

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. L. Ritzema en mr. B.L.A. van Drunen)

Zaaknummer: 202400791

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

AnderZorg N.V. te Wageningen, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoeker heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de zorgverzekeraar de aanmelding bij het CAK had moeten opschorten nadat hij daarom had gevraagd. De eerdere opschortingen van de aanmeldingen hadden moeten worden gehandhaafd.
De zorgverzekeraar heeft gesteld dat het verzoek dient te worden afgewezen aangezien voor juni 2024 geen reden bestond om de aanmelding bij het CAK op te schorten of verzoeker af te melden bij het CAK. Verder heeft de zorgverzekeraar verklaard dat inmiddels geen betalingsachterstand meer bestaat en dat de afmelding bij het CAK is ingezet.
- 1.2. De commissie stelt vast dat tussen partijen geen geschil bestaat over de initiële aanmelding van verzoeker bij het CAK. Op grond van artikel 18d, tweede lid, onderdeel c, Zvw, is een verzekeraar verplicht de aanmelding van een verzekerde bij het CAK op te schorten als deze een betalingsregeling afsprekt voor de gehele vordering. Verzoeker heeft niet aannemelijk gemaakt dat na hervatting van de aanmelding een dergelijke betalingsregeling is tot stand gekomen. Dit leidt ertoe dat de zorgverzekeraar de aanmelding niet hoefde op te schorten.
De commissie wijst het verzoek af.
- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 9 april 2024 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 2 mei 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 7 juni 2024 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 10 juni 2024 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Op 17 juni 2024 heeft de zorgverzekeraar een brief aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is op 18 juni 2024 aan verzoeker gestuurd. Bij brief van 24 juni 2024 heeft verzoeker

hierop gereageerd. Een afschrift hiervan is, eveneens op 24 juni 2024, aan de zorgverzekeraar gezonden.

- 2.4. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 14 augustus 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. Bij e-mailbericht van 16 augustus 2024 heeft verzoeker aanvullende informatie aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is op 21 augustus 2024 aan de zorgverzekeraar gezonden. Bij brief van 3 september 2024 heeft de zorgverzekeraar hierop gereageerd. Een afschrift van deze reactie is op 4 september 2024 aan verzoeker gestuurd.

3. **Vaststaande feiten**

- 3.1. Verzoeker is tot op heden bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Anderzorg Basis (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Op de polis van verzoeker is in 2017 een betalingsachterstand ontstaan. De zorgverzekeraar heeft verzoeker met ingang van 1 november 2017 vanwege een betalingsachterstand aangemeld bij het CAK.
- 3.3. Nadat in juli 2018 een betalingsregeling tussen partijen was overeengekomen, is de aanmelding van verzoeker met ingang van 1 augustus 2018 opgeschort. Omdat verzoeker verzuimde de in dat kader gemaakte afspraken na te komen, heeft de zorgverzekeraar de aanmelding van verzoeker bij het CAK met ingang van 1 januari 2019 hervat.
- 3.4. In februari 2019 is opnieuw een betalingsregeling overeengekomen en is de aanmelding van verzoeker opgeschort met ingang van 1 maart 2019. Per 1 juni 2020 is de aanmelding van verzoeker bij het CAK hervat.
- 3.5. Op 16 september 2020 heeft verzoeker zich tot de commissie gewend. Op 24 maart 2021 heeft de commissie een bindend advies uitgebracht waarin is bepaald dat de hervatting van de aanmelding van verzoeker bij het CAK per 1 juni 2020 terecht was.
- 3.6. Bij e-mailbericht van 12 maart 2024 heeft verzoeker de zorgverzekeraar verzocht zijn aanmelding bij het CAK op te schorten. Bij brief van 2 april 2024 heeft de zorgverzekeraar meegedeeld dat de aanmelding bij het CAK onder voorwaarden uit coulance kan worden opgeschort per 1 mei 2024.

4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar de aanmelding bij het CAK had moeten opschorten nadat hij daarom had gevraagd. De eerdere opschortingen van de aanmeldingen hadden moeten worden gehandhaafd.
- 4.2. In zijn klacht aan de zorgverzekeraar van 12 maart 2024 heeft verzoeker toegelicht dat zijn aanmelding bij het CAK al jarenlang loopt, terwijl er al geruime tijd betalingsregelingen zijn getroffen voor de achterstand.
- 4.3. In zijn e-mailbericht van 9 april 2024 heeft verzoeker verklaard dat hij zich niet herkent in de lezing van de gebeurtenissen door de zorgverzekeraar. Volgens de zorgverzekeraar zijn er op verschillende momenten afspraken gemaakt tussen partijen. In werkelijkheid waren dit echter momenten waarop verzoeker de zorgverzekeraar heeft aangesproken op het niet sturen van facturen, herinneringen of aanmaningen. De achterstanden waarover de zorgverzekeraar spreekt, zijn steeds ontstaan door het niet sturen van facturen.

- 4.4. In zijn brief van 2 mei 2024 heeft verzoeker verklaard dat inmiddels geen betalingsachterstand meer bestaat.
- 4.5. Bij brief van 24 juni 2024 heeft verzoeker opgemerkt dat hij in de digitale omgeving van de zorgverzekeraar een premierekening heeft aangetroffen die niet per e-mailbericht is verzonden. De laatste factuur die hij van de zorgverzekeraar heeft ontvangen is van 5 juni 2024. Verzoeker is een maand afgemeld bij het CAK en de zorgverzekeraar handelt naar zijn idee weer verkeerd. Als hij niet had ingelogd, was de openstaande premierekening wederom zonder kennisgeving overgedragen aan de deurwaarder.
- 4.6. Ter zitting heeft verzoeker aangevoerd dat de zorgverzekeraar hem geld verschuldigd is. De zorgverzekeraar heeft de aanmelding bij het CAK jarenlang laten doorlopen. Op het moment dat een betalingsregeling is getroffen, moet de aanmelding bij het CAK worden opgeschort. Zelf heeft verzoeker al jarenlang een betalingsregeling en daarom moet de aanmelding bij het CAK met terugwerkende kracht ongedaan worden gemaakt. Er is vanaf mei 2020 een betalingsregeling getroffen met de deurwaarder. Een dergelijke regeling moet worden gezien als een betalingsregeling in de zin van artikel 18d Zvw. Ook in dat geval moet een aanmelding bij het CAK worden opgeschort. De zorgverzekeraar stelt ten onrechte dat betalingsafspraken niet worden nagekomen. De betalingsachterstanden zijn ontstaan door de handelswijze van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar verstuurt de facturen van genoten zorg niet op de juiste manier. Deze ontvangt verzoeker niet. In eerste instantie ontving verzoeker de facturen via de gewone post ontving. Enige tijd ontving hij geen facturen. Dat heeft hij toen niet opgemerkt. Inmiddels ontvangt hij facturen digitaal, maar ook dit loopt niet goed.

5. Standpunt zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar heeft gesteld dat het verzoek dient te worden afgewezen. Hij heeft hiertoe bij brief van 7 juni 2024 toegelicht dat in 2017 een achterstand is ontstaan bij de betaling van de premie voor de zorgverzekering van verzoeker. Om die reden is verzoeker per 1 november 2017 aangemeld bij het CAK. Vervolgens is een betalingsregeling getroffen en is de aanmelding bij het CAK opgeschort. Hierbij is de voorwaarde gesteld dat niet opnieuw enige betalingsachterstand mocht ontstaan. Er ontstond evenwel een nieuwe betalingsachterstand en daarom is de aanmelding bij het CAK per 1 januari 2019 hervat. Vervolgens zijn nieuwe afspraken gemaakt met de afdeling Creditmanagement, waarna de aanmelding bij het CAK voor een tweede keer is opgeschort, met ingang van 1 maart 2019. Per 1 juni 2020 is de aanmelding bij het CAK hervat. Verzoeker heeft zich daarna gewend tot de commissie en in 2021 is zijn verzoek afgewezen. In de situatie van verzoeker is tweemaal niet voldaan aan de voorwaarden van de met hem getroffen betalingsregelingen. Om die reden is de aanmelding bij het CAK niet voor een derde maal opgeschort. Dit is naar het oordeel van de zorgverzekeraar niet onredelijk. Uit coulance is aan verzoeker bij brief van 2 april 2024 een nieuwe kans geboden. Er is hem een voorstel gedaan tot een betalingsregeling waarbij ook de aanmelding bij het CAK zou worden opgeschort. Op dat moment stond er nog een bedrag open van € 300,80. De zorgverzekeraar meent dat hij zich redelijk heeft opgesteld ten aanzien van verzoeker. Hij heeft voorgesteld om de aanmelding bij het CAK per toekomstige datum op te schorten. Gelet op het verloop van het dossier is een opschorting van de aanmelding bij het CAK met terugwerkende kracht niet aan de orde. De zorgverzekeraar heeft een actueel financieel overzicht overgelegd, waarin de verschuldigde bedragen, inclusief de dossiers van deurwaarder en de betalingen zijn opgenomen. Inmiddels bestaat geen betalingsachterstand meer en is de afmelding bij het CAK in gang gezet.
- 5.2. In zijn brief van 17 juni 2024 heeft de zorgverzekeraar opgemerkt dat hij na april 2020 geen nieuwe verzoeken tot opschorting van de aanmelding bij het CAK van verzoeker heeft ontvangen. Buiten de eerdere procedure bij de commissie, heeft de zorgverzekeraar alleen nog een klacht ontvangen in 2023 over de overdracht van het eigen risico.

Naar aanleiding van de klacht in 2024 heeft de zorgverzekeraar uit coulance een voorstel gedaan om de aanmelding bij het CAK op te schorten. Hierop heeft de zorgverzekeraar geen reactie van verzoeker ontvangen. De definitieve afmelding is door de zorgverzekeraar in gang gezet nadat de schuld was voldaan.

5.3. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar toegelicht dat verzoeker geen facturen voor premie van hem ontving gedurende de aanmelding bij het CAK. In dat geval loopt de premiebetaling niet via de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar stuurt dan alleen facturen voor bijvoorbeeld het eigen risico of de eigen bijdrage. Deze facturen heeft verzoeker ontvangen. Hier heeft hij ook een betalingsregeling voor getroffen. Op 18 mei 2020 is de aanmelding van verzoeker bij het CAK hervat. Sindsdien is er geen betalingsregeling bij de zorgverzekeraar bekend en is de aanmelding niet meer opgeschort. Uit het dossier kan niet worden opgemaakt dat verzoeker een betalingsregeling heeft getroffen met de deurwaarder. Desgevraagd heeft de zorgverzekeraar verklaard dat een betalingsregeling met de deurwaarder niet kan worden aangemerkt als een betalingsregeling in de zin van artikel 18d Zvw. Op dit moment bestaat geen betalingsachterstand meer. Het is aannemelijk dat verzoeker alle kosten, inclusief eventuele bijkomende kosten, heeft voldaan. Er is immers nog nul euro te betalen aan de zorgverzekeraar.

5.4. In zijn brief van 3 september 2024 heeft de zorgverzekeraar toegelicht dat verzoeker in 2020 een betalingsregeling had met de deurwaarder. Deze betalingsregeling is beëindigd, omdat verzoeker de betalingsregeling niet is nagekomen.

Verder heeft de zorgverzekeraar aangevoerd dat uit artikel 18d, tweede lid, onderdeel a, Zvw blijkt dat de premie aan het CAK niet meer verschuldigd is als de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden zijn of zullen zijn afgelost of tenietgaan. Tenietgaan betekent dat er een betalingsregeling is getroffen en dat het overeengekomen bedrag van de betalingsregeling is betaald. Uit het dossier en het financiële overzicht blijkt dat verzoeker het volledige bedrag in juni 2024 heeft voldaan. Op dat moment is hij ook afgemeld bij het CAK. De zorgverzekeraar was niet verplicht hem eerder af te melden. De twee eerdere afmeldingen zijn voortgekomen uit coulance. Aangezien verzoeker meerdere malen niet heeft voldaan aan de voorwaarden van een betalingsregeling, heeft daarna niet nogmaals een afmelding gevolgd. Dit is, gelet op het verloop van het dossier, niet onredelijk. Bovendien heeft verzoeker op den duur niet meer gereageerd op correspondentie van de zorgverzekeraar. Tenietgaan kan ook betekenen dat een verzekeringnemer na een aantal jaren schuldhelpverlening schuldenvrij wordt verklaard. Dat is onderhavig geval niet aan de orde. De bestuurlijke premie is ook niet meer verschuldigd als alle schulden met betrekking tot de zorgverzekering zijn voldaan. De situaties van artikel 18d, tweede lid, onderdeel b tot en met d, Zvw zijn in de situatie van verzoeker ook niet aan de orde. Verder geldt dat het aan de verzekeringnemer is om de zorgverzekeraar aan te spreken als hij vindt dat de zorgverzekeraar hem ten onrechte niet heeft afgemeld bij het CAK. Verzoeker heeft op den duur niet meer gereageerd op de correspondentie van de zorgverzekeraar.

6. Bevoegdheid van de commissie

6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A17 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) over de verplichting tot premiebetaling en de gevolgen van het niet betalen van de premie zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Dit geldt ook voor het relevante artikel uit het Wetboek van Burgerlijke rechtsvordering (Rv). Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

- 7.2. Op 24 maart 2021 heeft de commissie een bindend advies uitgebracht in een geschil tussen verzoeker en de zorgverzekeraar (SKGZ 202001429). Hierin is bepaald dat het de zorgverzekeraar vrij stond de aanmelding van verzoeker bij het CAK met ingang van 1 juni 2020 te hervatten. Dit bindend advies wordt door de commissie als uitgangspunt genomen bij de beoordeling van het onderhavige verzoek.
- 7.3. Een verzekeraar is verplicht de aanmelding van een verzekerde bij het CAK op te schorten als deze een betalingsregeling afspreekt voor de gehele vordering. Dit volgt uit artikel 18d, tweede lid, onderdeel c, Zvw. De commissie begrijpt de stelling van verzoeker aldus dat tussen partijen op enig moment een betalingsregeling is getroffen, en dat deze afspraken in stand zijn gebleven, ook na 1 juni 2020, dan wel dat na die datum nieuwe afspraken zijn gemaakt nadat verzoeker de zorgverzekeraar had aangesproken op het uitblijven van facturen. De zorgverzekeraar heeft bestreden dat hij geen facturen zou hebben toegezonden.
- 7.4. De commissie overweegt dat, op grond van het bepaalde in artikel 150 Rv, de partij die zich beroept op de rechtsgevolgen van door haar gestelde feiten of rechten hiervan in beginsel de bewijslast draagt. Dit betekent dat het aan verzoeker is om te stellen en aannemelijk te maken dat na 1 juni 2020 sprake was van een lopende, dan wel een nieuw tot stand gekomen, betalingsregeling voor de gehele betalingsachterstand. Hierin is verzoeker naar het oordeel van de commissie niet geslaagd. Weliswaar heeft verzoeker informatie aangeleverd waaruit kan worden opgemaakt dat hij op enig moment een betalingsregeling heeft getroffen met de deurwaarder, maar hieruit kan niet worden opgemaakt dat een betalingsregeling werd getroffen voor de gehele vordering, zoals bedoeld in artikel 18d, tweede lid, onder c, Zvw. Daarom oordeelt de commissie dat de zorgverzekeraar de aanmelding van verzoeker bij het CAK niet hoefde op te schorten. Ten overvloede merkt de commissie nog op dat bij verzoeker geen van de andere in artikel 18d, tweede lid, Zvw genoemde situaties die leiden tot opschorting van de aanmelding bij het CAK aan de orde is geweest.
- Voor de goede orde merkt de commissie nog op dat het bij de premie om een brengschuld gaat, zodat het op de weg van verzoeker ligt zorg te dragen voor tijdige betaling, dat wil zeggen vóór of uiterlijk op de premievervaldatum. Bij niet-tijdige betaling treedt het verzuim automatisch in.

Slotsom

- 7.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 13 september 2024,

A. de Ruijter

Informatie voor partijen

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

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

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Zorgverzekeringswet

Artikel 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.

Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering

Artikel 150

De partij die zich beroept op rechtsgevolgen van door haar gestelde feiten of rechten, draagt de bewijslast van die feiten of rechten, tenzij uit enige bijzondere regel of uit de eisen van redelijkheid en billijkheid een andere verdeling van de bewijslast voortvloeit.

- u verhuist,
- een verzekerde overlijdt,
- uw bankrekeningnummer wijzigt,
- u in dienst treedt als militair in actieve dienst,
- u wordt gedetineerd of uw detentie eindigt,
- 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 Anderzorg heeft opgezegd. Als Anderzorg op grond van de door u verstrekte gegevens tot de conclusie komt dat uw Basisverzekering eindigt of geëindigd is, informeert Anderzorg u daarover direct.

- U bent verplicht de informatie te verstrekken die Anderzorg 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 Anderzorg 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 44 22 of onze afdeling Verhaal op 050 523 43 77. U kunt ook online informatie verstrekken via www.anderzorg.nl/zelf-regelen/schade-melden. Anderzorg 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 Anderzorg.

A12 Premie, manier van betalen en betaling eigen risico

1 Premie

- Per 1 januari 2020 is de premiegrondslag voor de Basisverzekering € 110 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.
- Anderzorg 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 Anderzorg verwacht.
- Als u een betaling doet zonder vermelding van het betalingskenmerk van Anderzorg, bepaalt Anderzorg waarop de betaling wordt afgeboekt.
- Als u niet per automatische incasso of accept-e-mail betaalt, brengt Anderzorg u € 2 in rekening.
- Als u met Anderzorg een betalingsregeling heeft afgesproken, kan Anderzorg kosten in rekening brengen.

2 Manier van betalen

Als u Anderzorg toestemming geeft om uw premie automatisch te incasseren, geldt die toestemming ook voor alle andere betalingen die u aan Anderzorg 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

Anderzorg bij u in rekening gebracht.

- Als u het eigen risico en de eigen bijdrage niet per automatische incasso of accept-e-mail betaalt, brengt Anderzorg u € 2 in rekening.

A13 Wat er gebeurt als u de premie niet betaalt

A13.1 Basisverzekering en aanvullende verzekering

1. Anderzorg 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:
 - Anderzorg 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 Anderzorg, 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 Anderzorg 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 Anderzorg toestemming had voor een behandeling of verstrekking.
4. Als u, zelfs na aanmaning, de premie niet betaalt, kan Anderzorg de verzekeringen van alle verzekerden beëindigen.
5. Anderzorg 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 Anderzorg 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 Anderzorg 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 Anderzorg u een betalingsregeling aanbieden. Die betalingsregeling houdt in:
 - a. dat u Anderzorg machtigt om automatisch bij u te incasseren,
 - b. dat u met Anderzorg afspraken maakt om uw betalingsachterstand in termijnen terug te betalen,
 - c. dat Anderzorg 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 Anderzorg blijft, hij een machtiging heeft gegeven als bedoeld onder a van 1.
3. In de brief waarin Anderzorg 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 schuldhulpverlening kunt krijgen en hoe u die hulp kunt krijgen en welke schuldhulpverlening 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 Anderzorg van plan is u te melden bij het CAK, zodra u 6 maanden of langer geen premie heeft betaald. Als Anderzorg u meldt bij het CAK betekent dit dat het CAK over zal gaan tot heffing van de bestuursrechtelijke premie.
- a. Anderzorg zal de melding (nog) niet doen als u op tijd laat weten dat u vindt dat u geen schuld heeft bij Anderzorg. 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 Anderzorg daarover een brief stuurt, maximaal 4 weken nadat u door ons geïnformeerd bent. Anderzorg zal dan onderzoeken of zij uw schuld goed heeft berekend. Als Anderzorg vindt dat zij uw schuld goed heeft berekend dan informeert Anderzorg u daarover. Als u het niet eens bent met dat oordeel van Anderzorg 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 Anderzorg heeft ontvangen, zal Anderzorg u niet melden bij het CAK, totdat de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen of de burgerlijke rechter heeft beslist of Anderzorg de hoogte van uw schuld juist heeft berekend.
 - b. U kunt ook vragen of Anderzorg met u een betalingsregeling wil aangaan. Wat die betalingsregeling inhoudt kunt u hierboven lezen onder 1 en 2. Als Anderzorg met u een betalingsregeling afsprekt zal Anderzorg 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 Anderzorg heeft vastgesteld dat u 6 maanden geen premie heeft betaald zal Anderzorg u aanmelden bij het CAK. Anderzorg zal aan het CAK uw persoonsgegevens doorgeven en die van de personen die u heeft verzekerd. Anderzorg 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 Anderzorg geïnformeerd.
7. Een eventueel gekozen vrijwillig eigen risico komt te vervallen, evenals de bijbehorende korting op de premie.

A14 Mag Anderzorg de voorwaarden en premie wijzigen?

Anderzorg mag de voorwaarden, de premie en de kortingen op elk moment wijzigen. Als Anderzorg 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 Vervallen