

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Anderzorg N.V. te Wageningen  
Zaak : Premie, hoogte betalingsachterstand, voorstel tegen finale kwijting, vonnis, proceskosten  
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2013-2021, paragraaf 3.3. Zvw  
Zaaknummer : 202101104  
Zittingsdatum : 9 februari 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

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

2. Verloop van de procedure

2.1. Bij brief van 18 oktober 2021 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoeker heeft hieraan voldaan; op 28 oktober 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.

2.2. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 3 december 2021 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 6 december 2021 aan verzoeker gestuurd.

2.3. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 9 februari 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die aan partijen zijn gestuurd, met de mogelijkheid hierop te reageren. Op 17 februari 2022 heeft verzoeker van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. De reactie van verzoeker is tezamen met de aantekeningen van de hoorzitting toegevoegd aan het dossier. Een kopie van de reactie van verzoeker is ter kennisname aan de wederpartij 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 een betalingsachterstand ontstaan. Aangezien de betalingsachterstand voor de zorgverzekering meer dan zes maandpremies bedroeg, heeft de zorgverzekeraar verzoeker met ingang van 1 juni 2015 aangemeld als wanbetaler bij het CAK.

3.3. Op 30 juli 2020 heeft verzoeker telefonisch contact gehad met een medewerker van de zorgverzekeraar. Tijdens dit contact heeft verzoeker voorgesteld dat hij een bedrag van € 615,00 ter finale kwijting van zijn op dat moment openstaande schuld zou betalen. Bij e-mailbericht van 31 juli 2020 (10:08 u), met daarop vermeld een specifiek referentienummer, heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat zijn voorstel is afgewezen en dat hiertoe minimaal een bedrag van € 1.595,- moet worden betaald. In het desbetreffende bericht wordt geen termijn genoemd waarbinnen verzoeker hierop diende te reageren.

- 3.4. Op 30 september 2020 heeft de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar verzoeker gedagvaard om aan hem een bedrag te betalen van in totaal € 1.461,76. Genoemd bedrag betreft een deel van de bestaande betalingsachterstand.  
Op 9 oktober 2020 heeft verzoeker aan de zorgverzekeraar, met verwijzing naar het in de e-mailbericht van 31 juli 2020 genoemde referentienummer, een bedrag betaald van € 1.595,44. Daarnaast is verzoeker op 13 oktober 2020 met de zorgverzekeraar een betalingsregeling van € 30,- per maand overeengekomen ter aflossing van de - na aftrek van € 1.595,44 - resterende schulden. Vanwege deze afspraak heeft de zorgverzekeraar de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het CAK met ingang van 1 december 2020 opgeschort.
- 3.5. Verzoeker is op 17 november 2020 door de rechtbank B bij verstek veroordeeld tot het betalen van een bedrag van € 1.461,76 aan hoofdsom, te vermeerderen met de wettelijke rente vanaf 26 september 2020, buitengerechtelijke kosten, reeds vervallen rente en proceskosten. De zorgverzekeraar heeft de betaling van € 1.595,44 aangewend ter delging van deze proceskosten en de opgekomen rente.
- 3.6. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar begin 2021 verzocht het - na betaling van € 1.595,44 - resterende deel van de betalingsachterstand kwijt te schelden. Op 19 februari 2021 heeft de zorgverzekeraar hem meegedeeld hiertoe niet over te gaan. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar nadien om heroverweging van dit standpunt gevraagd. De zorgverzekeraar heeft verzoeker 26 april 2021 meegedeeld dat hij zijn standpunt handhaaft.

#### 4. Het geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de zorgverzekeraar is gehouden het - na betaling van € 1.595,44 - resterende deel van de betalingsachterstand kwijt te schelden.
- 4.2. De zorgverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

#### 5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.17 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

#### 6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) over de verplichting tot premiebetaling, de gevolgen van het niet betalen van de premie en de opschorting van de aanmelding als wanbetaler 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.

#### Standpunt verzoeker

- 6.2. Verzoeker heeft gesteld dat hij destijds grote financiële problemen had. Om een schuldsaneringstraject te voorkomen heeft hij in mei 2020 al zijn schuldeisers een voorstel gedaan tot betaling van 20% van de vordering tegen finale kwijting. Alle schuldeisers, op de zorgverzekeraar na, zijn akkoord gegaan met dit voorstel. In juli 2020 heeft verzoeker de zorgverzekeraar nogmaals het voorstel gedaan om ter zake van de op dat moment openstaande schuld € 615,- te betalen tegen finale kwijting. Hierop kreeg verzoeker als reactie dat minimaal een bedrag van € 1.595,- moest worden betaald. Omdat verzoeker het extra bedrag niet zo maar kon lenen, heeft hij lange tijd geen reactie gegeven. In oktober 2020 heeft verzoeker het door de zorgverzekeraar genoemde bedrag van € 1.595,44 alsnog betaald, onder vermelding van het door de zorgverzekeraar opgegeven referentienummer. Ondanks deze betaling en de

gedane toezegging weigert de zorgverzekeraar de resterende schuld kwijt te schelden. Om grotere problemen te voorkomen heeft verzoeker in oktober 2020 een betalingsregeling van € 30,- per maand afgesproken voor de schuld die is opgekomen ná 31 juli 2020.

- 6.3. Ter zitting is door verzoeker toegelicht dat de afspraak over betaling tegen finale kwijting betrekking had op de gehele, op dát moment openstaande vordering. Dat wil zeggen, zowel openstaande zorgkosten als vorderingen ter zake van premie. Later is verzoeker door de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar gedagvaard voor een deel van deze vordering, namelijk het deel dat betrekking had op zorgkosten. Omdat de verschuldigdheid van de openstaande bedragen door hem niet werd bestreden, heeft verzoeker ervoor gekozen niet naar de zitting toe te gaan.
- Verder is door verzoeker aangevoerd dat het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is om te stellen dat de afspraak tegen finale kwijting is komen te vervallen doordat niet tijdig is gereageerd. In de eerste plaats was voor verzoeker niet kenbaar dat een vervaldatum gold en voorts was het voor hem op het moment dat het voorstel werd gedaan (i.e. 31 juli 2020) onmogelijk een dergelijk groot bedrag bij elkaar te krijgen.

#### Standpunt zorgverzekeraar

- 6.4. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat op de polis van verzoeker een behoorlijke betalingsachterstand was ontstaan. Om die reden is verzoeker in 2015 ook aangemeld als wanbetaler bij het CAK. In juli 2020 heeft verzoeker telefonisch contact opgenomen teneinde een voorstel te doen voor betaling van een bedrag tegen finale kwijting. In dat zelfde telefoongesprek is aan verzoeker meegedeeld dat het door hem voorgestelde bedrag van € 615,- te laag is. Een dag later is per e-mail aan verzoeker een tegenvoorstel gedaan, inhoudende dat er minimaal een bedrag van € 1.595,- moest worden betaald. Omdat de zorgverzekeraar hierna geen betaling van verzoeker ontving, heeft zijn incassogemachtigde de incassoprocedure verder voortgezet, hetgeen heeft geleid tot een verstekvonnis van 17 november 2020.
- Voor zover verzoeker bij de commissie de hoogte van de betalingsachterstand betwist, geldt dat de commissie op grond van haar reglement niet bevoegd is hierover te oordelen.
- Verder merkt de zorgverzekeraar op dat verzoeker op 9 oktober 2020, dat wil zeggen pas tien weken na het voorstel, aan hem een bedrag van € 1.595,44 heeft betaald. Bij deze betaling was geen kenmerk vermeld zodat de zorgverzekeraar de betaling in mindering heeft gebracht op de oudst openstaande vorderingen. Voor zover verzoeker stelt dat na betaling van € 1.595,44 de resterende schuld dient te worden kwijtgescholden, deelt de zorgverzekeraar dit standpunt niet. Weliswaar stond in het e-mailbericht van 31 juli 2020 geen termijn genoemd, maar die termijn was de dag ervoor wel telefonisch met verzoeker besproken. Daarnaast heeft de zorgverzekeraar op 31 juli 2020 nog met verzoeker gesproken. Tijdens dit contact heeft verzoeker niet de indruk gewekt dat hij iets met het aanbod wilde doen, aangezien toen is gesproken over het treffen van een betalingsregeling voor de gehele schuld. Ook nadat door de incassogemachtigde een dagvaarding werd verstuurd heeft verzoeker nagelaten contact op te nemen. Al met al is de zorgverzekeraar van mening dat verzoeker te lang heeft gewacht en niet binnen een redelijke termijn zijn aanbod heeft geaccepteerd. De zorgverzekeraar vindt hiervoor steun in artikel 6:221 eerste lid, BW waarin is bepaald dat een schriftelijk aanbod vervalt wanneer het niet binnen een redelijke termijn wordt aanvaard.
- 6.5. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar benadrukt dat op 30 juli 2020 aan verzoeker een tegenvoorstel is gedaan voor betaling van een bedrag van € 1.595,- ter finale kwijting. Daarna kon de zorgverzekeraar uit niets opmaken dat verzoeker akkoord was gegaan met dit voorstel. Sterker nog, verzoeker heeft op 31 juli 2020 aangegeven na te denken over een RUO-regeling. Ook heeft verzoeker nagelaten contact op te nemen met de zorgverzekeraar om mee te delen dat hij bezig was het geld bij elkaar te krijgen. Omdat van verzoeker niets werd vernomen, is de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar overgegaan tot dagvaarden. Pas na het uitbrengen van de dagvaarding is door verzoeker een bedrag betaald. De zorgverzekeraar meent dat het beroep op redelijkheid en billijkheid onder deze omstandigheden niet kan slagen.

### Overwegingen commissie

- 6.6. De zorgverzekeraar heeft allereerst aangevoerd dat de commissie niet bevoegd is te oordelen over de bepaling van de hoogte van de betalingsachterstand in het verstekvonnis van 17 november 2020. De commissie volgt het standpunt van de zorgverzekeraar in deze. Daarnaast gevraagd heeft verzoeker aan de commissie te kennen gegeven tegen het vonnis geen verzet als bedoeld in artikel 143, eerste lid, Rv te hebben gedaan, waardoor het vonnis in kracht van gewijsde is gegaan en daarmee gezag van gewijsde heeft gekregen. De onderhavige procedure kan niet tot doel hebben een onherroepelijke uitspraak door de daartoe bevoegde overheidsrechter te toetsen, zoals ook is vastgelegd in het toepasselijke reglement en volgt uit het gesloten systeem van rechtsmiddelen.
- Dit betekent echter niet dat de commissie daarmee niet bevoegd zou zijn te oordelen over de hoogte van de betalingsachterstand. Die betalingsachterstand is immers een uitvloeisel van de tussen partijen bestaande verzekeringsovereenkomst, en het niet nakomen hiervan door verzoeker voor zover het gaat om de op hem rustende verbintenissen. Bovendien ziet het vonnis maar op een deel van deze betalingsachterstand. De commissie concludeert dat zij, met inachtneming van de in het vonnis opgenomen hoofdsom, bevoegd is te oordelen over de hoogte van de gehele betalingsachterstand.
- 6.7. De zorgverzekeraar heeft een financieel overzicht naar de stand van 19 november 2021 in het geding gebracht. Uit dit overzicht blijkt dat verzoeker met betrekking tot de periode van 31 december 2013 tot en met 30 november 2021 niet alle verschuldigde bedragen heeft betaald en dat per saldo een bedrag openstond van € 2.366,47 (€ 2.351,20 + € 15,27), inclusief incassokosten en rente. Verzoeker heeft het openstaande bedrag in die zin bestreden dat hij op 31 juli 2020 naar zijn zeggen met de zorgverzekeraar de afspraak heeft gemaakt om € 1.595,44 te betalen tegen finale kwijting. Dienaangaande overweegt de commissie het volgende.
- 6.8. Uit een interne notitie van de zorgverzekeraar van 30 juli 2020 blijkt dat er op dat moment sprake was van een betalingsachterstand van in totaal € 3.204,50. Deze betalingsachterstand bestond uit een vordering van € 185,72 die nog intern bij de zorgverzekeraar openstond en een vordering van in totaal € 3.018,78 die was overgedragen aan de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar. Laatstgenoemde vordering had betrekking op zowel openstaande zorgkosten als vorderingen ter zake van premie.
- Het staat vast dat verzoeker aanvankelijk een voorstel heeft gedaan tot betaling van een bedrag van € 615,- tegen finale kwijting voor de op dat moment openstaande schuld bij de incassogemachtigde, zijnde € 3.018,78. Eveneens staat vast dat de zorgverzekeraar het door verzoeker gedane voorstel heeft verworpen en een tegenvoorstel gedaan. Dit tegenvoorstel, inhoudende betaling van minimaal € 1.595,- ter finale kwijting van eerder genoemd bedrag, is op 31 juli 2020 aan verzoeker kenbaar gemaakt. In het desbetreffende e-mailbericht, met daarin vermeld als referentie O9072122, wordt geen termijn genoemd waarbinnen verzoeker het voorstel diende te accepteren. Weliswaar is door de zorgverzekeraar gesteld dat een dergelijke termijn telefonisch aan verzoeker is meegedeeld, maar verzoeker heeft dit ontkend en de zorgverzekeraar heeft een zodanige telefonische mededeling verder ook niet aannemelijk gemaakt. Daarom moet het ervoor worden gehouden dat verzoeker ook ná 14 augustus 2020 het gedane aanbod van de zorgverzekeraar kon accepteren.
- Verzoeker heeft op 9 oktober 2020 - conform het voorstel vervat in het e-mailbericht van 31 juli 2020 - een bedrag van € 1.595,44 aan de zorgverzekeraar overgemaakt. Dit onder vermelding van "refnr O9072122, betalingsregeling". Anders dan de zorgverzekeraar meent, is de commissie van oordeel dat hier, in het licht van de bijzondere omstandigheden van het geval (zoals de moeilijke financiële positie van verzoeker, de tijd die hij nodig had het desbetreffende bedrag 'bij elkaar te krijgen' en het feit dat de dagvaarding door de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar niet is voorafgegaan door een intrekking van het aanbod en de dagvaarding ook niet als zodanig valt te beschouwen omdat die geen betrekking had op het gehele bedrag van de achterstand), sprake is van een aanvaarding binnen een redelijke termijn als bedoeld in artikel 6:221, eerste lid,

BW. De commissie stelt dan ook vast dat verzoeker met deze betaling het op 31 juli 2020 door de zorgverzekeraar gedane aanbod van betaling van ten minste € 1.595,- ter finale kwijting heeft geaccepteerd. Een en ander betekent dat de zorgverzekeraar het restant van de op 31 juli 2020 openstaande vordering bij zijn incassogemachtigde, zijnde € 1.423,34 (€ 3.018,78 - € 1.595,44) niet meer van verzoeker mag vorderen. Anders is dit voor het bedrag van € 185,72, dat geen onderdeel is van de gemaakte afspraak. Hierop zal in het vervolg nog worden teruggekomen.

- 6.9. Verzoeker is op 30 september 2020 door de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar gedagvaard tot betaling van - voor zover thans van belang - een openstaande vordering van, in hoofdsom, € 1.461,76. Uit de specificatie van de dagvaarding blijkt dat deze vordering betrekking heeft op openstaande zorgkosten uit de periode van vóór 31 juli 2020. De commissie stelt vast dat verzoeker, na het uitbrengen van de dagvaarding, eerder genoemde betaling van € 1.595,44 heeft gedaan en dat de zorgverzekeraar deze betaling deels in mindering heeft gebracht op de gevorderde hoofdsom van € 1.461,76. Daarnaast geldt dat verzoeker in oktober 2020 met de zorgverzekeraar afspraken heeft gemaakt over een betalingsregeling voor de nieuw opgekomen schuld, in combinatie met een opschorting van de aanmelding als wanbetaler bij het CAK. Dit alles blijkt uit het e-mailbericht van 13 oktober 2020 van de zorgverzekeraar aan verzoeker. Ondanks deze ontwikkelingen heeft de incassogemachtigde de procedure bij de rechtbank B voortgezet. Verzoeker is op 17 november 2020 door deze rechtbank veroordeeld tot het voldoen van bedoelde vordering, met rente en incassokosten, alsmede proceskosten. Zoals onder 6.6. is geconcludeerd is dit vonnis in kracht van gewijsde gegaan en heeft het gezag van gewijsde. Met de betaling op 9 oktober 2020 heeft verzoeker in ieder geval de in het vonnis neergelegde hoofdsom en een groot deel van de in het dictum genoemde vervallen rente voldaan. Door gebruikmaking bij de betaling door verzoeker van de door de zorgverzekeraar zelf in zijn e-mailbericht van 31 juli 2020 gehanteerde referentie diende de zorgverzekeraar naar het oordeel van de commissie het ontvangen bedrag van € 1.595,44 primair toe te rekenen op de in het vonnis genoemde hoofdsom en verschenen rente, hetgeen, naar de commissie heeft begrepen, niet is geschied. De toerekening van het ontvangen bedrag aan andere in het vonnis genoemde bedragen - zoals de proceskosten - is rechtens onjuist. Zo de bedragen waarop de zorgverzekeraar de ontvangen betaling ten onrechte heeft toegerekend nog niet zijn voldaan, kan de zorgverzekeraar op basis van het vonnis nog altijd overgaan tot tenuitvoerlegging daarvan. Zo de zorgverzekeraar daartoe zou overgaan, dan is het aan verzoeker om de zorgverzekeraar, zo nodig, in een executiegeschil te betrekken en in rechte te laten vaststellen of de incasso in concreto, in het licht van de bijzondere omstandigheden van het geval - zoals voortzetting van de procedure terwijl betaling was ontvangen op 9 oktober 2020 - al dan niet misbruik van executiebevoegdheid oplevert.
- 6.10. Afgezien hiervan concludeert de commissie dat over de periode vóór 31 juli 2020 uitsluitend nog de vordering van € 185,72 open staat. Kennelijk zijn na genoemde datum nieuwe vorderingen ontstaan, waarvoor verzoeker naar zijn zeggen een betalingsregeling van € 30,- per maand heeft afgesproken, hetgeen door de zorgverzekeraar is bevestigd. Voor zover door verzoeker - al dan niet in dat verband - na 31 juli 2020 betalingen zijn gedaan die door de zorgverzekeraar zijn toegerekend aan de vóór die datum ontstane vordering, dient dit door de zorgverzekeraar met terugwerkende kracht te worden gecorrigeerd.
- 6.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat:

(i) sprake is geweest van een betaling tegen finale kwijting, waardoor thans met betrekking tot de periode tot en met 31 juli 2020 uitsluitend nog een betalingsachterstand van € 185,72, exclusief incassokosten en rente, bestaat;

(ii) dat met deze betaling is voldaan aan de in het vonnis van 17 november 2020 van de Rechtbank B vastgelegde veroordeling tot het betalen van de hoofdsom;

(iii) de zorgverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 9 maart 2022,

A.I.M. van Mierlo

# BIJLAGEN

## 1. Polisvoorwaarden

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



---

## **Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering**

---

### **Artikel 143**

1. De gedaagde die bij verstek is veroordeeld, kan daartegen verzet doen.
2. Het verzet moet worden gedaan bij exploit van dagvaarding binnen vier weken na de betekening van het vonnis of van enige uit kracht daarvan opgemaakte of ter uitvoering daarvan strekkende akte aan de veroordeelde in persoon, of na het plegen door deze van enige daad waaruit noodzakelijk voortvloeit dat het vonnis of de aangevangen tenuitvoerlegging aan hem bekend is. De in de eerste volzin bedoelde termijn is acht weken indien de gedaagde ten tijde van de in de eerste volzin bedoelde betekening of daad geen bekende woonplaats of bekend werkelijk verblijf in Nederland heeft, maar zijn woonplaats of werkelijk verblijf buiten Nederland bekend is.
3. Buiten de gevallen bedoeld in het tweede lid vangt de termijn waarbinnen het verzet moet worden gedaan, aan op de dag waarop het vonnis ten uitvoer is gelegd.
4. De veroordeelde die in het vonnis heeft berust, kan daartegen niet meer in verzet komen.

---

## **Burgerlijk Wetboek Boek 6**

---

### **Artikel 221**

1. Een mondeling aanbod vervalt, wanneer het niet onmiddellijk wordt aanvaard, een schriftelijk aanbod, wanneer het niet binnen een redelijke tijd wordt aanvaard.
2. Een aanbod vervalt, doordat het wordt verworpen.

---

# 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. afspraken over de betaling van nieuw vervallende termijnen van de premie,
  - 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 afspraken, bedoeld in de onderdelen a en 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 schuldhelpverlening, 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 18bb**

1. Naast de op incasso gerichte inspanningen, bedoeld in de artikelen 18a en 18b, verricht de zorgverzekeraar aantoonbaar voldoende inspanningen tot inning van de premie voorafgaand aan de melding, bedoeld in artikel 18c, eerste lid.
2. Bij ministeriële regeling wordt bepaald wanneer sprake is van het verrichten van aantoonbaar voldoende inspanningen als bedoeld in het eerste lid.

#### **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.
4. Na de melding verleent de zorgverzekeraar aantoonbaar voldoende medewerking aan activiteiten van de verzekeringnemer of derden, gericht op aflossing van de jegens de zorgverzekeraar bestaande, uit de zorgverzekering voortvloeiende schuld.
5. Bij ministeriële regeling wordt bepaald wanneer sprake is van het verrichten van aantoonbaar voldoende medewerking als bedoeld in het vierde lid.

#### **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.

- 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 vervalst.
- 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](http://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 schuldhelpverlening kunt krijgen en hoe u die hulp kunt krijgen en welke schuldhelpverlening 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**