

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. L. Ritzema, mr. B.L.A. van Drunen en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202501991

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. te Leiden, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij klachtenformulier van 9 december 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 12 januari 2026 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 6 februari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 9 februari 2026 aan verzoeker gestuurd, waarna hij bij e-mailbericht van dezelfde datum hierop heeft gereageerd. Een afschrift van zijn reactie is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 9 februari 2026 respectievelijk 6 maart 2026 verklaard niet te willen worden gehoord.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Zeker Polis (hierna: de zorgverzekering).
- 2.2. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar bij diverse ongedateerde brieven verzocht hem weer voor de aanvullende ziektekostenverzekering te accepteren. De ziektekostenverzekeraar heeft afwijzend op dit verzoek beslist, aangezien volgens hem sprake is van een betalingsachterstand.
- 2.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd waarna de ziektekostenverzekeraar bij e-mailbericht aan verzoeker heeft meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft. In vervolg hierop heeft verzoeker de zorgverzekering met ingang van 1 januari 2026 opgezegd. De ziektekostenverzekeraar heeft zijn opzegging vervolgens geweigerd.

3. Standpunt verzoeker

3.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden:

- (i) hem weer te accepteren voor de aanvullende ziektekostenverzekering;
- (ii) zijn zorgverzekering met ingang van 1 januari 2026 te beëindigen; en
- (iii) de hoogte van de door hem vastgestelde betalingsachterstand te corrigeren.

3.2. Verzoeker voert hiertoe aan dat hij al meer dan 20 jaar bij de ziektekostenverzekeraar is verzekerd tegen ziektekosten. Hiervoor betaalt verzoeker per maand zo'n € 300,- aan premie en desondanks wordt door de ziektekostenverzekeraar afwijzend beslist op zijn aanvraag voor de aanvullende ziektekostenverzekering. Ook de nadien gedane opzegging van de zorgverzekering is door de ziektekostenverzekeraar geweigerd. Volgens de ziektekostenverzekeraar is sprake van een betalingsachterstand, maar dit is aantoonbaar onjuist. Door deze omissie van de zijde van de ziektekostenverzekeraar blijft verzoeker verstoken van goede zorg. Daar komt bij dat de ziektekostenverzekeraar tot op heden niet actief wil meewerken aan een oplossing voor de bestaande problemen.

3.3. Bij e-mailbericht van 9 februari 2026 heeft verzoeker verklaard dat er in het verleden weliswaar storneringen hebben plaatsgevonden, maar dat hij nu probeert zijn financiële situatie op orde te krijgen. Dit is ook terug te zien in de betalingen, die een frequent karakter hebben, en het feit dat verzoeker probeert een betalingsregeling af te spreken voor de eerder ontstane betalingsachterstand. De totale weigering van de ziektekostenverzekeraar om de aanvullende ziektekostenverzekering weer af te sluiten acht verzoeker, gelet op zijn huidige betaalgedrag en zijn medische situatie, onacceptabel.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de commissie in een eerder geschil met verzoeker op 17 april 2023 een bindend advies heeft uitgebracht. In dit bindend advies is onder andere geoordeeld dat de betalingsachterstand over de periode van 1 oktober 2014 tot en met 31 maart 2023 naar de stand van 6 maart 2023 € 3.952,47, exclusief incassokosten en rente, bedroeg. Uitgaande van deze uitspraak heeft de ziektekostenverzekeraar berekend dat er ná 6 maart 2023 bij verzoeker totaalbedragen van € 4.457,70 aan premie en € 646,91 aan eigen risico in rekening zijn gebracht. Daar staat tegenover dat de ziektekostenverzekeraar ná 6 maart 2023 van verzoeker bedragen van in totaal € 4.340,20 heeft ontvangen. Dit betekent dat de betalingsachterstand van verzoeker ná 6 maart 2023 niet is verminderd, maar juist is opgelopen.

Een groot deel van de openstaande vordering heeft de ziektekostenverzekeraar ter incasso overgedragen aan zijn incassogemachtigde. Aldaar zijn twee incassodossiers geopend en deze zijn geregistreerd onder de dossiernummers 055008225 en 055030144. Naar de stand van 28 januari 2026 staan in deze dossiers nog bedragen, inclusief incassokosten en rente, open van € 2.082,26 (055008225) en € 2.880,68 (055030144). Verzoeker heeft met de incassogemachtigde weliswaar een betalingsregeling afgesproken van € 50,- per maand, maar deze heeft betrekking op alle vorderingen (dus niet alleen van de ziektekostenverzekeraar) die de incassogemachtigde in behandeling heeft.

4.2. Vanwege de al langer bestaande betalingsachterstand is de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker met ingang van 1 april 2015 beëindigd. Eind 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar van verzoeker het bericht ontvangen dat hij de aanvullende ziektekostenverzekering weer wilde afsluiten. In reactie hierop is aan verzoeker meegedeeld dat als hij de vordering die op dat moment intern opstond (€ 730,36) zou voldoen, de ziektekostenverzekeraar akkoord zou gaan met een herstel van de aanvullende ziektekostenverzekering. Verzoeker heeft de openstaande vordering

echter niet tijdig voldaan waardoor de betreffende aanvraag is geweigerd. Gelet op de aanwezige betalingsachterstand is ook de daaropvolgende opzegging van de zorgverzekering geweigerd.

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 4.6 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) over de verschuldigdheid van premie en de mogelijkheid de zorgverzekering op te zeggen, en die uit het Burgerlijk Wetboek (BW) 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.

Opzegging zorgverzekering

- 6.2. Op grond van artikel 2.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering kunnen verzekeringnemers hun zorgverzekering tot uiterlijk 31 december schriftelijk opzeggen. Uit artikel 2.3 van de voorwaarden van de zorgverzekering volgt dat als sprake is van een premieachterstand en de verzekeringnemer hiervoor is aangemaand, deze de zorgverzekering niet kan opzeggen. Dit is overeenkomstig het bepaalde in artikel 8a Zvw. Volgens de ziektekostenverzekeraar bestond per ultimo 2025 een *interne* betalingsachterstand van totaal € 730,36 en waren bij de incassogemachtigde twee dossiers aangemaakt ter zake van vorderingen ten bedrage van totaal € 4.962,94 (€ 2.082,26 + € 2.880,68), inclusief incassokosten en rente.
- 6.3. Hoewel daartoe door de commissie in de gelegenheid gesteld, heeft verzoeker niet aangetoond dat voornoemde vorderingen uiterlijk 31 december 2025 waren voldaan en dat op die datum geen sprake (meer) was van een premieachterstand voor de zorgverzekering. Het stond de ziektekostenverzekeraar daarom vrij de door verzoeker gedane opzegging van de zorgverzekering met ingang van 1 januari 2026 te weigeren. Dit betekent dat verzoeker in 2026 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd is gebleven tegen ziektekosten en dat hij is gehouden de aan de ziektekostenverzekeraar in verband hiermee verschuldigde bedragen te voldoen.

Hoogte betalingsachterstand

- 6.4. Door de ziektekostenverzekeraar is verklaard dat de commissie in een eerder geschil met verzoeker op 17 april 2023 een bindend advies heeft uitgebracht. In dit bindend advies is onder andere geoordeeld dat de betalingsachterstand over de periode van 1 oktober 2014 tot en met 31 maart 2023 naar de stand van 6 maart 2023 € 3.952,47, exclusief incassokosten en rente, bedroeg. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 6 februari 2026 aan de commissie toegelicht dat naar de stand van 28 januari 2026 ter zake van deze vorderingen nog een bedrag openstaat van totaal € 4.962,94, inclusief incassokosten en rente. Waar het de financiële situatie van ná 6 maart 2023 betreft, is door de ziektekostenverzekeraar een financieel overzicht overgelegd. Hieruit blijkt dat naar de stand van 28 januari 2026 nog bedragen openstaan van € 317,50 (premie) en € 437,97 (eigen risico). De commissie leidt hieruit af dat volgens de ziektekostenverzekeraar met betrekking tot de periode van 1 oktober 2014 tot en met 31 januari 2026 een bedrag openstaat van totaal € 5.718,41 (€ 4.962,94 + € 317,50 + € 437,97), inclusief incassokosten en rente.

- 6.5. Verzoeker heeft het door de ziektekostenverzekeraar genoemde openstaande bedrag bestreden en aangevoerd dat aanvankelijk weliswaar sprake was van een betalingsachterstand, maar dat deze inmiddels is betaald. Ter onderbouwing van zijn stelling heeft verzoeker een zestal betaalbewijzen overgelegd.

De commissie constateert dat alle betalingen waarvan verzoeker betaalbewijzen heeft overgelegd, waaronder ook de gestorneerde betalingen, voorkomen in het door de ziektekostenverzekeraar overgelegde financieel overzicht naar de stand van 28 januari 2026. 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 dat de betalingsachterstand met betrekking tot de periode van 1 oktober 2014 tot en met 31 januari 2026 totaal € 5.718,41 (€ 4.962,94 + € 317,50 + € 437,97), inclusief incassokosten en rente, bedraagt.

Aanvraag aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.6. Een (verzekerings)overeenkomst komt, op grond van artikel 6:217 BW, tot stand door aanbod en aanvaarding. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar vanaf eind 2025 meerdere keren verzocht hem weer te verzekeren op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit verzoek is te beschouwen als een aanbod als bedoeld in artikel 6:217 BW. Vraag is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden dit aanbod te aanvaarden. De aangevraagde aanvullende ziektekostenverzekering is, anders dan de zorgverzekering, niet gebaseerd op wetgeving, zoals de Zorgverzekeringswet, die uitgaat van acceptatieplicht voor bepaalde groepen van personen. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar op basis van een eigen acceptatiebeleid mag bepalen op welke gronden hij een aanvraag eventueel weigert. De ziektekostenverzekeraar heeft een en ander vastgelegd in de artikelen 2.5 en 3.3.1. van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Hieruit volgt dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag voor de aanvullende ziektekostenverzekering kan weigeren als deze eerder vanwege een betalingsachterstand is beëindigd en thans nog steeds sprake is van een achterstand in het betalen van premie. De commissie constateert dat door de ziektekostenverzekeraar onbetwist is gesteld dat de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker met ingang van 1 april 2015 vanwege een betalingsachterstand is beëindigd. Aangezien de commissie hiervoor heeft geconstateerd dat nog steeds sprake is van een openstaande vordering, stond het de ziektekostenverzekeraar vrij de aanvraag voor de aanvullende ziektekostenverzekering af te wijzen.

Slotsom

- 6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 30 maart 2026,

L. Ritzema

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. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering
3. Wetgeving

1.11 Wanneer verjaart een nota

Uw recht op vergoeding van de kosten van zorg verjaart 3 jaar na de factuurdatum van de behandeling. Indien er geen datum op de factuur van de behandeling staat, verjaart uw recht op vergoeding van de kosten van die zorg op 31 december van het derde jaar volgend op het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden. Wanneer wij uw verzoek om vergoeding van zorgkosten geheel of gedeeltelijk hebben afgewezen verjaart uw nota 3 jaar na afwijzing. U kunt verjaring voorkomen door binnen voornoemde periode schriftelijk aan ons mede te delen dat u uitdrukkelijk aanspraak maakt op deze vergoeding.

1.12 Mededelingen

Mededelingen gericht aan uw laatst bij ons bekende adres en/of e-mailadres, worden geacht u te hebben bereikt.

Artikel 2 Begin, looptijd en einde van de zorgverzekering

2.1 Vanaf wanneer bent u verzekerd

Uw zorgverzekering en/of die van de door u medeverzekerde personen gaat in principe in op de dag waarop wij het volledig ingevulde aanvraag(formulier) hebben ontvangen. De ingangsdatum van de zorgverzekering staat op het polisblad.

2.1.1 Het kan zijn dat wij uit het ingevulde aanvraagformulier niet kunnen afleiden of wij verplicht zijn met u en/of een van de door u op uw aanvraag(formulier) vermelde perso(o)nen een zorgverzekering af te sluiten. Wij vragen dan om aanvullende informatie waaruit blijkt dat wij verplicht zijn een zorgverzekering af te sluiten voor u en/of deze perso(o)nen. De zorgverzekering gaat dan in op de datum dat wij alle aanvullende informatie hebben ontvangen, tenzij artikel 2.1.2 van toepassing is.

2.1.2 Als de zorgverzekering wordt aangevraagd binnen vier maanden na het ontstaan van de verzekeringsplicht, dan hanteren wij als ingangsdatum de dag waarop de verzekeringsplicht is ontstaan. Bij de geboorte van uw kind is het dus van belang dat u uw kind binnen vier maanden na de geboorte bij ons verzekert. Uw kind is dan vanaf de geboortedatum verzekerd. Wanneer de aanmelding van uw pasgeborene(n) niet binnen vier maanden is ontvangen door ons, gaat de zorgverzekering pas in per meldingsdatum en niet met terugwerkende kracht vanaf de geboortedatum.

2.1.3 Uw zorgverzekering gaat in met terugwerkende kracht tot en met de dag waarop de vorige zorgverzekering is geëindigd, onder voorwaarde dat de periode tussen de einddatum van de eerdere zorgverzekering en uw nieuwe zorgverzekering niet meer dan een maand bedraagt. De werking van terugwerkende kracht onder de voornoemde voorwaarde geldt alleen in de volgende gevallen:

- a. de vorige zorgverzekering is geëindigd door opzegging per 1 januari;
- b. door wijziging van de voorwaarden ten nadele van de verzekerde;
- c. door wijziging van de grondslag van de premie ten nadele van de verzekerde.

2.1.4 Als u al een andere zorgverzekering heeft op de dag zoals bedoeld in 2.1, dan gaat de zorgverzekering in op de door u aangegeven datum, mits deze in de toekomst ligt en u aan de overstapvoorwaarden voldoet.

2.2 Wanneer kunt u uw verzekering opzeggen

Als verzekeringnemer kunt u de zorgverzekering schriftelijk opzeggen per 1 januari van ieder jaar. Wij moeten van u dan wel een opzegging hebben ontvangen uiterlijk 31 december van het voorgaande jaar. Ontvangen wij die niet, dan verlengen wij de zorgverzekering(en) stilzwijgend met de duur van één jaar. Heeft u uiterlijk op 31 december opgezegd dan eindigt de zorgverzekering per 1 januari van het daaropvolgende jaar en heeft u tot 1 februari de tijd om een andere zorgverzekering af te sluiten. Deze nieuwe zorgverzekering gaat dan met terugwerkende kracht in vanaf 1 januari.

Opzeggen kan ook via de opzegservice van Nederlandse zorgverzekeraars. Dit houdt in dat u de zorgverzekeraar van uw nieuwe zorgverzekering toestemming geeft om uw huidige zorgverzekering(en) op te zeggen en bij de nieuwe zorgverzekeraar een zorgverzekering af te sluiten. Ook hier geldt dat u uiterlijk 31 december een andere zorgverzekering moet hebben aangevraagd.

2.2.1 Tussentijds uw verzekering opzeggen

U kunt als verzekeringnemer de zorgverzekering tussentijds schriftelijk opzeggen wanneer:

- a. u iemand anders dan uzelf heeft verzekerd en deze verzekerde een andere verzekering heeft afgesloten op grond van de Zorgverzekeringswet. Denk hierbij aan het bereiken van de 18-jarige leeftijd van uw kind. De huidige zorgverzekering moet dan wel binnen dertig dagen worden opgezegd.

Opzegging bij 18^e verjaardag

Wordt uw kind 18 jaar? Dan kan u zijn of haar verzekering tussentijds opzeggen. Uw kind moet dan zelf een zorgverzekering afsluiten.

Als u de zorgverzekering opzegt en deze is door ons ontvangen voor de ingangsdatum van de nieuwe zorgverzekering, dan beëindigen wij de verzekering op de ingangsdatum van de nieuwe zorgverzekering. Ontvangen wij de opzegging later? Dan is de ingangsdatum de eerste dag van de tweede kalendermaand nadat wij de opzegging hebben ontvangen. U bent desgevraagd gehouden bewijsstukken te overleggen waaruit blijkt dat de verzekerde elders een zorgverzekering heeft;

- b. u geen gebruik meer kunt maken van de collectieve overeenkomst van uw werkgever vanwege een nieuw dienstverband en u kunt deelnemen aan een nieuwe collectieve overeenkomst bij uw nieuwe werkgever. U moet uw zorgverzekering dan wel opzeggen binnen dertig dagen na uw indiensttreding. U bent desgevraagd gehouden bewijsstukken te overleggen waaruit blijkt dat u van collectieve overeenkomst switcht;
- c. wij de premie en/of voorwaarden aanpassen zoals beschreven in artikel 2.8.2;
- d. u van de zorgautoriteit een mededeling heeft ontvangen dat wij een aanwijzing van de zorgautoriteit hebben gekregen vanwege het niet voldoen aan, of een boete opgelegd hebben gekregen vanwege overtreding van, artikel 15f van de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg. U kunt alleen opzeggen binnen zes weken nadat u een mededeling, als bedoeld in dit artikel onder d, ontvangen heeft. De opzegging gaat in op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de dag waarop u heeft opgezegd.

2.3 Wanneer kunt u de zorgverzekering niet opzeggen

Als wij u een aanmaning hebben gestuurd voor een betalingsachterstand van de verschuldigde premie, dan kunt u de zorgverzekering niet opzeggen gedurende de tijd dat de verschuldigde premie en eventuele incassokosten niet zijn voldaan. Dit kan wel als wij de dekking van de zorgverzekering hebben geschorst of binnen twee weken de opzegging hebben bevestigd.

2.4 Wanneer kunnen wij uw verzekering opzeggen

Wij kunnen uw zorgverzekering alleen beëindigen in de volgende situaties:

- a. als er sprake is van het niet op tijd betalen van de premie en eventuele incassokosten, zoals omschreven in artikel 3.4 'Achterstand in betalen';
- b. als er sprake is van fraude zoals omschreven in artikel 4.5 'Hoe gaan wij om met fraude';
- c. als wij vanwege voor ons van belang zijnde redenen de zorgverzekering uit de markt halen.

2.5 Wanneer kunnen wij de dekking van uw verzekering schorsen

Wij kunnen de dekking van uw zorgverzekering schorsen als er sprake is van het niet op tijd betalen van de premie en eventuele incassokosten, zoals omschreven in artikel 3.4 'Achterstand in betalen'.

2.6 Wanneer eindigt uw verzekering van rechtswege

De zorgverzekering kan ook eindigen van rechtswege. In de volgende situaties eindigt de zorgverzekering van rechtswege met ingang van de dag volgend op de dag waarop:

- a. wij geen zorgverzekeringen meer mogen aanbieden of uitvoeren, doordat onze vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, is gewijzigd of ingetrokken. U ontvangt uiterlijk twee maanden van tevoren bericht van ons onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt;
- b. de verzekerde overlijdt (u moet dit binnen dertig dagen aan ons doorgeven);
- c. de verzekeringsplicht eindigt;
- d. u een militair in werkelijke dienst wordt.

U bent als verzekeringnemer verplicht ons zo snel mogelijk te informeren over het overlijden van een verzekerde, het einde van de verzekeringsplicht of indiensttreding als militair in werkelijke dienst. Eventueel te veel betaalde premie wordt aan u terugbetaald of verrekend met door ons betaalde zorgkosten voor zorg waarop u geen recht meer had. Indien in dat geval door ons meer zorgkosten zijn betaald, dan u terugkrijgt aan premie, brengen wij deze kosten bij u in rekening.

2.7 Zorgverzekering van onverzekerden

Als u bij ons verzekerd bent op grond van artikel 9d lid 1 Zvw (Wet opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering), dan kunt u deze zorgverzekering vernietigen. Dit doet u binnen twee weken, te rekenen vanaf de datum waarop het Centraal Administratiekantoor (CAK) u heeft geïnformeerd over dat u bij ons verzekerd bent. Om de zorgverzekering ongedaan te kunnen maken, moet u aan ons

en het CAK kunnen aantonen dat u in de afgelopen periode al verzekerd bent geweest op grond van een andere zorgverzekering. Hierbij gaat het om de periode zoals omschreven in artikel 9d lid 1 van de Zvw.

Wij zijn bevoegd een door het CAK namens u gesloten zorgverzekering te vernietigen vanwege dwaling, als achteraf blijkt dat u op dat moment niet verzekeringsplichtig was. Hiermee wijken wij af van artikel 931, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, conform artikel 9d lid 6 Zvw.

U kunt de zorgverzekering als bedoeld in artikel 9d lid 1 van de Zvw niet opzeggen in de eerste twaalf maanden van de looptijd. Hiermee wijken wij af van artikel 7 van de Zvw. Uitzondering hierop is het derde lid van dat artikel; als dit van toepassing is, kunt u wel uw zorgverzekering opzeggen.

2.8 Wijziging van de premie(grondslag) en voorwaarden

2.8.1 Aanpassing van premie en voorwaarden

Wij hebben het recht om de voorwaarden en/of de grondslag van de premie van de zorgverzekering op elk moment van het jaar en bloc dan wel groepsgewijs te wijzigen. Als wij dit doen, zullen wij u als verzekeringnemer hierover schriftelijk informeren. Een wijziging van de voorwaarden of premiegrondslag gaat niet eerder in dan zeven weken na de dag waarop wij u hierover hebben bericht.

2.8.2 Recht van opzegging

Wijzigen wij de voorwaarden en/of premiegrondslag van de zorgverzekering in uw nadeel? Dan heeft u het recht om uw verzekering op te zeggen binnen zeven weken nadat wij u hebben geïnformeerd over de wijziging. U moet ons hiervan schriftelijk en aangetekend op de hoogte stellen. Het recht van opzegging geldt niet wanneer de wijziging van voorwaarden en/of premiegrondslag het gevolg is van een wijziging van de gestelde regels binnen de artikelen 11 tot en met 14 van de Zvw.

Ontvangen wij voor de dag dat de nieuwe voorwaarden en/of premiegrondslag van kracht zijn geen schriftelijk bericht van opzegging, dan zullen wij de zorgverzekering voortzetten met toepassing van de nieuwe voorwaarden.

2.9 Onrechtmatige inschrijving

- als ten behoeve van u een verzekeringsovereenkomst tot stand is gekomen op grond van de Zorgverzekeringswet en later blijkt dat u geen verzekeringsplicht had of vanaf enig moment niet meer heeft, vervalt de verzekeringsovereenkomst met terugwerkende kracht tot het moment waarop geen verzekeringsplicht (meer) bestaat;
- wij zullen de premie die u vanaf de dag dat uw verzekeringsplicht niet (meer) bestaat, verrekenen met de door u sindsdien voor rekening van Zorg en Zekerheid genoten zorg en het saldo aan u uitbetalen dan wel bij u in rekening brengen.

Artikel 3 Premie en eigen risico

3.1 Premiegrondslag

De premiegrondslag is de premie zonder premiekorting voor een vrijwillig eigen risico. Uw eventuele premiekorting vindt u op uw polisblad.

3.1.1 Berekening van de premie

Grondslag van de premie	€ ,--
Korting vrijwillig gekozen eigen risico	€ ,-- -
<hr/> Subtotaal	€ ,-- -
Korting betaaltermijnen (% tussenresultaat)	€ ,-- -
Te betalen premie	€ ,-- -

3.2 Wie betaalt de premie

De verzekeringnemer is verplicht premie te betalen. Een verzekerde die de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, hoeft geen premie te betalen. Premie is pas verschuldigd op de eerste dag van de kalendermaand na de 18e verjaardag. In geval van overlijden van een verzekerde is er premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden.

Voorbeeld

Iemand die op 2 februari 18 jaar wordt, betaalt premie vanaf 1 maart.

De verzekeringnemer is verplicht de premie vooraf te betalen en bijdragen te betalen, die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke bepalingen of regelingen, voor alle verzekerden. Hierbij kan gekozen worden voor maand-, kwartaal-, half jaar- of jaarbetaling. Wanneer u ervoor kiest om per half jaar of jaar te betalen,

ontvangt u een korting over de verschuldigde premie. Wanneer u toetreedt tot een collectiviteit, kan het zijn dat u alleen voor een maandbetaling kunt kiezen. U heeft dan ook geen recht op de termijnkorting.

3.2.1 Vrijwillig eigen risico bij toetreden collectiviteit

Wanneer u toetreedt tot een collectiviteit, kan het zijn dat de keuze voor een vrijwillig eigen risico beperkt of uitgesloten is. Wanneer u tussentijds toetreedt, kan dit tot gevolg hebben dat uw eerder gekozen vrijwillig eigen risico wordt aangepast.

3.3 Verrekening

U mag verschuldigde bedragen (zoals de premie) niet verrekenen met de vergoedingen die u nog van ons tegoed heeft. Wij mogen uw schuld wel verrekenen met geld waar u nog recht op heeft vanuit uw verzekering(en).

Wanneer een wijziging van uw verzekering plaatsvindt, in de loop van de maand, dan hebben wij het recht de premie met ingang van de eerste dag van de daaropvolgende maand te (her)berekenen of aan u terug te betalen.

In het geval van overlijden van de verzekerde vindt verrekening of terugbetaling van de premie plaats met ingang van de dag volgende op de dag van overlijden.

3.4 Achterstand in betalen

Als u de premie, verplicht/vrijwillig eigen risico, eigen bijdragen, onterecht uitbetaalde vergoedingen of wettelijke bijdragen niet op tijd (terug)betaalt, dan ontvangt u van ons een aanmaning. Bij ontvangst van deze aanmaning heeft u dertig dagen om deze te betalen. Als u niet betaalt binnen de gestelde termijn, dan heeft u geen recht op (vergoeding van kosten voor) medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de eerste dag waarop uw betaling uiterlijk binnen had moeten zijn.

3.4.1 Als u een betalingsachterstand heeft van twee maandpremies, dan bieden wij u een betalingsregeling aan. Dit doen wij uiterlijk binnen tien werkdagen nadat wij de betalingsachterstand hebben vastgesteld.

3.4.2 Als u een betalingsachterstand heeft van vier maanden, dan ontvangt u van ons zo spoedig mogelijk de mededeling dat wij voornemens zijn over te gaan tot melding bij het CAK, zoals bedoeld in artikel 18c van de Zvw. Zodra de premieachterstand zes maanden bedraagt gaan wij de melding ook daadwerkelijk doen, tenzij u binnen vier weken na mededeling laat weten de premieachterstand of de hoogte ervan te betwisten.

3.4.3 Wanneer wij ons standpunt na uw betwisting handhaven, kunt u binnen vier weken na ontvangst van deze mededeling een geschil hierover aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) of een burgerlijk rechter voorleggen. Wanneer uw betalingsregeling als bedoeld in artikel 18a Zvw ingaat, nadat ten aanzien van de zorgverzekering een achterstand in de betaling van de premie van vier maanden is ontstaan, laat de zorgverzekeraar de in artikel 18b eerste lid bedoelde melding achterwege, zolang de nieuw te vervallen termijnen worden voldaan (zie artikel 18.b.3 Zvw).

3.4.4 Als u een betalingsachterstand heeft van zes maanden of meer, dan melden wij u aan bij het CAK. Dit doen wij onder vermelding van de voor de heffing van de bestuursrechtelijke premie en de voor de uitvoering van artikel 34a van de Zvw noodzakelijke persoonsgegevens van u als verzekeringnemer en van de eventuele verzekerden. Wij doen geen melding als u:

- de premieachterstand op tijd heeft betwist en wij ons standpunt nog niet aan u kenbaar hebben gemaakt;
- de in het artikel 18b, tweede lid, Zvw genoemde termijn nog niet is verstreken;
- op tijd een geschil heeft voorgelegd aan de SKGZ of een burgerlijk rechter, en op het geschil niet onherroepelijk is beslist;
- zich heeft aangemeld bij een professionele schuldhulpverlener en aantoont dat u een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van uw schulden heeft gesloten.

3.4.5 Wij stellen het CAK meteen op de hoogte van de datum waarop:

- de schulden voortvloeiend uit de zorgverzekering volledig zijn of zullen zijn voldaan of tenietgaan;
- de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, bedoeld in de Faillissementswet, op de verzekeringnemer van toepassing wordt;
- een overeenkomst is gesloten zoals bedoeld in artikel 18c, tweede lid, onderdeel d van de Zvw (dit is een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van de schulden van de verzekeringnemer). Deze overeenkomst moet zijn gesloten door tussenkomst van een schuldhulpverlener zoals bedoeld in artikel 48 Wet op het consumentenkrediet. Of wij stellen u als verzekeringnemer en het CAK op de hoogte van de datum waarop een schuldregeling tot stand is gekomen. Aan deze schuldregeling moet, naast u als verzekeringnemer, minstens wij als zorgverzekeraar deelnemen.

3.4.6 Indien u in verzuim bent met de volledige betaling van onze vordering en er is voldaan aan het bepaalde in artikel 6:96 lid 6 Burgerlijk Wetboek, dan bent u aan ons buitengerechtelijke incassokosten verschuldigd. De buitengerechtelijke incassokosten worden bepaald en berekend conform het op basis van artikel 6:96 lid 5 Burgerlijk Wetboek vastgestelde Besluit vergoeding voor buitengerechtelijke incassokosten.

3.4.7 U heeft weer recht op (vergoeding van de kosten voor) zorg op de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de kosten hebben ontvangen.

3.5 Verplicht eigen risico

3.5.1 Hoogte van het verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, dan heeft u een verplicht eigen risico van € 385,- per kalenderjaar. De hoogte van het verplicht eigen risico wordt jaarlijks vastgesteld door de overheid en geldt per verzekerde.

Het verplicht eigen risico houdt in dat u de kosten van verzekerde zorg tot dit bedrag zelf moet betalen. Het gaat hierbij om kosten die u in de loop van het kalenderjaar vanuit de basisverzekering maakt.

Voorbeeld

Denk hierbij bijvoorbeeld aan een opname in een ziekenhuis waarbij wij de kosten vergoeden van de opname. U ontvangt van ons vervolgens een rekening voor het betalen van uw verplicht eigen risico.

3.5.2 Voor welke zorg geldt het verplicht eigen risico

Het verplicht eigen risico geldt voor alle zorgvormen opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, behalve voor:

- a. huisartsenzorg. Let u hierbij op dat bijvoorbeeld geneesmiddelen die de huisarts voorschrijft niet onder huisartsenzorg vallen. Ditzelfde geldt voor laboratoriumonderzoek (bijvoorbeeld bij bloedonderzoek) dat samenhangt met de huisartsenzorg. Wanneer dit laboratoriumonderzoek op verzoek van de huisarts door een andere zorgaanbieder wordt uitgevoerd, dan geldt het verplicht eigen risico. De consultatiekosten in het kader van Transparant Next door een psychiater vallen wel buiten het eigen risico;
- b. de directe kosten van kraam- en verloskundige zorg alsmede het plaatsen van een spiraal door een verloskundige. Kosten van hiermee samenhangende zorg vallen wel onder het eigen risico. U kunt hierbij denken aan ambulancevervoer, geneesmiddelen en onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht.
- c. anticonceptie voor verzekerden vanaf 18 tot en met 20 jaar;
- d. verpleging en verzorging (wijkverpleging) omschreven in Rubriek B artikel 21 en 27.1;
- e. vervoer van een donor, indien de donor een zorgverzekering heeft afgesloten en de kosten ten laste van diens zorgverzekering komen. In dat geval vergoeden wij de laagste klasse van het openbaar vervoer. Als er een medische noodzaak is voor vervoer met de auto, vergoeden wij de kosten van het vervoer per auto;
- f. zorgkosten, van donoren, die verband houden met de donatie en die optreden na 13 weken of bij levertransplantatie na 26 weken na de donatie bij leven;
- g. medicijnen die in het Reglement Farmaceutische zorg door ons zijn aangewezen als voorkeursgeneesmiddelen. Houdt u er wel rekening mee dat de zorgverlening van de apotheek, bijvoorbeeld terhandstellingskosten, het begeleidingsgesprek bij een nieuw geneesmiddel of een inhalatie-instructie niet zijn vrijgesteld van het eigen risico. Zie ook in Rubriek B artikel 19;
- h. de medicijncheck door een gecontracteerde apotheker;
- i. gecontracteerde multidisciplinaire zorgverlening voor chronische aandoeningen voor zover daarbij sprake is van ketenzorg;
- j. de door ons goedgekeurde programma's Stoppen met roken (inclusief medicatie). Deze vindt u op www.zorgzekerheid.nl/vergoedingenzoeker;
- k. de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI);
- l. hulpmiddelen in bruikleen;
- m. NIPT voor vrouwen met een medische indicatie;
- n. de kosten van zorg die uit de zorgverzekeringswet kunnen worden aangemerkt als vergoede zorg in geval van domein- en sector overstijgende samenwerking;
- o. de kosten van het verkennend gesprek.

3.5.3 Vanaf wanneer gaat het verplicht eigen risico in

Wordt u in de loop van een kalenderjaar 18 jaar? Dan geldt het verplicht eigen risico vanaf de eerste dag van de kalendermaand na de 18e verjaardag. De hoogte van het verplicht eigen risicobedrag wordt in dat geval berekend zoals omschreven in artikel 3.5.4.

1.7 Nederlands recht

Op deze aanvullende verzekering(en) is uitsluitend het Nederlands recht van toepassing.

1.8 Aanvragen of opzeggen van de aanvullende verzekering

Waar gesproken wordt over aanvragen of opzeggen van de aanvullende verzekering kan dit schriftelijk/digitaal of telefonisch.

2. Aanvraag, aanvang en beëindiging van uw aanvullende verzekering

2.1 Hoe vraagt u een aanvullende verzekering aan

U kunt de aanvullende verzekeringen uit deze polisvoorwaarden bij ons aanvragen. Als aanvrager van een aanvullende verzekering verleent u medewerking aan het verkrijgen van informatie die wij nodig achten voor de beoordeling van uw aanvraag.

2.2 Vult u uw aanvraag volledig en naar waarheid in

Wanneer u een aanvullende verzekering aanvraagt of een wijziging op uw bestaande verzekering doorgeeft, dan geeft u dit volledig en gebaseerd op de waarheid aan ons door. Wanneer u dit niet doet zijn wij geen vergoeding van kosten verschuldigd en kunnen wij zonder inachtneming van een opzegtermijn uw verzekering beëindigen. Dit geldt ook als u essentiële informatie achterhoudt die voor ons van belang zou zijn geweest om de verzekeringsovereenkomst met u aan te gaan, of niet, onder dezelfde voorwaarden. Wanneer dit het geval is, kunnen wij een beroep doen op Titel 17 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek en de verzekeringsovereenkomst per direct opzeggen. Als wij onderzoekskosten maken voor de vaststelling of u alles volledig en naar waarheid heeft ingevuld, worden deze kosten aan u doorberekend.

2.3 Voorwaarden waar u rekening mee moet houden bij uw aanvraag

Zorg en Zekerheid stelt geen gezondheidsvragen voor de aanvraag van een aanvullende verzekering, wel stellen wij algemene en een aantal specifieke voorwaarden:

- a. als u als bestaande verzekeringnemer/verzekerde naar een aanvullend pakket wilt overstappen met een beperktere of uitgebreidere dekking dan moet u dit uiterlijk 31 december van het jaar aan ons doorgeven, de verzekering wijzigt dan op 1 januari van het volgende jaar;
- b. het is niet mogelijk om gelijktijdig verzekerd te zijn voor meer dan één aanvullend pakket, behalve de AV-Delen;
- c. kinderen volgen het meest uitgebreide pakket van de ouder(s) waarbij ze op het polisblad staan. Kinderen waarvan de beide ouders gekozen hebben voor de AV-Plus worden verzekerd in de AV-Top;
- d. kinderen hebben alleen recht op een aanvullende verzekering als een van de ouders een aanvullende verzekering bij Zorg en Zekerheid heeft;
- e. kinderen die alleen op het polisblad staan, waarvan de ouders niet zijn verzekerd bij ons, betalen geen premie en worden verzekerd in de AV-Sure;
- f. u kunt alleen voor de AV-Delen kiezen als u beiden aan alle volgende voorwaarden voldoet:
 - u betaalt premie;
 - u heeft dezelfde aanvullende verzekering met een vergoeding voor tandheelkunde;
 - u staat op hetzelfde polisblad vermeld.
- g. de AV-Delen heeft alleen betrekking op tandheelkundige hulp zoals vermeld in artikel 13.2 van deze polisvoorwaarden;
- h. als u in verband met zwangerschap kiest voor de AV-GeZZin gedurende het jaar, dan is een voorwaarde dat u bij ons al een basisverzekering en aanvullende verzekering heeft. U kunt tussentijds niet overstappen naar de AV-GeZZin wanneer u de aanvullende verzekering AV-Gemak heeft.

2.4 Begin, einde en duur van uw verzekering

- 2.4.1 Uw verzekering gaat in op 1 januari van een kalenderjaar of op de dag dat uw basisverzekering tussentijds ingaat uitgezonderd de AV-GeZZin. De duur van de verzekering is voor het (resterende) kalenderjaar waarin de aanvullende verzekering is ingegaan. Na afloop van dit kalenderjaar wordt uw verzekering jaarlijks stilzwijgend verlengd voor een periode van een kalenderjaar, tenzij u de verzekering uiterlijk 31 december van het kalenderjaar opzegt.
- 2.4.2 Als wij voor het afhandelen van uw aanvraag voor een verzekering extra informatie bij u hebben opgevraagd, gaat de verzekering pas in op de eerste dag van de maand volgend op die maand waarin wij de benodigde informatie hebben ontvangen.
- 2.4.3 De verzekering eindigt:
 - na afloop van de overeengekomen termijn indien de verzekeringnemer vóór 1 januari enig jaar opzegt (zie artikel 2.7.1);
 - op het tijdstip waarop de verzekerde niet langer zijn vaste woonplaats heeft in Nederland of een ander EU-/EER-land;
 - bij overlijden van verzekeringnemer of verzekerde;

- bij opzegging door de verzekerde wegens wijziging van de verzekeringsvoorwaarden, verzekeringspakket en/of de premie, zoals bedoeld in artikel 4.2 en wel op de wijze als in artikel 4.3 is bepaald;
- bij opzegging door de verzekeraar zoals vermeld in artikel 2.8.

2.5 Weigering aanvraag verzekering

Wij kunnen uw aanvraag weigeren wanneer er eerder sprake is geweest van een verzekering die is beëindigd omdat de verschuldigde premie niet is voldaan. Ook kunnen wij de aanvraag weigeren indien de verzekering eerder is beëindigd in verband met hetgeen is bepaald in artikel 2.8 of als er sprake is van een registratie van de verzekeringnemer en/of verzekerde in het Incidentenwaarschuwingensysteem voor financiële instellingen (Extern Verwijzingsregister).

2.6 Kiezen voor een andere aanvullende verzekering

- 2.6.1 U kunt alleen een andere aanvullende verzekering kiezen met ingang van het opvolgende kalenderjaar, mits u dit uiterlijk 31 december aan ons doorgeeft. Gedurende het lopende kalenderjaar kiezen voor een andere aanvullende verzekering is dus niet mogelijk, behalve bij:
- a. geboorte van een kind (alleen AV-GeZZin);
 - b. een verzekerde die de 18-jarige leeftijd heeft bereikt en in de maand waarin de verzekerde 18 jaar wordt, of de maand daaropvolgend, een andere aanvullende verzekering aanvraagt bij Zorg en Zekerheid;
 - c. verzekerden die uit een collectief komen met een aanvullende verzekering die vanwege de voorwaarden van dat collectief niet kan worden behouden;
 - d. verzekerden die in verband met zwangerschap willen kiezen voor de AV-GeZZin en voldoen aan de voorwaarden uit artikel 2.3 h.

De verzekering voor b t/m d gaat in op de eerste dag van de maand volgend op de maand waarin de aanvraag voor de aanvullende verzekering bij Zorg en Zekerheid is binnengekomen.

- 2.6.2 Pasgeborenen worden ingeschreven per geboortedatum als het kind binnen vier maanden na de geboorte is aangemeld. Wanneer de aanmelding van uw pasgeborene(n) niet binnen vier maanden na de geboorte is ontvangen door ons, gaat de verzekering pas in per meldingsdatum en niet met terugwerkende kracht vanaf de geboortedatum.
- 2.6.3 Wanneer een op het polisblad van de ouder vermeld kind de 18-jarige leeftijd heeft bereikt, is het toegestaan om een andere aanvullende verzekering te kiezen of die te beëindigen. De andere aanvullende verzekering of opzegging gaat dan in op de eerste dag van de maand volgend op de maand waarin uw kind 18 jaar wordt. Voorwaarde is dat wij de wijziging of opzegging hebben ontvangen in de maand waarin uw kind 18 wordt, of de maand daaropvolgend.

2.7 Wanneer kunt u uw aanvullende verzekering opzeggen

- 2.7.1 Als verzekeringnemer kunt u de aanvullende verzekering opzeggen per 1 januari van ieder jaar. Voorwaarde is dat wij uw opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar hebben ontvangen. U kunt gebruikmaken van de opzegservice van de Nederlandse zorgverzekeraars. Hiermee geeft u de verzekeraar van de nieuwe aanvullende verzekering toestemming om de oude aanvullende verzekering op te zeggen.
- 2.7.2 Als verzekeringnemer kunt u de aanvullende verzekering tussentijds schriftelijk opzeggen bij:
- a. een premie- en/of polisvoorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 4;
 - b. een op het polisblad van de ouder vermeld kind dat 18 jaar wordt, zoals omschreven in artikel 2.6.3.

2.8 Wanneer kunnen wij uw aanvullende verzekering opzeggen

Wij kunnen uw aanvullende verzekering schriftelijk, met ingang van een door Zorg en Zekerheid te bepalen tijdstip, opzeggen als:

- a. u de premie van uw verzekering niet op tijd betaald heeft, zoals vermeld in artikel 3.3;
- b. er sprake is van fraude (zie artikel 5.5);
- c. u ons geen, niet-volledige of onjuiste informatie heeft gegeven (zie artikel 2.2);
- d. er niet meer voldaan wordt aan de voorwaarden beschreven in artikel 1.1 en 2.3;
- e. u de basisverzekering opzegt en een andere basisverzekering bij ons afsluit;
- f. wij vanwege voor ons belang zijnde redenen de verzekering uit de markt halen.

2.9 Mededelingen

Mededelingen gericht aan uw laatst bij ons bekende adres en/of e-mailadres, worden geacht u te hebben bereikt.

3. Premie

3.1 Wie betaalt de premie

De verzekeringnemer is verplicht voor elke premieplichtige verzekerde de premie te betalen. De verplichting tot premiebetaling gaat in op de ingangsdatum en eindigt op de datum van beëindiging van de verzekering. Een verzekerde die de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt en de aanvullende verzekering van de ouder volgt zoals omschreven in artikel 2.3, hoeft geen premie te betalen. Premie is pas verschuldigd op de eerste dag van de kalendermaand na de 18e verjaardag. In geval van overlijden van een verzekerde is er premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden.

Voorbeeld 18-jarige

Iemand die op 2 februari 18 jaar wordt, betaalt premie vanaf 1 maart.

De verzekeringnemer is verplicht de premie en bedragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke bepalingen of regelingen voor alle verzekerden vooruit te betalen. Hierbij kan gekozen worden voor maand-, kwartaal-, half jaar- of jaarbetaling.

3.2 Verrekening

U mag verschuldigde bedragen (zoals de premie) niet verrekenen met de vergoedingen die u nog van ons tegoed heeft. Wij mogen uw schuld wel verrekenen met geld waar u nog recht op heeft vanuit uw verzekering(en).

3.3 Niet-tijdig betalen

- 3.3.1 Als u de premie, wettelijke bijdrage, eigen risico, eigen bijdrage of kosten niet op tijd betaalt, dan sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste veertien dagen, kunnen wij de verzekering beëindigen. Als wij de verzekering hebben beëindigd kan de verzekering weer aangevraagd worden nadat de verschuldigde premie en eventuele kosten zijn betaald. De verzekering gaat in per 1 januari van het eerstvolgende kalenderjaar.
- 3.3.2 Als u als verzekeringnemer al eens aangemaand bent geweest voor niet-tijdige betaling van de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen of kosten, hoeven wij bij een volgende factuur u niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.
- 3.3.3 Als u in verzuim bent met de volledige betaling van onze vordering en er is voldaan aan het bepaalde in artikel 6:96 lid 6 Burgerlijk Wetboek, dan bent u aan ons buitengerechtelijke incassokosten verschuldigd. De buitengerechtelijke incassokosten worden bepaald en berekend conform het op basis van artikel 6:96 lid 5 Burgerlijk Wetboek vastgestelde Besluit vergoeding voor buitengerechtelijke incassokosten.
- 3.3.4 U bent verplicht tijdig uw premie te betalen. U kunt zich bij het niet betalen van de premie op de premievervaldag niet beroepen op het feit dat de premie niet-tijdig is geïnd.

3.4 Assurantiebelasting

Als wij voor u in het buitenland over de verzekeringspremies belasting moeten afdragen, zullen wij dit bij u in rekening brengen. U bent verplicht deze belastingen binnen de door ons gestelde termijn te voldoen. Als u niet op tijd dit bedrag aan ons betaalt zullen wij de aanvullende verzekering beëindigen (zie artikel 3.3.1).

3.5 Hoe wordt uw premie berekend

Grondslag van de premie

Korting collectiviteit ten aanzien van de aanvullende verzekering

_____ -
Tussenresultaat (te betalen premie)

Korting betaaltermijnen _____ -

Te betalen premie

3.6 Korting betaaltermijnen

Wanneer u ervoor kiest om per half jaar of jaar te betalen, ontvangt u een korting over de verschuldigde premie. Wanneer u toetreedt tot een collectiviteit ten aanzien van de aanvullende verzekering, dan kan het zijn dat u alleen voor een maandbetaling kunt kiezen. U heeft dan in dat geval geen recht op termijnkorting.

Zorgverzekeringswet

Artikel 8a

1. Nadat de zorgverzekeraar de verzekeringnemer heeft aangemaand tot betaling van een of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie, kan de verzekeringnemer gedurende de tijd dat de verschuldigde premie, rente en incassokosten niet zijn voldaan, de zorgverzekering niet opzeggen, tenzij de zorgverzekeraar de zorgverzekering of de dekking daarvan heeft geschorst of opgeschort.
2. Het eerste lid lijdt uitzondering indien de zorgverzekeraar de verzekeringnemer binnen twee weken te kennen geeft de opzegging te bevestigen.

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.