

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen NV Univé Zorg te Arnhem  
Zaak : Premie, totstandkoming verzekering, aanmelding CAK, hoogte betalingsachterstand  
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2016-2021, art. 16 en paragraaf 3.3 Zvw, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016-2017, artt. 6:217 en 7:932 BW  
Zaaknummer : 202002473  
Zittingsdatum : 1 december 2021

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 8 februari 2021 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) telefonisch verzocht een bindend advies uit te brengen. Op 9 februari 2021 heeft de commissie verzoekster per brief gevraagd het verschuldigde entreegeld van € 37,- te voldoen. Op 9 maart 2021 heeft verzoekster het entreegeld betaald.
- 2.2. Op 5 april 2021 heeft verzoekster de commissie nadere informatie doen toekomen, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar op 13 april 2021 in de gelegenheid heeft gesteld te reageren op het aan de commissie voorgelegde geschil. De ziektekostenverzekeraar heeft op 19 mei 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 20 mei 2021 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Bij e-mailberichten van 22 mei 2021, 28 mei 2021 en 28 juli 2021 heeft verzoekster op de hiervoor bedoelde brief van de ziektekostenverzekeraar gereageerd en de commissie aanvullende informatie doen toekomen. Afschriften van deze reacties zijn ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.4. Verzoekster heeft de commissie op 9 augustus 2021 per e-mail verzocht de op 18 augustus 2021 geplande hoorzitting te verzetten. Omdat aan dit verzoek zwaarwegende redenen ten grondslag lagen, heeft de commissie hiermee ingestemd.
- 2.5. Partijen zijn nadien uitgenodigd voor de hoorzitting van 1 december 2021. Ondanks daartoe deugdelijk te zijn uitgenodigd, is verzoekster niet verschenen. De ziektekostenverzekeraar is op 1 december 2021 via videobellen gehoord.
- 2.6. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld correspondentie uit 2016 over te leggen. Op 19 januari 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar hieraan voldaan. Een afschrift van deze reactie is op 25 januari 2022 aan verzoekster gezonden die daarbij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Op 31 januari 2022 heeft verzoekster per e-mailbericht van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster staat tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar geadministreerd als verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Univé Zorg Geregeld Polis (hierna: de zorgverzekering).

Daarnaast was tot en met 31 maart 2017 sprake van een aanvullende ziektekostenverzekering (Univé Vitaal Pakket) (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

- 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster met ingang van 31 augustus 2016 als wanbetaler aangemeld bij het CAK.
- 3.3. Verzoekster heeft het bestaan van de verzekeringsovereenkomst bestreden en zij heeft de ziektekostenverzekeraar in dat verband om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Op 8 december 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

#### 4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie, naar zij de stellingen van verzoekster begrijpt, gevraagd te beslissen dat:

- (i) tussen haar en de ziektekostenverzekeraar geen verzekeringsovereenkomst bestaat;
- (ii) de aanmelding door de ziektekostenverzekeraar als wanbetaler bij het CAK met ingang van 1 juni 2018 ten onrechte heeft plaatsgevonden;
- (iii) geen sprake is van een betalingsachterstand zodat de ziektekostenverzekeraar haar moet afmelden als wanbetaler bij het CAK;
- (iv) haar zorgverzekering wordt beëindigd, en
- (v) zij wordt geaccepteerd voor een aanvullende tandartsverzekering.

- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

#### 5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover 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.

#### 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 de relevante artikelen uit het Burgerlijk Wetboek (BW) opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

#### **Totstandkoming verzekeringen**

- 6.2. Verzoekster heeft in de eerste plaats gesteld dat tussen haar en de ziektekostenverzekeraar geen verzekeringsovereenkomst bestaat. De aan haar gezonden polisbladen zou zij nimmer hebben ontvangen.  
De commissie overweegt dat een (verzekeringsovereenkomst op grond van artikel 6:217 BW tot stand komt door een aanbod van de ene partij en de aanvaarding daarvan door de andere partij. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat hij op 31 augustus 2016 van verzoekster een aanmeldformulier heeft ontvangen voor het afsluiten van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. In vervolg hierop heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster op 3 september 2016 een polisblad gestuurd.  
De commissie constateert dat op het polisblad specifieke gegevens zijn vermeld, zoals het burgerservicenummer (BSN), de geboortedatum en de adresgegevens. Voor het BSN geldt dat dit in beginsel alleen door verzoekster kan worden verstrekt. De combinatie van het BSN met de

andere gegevens maakt het voorshands aannemelijk dat verzoekster destijds zelf een aanvraag heeft gedaan, althans dat dit met haar medeweten is gebeurd. Voor de totstandkoming van de verzekeringsovereenkomst behoefde dit aanbod - in de vorm van de aanvraag - enkel nog door de ziektekostenverzekeraar te worden geaccepteerd.

Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar een door hem op 14 oktober 2016 aan verzoekster gestuurde brief overgelegd waaruit blijkt dat hij akkoord gaat met een door verzoekster gedaan voorstel voor een betalingsregeling voor de openstaande premies voor de maanden september en oktober 2016. De verplichting tot betaling van deze premiebedragen kan uitsluitend voortvloeien uit een bestaande verzekeringsovereenkomst, waarbij de commissie nog opmerkt dat genoemde maanden stroken met de door de ziektekostenverzekeraar gestelde ingangsdatum van de verzekering (31 augustus 2016) en dat de premiebedragen behoren bij de desbetreffende verzekeringsproducten.

- 6.3. Op basis van voornoemde feiten en omstandigheden oordeelt de commissie dat de ziektekostenverzekeraar aannemelijk heeft gemaakt dat met ingang van 31 augustus 2016 de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering tot stand zijn gekomen. Dat verzoekster de door de ziektekostenverzekeraar verzonden polisbladen niet zou hebben ontvangen maakt dit niet anders. De in artikel 7:932, eerste lid, BW opgenomen verplichting tot afgifte van een akte, polis genaamd, is er weliswaar op gericht dat de verzekeringnemer steeds beschikt over schriftelijk bewijs van de inhoud van de overeenkomst, maar het niet-nakomen van deze verplichting staat er niet aan in de weg dat een verzekeraar met alle middelen rechtens bewijs van het bestaan en de inhoud van de polis kan leveren (HR 30 mei 1980, NJ 1981,380).

#### **Aanmelding CAK met ingang van 1 juni 2018**

- 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster met ingang van 1 juni 2018 aangemeld als wanbetaler bij het CAK. De commissie dient te beoordelen of op deze datum een premieachterstand bestond van zes of meer maanden. Als dat het geval is, heeft de aanmelding bij het CAK terecht plaatsgevonden.
- 6.5. Uit het financieel overzicht van de ziektekostenverzekeraar van 19 januari 2021 blijkt dat er ten tijde van de aanmelding van verzoekster als wanbetaler op 1 juni 2018 sprake was van een premieachterstand van € 2.369,50. Dit bedrag had volgens de ziektekostenverzekeraar betrekking op de openstaande premies voor de maanden september 2016 tot en met mei 2018. Dat verzoekster de door de ziektekostenverzekeraar genoemde maandpremies vóór 1 juni 2018 had voldaan, heeft zij in de procedure niet aannemelijk gemaakt. Per saldo bestond op 1 juni 2018 derhalve een premieachterstand voor de zorgverzekering van ten minste zes maanden als genoemd in artikel 18c Zvw. Hieruit volgt dat de ziektekostenverzekeraar verzoekster terecht met ingang van die datum heeft aangemeld bij het CAK. Dat de ziektekostenverzekeraar de hierbij toepasselijke procedure niet goed zou hebben gevolgd, is gesteld noch gebleken.

#### **Hoogte betalingsachterstand**

- 6.6. Om inzicht te verschaffen in de hoogte van de betalingsachterstand, heeft de ziektekostenverzekeraar eerder genoemd financieel overzicht naar de stand van 19 januari 2021 in het geding gebracht. Uit dit overzicht blijkt dat verzoekster met betrekking tot de periode van 31 augustus 2016 tot en met 28 februari 2021 niet alle verschuldigde bedragen heeft betaald en dat per saldo nog een bedrag openstaat van € 2.606,15, exclusief incassokosten en rente. Hoewel daartoe door de commissie in de gelegenheid gesteld, heeft verzoekster niet aannemelijk gemaakt dat zij meer of andere betalingen heeft gedaan dan die in het overzicht zijn vermeld. De commissie acht het financieel overzicht van 19 januari 2021 daarom juist. Dit betekent dat de betalingsachterstand over de periode van 31 augustus 2016 tot en met 28 februari 2021 naar de stand van 19 januari 2021 totaal € 2.606,15, exclusief incassokosten en rente, bedraagt.
- 6.7. Voor zover verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar haar moet *afmelden* als wanbetaler bij het CAK, haar zorgverzekering moet beëindigen, en haar een aanvullende

tandartsverzekering moet aanbieden, geldt dat dit alles niet mogelijk is zolang nog sprake is van een (premie)achterstand. Dit blijkt uit de artikelen 8a en 18d Zvw ten aanzien van de beëindiging onderscheidenlijk de *afmelding*. Indien verzoekster met de ziektekostenverzekeraar een betalingsregeling treft voor de gehele achterstand, is *opschorting* van de aanmelding bij het CAK mogelijk. Indien door haar gewenst, is het aan verzoekster hiertoe het initiatief te nemen. Het al dan niet aanbieden van een aanvullende ziektekostenverzekering, terwijl nog een betalingsachterstand bestaat, behoort tot het eigen beleid van de verzekeraar. De commissie kan hierin niet treden.

6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 11 februari 2022,

H.A.J. Kroon

# 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.

---

## Burgerlijk Wetboek Boek 6

---

### Artikel 217

1. Een overeenkomst komt tot stand door een aanbod en de aanvaarding daarvan.
2. De artikelen 219-225 zijn van toepassing, tenzij iets anders voortvloeit uit het aanbod, uit een andere rechtshandeling of uit een gewoonte.



---

# 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 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 hebt 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 en/of een korting die in een collectieve overeenkomst is overeengekomen. 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. Premiekorting bij collectieve overeenkomst

3.2.1. Als u deelneemt aan een collectieve overeenkomst, dan ontvangt u een korting op de premiegrondslag.

3.2.2. Vanaf de dag dat u niet meer kunt deelnemen aan de collectieve overeenkomst, vervallen de premiekorting en voorwaarden zoals bepaald in de collectieve overeenkomst. Vanaf deze dag wordt de zorgverzekering op individuele basis voortgezet.

3.2.3. U kunt maar aan één collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen.

## 3.3. 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.

---

## 3.4. Betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico en kosten

3.4.1. 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, dan ontvangt u een termijnbetalingskorting op de te betalen premie. De hoogte van de korting is op het polisblad vermeld.

3.4.2. U betaalt de premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen op de betalingswijze zoals met ons is overeengekomen.

### Kosteloze betaalmogelijkheden

a. U machtigt ons voor automatische incasso van verschuldigde bedragen (zie ook artikel 3.4.3).

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 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 per papieren factuur (acceptgiro)**

Als u geen gebruikmaakt van de kosteloze betaalmogelijkheden voor uw premie, dan betaalt u € 1,50. Dit bedrag is voor alle kosten die wij maken voor het in stand houden, vervaardigen en aanbieden van een papieren factuur en het verwerken van uw betaling. Ook als u voor de betaling geen gebruikmaakt van de papieren factuur. U ontvangt ook een papieren factuur als een automatische incasso van uw premie niet kan worden uitgevoerd of als u een betalingsregeling met ons aangaat en u kiest voor betaling per papieren factuur. Ook dan betaalt u per papieren factuur € 1,50. Betaalt u uw premie per kwartaal of jaar en kiest u voor betaling per papieren factuur? Dan zijn hieraan voor u geen extra kosten verbonden.

**3.4.3.** Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing op de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen 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. Het automatisch te incasseren bedrag voor eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen is gemaximeerd tot € 220 per maand. Voor bedragen boven de € 220 sturen wij u een papieren factuur. Als wij ervoor kiezen u een papieren factuur te sturen, dan zijn hieraan voor u geen extra kosten verbonden.

### **3.5. Verrekening**

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

### **3.6. Niet-tijdig betalen**

**3.6.1.** Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen 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 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.

**3.6.2.** Wij brengen de volgende kosten bij u in rekening in geval van niet-tijdig betalen:

- wettelijke rente vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de oorspronkelijke factuur;
- incassokosten vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de aanmaning.

**3.6.3.** Als u al bent aangemaand voor het niet op tijd betalen van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen 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.

**3.6.4.** 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.

**3.6.5.** Als wij de verzekering beëindigen omdat u de premie niet op tijd hebt betaald, dan hebben wij het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.

#### **3.6.6. Gevolgen van het niet betalen van 2 maandpremies of meer**

- a. Hebt u als verzekeringnemer een premieachterstand ter hoogte van 2 maandpremies? Dan bieden wij u een betalingsregeling aan. U hebt 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. Hebt 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. Hebt 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.

Hebt 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.

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