpremies bedroeg heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster met ingang van 1 december 2012 aangemeld als wanbetaler bij het College voor Zorgverzekeringen (CVZ, nu het CAK).
- 3.3. Nadat in juni 2017 een betalingsregeling voor de gehele schuld was overeengekomen, is de aanmelding van verzoekster met ingang van 1 juli 2017 opgeschort. Omdat verzoekster verzuimde de gemaakte afspraken na te komen, heeft de ziektekostenverzekeraar de aanmelding van verzoekster als wanbetaler met ingang van 1 december 2017 hervat.

- 3.4. Met ingang van 1 maart 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar de aanmelding van verzoekster wederom opgeschort. De aanmelding als wanbetaler is echter met ingang van 1 augustus 2018 weer hervat.
- 3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar op 29 april 2021 per e-mailbericht verzocht haar aanmelding als wanbetaler bij het CAK opnieuw op te schorten. Op 3 mei 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld hiertoe niet over te gaan.
- 3.6. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanmelding als wanbetaler bij het CAK op te schorten.
- 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 advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A17 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

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 opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunt verzoekster

- 6.2. Verzoekster stelt dat zij al meermalen aan de ziektekostenverzekeraar heeft gevraagd haar aanmelding als wanbetaler bij het CAK op te schorten. Zowel in 2017 als in 2019 is de ziektekostenverzekeraar hiertoe overgegaan. Door omstandigheden kon verzoekster zich toen echter niet aan de gemaakte afspraken houden zodat de aanmelding weer is hervat. Sinds de laatste hervatting van de aanmelding houdt verzoekster zich aan de gemaakte afspraken en voldoet zij de verschuldigde termijnbedragen tijdig. Om die reden heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar gevraagd de aanmelding als wanbetaler bij het CAK opnieuw op te schorten. Ondanks het feit dat verzoekster met bankafschriften heeft aangetoond dat inmiddels netjes wordt betaald, wordt de aanmelding niet opgeschort.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar verklaart dat hij de aanmelding van verzoekster als wanbetaler bij het CAK zowel in 2017 als in 2018 heeft opgeschort nadat met haar een betalingsregeling was afgesproken voor de gehele schuld. Omdat verzoekster de gemaakte afspraken niet nakwam, is de aanmelding als wanbetaler beide keren hervat. Het is om die reden dat de ziektekostenverzekeraar niet bereid is de aanmelding van verzoekster als wanbetaler opnieuw op te schorten.
Voor een volgende opschorting bij het CAK moeten alle openstaande vorderingen die zijn ontstaan na de laatste opschorting (22 februari 2018) volledig zijn voldaan. Inmiddels heeft

verzoekster één incassodossier voldaan, maar vier andere moeten nog worden betaald. Naar de stand van 9 december 2021 staat nog een bedrag van € 1.299,70 open voor alleen deze vier dossiers. Pas als dit bedrag is betaald kan de aanmelding van verzoekster als wanbetaler bij het CAK worden opgeschort.

Verder geldt dat over de periode van 1 april 2012 tot en met 31 december 2021 - naar de stand van 9 december 2021 - een bedrag openstaat van totaal € 2.476,48, exclusief opgekomen rente en incassokosten. Een groot deel van deze openstaande vordering is door de ziektekostenverzekeraar overgedragen aan zijn incassogemachtigde. Bij deze incassogemachtigde zijn totaal 14 incassodossiers in behandeling. Voor alle bij de incassogemachtigde in behandeling zijnde vorderingen heeft verzoekster een betalingsregeling van € 25,- per maand afgesproken. Bij de ziektekostenverzekeraar staat daarnaast nog een bedrag open van totaal € 195,60. Dit betreft vorderingen ter zake van het eigen risico van € 65,90 (vervaldatum 8 juni 2021) en € 129,70 (vervaldatum 29 juni 2021). Ook voor deze vorderingen heeft verzoekster inmiddels een betalingsregeling afgesproken. De afspraak hiervoor is dat verzoeker maandelijks € 33,- per maand betaalt. Genoemde regeling is afgesproken in augustus 2021.

Overwegingen commissie

- 6.4. Volgens de ziektekostenverzekeraar bedroeg de openstaande schuld op 9 december 2021 totaal € 2.476,48, exclusief rente en incassokosten. Een groot deel van de openstaande vordering heeft de ziektekostenverzekeraar overgedragen aan zijn incassogemachtigde, alwaar 14 incassodossiers in behandeling zijn. Daarnaast is nog sprake van een tweetal andere vorderingen van totaal € 195,60 (€ 65,90 + € 129,70) die niet door de ziektekostenverzekeraar zijn overdragen. Over het bestaan van deze vorderingen zijn partijen niet verdeeld. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag of de aanmelding van verzoekster als wanbetaler bij het CAK opnieuw moet worden opgeschort. Hiertoe overweegt de commissie het volgende.
- 6.5. Een zorgverzekeraar is verplicht de aanmelding van een verzekerde als wanbetaler bij het CAK op te schorten als deze een betalingsregeling afspreekt voor de gehele vordering. Dit volgt uit artikel 18d, tweede lid, onder c, Zvw. Door verzoekster is gesteld dat zij zowel voor de openstaande vorderingen bij de incassogemachtigde als voor de openstaande vorderingen bij de ziektekostenverzekeraar een betalingsregeling heeft afgesproken. De commissie stelt vast dat verzoekster niet aannemelijk heeft gemaakt dat ten tijde van haar verzoek om opschorting van de aanmelding bij het CAK (29 april 2021) tussen haar en de ziektekostenverzekeraar een betalingsregeling voor de gehele schuld bestond. De weigering door de ziektekostenverzekeraar was dan ook terecht en daarom dient het verzoek, voor zover dit ziet op de opschorting van de aanmelding als wanbetaler per 1 april 2021, te worden afgewezen.
- 6.6. Naar blijkt uit de brief van de ziektekostenverzekeraar van 17 december 2021 is deze situatie sindsdien echter wezenlijk veranderd. De ziektekostenverzekeraar heeft namelijk erkend dat verzoekster met zijn incassogemachtigde voor alle aldaar in behandeling zijnde vorderingen een betalingsregeling van € 25,- per maand heeft afgesproken. Daarnaast wordt door de ziektekostenverzekeraar in bedoelde brief erkend dat verzoekster met hem voor de vordering van totaal € 195,60 een betalingsregeling van € 33,- per maand heeft getroffen. Gelet op het voorgaande staat daarom vast dat verzoekster inmiddels een betalingsregeling heeft afgesproken voor de gehele vordering. Dit brengt met zich dat de ziektekostenverzekeraar de aanmelding van verzoekster alsnog met ingang van 1 september 2021 dient op te schorten. Hierbij wordt nog opgemerkt dat indien de ziektekostenverzekeraar had gewild dat verzoekster eerst de vorderingen die zijn ontstaan ná 22 februari 2018 zou moeten voldoen, het op zijn weg had gelegen voor deze vorderingen geen betalingsregeling af te spreken óf aan de betalingsregeling voorwaarden te verbinden. Hiervan is echter niet gebleken.
- 6.7. Gezien het voorgaande had de ziektekostenverzekeraar de aanmelding van verzoekster met terugwerkende kracht tot 1 september 2021 moeten opschorten. Omdat de ziektekostenverzekeraar dit heeft nagelaten bepaalt de commissie dat de ziektekostenverzekeraar de aanmelding van verzoekster als wanbetaler bij het CAK met ingang van 1 februari 2022 moet opschorten. Dit

betekent wel dat over de periode van 1 september 2021 tot 1 februari 2022 een correctie ter zake van de premie moet plaatsvinden. Dit omdat verzoekster over voornoemd tijdvak de bestuursrechtelijke heeft betaald en niet de - lagere - nominale premie. Een en ander leidt ertoe dat de ziektekostenverzekeraar het verschil in premie tussen de verschuldigde reguliere premie en de betaalde bestuursrechtelijke premie (periode van 1 september 2021 tot 1 februari 2022) moet compenseren door dit verschil te verrekenen met de openstaande vordering bij zijn incassogemachtigde.

6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat de ziektekostenverzekeraar:

- (i) de aanmelding van verzoekster als wanbetaler bij het CAK met ingang van 1 februari 2022 moet opschorten;
- (ii) verzoekster dient te compenseren voor het verschil tussen de betaalde bestuursrechtelijke premie en de verschuldigde reguliere premie over de periode van 1 september 2021 tot 1 februari 2022, en
- (iii) aan verzoekster het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 26 januari 2022,

H.A.J. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 6.5.4

1. De inspanningen tot inning van de premie, bedoeld in artikel 18bb, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet, bestaan uit:
 - a. het uiterlijk vanaf tien werkdagen na de uiterste datum voor betaling van de premie treffen of, indien noodzakelijk, door derden laten treffen van maatregelen tot inning en incasso van de premie die betamelijk zijn en in redelijkheid verlangd kunnen worden en waarbij kosten voor de verzekeringnemer zoveel mogelijk voorkomen worden door:
 - 1°. de verzekeringnemer te informeren indien een automatische incasso van de premie niet slaagt;
 - 2°. de verzekeringnemer kosteloos een aanmaning te sturen;
 - 3°. de verzekeringnemer een tweede en derde aanmaning te sturen;
 - 4°. niet elke premiefactuur afzonderlijk te verzwaren met incassokosten;
 - b. de verzekeringnemer die in verzuim verkeert tot nakoming van een betalingsregeling bedoeld in artikel 18a, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet, ten minste eenmalig in staat te stellen dit verzuim te herstellen;
 - c. communicatiemiddelen in te zetten die zijn afgestemd op de verzekeringnemers ten behoeve waarvan de inspanningen worden geleverd.
2. De medewerking, bedoeld in artikel 18c, vierde lid, van de Zorgverzekeringswet, bestaat uit:
 - a. het bevorderen dat verzekeringnemers niet langer de bestuursrechtelijke premie, bedoeld in artikel 18d, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet verschuldigd zullen zijn door:
 - 1°. het periodiek, doch ten minste jaarlijks, aanbieden en vervolgens uitvoeren van een redelijke, op de omstandigheden van de verzekeringnemer afgestemd betalingsregeling waarin alle uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden van de verzekeringnemer aan de zorgverzekeraar zijn betrokken, met kwijtschelding van eventuele restschulden, ten behoeve van de verzekeringnemers die naar verwachting van de zorgverzekeraar aan de betalingsregeling zullen kunnen voldoen;
 - 2°. het verlenen van medewerking aan het tot stand brengen en uitvoeren van betalingsregelingen en schuldsanering die ten minste in overeenstemming zijn met de door de Vereniging voor schuldhulpverlening en sociaal bankieren gehanteerde richtlijnen;
 - 3°. het in overleg met gemeenten verlenen van medewerking aan de uitvoering van artikel 6.5.6;
 - b. het inzetten van communicatiemiddelen die zijn afgestemd op de verzekeringnemers ten behoeve waarvan de medewerking wordt geleverd.

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.

- u niet langer voldoet aan de voorwaarden om deel te nemen aan een collectiviteit,
- uw verzekeringsplicht voor de Basisverzekering eindigt.

U bent ook verplicht te melden wie uw nieuwe zorgverzekeraar is als u de verzekering bij Menzis heeft opgezegd. Als Menzis op grond van de door u verstrekte gegevens tot de conclusie komt dat uw Basisverzekering eindigt of geëindigd is, informeert Menzis u daarover direct.

- U bent verplicht de informatie te verstrekken die Menzis bij u opvraagt, voor zover u dit kunt. Bijvoorbeeld informatie over de reden van een opname, voor een onderzoek naar fraude, of voor controle. Als u niet meewerkt, kan het zijn dat uw recht op zorg of vergoeding van kosten vervalt.
- U bent verplicht Menzis informatie te verstrekken over ziektekosten die door iemand anders zijn veroorzaakt. Bijvoorbeeld ziektekosten door een verkeersongeval of een medische fout. U kunt daarover bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40 of onze afdeling Verhaal op 050 523 43 77. U kunt ook online informatie verstrekken via menzis.nl/klantenservice/schade-melden. Menzis kan u adviseren en de schade verhalen op de aansprakelijke partij. U mag zelf geen regeling treffen met de aansprakelijke partij of zijn verzekeraar als dit nadelig is voor Menzis.

A12 Premie, manier van betalen en betaling eigen risico

1 Premie

- Per 1 januari 2021 is de premiegrondslag voor de Basisverzekering € 130 per kalendermaand. De premie die u moet betalen is de premiegrondslag verminderd met kortingen. U kunt korting krijgen bij deelname aan een collectiviteit en als u kiest voor een vrijwillig eigen risico. De premie die u moet betalen staat op uw zorgpolis.
- Tot 18 jaar hoeft u voor de Basisverzekering geen premie te betalen. Vanaf de 1e dag van de maand na de maand waarin u 18 wordt, moet u wél premie betalen.
- Menzis moet uw premie hebben ontvangen voor het begin van de periode waarop de premie betrekking heeft.
- U mag de premie niet verrekenen met een betaling die u van Menzis verwacht.
- Als u een betaling doet zonder vermelding van het betalingskenmerk van Menzis, bepaalt Menzis waarop de betaling wordt afgeboekt.
- Als u niet per automatische incasso of accept-e-mail betaalt, brengt Menzis u € 2 in rekening.
- Als u met Menzis een betalingsregeling heeft afgesproken, kan Menzis kosten in rekening brengen.

2 Manier van betalen

Als u Menzis toestemming geeft om uw premie automatisch te incasseren, geldt die toestemming ook voor alle andere betalingen die u aan Menzis moet doen. Bijvoorbeeld betalingen voor het eigen risico en eigen bijdragen. Over automatische incasso van eigen risico en eigen bijdragen krijgt u tijdig bericht. Uiterlijk 5 werkdagen voordat de incasso plaatsvindt. De zorgpolis geldt als aankondiging voor de automatische incasso van de premie voor het gehele kalenderjaar.

3 Betaling eigen risico en eigen bijdrage

- Het eigen risico en de eigen bijdragen van alle personen die u heeft verzekerd, worden door Menzis bij u in rekening gebracht.
- Als u het eigen risico en de eigen bijdrage niet per automatische incasso of accept-e-mail betaalt, brengt Menzis u € 2 in rekening.

A13 Wat er gebeurt als u de premie niet betaalt

A13.1 Basisverzekering en aanvullende verzekering

1. Menzis stuurt u een aanmaning. Als u binnen 14 dagen alsnog de premie betaalt, blijft dit verder zonder gevolg.
2. Betaalt u niet binnen 14 dagen na deze aanmaning dan heeft dat de volgende gevolgen:
 - Menzis kan de dekking van alle verzekeringen schorsen. U krijgt dan geen vergoeding meer vanaf het begin van de periode waarop de niet door u betaalde premie betrekking heeft,
 - u blijft verplicht de premie te voldoen,
 - betalingskortingen vervallen,
 - u moet de incassokosten betalen, wegens de extra werkzaamheden van Menzis, zoals het sturen van een acceptgiro en de aanmaningen, en wegens de werkzaamheden van de deurwaarder,
 - u moet wettelijke rente betalen over de totale vordering.
3. Als Menzis de premie, incassokosten en de wettelijke rente heeft ontvangen, wordt de dekking de dag na ontvangst van de betaling weer van kracht. Kosten die zijn gemaakt tijdens de schorsing krijgt u niet vergoed. Ook niet als u van Menzis toestemming had voor een behandeling of verstrekking.
4. Als u, zelfs na aanmaning, de premie niet betaalt, kan Menzis de verzekeringen van alle verzekerden beëindigen.
5. Menzis kan het sturen van een aanmaning en het innen van een vordering overdragen aan een incassopartner. Mocht de vordering zijn overgedragen aan een incassopartner, dan kan Menzis ook nieuwe openstaande vorderingen overdragen zonder dat u hiervoor een aanmaning heeft ontvangen.

A13.2 Basisverzekering

Als u, zelfs na aanmaning, de premie niet betaalt, kan Menzis op grond van de Zorgverzekeringswet uw Basisverzekering bij het Centraal Administratiekantoor (CAK) aanmelden voor bronheffing. Er wordt u dan een bestuursrechtelijke premie van ten minste 110% en ten hoogste 130% van de gemiddelde marktpremie opgelegd. Die premie wordt ingehouden op bijvoorbeeld uw salaris of uitkering. U kunt hieronder lezen wanneer de melding bij het CAK plaatsvindt. De regels hierover vindt u in artikel 18a tot en met 18g van de Zorgverzekeringswet. Daar staat ook beschreven welke regels van toepassing zijn als het CAK de bestuursrechtelijke premie bij u gaat innen.

Wat gebeurt er als u 2 maanden geen premie heeft betaald

1. Nadat is vastgesteld dat u 2 maanden geen premie heeft betaald, kan Menzis u een betalingsregeling aanbieden. Die betalingsregeling houdt in:
 - a. dat u Menzis machtigt om automatisch bij u te incasseren,
 - b. dat u met Menzis afspraken maakt om uw betalingsachterstand in termijnen terug te betalen,
 - c. dat Menzis de Basisverzekering niet zal beëindigen of de dekking van de Basisverzekering zal schorsen of opschorten zolang de betalingsregeling loopt. Dit geldt niet als u de machtiging genoemd onder a intrekt, of als u de gemaakte afspraken over de betalingen niet nakomt.
2. Heeft u iemand anders verzekerd? En heeft u de premie voor de Basisverzekering van die verzekerde 2 maanden niet betaald? Dan houdt de betalingsregeling ook in dat wij u aanbieden om deze verzekering te beëindigen. Dit aanbod geldt alleen als:
 - a. de verzekerde voor zichzelf een Basisverzekering heeft afgesloten op de datum dat de betalingsregeling gaat gelden, en
 - b. in het geval de verzekerde bij Menzis blijft, hij een machtiging heeft gegeven als bedoeld onder a van 1.
3. In de brief waarin Menzis u een betalingsregeling aanbiedt staat dat u 4 weken de tijd heeft om de regeling te accepteren. In de brief zullen wij u ook uitleggen wat er gebeurt als u de premie 6 maanden niet betaalt. In de brief zullen wij u ook vertellen dat u schuldhelpverlening kunt krijgen en hoe u die hulp kunt krijgen en welke schuldhelpverlening mogelijk is.

4. Als u (ook) iemand anders heeft verzekerd, krijgt die persoon dezelfde brief over de betalingsregeling als u heeft gekregen.

Wat gebeurt er als u 4 maanden geen premie heeft betaald

5. Als u 4 maanden geen premie heeft betaald, informeren wij u en uw medeverzekerden dat Menzis van plan is u te melden bij het CAK, zodra u 6 maanden of langer geen premie heeft betaald. Als Menzis u meldt bij het CAK betekent dit dat het CAK over zal gaan tot heffing van de bestuursrechtelijke premie.
 - a. Menzis zal de melding (nog) niet doen als u op tijd laat weten dat u vindt dat u geen schuld heeft bij Menzis. Of als u op tijd laat weten dat u vindt dat de hoogte van de schuld niet juist is. U bent op tijd als u Menzis daarover een brief stuurt, maximaal 4 weken nadat u door ons geïnformeerd bent. Menzis zal dan onderzoeken of zij uw schuld goed heeft berekend. Als Menzis vindt dat zij uw schuld goed heeft berekend dan informeert Menzis u daarover. Als u het niet eens bent met dat oordeel van Menzis dan kunt u dit voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen of aan de burgerlijke rechter. Als u dat doet binnen 4 weken nadat u de brief van Menzis heeft ontvangen, zal Menzis u niet melden bij het CAK, totdat de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen of de burgerlijke rechter heeft beslist of Menzis de hoogte van uw schuld juist heeft berekend.
 - b. U kunt ook vragen of Menzis met u een betalingsregeling wil aangaan. Wat die betalingsregeling inhoudt kunt u hierboven lezen onder 1 en 2. Als Menzis met u een betalingsregeling afsprekt zal Menzis u niet melden bij het CAK zolang u de nieuwe premies op tijd betaalt.

Wat gebeurt er als u 6 maanden geen premie heeft betaald

6. Als Menzis heeft vastgesteld dat u 6 maanden geen premie heeft betaald zal Menzis u aanmelden bij het CAK. Menzis zal aan het CAK uw persoonsgegevens doorgeven en die van de personen die u heeft verzekerd. Menzis geeft alleen die persoonsgegevens aan het CAK die ze nodig hebben om bij u de bestuursrechtelijke premie in rekening te brengen. U en de persoon die u heeft verzekerd, worden hierover ook door Menzis geïnformeerd.
7. Een eventueel gekozen vrijwillig eigen risico komt te vervallen, evenals de bijbehorende korting op de premie.

A14 Mag Menzis de voorwaarden en premie wijzigen?

Menzis mag de voorwaarden, de premie en de kortingen op elk moment wijzigen. Als Menzis de grondslag van de premie van de Basisverzekering wijzigt, dan gaat die wijziging pas in na 7 weken nadat de wijziging aan u is meegedeeld.

A15 Collectieve verzekering

Menzis kan met uw werkgever of belangenbehartigers afspraken maken over collectieve verzekeringen. U kunt aan een collectieve verzekering deelnemen als u voldoet aan de voorwaarden. Vanaf het moment dat u niet meer voldoet aan de voorwaarden voor deelname aan de collectieve verzekering, vervallen voor u een eventuele premiekorting en afwijkende collectieve afspraken. De premiekorting en de afwijkende collectieve afspraken vervallen ook vanaf het moment dat de overeenkomst tussen uw werkgever of belangenbehartiger en Menzis is beëindigd. Uw verzekeringen blijven dan zonder premiekorting en afwijkende collectieve afspraken doorlopen.

A16 Als u een nota indient

Vaak betaalt Menzis rechtstreeks aan de zorgaanbieder. Soms komt het voor dat u zelf een nota ontvangt.

U kunt een nota online indienen: