

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen NV Univé Zorg te Arnhem
Zaak : Premie, afmelding CAK met terugwerkende kracht, keuze verzekering
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2015-2021, paragraaf 3.3 Zvw, art. 7:933 BW
Zaaknummer : 202101968
Zittingsdatum : 12 januari 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,

tegen

NV Univé Zorg te Arnhem, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 13 oktober 2021 heeft verzoekster per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoekster heeft hier gevolg aan gegeven; op 12 november 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De zorgverzekeraar heeft op 7 december 2021 per e-mail zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 8 december 2021 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de zorgverzekeraar hebben op 21 december 2021 respectievelijk 27 december 2021 verklaard niet te willen worden gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster stond tot en met 31 augustus 2021 bij de zorgverzekeraar geadmineistreerd als verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Univé Zorg Geregeld Polis (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Op de polis van verzoekster was eerder een betalingsachterstand ontstaan. Omdat de betalingsachterstand voor de zorgverzekering volgens de zorgverzekeraar op 1 maart 2015 meer dan zes maandpremies bedroeg, heeft laatstgenoemde haar met ingang van die datum aangemeld als wanbetaler.
- 3.3. Medio 2021 heeft de zorgverzekeraar besloten om verzoekster met terugwerkende kracht tot 1 maart 2015 bij het CAK af te melden als wanbetaler. Dit had tot gevolg dat de zorgverzekeraar verzoekster op 16 juli 2021 per brief heeft verzocht de reguliere premie voor de zorgverzekering (totaal € 8.344,86) te voldoen. Deze vordering betrof de periode van 1 maart 2015 tot en met 31 juli 2021.
- 3.4. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar op 25 augustus 2021 per e-mail verzocht de premiefactuur aan te passen, in die zin dat niet de premie voor de zorgverzekering wordt berekend, maar de (lagere) premie voor de Univé Zorg Select polis. De zorgverzekeraar heeft verzoekster op 26 augustus 2021 meegedeeld hiertoe niet over te gaan.
- 3.5. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 21 september 2021 heeft de zorgverzekeraar per e-mail aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de zorgverzekeraar is gehouden haar met betrekking tot de periode van 1 maart 2015 tot en met 31 augustus 2021 de (lagere) premie voor de Univé Zorg Select polis in rekening te brengen.
- 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 10 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 aanmelding als wanbetaler, zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en het relevante artikel uit het Burgerlijk Wetboek (BW) opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunten partijen

- 6.2. Verzoekster verschilt met de zorgverzekeraar van mening of zij de destijds overeengekomen premie dan wel de laagste premie van deze verzekeraar is verschuldigd. Zij stelt zich op het standpunt dat dit de laagste premie van de zorgverzekeraar moet zijn. In haar situatie betekent dit dat zij de premie voor de Univé Zorg Select polis zou moeten betalen. Tijdens de periode dat verzoekster aangemeld was als wanbetaler bij het CAK wist zij namelijk niet beter dan dat zij alleen een zorgverzekering had. Dit wordt bevestigd door het feit dat haar verzoek om een aanvullende tandartsverzekering af te sluiten is geweigerd. Verzoekster wil dan ook niet meer betalen dan de premie voor de wettelijke basisverzekering en niet die voor een basis+ verzekering.
Verder voert verzoekster aan dat als de destijds overeengekomen premie wél als uitgangspunt moet worden genomen, de zorgverzekeraar haar hierover had moeten informeren. In de hele periode dat verzoekster aangemeld is geweest als wanbetaler heeft zij nimmer polisbladen ontvangen. Verzoekster kon daardoor niet weten op basis van welke verzekering(en) zij was verzekerd tegen ziektekosten.
- 6.3. De zorgverzekeraar verklaart dat hij verzoekster met ingang van 1 maart 2015 heeft aangemeld als wanbetaler. Dit omdat de premieachterstand op dat moment meer dan zes maanden bedroeg. Na deze aanmelding is er tussen verzoekster en de zorgverzekeraar veelvuldig contact geweest. Dit heeft uiteindelijk ertoe geleid dat de zorgverzekeraar medio 2021 heeft besloten haar met terugwerkende kracht tot 1 maart 2015 af te melden als wanbetaler bij het CAK. Na deze afmelding met terugwerkende kracht is bij verzoekster de premie voor de zorgverzekering in rekening gebracht. De zorgverzekeraar ziet niet in met welke reden de premievordering zou moeten worden gebaseerd op de premie voor de Univé Zorg Select polis. Verzoekster was vóór de aanmelding als wanbetaler namelijk niet op grond van deze verzekering verzekerd. Een en ander had verzoekster kunnen opmaken uit de jaarlijks aan haar gestuurde polisbladen. Helaas kan de zorgverzekeraar niet verder teruggaan in zijn systeem dan 1 januari 2019 om kopieën van de desbetreffende brieven over te leggen, maar ook vóór deze datum zijn jaarlijks polisbladen aan verzoekster gezonden.

Overwegingen commissie

- 6.4. Verzoekster werd met ingang van 1 maart 2015 door de zorgverzekeraar aangemeld als wanbetaler. Het staat vast dat de zorgverzekeraar medio 2021 heeft besloten de aanmelding ongedaan te maken en haar met terugwerkende kracht tot 1 maart 2015 af te melden bij het CAK. Waar het de financiële gevolgen betreft geldt dat verzoekster van het CAK een eindafrekening zal ontvangen. Hierop staat vermeld welk bedrag aan bestuursrechtelijke premie is ingehouden en welk bedrag eventueel door het CAK aan haar wordt gerestitueerd. Daar staat tegenover dat verzoekster over het tijdvak dat zij aangemeld is geweest weer de reguliere premie aan de zorgverzekeraar is verschuldigd, en wel met terugwerkende kracht vanaf 1 maart 2015. Hetgeen partijen verdeeld houdt is de vraag of dit de premie is voor de zorgverzekering dan wel de (lagere) premie van de Univé Zorg Select polis.
- 6.5. De commissie overweegt dat ten tijde van de aanmelding als wanbetaler bij het CAK, verzoekster bij de zorgverzekeraar was verzekerd tegen ziektekosten op basis van de zorgverzekering, zoals blijkt uit de door haar overgelegde premiefactuur voor de maand februari 2015. Uit artikel 16, tweede lid, onder b, Zvw volgt dat geen premie is verschuldigd over de periode, bedoeld in artikel 18d of 18e Zvw. Dit leidt tot de conclusie dat de bestaande verzekeringsovereenkomst gedurende de periode van aanmelding bij het CAK ongewijzigd wordt voortgezet, met uitzondering van de uit die overeenkomst voortvloeiende verplichting tot premiebetaling. Deze conclusie vindt steun in artikel 8a Zvw, waarin is opgenomen dat in geval van een premieachterstand de bestaande verzekeringsovereenkomst in beginsel niet kan worden opgezegd door de verzekeringnemer. Hoewel dit, mede gelet op voornoemd artikel 8a Zvw, niet direct in de rede ligt, zouden partijen in onderling overleg tot een wijziging van de verzekeringsovereenkomst kunnen besluiten. Gesteld noch gebleken is echter dat op enige moment na 1 maart 2015 een verzekering op basis van de Univé Zorg Select polis - met de daaraan gekoppelde lagere premie - tot stand is gekomen. Een volgende vraag zou kunnen zijn of uit de afmelding bij het CAK met terugwerkende kracht voor de zorgverzekeraar de verplichting voortvloeit verzoekster de goedkopere verzekering alsnog aan te bieden. Een zodanige verplichting volgt in ieder geval niet uit de wet, nu hierin alleen het herleven van de (premie)betalingsverplichting richting de verzekeraar is geregeld. Iets anders zou overigens niet logisch zijn, aangezien verzoekster ook na 1 maart 2015 de door de zorgverzekering geboden dekking onverkort heeft genoten. Mogelijk wenst verzoekster dat de verzekering wordt gewijzigd omdat zij van de - ruimere - dekking geen gebruik heeft gemaakt, maar inherent aan een kansovereenkomst, zoals de verzekeringsovereenkomst is, is dat die keuze niet achteraf kan worden gemaakt. Het voorgaande leidt ertoe dat de zorgverzekeraar de premie voor de zorgverzekering over de periode van 1 maart 2015 tot en met 31 juli 2021 terecht bij verzoekster in rekening heeft gebracht.
- 6.6. De stelling van verzoekster dat zij niet ervan op de hoogte was hoe zij was verzekerd slaagt niet. Zoals volgt uit hetgeen hiervoor is overwogen, staat vast dat verzoekster direct voorafgaand aan de aanmelding als wanbetaler (i) bij de zorgverzekeraar was verzekerd tegen ziektekosten, en wel (ii) op basis van de zorgverzekering. Binnen de systematiek van de wanbetalersregeling bestaat geen enkele grond aan te nemen dat ten aanzien van (ii) na de aanmelding een wijziging is opgetreden, terwijl door verzoekster niet is gesteld en evenmin is gebleken of aannemelijk is geworden dat er een wijziging in de toepasselijke polis (en daarmee corresponderende lagere premie) heeft plaatsgevonden, in die zin dat verzoekster aan de zorgverzekeraar op enigerlei wijze te kennen heeft gegeven dat zij wenste 'over te stappen' van de zorgverzekering (i.e. de Univé Zorg Geregeld Polis) naar de Univé Zorg Select polis en de zorgverzekeraar hiermee voor verzoekster kenbaar heeft ingestemd. Verzoekster heeft op dit punt onvoldoende gesteld, zodat de commissie ervan uitgaat dat tussen partijen de zorgverzekering ongewijzigd heeft voortgeduurd tijdens de periode van aanmelding. De door de zorgverzekeraar overgelegde polisbladen over de jaren 2019 en 2020, waarop staat vermeld dat verzoekster bij de zorgverzekeraar is verzekerd op basis van de zorgverzekering en dat de premie-inning via het CAK loopt, maken het vorenstaande ook aannemelijk. Hieraan doet niet af de stelling van verzoekster dat zij deze polisbladen niet zou hebben ontvangen.
- 6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 januari 2022,

A.I.M. van Mierlo

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Burgerlijk Wetboek Boek 7

Artikel 933

1. Alle mededelingen waartoe de bepalingen van deze titel of de overeenkomst de verzekeraar aanleiding geven, geschieden schriftelijk. De verzekeraar kan zich daarbij houden aan de laatste hem bekende woonplaats van de geadresseerde.
2. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen van lid 1 afwijkende regels worden gesteld ten aanzien van de verzending van mededelingen langs elektronische weg. Daarbij kunnen ook regels worden gesteld ten aanzien van de verzending aan de verzekeraar langs elektronische weg van mededelingen waartoe de bepalingen van deze titel of de overeenkomst aanleiding geven.
3. De voordracht voor een krachtens het tweede lid vast te stellen algemene maatregel van bestuur wordt niet eerder gedaan dan vier weken nadat het ontwerp aan de beide kamers der Staten-Generaal is overgelegd.

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 maandelijkse 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.

2.7. Lidmaatschap van de Coöperatie

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

2.8. Bedenkperiode

Bij het aangaan van de zorgverzekering hebt u als verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. U kunt de verzekering schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst of, als dit later is, binnen 14 dagen nadat u de verzekeringsvoorwaarden hebt ontvangen. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

2.9. Interpretatie

De Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering zijn leidend voor de inhoud van deze verzekeringsvoorwaarden. Bij interpretatieverschillen zijn de teksten uit de wet- en regelgeving, inclusief de wetsgeschiedenis bepalend.

2.10. Voorrangsbepaling

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

2.11. Nederlands recht

Op de verzekering is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 3. Premie

3.1. Premiegrondslag en premiekortingen

De premiegrondslag is de premie zonder premiekorting voor een vrijwillig eigen risico. De premiegrondslag en de premiekorting voor het vrijwillig eigen risico vindt u op de jaarlijks aan te passen premiebijlage. U vindt de premiebijlage op onze website.

De premiegrondslag en premiekortingen die voor u gelden, vindt u op uw polisblad.

3.2. Verschuldigdheid van premie

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

Voorbeeld

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

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

3.3.1. U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdrage maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen. Als u de premie per jaar vooraf betaalt, ontvangt u een termijnbetalingskorting op de te betalen premie. De hoogte van de korting is op het polisblad vermeld.

- 3.3.2.** U betaalt de premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht uitbetaalde vergoedingen op de betalingswijze zoals met ons is overeengekomen.

Kosteloze betaalmogelijkheden

- a. U machtigt ons voor automatische incasso van verschuldigde bedragen.
- b. U maakt gebruik van de mogelijkheid om via 'Mijn Univé Zorg' gratis een digitale nota te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling. Dit kan desgewenst direct via iDeal.
- c. Uw werkgever houdt de premie in op uw salaris en draagt deze aan ons af. Deze betaalmogelijkheid heeft alleen betrekking op de premie.

Aan deze betaalmogelijkheden zijn geen extra kosten verbonden.

Kosten voor betaling van uw premie per papieren acceptgiro

Als u geen gebruik maakt van de kosteloze betaalmogelijkheden voor uw premie, dan ontvangt u voor de betaling van de premie een papieren acceptgiro. U betaalt per papieren acceptgiro € 1,50 voor alle kosten die gemaakt worden voor het in stand houden, vervaardigen, aanbieden en verwerken van een acceptgiro. U ontvangt ook een papieren acceptgiro als een automatische incasso van uw premie niet kan worden uitgevoerd. Ook dan betaalt u per papieren acceptgiro € 1,50.

- 3.3.3.** Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing voor de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht uitbetaalde vergoedingen. Ook verleent u toestemming aan uw bank om doorlopend een bedrag af te schrijven overeenkomstig onze opdrachten. Uw machtiging geldt tijdens, en zo nodig ook na afloop, van de verzekeringsovereenkomst. Wij informeren u tenminste 3 dagen voor de datum waarop de afschrijving plaatsvindt over het af te schrijven bedrag en de datum. Bent u het niet eens met een afschrijving? Dan kunt u het bedrag laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met uw bank. Het automatisch te incasseren bedrag voor eigen risico, eigen bijdragen en onterecht uitbetaalde vergoedingen is gemaximeerd tot € 220 per maand. Voor bedragen boven de € 220 sturen wij u een acceptgiro. Als wij ervoor kiezen u een acceptgiro te sturen, zijn hieraan voor u geen extra kosten verbonden.

3.4. Verrekening

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

3.5. Niet-tijdig betalen

- 3.5.1.** Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht uitbetaalde vergoedingen niet op tijd betaalt, sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, kunnen wij de dekking schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg vanaf de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen. Wij hebben het recht de zorgverzekering te beëindigen als u niet op tijd betaalt. De verzekering wordt in dat geval niet met terugwerkende kracht beëindigd.
- 3.5.2.** Wij kunnen incassokosten en wettelijke rente bij u in rekening brengen.
- 3.5.3.** Als u al bent aangemaand voor het niet op tijd betalen van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen, onterecht uitbetaalde vergoedingen of kosten, hoeven wij u bij het niet op tijd voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.
- 3.5.4.** Wij hebben het recht om achterstallige premie, kosten en wettelijke rente te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere bedragen die u van ons moet ontvangen.
- 3.5.5.** Als wij de verzekering beëindigen omdat u de premie niet op tijd hebt betaald, hebben wij het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.
- 3.5.6.** Als u een betalingsachterstand hebt van 2 maandpremies, bieden wij u als verzekeringnemer een betalingsregeling aan. Dit doen wij uiterlijk 10 werkdagen nadat wij deze betalingsachterstand hebben vastgesteld.

Deze betalingsregeling bestaat ten minste uit:

- a. - uw machtiging voor automatische incasso van nieuwe verschuldigde premie, of;
 - uw opdracht aan uw werkgever, pensioenfonds, uitkeringsinstantie of een andere derde van wie u periodieke betalingen ontvangt, om namens u als verzekeringnemer de nieuwe verschuldigde premies rechtstreeks aan ons te betalen;
- b. afspraken over de wijze waarop u uw schulden, inclusief rente- en incassokosten, aan ons betaalt en binnen welke termijnen;
- c. onze toezegging dat wij uw zorgverzekering niet beëindigen, schorsen of opschorten zolang u uw machtiging of opdracht tot betaling zoals opgenomen onder a niet intrekt en de afspraken zoals opgenomen in de betalingsregeling nakomt.

Wij geven u 4 weken de tijd om ons aanbod voor een betalingsregeling te accepteren. Ook informeren wij u over de gevolgen als u ons aanbod niet accepteert en de achterstand oploopt tot 6 of meer maandpremies; zie artikel 3.5.8.

Het kan ook zijn dat u iemand anders hebt verzekerd voor een zorgverzekering bij ons. In dat geval nemen wij in ons aanbod voor een betalingsregeling ook een bereidverklaring tot opzegging van deze verzekering op met ingang van de dag waarop de betalingsregeling ingaat, op voorwaarde dat:

- de verzekerde zich uiterlijk met ingang van dezelfde dag op grond van een andere zorgverzekering heeft verzekerd;
- en de verzekerde de machtiging of opdracht tot betaling zoals omschreven onder a heeft afgegeven als de nieuwe zorgverzekering ook bij ons is gesloten.

Wij sturen deze verzekerde een kopie van alle in dit artikel genoemde stukken op hetzelfde moment dat de stukken aan u als verzekeringnemer worden gestuurd.

- 3.5.7.** a. Als u als verzekeringnemer een betalingsachterstand hebt van 4 maandpremies, delen wij u mee dat wij u bij het Zorginstituut Nederland zullen aanmelden zoals opgenomen in artikel 3.5.8. Als de zorgverzekering voor een ander is gesloten, informeren wij deze verzekerde.
- b. U of de verzekerde kunt ons uiterlijk binnen 4 weken laten weten het bestaan of de hoogte van de schuld te betwisten. Als wij uw betwisting op tijd hebben ontvangen, stellen wij een onderzoek in. Als wij u meedelen dat wij ons standpunt handhaven, kunt u binnen 4 weken een geschil hierover aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) of aan de burgerlijke rechter voorleggen.
- c. Als de betalingsregeling zoals opgenomen in artikel 3.5.6. ingaat nadat er een betalingsachterstand van 4 maandpremies is ontstaan sturen wij u geen mededeling zoals vermeld onder a zolang u de nieuwe premies voldoet.

- 3.5.8.** Als u als verzekeringnemer een betalingsachterstand hebt van 6 of meer maandpremies, melden wij u aan bij het Zorginstituut Nederland. Na de aanmeldingsbevestiging van het Zorginstituut Nederland bent u verplicht een bestuursrechtelijke premie van 130% van de gemiddelde marktpremie aan het Zorginstituut Nederland te betalen. Het Zorginstituut Nederland int deze premie totdat u alle verschuldigde bedragen inclusief rente- en incassokosten hebt betaald.

Wij melden u niet aan bij het Zorginstituut Nederland als:

- a. u de premieachterstand op tijd hebt betwist en wij ons standpunt nog niet aan u hebben meegedeeld;
- b. u binnen 4 weken nadat wij u hebben meegedeeld ons standpunt te handhaven en de premieschuld te melden aan het Zorginstituut Nederland, het geschil hebt voorgelegd aan de SKGZ of burgerlijke rechter en zolang er op het geschil niet onherroepelijk is beslist;
- c. als u zich hebt aangemeld bij een professionele schuldhulpverlener en aantoont dat u een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van uw schulden hebt gesloten.

Onze verklaring dat wij artikel 18b en het tweede lid van artikel 18c Zorgverzekeringswet in acht hebben genomen, vormt onderdeel van de melding bij het Zorginstituut Nederland.

- 3.5.9.** Wij stellen u en het Zorginstituut Nederland meteen op de hoogte van de datum waarop:
- a. de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden volledig zijn voldaan of tenietgaan;
 - b. de rechter de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen als bedoeld in de Faillissementswet op u van toepassing heeft verklaard;
 - c. u gaat deelnemen aan een minnelijke, door tussenkomst van een professionele schuldhulpverlener tot stand gekomen schuld(sanerings)regeling, waarin wij deelnemen.

De plicht om de bestuursrechtelijke premie aan het Zorginstituut Nederland te betalen, eindigt met ingang van de eerste dag van de maand volgend op de data zoals hierboven vermeld. Vanaf dit moment herleeft uw plicht om de premie aan ons te betalen.

- 3.5.10.** U bent geen premie aan ons verschuldigd over de periode bedoeld in artikel 18d, eerste lid, of 18e Zorgverzekeringswet.