

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema en mr. B.L.A. van Drunen)

Zaaknummer: 202401040

### Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

### 1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij klachtenformulier van 20 mei 2024 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 7 juni 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 8 juli 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 12 juli 2024 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 2 oktober 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

### 2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering). Daarnaast waren tot en met 31 juli 2021 ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar een of meerdere aanvullende ziektekostenverzekeringen (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) afgesloten.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker medegedeeld dat sprake is van een betalingsachterstand in de premie en zorgkosten van - op dat moment - totaal € 4.266,31. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar hierop verzocht het openstaande bedrag kwijt te schelden, aangezien de vordering is verjaard. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker meegedeeld niet tot kwijtschelding over te gaan en zijn vordering op verzoeker te handhaven.
- 2.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn beslissing gevraagd. Bij brief van 11 april 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

### 3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar (i) is gehouden de thans nog openstaande vordering kwijt te schelden omdat deze is verjaard en (ii) niet gerechtigd is incassokosten bij hem in rekening te brengen.

- 3.2. Verzoeker heeft gesteld dat in de jaren 2013 tot en met begin 2016 sprake was van een betalingsachterstand. De ziektekostenverzekeraar heeft indertijd de openstaande vorderingen ter incasso overgedragen aan Incasso Unie. Toen dit bedrijf failliet ging, heeft Cannock Chase de incasso overgenomen, maar bij verzoeker te hoge incassokosten in rekening gebracht. Vanwege de vele fouten die zijn gemaakt, heeft de ziektekostenverzekeraar in 2017 besloten de op dat moment openstaande vordering terug te halen bij Cannock Chase. Dit heeft echter niet ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar zijn vordering heeft verlaagd. Thans vordert de ziektekostenverzekeraar van verzoeker nog een bedrag van bijna € 4.500,-. Dit bedrag dient door de ziektekostenverzekeraar te worden kwijtgescholden, omdat de vordering inmiddels is verjaard. De ziektekostenverzekeraar stelt zich op het standpunt dat verzoeker op 16 mei 2019, 25 oktober 2019, 6 juni 2020, 23 juni 2021 en 6 juli 2022 betalingsregelingen is overeengekomen, waarmee de vordering door hem zou zijn erkend, maar dit is onjuist.
- 3.3. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar en diens incassogemachtigden veel fouten hebben gemaakt. Tot op de dag van vandaag ondervindt verzoeker hiervan de nadelige gevolgen. Ook wordt zeer selectief gereageerd op de door verzoeker gestuurde klachtbrieven. Gelet op alle fouten die zijn gemaakt en het feit dat de vordering is verjaard dient de ziektekostenverzekeraar een groot deel van de thans openstaande vordering kwijt te schelden. Een van de fouten die zijn gemaakt betreft het in rekening brengen van incassokosten. Anders dan de ziektekostenverzekeraar stelt, zijn bij verzoeker wel degelijk incassokosten in rekening gebracht. Daar komt bij dat deze incassokosten ook door verzoeker zijn betaald. De ter zitting door de ziektekostenverzekeraar gegeven uitleg is onjuist.

#### 4. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat de betalingsachterstand van verzoeker naar de stand van 3 juli 2024 totaal € 4.465,93 bedraagt. Deze openstaande vordering bestaat uit een bedrag van € 4.266,31 (7e termijn van een op 4 september 2023 afgesproken betalingsregeling) en enkele nieuwe vorderingen uit 2024. Het bedrag van € 4.266,31 heeft betrekking op openstaande vorderingen uit 2016 tot en met 2020.
- 4.2. Verzoeker heeft zich op het standpunt gesteld dat de vorderingen zijn verjaard. De ziektekostenverzekeraar deelt dit standpunt niet, omdat verzoeker voor de openstaande vorderingen in de jaren 2018 tot en met 2024 steeds betalingsregelingen heeft afgesproken. Hiermee heeft verzoeker de openstaande vordering erkend en kan van verjaring geen sprake zijn (artikel 3:318 Burgerlijk Wetboek). De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker van de betalingsregelingen telkens een bevestiging gestuurd. Daarnaast blijkt uit het financiële overzicht van 3 juli 2024 dat verzoeker in het kader van de afgesproken betalingsregelingen ook betalingen heeft gedaan. Tot slot komt uit de door de ziektekostenverzekeraar gemaakte telefoonregistraties naar voren dat verzoeker iedere keer telefonisch contact heeft opgenomen om de desbetreffende betalingsregelingen af te spreken. De stelling van verzoeker dat de betalingsregelingen niet door hem zijn aangegaan kan volgens de ziektekostenverzekeraar dan ook niet slagen.
- 4.3. De betalingsregelingen die met verzoeker zijn overeengekomen in de jaren 2018 tot en met 2024 zijn echter telkens voortijdig beëindigd. Dit kwam voornamelijk doordat verzoeker de afgesproken termijnbedragen niet of niet-tijdig voldeed. In twee situaties heeft de ziektekostenverzekeraar zelf een fout gemaakt, hetgeen hij als volgt heeft toegelicht: "In 2018 heeft er namelijk een verkeerde verrekening plaatsgevonden ten behoeve van polismutaties. En ten tweede heeft er een onterechte aanmelding plaatsgevonden met als gevolg een dubbel incassodossier." Voor deze fouten is verzoeker tijdens de interne klachtenprocedure al gecompenseerd.
- 4.4. Het is niet juist dat bij verzoeker te hoge incassokosten in rekening zijn gebracht. De ziektekostenverzekeraar heeft, bij wijze van compensatie, het incassodossier in 2018 teruggehaald bij de incassogemachtigde en de opgekomen incassokosten toen kwijtgescholden. Daarna heeft

de ziektekostenverzekeraar, vanwege de afgesproken betalingsregelingen, de vorderingen op 'niet aanmanen' gezet. Een en ander heeft tot gevolg gehad dat vanaf 2018 geen vorderingen ter incasso zijn overgedragen en er bij verzoeker geen incassokosten in rekening zijn gebracht.

- 4.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat door hem en zijn incassogemachtigden fouten zijn gemaakt. Vanwege deze fouten heeft de ziektekostenverzekeraar er indertijd voor gekozen de bij verzoeker in rekening gebrachte incassokosten kwijt te schelden. Tot een verdere verlaging van de thans openstaande vordering ziet de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding. Voor zover verzoeker stelt dat hij, ondanks de kwijtschelding, toch incassokosten heeft betaald geldt dat de incassogemachtigde van de ziektekostenverzekeraar alle ontvangen betalingen in mindering heeft gebracht op de hoofdsom en niet op de incassokosten.

## 5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 7 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

## 6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit het Burgerlijk Wetboek (verder: BW) over verjaring en de rechtsgevolgen hiervan alsmede die uit het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (Rv) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

### Zorgverzekering

- 6.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 8 juli 2024 een financieel overzicht overgelegd waaruit volgt dat verzoeker een betalingsachterstand heeft van totaal € 4.465,93. Verzoeker heeft de hoogte van de betalingsachterstand betwist en aangevoerd dat de gehele openstaande vordering is verjaard. De ziektekostenverzekeraar heeft dit bestreden, stellende dat verzoeker de vordering heeft erkend door hiervoor met hem betalingsregelingen af te spreken.
- 6.3. De commissie overweegt dat een geldvordering verjaart vijf jaren na het opeisbaar worden hiervan (artikel 3:307 BW). Dit is slechts anders als de verjaring tijdig wordt gestuit door het verzenden van een betalingsherinnering (artikel 3:317 BW) of de schuldenaar de vordering heeft erkend (artikel 3:318 BW).  
Door de ziektekostenverzekeraar is een brief van 13 mei 2018 overgelegd waarin verzoeker wordt verzocht een bedrag van totaal € 3.697,86 te voldoen. Genoemd bedrag heeft voornamelijk betrekking op openstaande premievorderingen uit de jaren 2014 en 2015 en openstaande zorgkostenfacturen. Verzoeker heeft de ontvangst van de brief van 13 mei 2018 niet betwist zodat de ziektekostenverzekeraar de verjaring van de hierin genoemde vordering tijdig heeft gestuit. Dit betekent dat op 13 mei 2018 een nieuwe termijn van vijf jaren is aangevangen.
- 6.4. Vervolgens is de vraag of ná 13 mei 2018 sprake is van verjaring van de vordering van € 3.697,86 en van de vorderingen die na deze datum zijn opgekomen.  
Het staat vast dat de ziektekostenverzekeraar na 13 mei 2018 aan verzoeker geen betalingsherinneringen heeft gestuurd, althans deze zijn niet door partijen in de procedure ingebracht.  
De ziektekostenverzekeraar heeft bij zijn brief van 8 juli 2024 wel kopieën van een vijftal brieven, gericht aan verzoeker, overgelegd waarin de ziektekostenverzekeraar bevestigt dat met

verzoeker betalingsregelingen zijn afgesproken voor wisselende bedragen. Hieruit blijkt volgens de ziektekostenverzekeraar dat verzoeker de respectieve vorderingen heeft erkend. Verzoeker heeft in het klachtenformulier van 20 mei 2024 evenwel betwist dat hij met de ziektekostenverzekeraar betalingsregelingen is overeengekomen.

De commissie oordeelt dat voor de totstandkoming van een betalingsregeling wilsovereenstemming is vereist. Verzoeker heeft zich beroepen op een betalingsregeling uit 2017, maar deze is beëindigd. Hij heeft het bestaan van de door de ziektekostenverzekeraar genoemde, daaropvolgende betalingsregelingen bestreden.

- 6.5. Uit het financieel overzicht van de ziektekostenverzekeraar van 3 juli 2024 blijkt dat verzoeker vanaf november 2022 tot en met maart 2024, naast de betalingen voor de maandelijkse premie, betalingen van € 50,- heeft gedaan. Deze betalingen zijn kennelijk bedoeld geweest om de bestaande schuld in te lossen, zij het niet op basis van een afgesproken betalingsregeling, maar uit eigen beweging door verzoeker. Dat valt niet te rijmen met de stelling van verzoeker dat hij geen openstaande schuld had. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar onbetwist gesteld, en onderbouwd met contactregistraties, dat verzoeker tussen 2019 en 2022 regelmatig contact heeft opgenomen over de openstaande schuld en heeft gevraagd naar de mogelijkheden om een betalingsregeling af te spreken.

Daarnaast constateert de commissie dat de ziektekostenverzekeraar in de overgelegde brieven openstaande bedragen heeft genoemd en aanspraak heeft gemaakt op betaling hiervan. Het staat vast dat verzoeker deze brieven heeft ontvangen.

Het voorgaande leidt tot de conclusie dat reeds uit het handelen van verzoeker een erkenning van de openstaande vordering kan worden afgeleid (artikel 3:318 BW), en dat - als dit niet het geval zou zijn - de verjaring in ieder geval is gestuit op grond van artikel 3:317 BW met de vijf aan hem gerichte brieven. Het beroep op verjaring treft geen doel voor zover het de betalingsachterstand uit 2024 betreft. Het eerste onderdeel van het verzoek moet daarom worden afgewezen en verzoeker is gehouden het bedrag van totaal € 4.465,93 aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen.

- 6.6. Verder is door verzoeker aangevoerd dat (i) de incassogemachtigde van de ziektekostenverzekeraar niet gerechtigd was incassokosten in rekening te brengen en (ii) incassokosten bovendien te hoog waren. De commissie merkt hierover op dat door de ziektekostenverzekeraar ter zitting uitvoerig is toegelicht dat door hem en zijn incassogemachtigde fouten zijn gemaakt. Vanwege deze fouten heeft de ziektekostenverzekeraar ervoor gekozen de ter incasso uit handen gegeven vordering terug te halen en de bij verzoeker in rekening gebrachte incassokosten kwijt te schelden. Omdat de door verzoeker aan de incassogemachtigde gedane betalingen in mindering zijn gebracht op de hoofdsom, heeft verzoeker geen incassokosten betaald. Ook de thans openstaande vordering van de ziektekostenverzekeraar omvat geen incassokosten. Verzoeker heeft weliswaar gesteld dat het tegendeel het geval is, maar hij heeft dit niet aannemelijk gemaakt, hoewel de stelplicht en bewijslast ter zake op hem rusten, gelet op artikel 150 Rv. Het gevolg hiervan is dat ook het tweede onderdeel van zijn verzoek moet worden afgewezen.

Voor zover verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar de thans openstaande vordering vanwege de in het verleden gemaakte fouten grotendeels dient kwijt te schelden, geldt dat de commissie hiervoor geen aanleiding ziet. Het bedrag van de hoofdsom vormt, gelet op het voorgaande, een gegeven, en de aanvankelijk berekende incassokosten werden kwijtgescholden. Een eventueel optredend nadeel voor verzoeker is daarmee gecompenseerd. Verzoeker heeft dit standpunt bovendien onvoldoende gemotiveerd.

*Slotsom*

- 6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. **Bindend advies**

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 oktober 2024,

B.L.A. van Drunen

**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
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

## 2.5. Bescherming van uw persoonsgegevens

Bij het uitvoeren van uw verzekeringen verwerken wij uw persoonsgegevens. Wij doen dit in overeenstemming met de wet- en regelgeving, zoals de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG). In de privacyverklaring op onze website leest u hier meer over. Ook leest u in de privacyverklaring welke rechten u heeft. Als u vragen heeft over de omgang met uw persoonsgegevens, dan kunt u deze richten aan de functionaris voor de gegevensbescherming. Kijk voor meer informatie op de pagina over privacy op onze website.

## 2.6. Mededelingen

Mededelingen gericht aan het laatst bij ons bekende adres, worden geacht u te hebben bereikt. Als u alle mededelingen van ons langs elektronische weg wilt ontvangen, dan kunt u dit aangeven in de Mijn-omgeving of in de app.

## 2.7. Lidmaatschap van de Coöperatie VGZ

Bij de totstandkoming van deze zorgverzekering 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 heeft u als verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. U kunt de verzekering schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

## 2.9. 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 in de Zorgverzekeringswet voor en daarna hetgeen is bepaald bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek en daarna het bepaalde in deze zorgverzekering.

## 2.10. Nederlands recht

Op de zorgverzekering 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 vindt u op uw polisblad en op de premiebijlage op onze website.

### Premiekorting bij vrijwillig eigen risico

Als u kiest voor een vrijwillig eigen risico, ontvangt u een korting op de premie. U vindt deze korting op uw polisblad en op de premiebijlage op onze website.

## 3.2. Wie betaalt premie?

De verzekeringnemer is verplicht premie te betalen. 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.
- 3.3.2. Als u geen gebruikmaakt van digitale post, dan betaalt u kosten voor papieren post. De kosten zijn € 1,25 per maand. U betaalt geen kosten voor de polis en de Europese gezondheidskaart (EHIC). Meer informatie over de kosten voor papieren post vindt u op onze website.
- 3.3.3. U betaalt de premie, eigen risico, eigen bijdragen, kosten voor papieren post en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen op de betalingswijze zoals met ons is overeengekomen.

#### Betaalmogelijkheden

- a. U machtigt ons voor automatische incasso van verschuldigde bedragen (zie ook artikel 3.3.4).
  - b. U maakt gebruik van de mogelijkheid om via uw Mijn-omgeving gratis een digitale factuur te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling. Dit kan desgewenst direct via iDeal.
  - c. Uw werkgever houdt de premie en mogelijke kosten voor papieren post in op uw salaris en draagt deze aan ons af.
  - d. U maakt gebruik van de mogelijkheid om een papieren factuur te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling. U ontvangt ook een papieren factuur als een automatische incasso niet kan worden uitgevoerd.
- 3.3.4. Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing op de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen, kosten voor papieren post en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen. Deze toestemming geldt tijdens, en zo nodig ook na afloop van, de verzekeringsovereenkomst. Op uw polisblad informeren wij u over de datum van automatische incasso van de premie voor het gehele kalenderjaar. Voor de overige kosten informeren wij u ten minste 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.

### 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, kosten voor papieren post en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen niet op tijd betaalt, dan sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, dan kunnen wij de dekking van deze zorgverzekering schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premieervaldag 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. Als u al bent aangemaand voor het niet op tijd betalen van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen, kosten voor papieren post of onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen, dan hoeven wij u bij het niet op tijd voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.
- 3.5.3. Wij hebben het recht om opeisbare premie, kosten en wettelijke rente te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere bedragen die u van ons moet ontvangen.
- 3.5.4. Als wij de verzekering beëindigen omdat u de premie niet op tijd heeft betaald, dan hebben wij het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.
- 3.5.5. Gevolgen van het niet betalen van 2 maandpremies of meer:
  - a. Heeft u als verzekeringnemer een premieachterstand ter hoogte van 2 maandpremies? Dan bieden wij u een betalingsregeling aan. U heeft 4 weken de tijd om deze 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.
  - b. Heeft u als verzekeringnemer een premieachterstand ter hoogte van 4 maandpremies? Dan ontvangt u een waarschuwing dat wij u bij het CAK aanmelden voor de regeling wanbetalers bij een betalingsachterstand van 6 maandpremies, tenzij wij alsnog met u een betalingsregeling aangaan.
  - c. Heeft u als verzekeringnemer een premieachterstand ter hoogte van 6 maandpremies of meer? Dan melden wij u aan bij het CAK voor de regeling wanbetalers en bent u verplicht een bestuursrechtelijke premie aan het CAK te



betalen. Voor de periode dat u een bestuursrechtelijke premie aan het CAK verschuldigd bent, bent u geen premie aan ons verschuldigd. De bestuursrechtelijke premie aan het CAK is hoger dan de premie die u normaal gesproken aan ons zou moeten betalen.

Heeft u anderen op uw polis verzekerd en is er voor hen een betalingsachterstand ontstaan? Zij ontvangen dan kopieën van onze berichten aan u over de premieachterstand.

U vindt de gevolgen van het niet betalen van de premie en de bestuursrechtelijke premie in de artikelen 18a tot en met artikel 18g Zorgverzekeringswet.

3.5.6. U bent geen premie aan ons verschuldigd over de periode bedoeld in artikel 18e Zorgverzekeringswet.

## Artikel 4. Overige verplichtingen

U bent verplicht:

- Ons te informeren over feiten, die ervoor (kunnen) zorgen dat kosten verhaald kunnen worden op (mogelijk) aansprakelijke derden en ons in dat verband de benodigde inlichtingen te verstrekken. U mag geen enkele regeling treffen met een derde, zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring. U moet zich onthouden van handelingen waardoor onze belangen kunnen worden geschaad;
- Medewerking te verlenen aan onze medisch adviseur of medewerkers tot het verkrijgen van alle benodigde informatie die zij nodig hebben voor (de controle op) de uitvoering van de zorgverzekering;
- De zorgaanbieder te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur;
- Ons zo spoedig mogelijk feiten en omstandigheden te melden die voor een juiste uitvoering van de verzekering van belang zijn. Dat zijn onder meer einde verzekeringsplicht, begin en einde detentie, (echt)scheiding, geboorte, adoptie of wijziging rekeningnummer. Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde, dragen wij geen enkel risico.

Als u uw verplichtingen niet nakomt en onze belangen worden hierdoor geschaad, dan kunnen wij uw recht op (vergoeding van de kosten van) de verzekerde zorg schorsen.

## Artikel 5. Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden

### 5.1. Wijziging voorwaarden

Wij hebben het recht de voorwaarden en premie(grondslag) van de zorgverzekering op elk moment te wijzigen. Wij zullen u als verzekeringnemer hierover schriftelijk informeren. Een wijziging van de premiegrondslag treedt niet eerder in werking dan 7 weken na de dag waarop deze aan u is meegedeeld. Een wijziging in de voorwaarden treedt niet eerder in werking dan 1 maand na de dag waarop deze aan u is meegedeeld.

### 5.2. Opzeggingsrecht

Als wij de voorwaarden en/of premiegrondslag van de zorgverzekering in uw nadeel wijzigen, dan kunt u als verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. U kunt de overeenkomst opzeggen, in ieder geval gedurende 1 maand nadat de wijziging aan u is meegedeeld. Dit opzeggingsrecht heeft u niet, als een wijziging in de verzekerde zorg rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van de bij of krachtens de artikelen 11 tot en met 14a Zorgverzekeringswet gestelde regels.

## Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de zorgverzekering

### 6.1. Begin en duur

- 6.1.1. De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop wij uw aanvraag(formulier) ontvangen. U ontvangt een ontvangstbevestiging met de datum waarop uw aanvraag is ontvangen. Bent u verzekeringsplichtig, maar heeft u nog geen burgerservicenummer (BSN)? Dan kunt u toch als verzekerde worden ingeschreven.
- 6.1.2. Soms kunnen wij niet uit uw aanvraag afleiden of wij verplicht zijn een zorgverzekering voor de te verzekeren persoon af te sluiten. In dit geval vragen wij u om informatie waaruit blijkt dat wij verplicht zijn een zorgverzekering te sluiten. De zorgverzekering gaat pas in op de dag dat wij de genoemde informatie ontvangen. U ontvangt een ontvangstbevestiging met de datum waarop de aanvullende informatie is ontvangen.

---

## 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.

### Artikel 316

1. De verjaring van een rechtsvordering wordt gestuit door het instellen van een eis, alsmede door iedere andere daad van rechtsvervolgning van de zijde van de gerechtigde, die in de vereiste vorm geschiedt.
2. Leidt een ingestelde eis niet tot toewijzing, dan is de verjaring slechts gestuit, indien binnen zes maanden, nadat het geding door het in kracht van gewijsde gaan van een uitspraak of op andere wijze is geëindigd, een nieuwe eis wordt ingesteld en deze alsnog tot toewijzing leidt. Wordt een daad van rechtsvervolgning ingetrokken, dan stuit zij de verjaring niet.
3. De verjaring van een rechtsvordering wordt ook gestuit door een handeling, strekkende tot verkrijging van een bindend advies, mits van die handeling met bekwame spoed mededeling wordt gedaan aan de wederpartij en zij tot verkrijging van een bindend advies leidt. Is dit laatste niet het geval, dan is het vorige lid van overeenkomstige toepassing.
4. De verjaring van een rechtsvordering wordt ook gestuit door een ingestelde eis die niet tot toewijzing leidt, indien:
  - a) het scheidsgerecht zich onbevoegd heeft verklaard op grond van artikel 1052, vijfde lid, van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering en die uitspraak in kracht van gewijsde is gegaan; of
  - b) de rechter zich onbevoegd heeft verklaard op grond van artikel 1022, eerste lid, 1067 of 1074d van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering en die uitspraak in kracht van gewijsde is gegaan.

### Artikel 317

1. De verjaring van een rechtsvordering tot nakoming van een verbintenis wordt gestuit door een schriftelijke aanmaning of door een schriftelijke mededeling waarin de schuldeiser zich ondubbelzinnig zijn recht op nakoming voorbehoudt.
2. De verjaring van andere rechtsvorderingen wordt gestuit door een schriftelijke aanmaning, indien deze binnen zes maanden wordt gevolgd door een stuitingshandeling als in het vorige artikel omschreven.

### Artikel 318

Erkenning van het recht tot welks bescherming een rechtsvordering dient, stuit de verjaring van de rechtsvordering tegen hem die het recht erkent.

## **Artikel 324**

- 1.** De bevoegdheid tot tenuitvoerlegging van een rechterlijke of arbitrale uitspraak verjaart door verloop van twintig jaren na de aanvang van de dag, volgende op die van de uitspraak, of, indien voor tenuitvoerlegging daarvan vereisten zijn gesteld waarvan de vervulling niet afhankelijk is van de wil van degene die de uitspraak heeft verkregen, na de aanvang van de dag, volgende op die waarop deze vereisten zijn vervuld.
- 2.** Wordt vóórdat de verjaring is voltooid, door een der partijen ter aantasting van de ten uitvoer te leggen veroordeling een rechtsmiddel of een eis ingesteld, dan begint de termijn eerst met de aanvang van de dag, volgende op die waarop het geding daarover is geëindigd.
- 3.** De verjaringstermijn bedraagt vijf jaren voor wat betreft hetgeen ingevolge de uitspraak bij het jaar of kortere termijn moet worden betaald.
- 4.** Voor wat betreft renten, boeten, dwangsommen en andere bijkomende veroordelingen, treedt de verjaring, behoudens stuiting of verlenging, niet later in dan de verjaring van de bevoegdheid tot tenuitvoerlegging van de hoofdveroordeling.