

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. B.L.A. van Drunen en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202402252

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

IZA Zorgverzekeraar NV te Arnhem, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij brief van 22 juli 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 28 juli 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 19 november 2025 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 21 november 2025 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 14 januari 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker en zijn echtgenote zijn tot op heden bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering IZA Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering).
- 2.2. De zorgverzekeraar en diens incassogemachtigde hebben verzoeker op meerdere data meegedeeld dat sprake is van een betalingsachterstand.
- 2.3. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van voormeld standpunt gevraagd. De zorgverzekeraar en zijn incassogemachtigde hebben aan verzoeker meegedeeld dat het ingenomen standpunt wordt gehandhaafd.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de zorgverzekeraar:
 - (i) de hoogte van de door hem vastgestelde betalingsachterstand moet corrigeren;
 - (ii) de door verzoeker te veel betaalde bedragen moet restitueren.
- 3.2. Verzoeker heeft in dit verband aangevoerd dat hij van de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar een specificatie, gedateerd 6 mei 2024, heeft ontvangen. Op deze specificatie

staan twee kolommen die volgens verzoeker als volgt moeten worden uitgelegd: de eerste kolom, genaamd 'bedrag', geeft het financiële verkeer weer in een bepaalde periode. Het gaat hier om bedragen ter zake van premie en zorgkosten die niet of slechts gedeeltelijk door de zorgverzekeraar worden vergoed. Als een bedrag niet wordt betaald, dan wordt dit op de specificatie in de tweede kolom, genaamd 'openstaand', vermeld. Waar het vervolgens fout gaat, is dat de zorgverzekeraar het totaal van de kolom 'bedrag' ter incasso heeft overgedragen aan zijn incassogemachtigde, in plaats van het totaal van de kolom 'openstaand'. Door deze handelwijze dient verzoeker in totaal 13 vorderingen nogmaals te voldoen, zoals ook blijkt uit de kolom 'openstaand'. Genoemde vorderingen staan immers in deze kolom op € 0,-. Van een negental vorderingen die op de specificatie zijn weergegeven met € 0,- heeft verzoeker ter onderbouwing van zijn stelling dat deze al zijn voldaan een bankafschrift overgelegd.

- 3.3. Verder stelt verzoeker: "De overige bedragen in de kolom 'openstaand' voor een totaal van € 1.846,35 worden door ons niet bestreden. (...) Helaas hadden wij toen al een bedrag voldaan van € 2.833,40 wat dus € 987,40 teveel is ten opzichte van het totaal van de kolom 'openstaand', n.l. € 1.846,35. Omdat de vordering die door IZA/VGZ is weggezet hoger is dan het bedrag wat reeds door ons is voldaan vordert men nog steeds een bedrag van € 1.846,-. Hierdoor worden wij in voornoemde situatie benadeeld voor een bedrag groot circa € 3.000,-."

De commissie begrijpt het voorgaande aldus dat verzoeker, naast dat volgens hem bedragen tot een totaal van € 1.846,35 dubbel worden geïncasseerd (onderdeel (i) van zijn verzoek), stelt € 987,40 te veel te hebben betaald, en dat gerestitueerd wil zien (onderdeel (ii)).

- 3.4. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald en is door hem benadrukt dat zowel de zorgverzekeraar als zijn incassogemachtigde steeds uitgaat van onjuiste bedragen. Uit zowel de specificatie van de incassogemachtigde van 6 mei 2024 als zijn betaalbewijzen blijkt dat destijds een bedrag van € 1.846,35 was overgedragen en niet € 4.679,75, zoals de zorgverzekeraar blijft beweren.

4. Standpunt zorgverzekeraar

- 4.1. De zorgverzekeraar stelt dat verzoeker de verschuldigde premies en andere bedragen te laat of zelfs helemaal niet heeft betaald. Omdat betaling uitbleef, heeft de zorgverzekeraar op 29 november 2022 alle op dat moment openstaande vorderingen ter incasso overgedragen aan zijn incassogemachtigde. Hieraan voorafgaand heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker verschillende betalingsherinneringen gestuurd. Ook nadat de overdracht had plaatsgevonden, werden de premies en andere verschuldigde bedragen niet of niet tijdig voldaan, waarna ook deze vorderingen ter incasso zijn overgedragen. Het betreft hierbij een bedrag van totaal € 4.679,75. Als bijlage 6 bij zijn brief van 19 november 2025 heeft de zorgverzekeraar een specificatie overgelegd waaruit dit blijkt en ook welke vorderingen het betreft. Voorts valt uit deze specificatie op te maken dat verzoeker (i) een bedrag van totaal € 1.120,- aan de incassogemachtigde heeft betaald, en (ii) een bedrag van totaal € 1.713,40 aan de zorgverzekeraar heeft voldaan. Dit leidt ertoe dat de oorspronkelijke vordering bij de incassogemachtigde is verlaagd tot € 1.846,35 ($€ 4.679,75 - (€ 1.120,- + € 1.713,40)$).

- 4.2. Naast de vorderingen die ter incasso zijn overgedragen, staan er vorderingen open bij de zorgverzekeraar. De gehele betalingsachterstand van verzoeker met betrekking tot de periode van 1 januari 2009 tot en met 31 juli 2025 bedraagt – naar de stand van 26 juni 2025 – totaal € 3.518,90, exclusief incassokosten en rente. Voor zover verzoeker stelt dat hij te veel heeft betaald, geldt dat hij deze stelling niet door overlegging van bankafschriften heeft onderbouwd. De zorgverzekeraar licht toe dat wanneer een betaling voor een vordering die al ter incasso is overgedragen wordt ontvangen, hij hierover altijd afstemming pleegt met de incassogemachtigde. Dat dit ook in de situatie van verzoeker is gebeurd, blijkt uit de beschikbare specificaties en verklaart waarom in het overzicht dat de

incassogemachtigde op 6 mei 2024 aan verzoeker heeft verstrekt, bij bepaalde vorderingen in de kolom ‘openstaand’ een bedrag van € 0,00 staat vermeld. Een bedrag van € 0,00 betekent dat de vordering is voldaan. Dit kan twee redenen hebben:

- de vordering is rechtstreeks aan de incassogemachtigde betaald, of
- de vordering is aan de zorgverzekeraar betaald en deze betaling is afgestemd met de incassogemachtigde.

- 4.3. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar in aanvulling hierop aangevoerd dat verzoeker in de onderhavige procedure een negental bankafschriften heeft overgelegd. De betalingen van 10 december 2020 en 11 februari 2021 zijn door verzoeker of door zijn bank gestorneerd. De overige 7 betalingen zijn door de zorgverzekeraar ontvangen en ook zichtbaar op het op 26 juni 2025 verstrekte financiële overzicht.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 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 de Zorgverzekeringswet (Zvw) 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.

Hoogte betalingsachterstand

- 6.2. Door de zorgverzekeraar is een financieel overzicht naar de stand van 26 juni 2025 overgelegd. Uit dit overzicht blijkt dat door verzoeker met betrekking tot de periode van 1 januari 2009 tot en met 31 juli 2025 niet alle verschuldigde bedragen zijn betaald en dat per saldo nog een bedrag openstaat van € 3.518,90, exclusief rente en incassokosten.
- 6.3. Verzoeker heeft het door de zorgverzekeraar genoemde openstaande bedrag bestreden en aangevoerd dat hij op 6 mei 2024 van de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar een specificatie heeft ontvangen waarin onjuiste bedragen zijn vermeld. Uit deze specificatie heeft verzoeker namelijk opgemaakt dat door hem reeds betaalde bedragen nog open zouden staan als vordering. Ter onderbouwing van zijn stelling heeft verzoeker een negental betaalbewijzen gestuurd.
- De commissie merkt met betrekking tot de specificatie van de incassogemachtigde op dat in de linkerkolom, onder het kopje ‘bedrag’, de bedragen staan vermeld die oorspronkelijk ter incasso aan de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar zijn overgedragen. Dat de in de specificatie vermelde vorderingen door verzoeker tijdig en volledig waren voldaan, dat wil zeggen vóór de datum waarop deze ter incasso werden overgedragen, is weliswaar door hem gesteld, maar niet aannemelijk gemaakt. De betalingen waarvan verzoeker betaalbewijzen heeft overgelegd zijn namelijk nadien gestorneerd (betalingen van 17 december 2020 en 15 februari 2021), ofwel niet overgedragen aan de incassogemachtigde. De bedragen die in de linkerkolom van de specificatie onder het kopje ‘bedrag’ staan vermeld zijn naar het oordeel van de commissie dan ook juist. Wat betreft de bedragen in de rechterkolom geldt dat dit de bedragen zijn die bij het maken van de specificatie nog openstonden. De bedragen die op € 0,- staan zien op oorspronkelijke vorderingen die inmiddels door verzoeker zijn voldaan. Dat de bedragen in deze kolom niet juist zijn is door verzoeker niet aannemelijk gemaakt. Dat vorderingen dubbel zouden moeten worden

voldaan, zoals door verzoeker is gesteld, is niet gebleken. De verwijzing naar de specificatie door verzoeker, ter onderbouwing van zijn stelling dat de betalingsachterstand niet correct zou zijn vastgesteld, treft daarmee geen doel.

- 6.4. Volgens verzoeker heeft hij met de betaling van € 2.833,40 feitelijk € 987,40 te veel betaald, dat wil zeggen: bovenop het volgens hem door de incassogemachtigde dubbel gevorderde totaalbedrag van € 1.846,35.
Hiervoor werd al overwogen dat niet van dubbele vorderingen is gebleken. Het door verzoeker genoemde bedrag van € 2.833,40 komt overeen met de optelsom van de door de zorgverzekeraar genoemde betalingen van € 1.120,- aan de incassogemachtigde en € 1.713,40 aan de zorgverzekeraar. Deze betalingen zijn, zoals blijkt uit voornoemde specificatie, in mindering gebracht op de oorspronkelijk ter incasso overgedragen vordering van € 4.679,75, waardoor bij de incassogemachtigde nog een hoofdsom van € 1.846,35 openstaat.
Het voorgaande leidt tot de conclusie dat geen sprake is van teveel betaalde bedragen. Daarmee dient onderdeel (ii) van het verzoek te worden afgewezen.
- 6.5. Alle betalingen waarvan verzoeker betaalbewijzen heeft overgelegd, waaronder ook de gestorneerde betalingen, komen in het door de zorgverzekeraar overgelegde financieel overzicht naar de stand van 26 juni 2025 voor. Dat door verzoeker meer of andere betalingen zijn gedaan is door hem niet aannemelijk gemaakt. Om die reden houdt de commissie het ervoor dat het hiervoor genoemde overzicht juist is en de betalingsachterstand over de periode van 1 januari 2009 tot en met 31 juli 2025 naar de stand van 26 juni 2025 daarmee € 3.518,90 exclusief rente en incassokosten bedraagt. Onderdeel (i) van het verzoek ligt daarmee eveneens voor afwijzing gereed.

Slotsom

- 6.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 26 januari 2026,

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 er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Voorwaarden zorgverzekering
2. Wetgeving

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 IZA](#) of in de [IZA 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.

Aan welke eisen moet het rekeningnummer voldoen?

De tenaamstelling van het rekeningnummer moet overeenkomen met de naam van de verzekeringnemer. Ook moet het een rekeningnummer zijn van een land dat deelneemt aan de Single Euro Payments Area (SEPA).

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 IZA](#) 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.
- 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 premievervaldag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg vanaf de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen.
- Wij hebben het recht de zorgverzekering te beëindigen als u niet op tijd betaalt. De verzekering wordt in dat geval niet met terugwerkende kracht beëindigd.
- 3.5.2.** 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 betalingsachterstand zorgpremie 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 betalingsachterstand zorgpremie 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. Het eventuele vrijwillig eigen risico vervalt per datum aanmelding bij het CAK.

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.

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.