



ANONIEM BINDEND ADVIES

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

Zaak : Premie, premieachterstand, afmelding CAK, verjaring, natuurlijke verbintenis

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2006-2021, artikel 34a en paragraaf 3.3 Zvw, en artt. 3:307,
3:317, 6:3, 6:4, 6:131 en 6:248 BW

Zaaknummer : 202001936

Zittingsdatum : 20 oktober 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
hierna gezamenlijk te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 27 mei 2021 heeft verzoeker telefonisch de Geschillencommissie Zorgverzekeringen gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Op 6 juni 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De zorgverzekeraar heeft op 23 juli 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 2 augustus 2021 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. De zorgverzekeraar heeft op 14 oktober 2021 per e-mail verklaard niet te willen worden gehoord. Verzoeker is op 20 oktober 2021 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was tot en met 31 december 2020 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Op de polis van verzoeker is een betalingsachterstand ontstaan met als gevolg dat verzoeker met ingang van 1 april 2010 is aangemeld als wanbetaler bij het College voor Zorgverzekeringen (CVZ).
- 3.3. Begin 2020 heeft de zorgverzekeraar verzoeker verzocht een door hem geconstateerde betalingsachterstand van totaal € 4.884,29 te voldoen. Genoemd bedrag heeft betrekking op een premievordering over de periode van 1 januari 2006 tot en met 31 oktober 2009 (€ 4.595,94) en een vordering ter zake van zorgkosten uit april 2020 (€ 288,75). Verzoeker heeft de zorgverzekeraar hierop gevraagd hem af te melden als wanbetaler bij het CAK en de geconstateerde betalingsachterstand kwijt te schelden. De zorgverzekeraar heeft op 23 april 2020 verzoeker per brief meegedeeld hiertoe niet over te gaan.
- 3.4. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 13 mei 2020 heeft de zorgverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. In het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de zorgverzekeraar verklaard dat de premievordering van € 4.595,54 is verjaard en dat deze uit coulance wordt afgeboekt. Daarnaast wordt de zorgverzekering conform de wens van verzoeker met ingang van 1

januari 2021 beëindigd, hetgeen tevens tot gevolg heeft dat verzoeker met ingang van deze datum wordt afgemeld als wanbetaler bij het CAK.

- 3.6. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar gevraagd hem met terugwerkende kracht tot 1 november 2014 - de datum waarop de premievordering verjaarde - af te melden als wanbetaler bij het CAK. De zorgverzekeraar heeft verzoeker op 10 mei 2021 meegedeeld hiertoe niet over te gaan.

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de zorgverzekeraar is gehouden hem met terugwerkende kracht tot 1 november 2014 af te melden als wanbetaler bij het CAK.

- 4.2. De zorgverzekeraar 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. Dit blijkt uit artikel A.18 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 afmelding als wanbetaler, zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke artikelen uit het Burgerlijk Wetboek (BW) en de verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.


- 6.2. Verzoeker is met ingang van 1 april 2010 aangemeld als wanbetaler bij het toenmalige CVZ, thans het CAK. Deze aanmelding vormt geen onderwerp van geschil. Op grond van artikel 18d, tweede lid, onder a, Zvw dient een verzekeraar een verzekerde af te melden bij het CAK indien alle uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden zijn afgelost of tenietgegaan. Verzoeker stelt zich in dit verband op het standpunt dat de enige vordering die afkomstig was uit de zorgverzekering in november 2014 is verjaard zodat de zorgverzekeraar is gehouden hem met terugwerkende kracht tot die datum af te melden als wanbetaler bij het CAK. Verzoeker verwijst hierbij naar een bindend advies van de commissie (Bindend advies GcZ, 6 maart 2019, SKGZ201801598).

De zorgverzekeraar erkent dat de premievordering is verjaard, maar dit betekent niet dat de vordering niet meer bestaat. Er blijft namelijk een natuurlijke verbintenis over. De betalingsachterstand is, vanwege deze natuurlijke verbintenis, destijds dan ook niet afgeboekt. In het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen is echter besloten dit op een later moment uit coulance wel te doen. De vraag die in dit verband overblijft is of de verjaarde vordering, tot de datum waarop deze is afgeboekt, is aan te merken als een schuld die voortvloeit uit de zorgverzekering. De wetgever heeft zich hierover niet uitgelaten, maar uit de toelichting bij artikel 18d Zvw blijkt dat de zorgverzekeraar een verzekerde pas hoeft af te melden als wanbetaler als de verzekerde met een schone lei kan beginnen. Hieruit volgt volgens de zorgverzekeraar dat afmelding eerst aan de orde is als niet alleen alle opeisbare vorderingen, maar ook alle niet-opeisbare vorderingen zijn voldaan. Omdat dit in de situatie van verzoeker pas in december 2020 het geval was, heeft hij verzoeker met ingang van 1 januari 2021 afgemeld als wanbetaler bij het CAK.


- 6.3. De commissie overweegt dat een vordering als de onderhavige vijf jaren na het opeisbaar worden daarvan verjaart (artikel 3:307 BW). Dit is slechts anders indien de schuldeiser de verjaring tijdig heeft gestuit (artikel 3:317 BW), hetgeen in dit geval niet is gebeurd. Door de enkele verjaring ontstaat voor de schuldeiser niet de verplichting de vordering kwijt te schelden. De vordering blijft bestaan, maar als een natuurlijke verbintenis. Het karakter van natuurlijke verbintenis ontstaat pas nadat door de schuldenaar een beroep is gedaan op de verjaring. In de tussentijd is geen sprake

vaneen natuurlijke verbintenis. Ook nadat het een natuurlijke verbintenis is geworden behoudt de schuldeiser onder andere zijn bevoegdheid tot verrekening (artikel 6:131 BW). Dit wordt de 'zwakke werking' van de verjaring genoemd. Het feit dat sprake is van een natuurlijke verbintenis maakt tevens dat als de vordering alsnog wordt voldaan, de betaling niet onverschuldigd geschiedt en dat het bedrag niet door de schuldeiser hoeft te worden teruggestort.


- 6.4. De zorgverzekeraar beroept zich op (de toelichting bij) artikel 18d Zvw en stelt dat, volgens hem, de bedoeling van de wetgever is dat afmelding van een verzekerde bij het CAK eerst plaatsvindt nadat *alle* schulden uit de zorgverzekering zijn voldaan, daaronder ook de schulden die reeds zijn verjaard en die het karakter hebben van een natuurlijke verbintenis. De commissie deelt dit standpunt niet. Aan de aanmelding van een verzekerde als wanbetaler, het aangemeld houden, én de bijdrage (die de zorgverzekeraar van het CAK ontvangt voor het verzekerd houden) zijn voor de zorgverzekeraar voorwaarden verbonden. Deze zijn met name terug te vinden in artikel 34a Zvw. Een belangrijke voorwaarde is dat de verzekeraar voldoende op incasso gerichte inspanningen pleegt. Hierin is de zorgverzekeraar tekort geschoten, nu de vordering immers is verjaard doordat door hem is nagelaten tijdig de noodzakelijke stuitingshandelingen te verrichten. Onder deze omstandigheden komt de zorgverzekeraar geen beroep toe op (de toelichting bij) artikel 18d Zvw, kennelijk met als enig doel te voorkomen dat aan deze nalatigheid voor hem gevolgen worden verbonden, waarbij dan te denken valt aan het verlies van het recht op de bijdrage. Hetgeen in voornoemd artikel is geregeld, heeft binnen de contractuele relatie tussen partijen zijn vertaling gevonden in artikel 10.7 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Voor zover de zorgverzekeraar zich onder verwijzing naar (de toelichting bij) artikel 18d Zvw op deze polisbepaling beroept, geldt het volgende.
- 6.5. De omzetting van een opeisbare vordering in een niet afdwingbare natuurlijke verbintenis brengt met zich dat voor de zorgverzekeraar invordering van die vordering rechtens niet meer mogelijk is. Als gezegd, heeft de zorgverzekeraar het aan zichzelf te wijten dat dit rechtsgevolg is ingetreden. In dit geval heeft de zorgverzekeraar tot het moment waarop de vordering door hem werd kwijtgescholden, deze met geen ander doel in stand gehouden dan om - indirect - invordering toch af te dwingen. Hierdoor dwong de zorgverzekeraar verzoeker in een positie waarin hij slechts twee keuzes had, de aanzienlijk hogere bestuursrechtelijke premie ad infinitum te blijven betalen dan wel de verjaarde vordering toch te voldoen. Onder deze omstandigheden leidt toepassing van artikel 10.7 van de voorwaarden van de zorgverzekering tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is (art. 6:248 BW). Voor zover de zorgverzekeraar een beroep doet op deze polisbepaling om invordering van de verjaarde vordering af te dwingen, kan ook dit beroep niet slagen. Het voorgaande brengt met zich dat de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het CAK niet in stand kan blijven.
- 6.6. De vraag die rest is of het voorgaande betekent dat de zorgverzekeraar verzoeker met terugwerkende kracht tot 1 november 2014 moet afmelden als wanbetaler bij het CAK, zoals door verzoeker, onder verwijzing naar een eerder bindend advies, is verzocht. De commissie overweegt in dit verband dat in het aangehaalde bindend advies als uitgangspunt is genomen dat de rechtsgevolgen van verjaring automatisch intreden, na ommekomst van de verjaringstermijn. Dit uitgangspunt is evenwel niet juist. Er kan eerst van een natuurlijke verbintenis worden gesproken, *nadat* een beroep op de verjaring is gedaan en niet reeds wanneer de voor de verjaring bepaalde tijdsduur is verstreken. (Vgl. Asser Hartkamp/Sieburgh, 2012, Asser serie 6.I Verbintenis in het algemeen. Pag. 60, nr. 73.) De schuldenaar die nadat de vordering is verjaard nakomt, doet dit als regel in de veronderstelling dat die vordering nog afdwingbaar is. Zou met terugwerkende kracht echter sprake zijn van een - niet afdwingbare - natuurlijke verbintenis, dan zouden hier mogelijke rechtsgevolgen aan kunnen worden verbonden die met name voor de schuldeiser een jarenlange onzekerheid met zich brengen en die een belemmering vormen voor het rechtsverkeer. In de onderhavige kwestie is door de zorgverzekeraar gesteld, en is door verzoeker niet weersproken, dat pas op 25 april 2018 door verzoeker een beroep werd gedaan op verjaring van




de schuld. Dit betekent dat de vordering niet op 1 november 2014 maar eerst op 25 april 2018 een natuurlijke verbintenis is geworden.




6.7. De zorgverzekeraar heeft verzoeker pas met ingang van 1 januari 2021 afgemeld als wanbetaler. Gelet op de inmiddels verstreken termijn en om praktische redenen oordeelt de commissie dat de afmelding per genoemde datum in stand kan blijven. Wel is de zorgverzekeraar gehouden verzoeker te compenseren door hem het verschil in premie tussen de betaalde bestuursrechtelijke premie en de na 1 mei 2018 verschuldigde reguliere premie te vergoeden.




6.8. Ten overvloede merkt de commissie op dat het in het algemeen, en ook in dit soort zaken prettig is als partijen tijdens de hoorzitting hun standpunten over en weer kunnen toelichten en wederzijdse onduidelijkheden kunnen wegnemen. Tegen die achtergrond betreurt het de commissie dat de zorgverzekeraar verstek heeft laten gaan bij de hoorzitting.





6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies



7.1. De commissie beslist dat de zorgverzekeraar:

- 
- (i) verzoeker met ingang van 1 mei 2018 had moeten afmelden als wanbetaler bij het CAK, en dat hij - nu dit niet is gebeurd - verzoeker dient te compenseren voor het verschil tussen de betaalde bestuursrechtelijke premie en de verschuldigde reguliere premie over de periode van 1 mei 2018 tot 1 januari 2021, en
- 
- (ii) aan verzoeker het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 17 november 2021,



L. Ritzema



BIJLAGEN



1. Polisvoorwaarden

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

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 248

1. Een overeenkomst heeft niet alleen de door partijen overeengekomen rechtsgevolgen, maar ook die welke, naar de aard van de overeenkomst, uit de wet, de gewoonte of de eisen van redelijkheid en billijkheid voortvloeien.
2. Een tussen partijen als gevolg van de overeenkomst geldende regel is niet van toepassing, voor zover dit in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn.

Burgerlijk Wetboek Boek 3

Artikel 307

1. Een rechtsvordering tot nakoming van een verbintenis uit overeenkomst tot een geven of een doen verjaart door verloop van vijf jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waarop de vordering opeisbaar is geworden.
2. In geval van een verbintenis tot nakoming na onbepaalde tijd loopt de in lid 1 bedoelde termijn pas van de aanvang van de dag, volgende op die waartegen de schuldeiser heeft medegedeeld tot opeising over te gaan, en verjaart de in lid 1 bedoelde rechtsvordering in elk geval door verloop van twintig jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waartegen de opeising, zonodig na opzegging door de schuldeiser, op zijn vroegst mogelijk was.

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. een machtiging van de verzekeringnemer aan de zorgverzekeraar tot maandelijks automatische incasso van nieuw vervallende termijnen van de premie dan wel een opdracht aan een derde van wie de verzekeringnemer periodieke betalingen ontvangt, om namens hem en onder inhouding van de desbetreffende bedragen op deze betalingen, periodiek rechtstreeks aan de zorgverzekeraar het bedrag van nieuw vervallende termijnen van de premie te betalen,
 - 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 machtiging of de opdracht, bedoeld in onderdeel a, niet intrekt en de afspraken, bedoeld in onderdeel 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 schuldhulpverlening, 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 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.

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.

7.11 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](#).

A.8 Wat betaalt u?

8.1 Wij stellen de premie vast voor verzekerden van 18 jaar en ouder

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.

Het is mogelijk om uw premie per half jaar of jaar vooruit te betalen. U ontvangt dan een korting op de totaal verschuldigde premie.

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.

Wanneer u (verzekeringnemer) de premie per (half) jaar vooruit betaalt, betaalt u ook de premie vooruit van de verzekerde die in de loop van dit kalenderjaar 18 jaar wordt. Deze premie is gebaseerd op de gekozen basis- en eventuele aanvullende verzekering per 1 januari van dit kalenderjaar. Ruim voor de 18e verjaardag van deze verzekerde ontvangt u meer informatie over de mogelijkheid om tussentijds per de 18e verjaardag de verzekering te wijzigen. Er kan dan sprake zijn van restitutie of bijbetalen van de premie.

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 [A.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 betaalmail of een automatische incasso betaalt:

- premie;
- verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico;
- wettelijke eigen bijdragen;
- eigen betalingen;
- eventuele overige vorderingen.

Kiest u (verzekeringnemer) ervoor om op een andere manier te betalen dan via betaalmail of 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.

A.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 en/of eigen risico met zorgkosten en pgb

Moet u (verzekeringnemer) nog achterstallige premie en/of eigen risico aan ons betalen, en declareert u zorgkosten bij ons die wij aan u (verzekeringnemer) moeten betalen? Dan verrekenen wij de premie en/of eigen risico met de zorgkosten. Wij verrekenen achterstallige premie en/of eigen risico ook met uw declaraties uit uw Zvw-pgb.

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 A.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.

A.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:

- dat u (verzekeringnemer) ons machtigt om automatisch nieuwe maandpremies bij u (verzekeringnemer) of derden te incasseren;
- dat u (verzekeringnemer) met ons afspraken maakt om uw betalingsachterstand en schulden uit de zorgverzekering aan ons in termijnen terug te betalen;
- 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 schuldhulpverlening, hoe u (verzekeringnemer) die hulp kunt krijgen en welke schuldhulpverlening 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:

- de verzekerde voor zichzelf een andere basisverzekering heeft afgesloten op de datum dat de betalingsregeling gaat gelden; én
- 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 [A.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:

- de verschuldigde premie;
- de vordering op grond van zorgkostennota's;
- de wettelijke rente;
- eventuele incassokosten;
- 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:

- de schulden die uit de basisverzekering voortvloeien, (zullen) zijn afgelost of teniet (zullen) gaan;
- de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, bedoeld in de Faillissementswet, op u (verzekeringnemer) van toepassing wordt;
- 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 schuldhulpverlener 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.

A.11 Wat als uw premie en/of voorwaarden wijzigen?

11.1 Aanpassing premiegrondslag en voorwaarden

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.

A.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 stiltzwijgend. 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.

12.6 Afspraken over ingangsdatum bij collectiviteitskorting

De collectieve basisverzekering geldt ook voor uw gezin. Zijn er binnen de collectieve overeenkomst beperkende afspraken gemaakt over de leeftijd waarop uw kinderen gebruik kunnen maken van uw collectiviteitskorting? Dan informeren wij uw kinderen daar schriftelijk over.

A.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. U kunt dit doen via Mijn Zilveren Kruis op onze website, per brief of telefonisch.

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.