

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs, mr. J.J.M. Linders en mr. B.L.A. van Drunen

Zaaknummer: 202400430

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij brief van 18 september 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 28 oktober 2024 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 2 december 2024 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 3 december 2024 aan verzoeker gestuurd. Bij brief van 18 december 2024 heeft verzoeker hierop gereageerd. Een afschrift van zijn reactie is aan de zorgverzekeraar gezonden.
- 1.3. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 19 februari 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.4. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie de zorgverzekeraar verzocht informatie te sturen over de contacten die op 10 januari 2022 hebben plaatsvonden. Bij brief van 12 maart 2025 heeft de zorgverzekeraar de gevraagde informatie overgelegd. Afschriften hiervan zijn aan verzoeker gezonden, die daarbij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Bij brief van 26 maart 2025 heeft verzoeker van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie van deze reactie is aan de zorgverzekeraar gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in de jaren 2021 tot en met 2023 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Jaaah basis en in 2024 op grond van de ONVZ Bewuste Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering).
- 2.2. De zorgverzekeraar heeft verzoeker bij herhaling verzocht de premie voor de maand juni 2023 te voldoen. Verzoeker heeft op zijn beurt de zorgverzekeraar gevraagd om een toelichting op de vordering. Hierop heeft de zorgverzekeraar hem bij chatberichten van verschillende data geïnformeerd over de verwerking van de ontvangen betalingen.

- 2.3. Verzoeker heeft, zowel bij brief van 2 augustus 2023 als op latere contactmomenten, de zorgverzekeraar verzocht de zorgverzekering per direct te beëindigen. De zorgverzekeraar heeft volgens zijn verklaring de brief van 2 augustus 2023 niet ontvangen, doch bij de latere contactmomenten aan verzoeker meegedeeld dat de zorgverzekering alleen met ingang van 1 januari 2024 kon worden opgezegd, mits alsdan geen sprake zou zijn van een premieachterstand.
- 2.4. Omdat op de polis van verzoeker op 31 december 2023 sprake was van een premieachterstand, is de opzegging van verzoeker met ingang van 1 januari 2024 niet geëffectueerd. Daarnaast is verzoeker met ingang van 1 maart 2024 door de zorgverzekeraar aangemeld bij het CAK vanwege een premieachterstand voor de zorgverzekering van ten minste zes maanden.
- 2.5. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar verschillende keren om heroverweging van voornoemde beslissingen gevraagd. De zorgverzekeraar heeft hierop aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissingen handhaaft.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar:
 - (i) zijn in 2021, 2022 en 2023 gedane opzeggingen van de zorgverzekering ten onrechte niet heeft geëffectueerd;
 - (ii) hem ten onrechte met ingang van 1 maart 2024 heeft aangemeld bij het CAK;
 - (iii) de hoogte van de betalingsachterstand niet correct heeft berekend.
- 3.2. Verzoeker heeft in dit verband gesteld dat hij zowel in 2021 als in 2022 de zorgverzekering bij de zorgverzekeraar heeft opgezegd. De zorgverzekeraar heeft, door gebruik te maken van boekhoudkundige trucs, ervoor gezorgd dat de gedane opzeggingen nooit zijn geëffectueerd, waardoor verzoeker ook in 2022 en 2023 bij de zorgverzekeraar verzekerd is gebleven. Op 2 augustus 2023, in september 2023, en op 20 november 2023 heeft verzoeker de zorgverzekering opnieuw geprobeerd op te zeggen, met ingang van 1 januari 2024. Op al deze opzeggingen heeft hij van de zorgverzekeraar geen reactie ontvangen. Uiteindelijk heeft verzoeker zich eind 2023 bij verschillende andere verzekeraars aangemeld om zich daar met ingang van 1 januari 2024 te verzekeren tegen ziektekosten. Bij de aanmeldingen heeft verzoeker telkens gebruik gemaakt van de aangeboden opzegservice, maar alle betrokken verzekeraars kregen de melding dat nog sprake was van een premieachterstand bij de zorgverzekeraar en dat om die reden opzegging van de zorgverzekering met ingang van 1 januari 2024 niet mogelijk was.
- 3.3. De stelling van de zorgverzekeraar dat sprake was van een premieachterstand is onjuist, omdat verzoeker altijd alle betalingen volledig heeft gedaan. Zoals ook uit de overgelegde bankafschriften blijkt, wordt het verschuldigde premiebedrag telkens op de 23e van de maand overgemaakt. Doordat de zorgverzekeraar met enige regelmaat vergat facturen te versturen, en daarna zelfstandig betalingen is gaan verrekenen, zijn maanden open komen te staan. Anders dan de zorgverzekeraar stelt, is dit niet aan verzoeker toe te rekenen. Uit de bankafschriften volgt namelijk dat ook in de maanden waarvan de zorgverzekeraar stelt dat er niet is betaald door verzoeker betalingen zijn gedaan. Ondanks meerdere verzoeken daartoe verzuimt de zorgverzekeraar om met zijn bankafschriften aan te tonen dat er niet is betaald. Door deze handelwijze heeft de zorgverzekeraar de door verzoeker gedane opzeggingen stelselmatig kunnen weigeren en hem zelfs aangemeld bij het CAK wegens het bestaan van een premieachterstand. Vanwege deze aanmelding moet verzoeker nu de hogere bestuursrechtelijke premie betalen die hij, gelet op zijn inkomen, onmogelijk kan voldoen.

- 3.4. Ter zitting heeft verzoeker herhaald dat hij vanaf het moment dat hij bij de zorgverzekeraar was verzekerd de verschuldigde premie telkens rond de 23^e van de maand heeft overgemaakt. Dit blijkt ook uit de bankafschriften die eerder door hem zijn overgelegd. Desondanks blijft de zorgverzekeraar zich op het standpunt stellen dat al in 2021 sprake was van een betalingsachterstand zodat opzegging van de zorgverzekering eind 2021 niet mogelijk was. In 2022 herhaalde de geschiedenis zich en werd opzegging van de zorgverzekering opnieuw geweigerd. Verder heeft verzoeker aangevoerd dat er volgens de zorgverzekeraar op 10 januari 2022 e-mailcontact zou zijn geweest over de verwerking van een op 22 december 2021 gedane betaling, maar hiermee is hij niet bekend. Evenmin was verzoeker ervan op de hoogte dat de verschuldigde premie bij vooruitbetaling moest worden voldaan.
- 3.5. In reactie op de brief van de zorgverzekeraar van 25 maart 2025 heeft verzoeker verklaard dat hij op 10 januari 2022 door een medewerkster van de zorgverzekeraar is gebeld. Tijdens dit gesprek werd hem bevestigd dat alle in 2021 verschuldigde bedragen waren voldaan. De zorgverzekering kon toen echter niet meer met ingang van 1 januari 2022 worden opgezegd. Daar komt bij dat verzoeker op 6 december 2021 met een andere medewerkster van de zorgverzekeraar via WhatsApp contact heeft gehad, en deze beweerde dat de premie voor maart 2021 nog openstond. Als het contact op 10 januari 2022 eerder had plaatsgevonden had verzoeker zijn zorgverzekering tijdig kunnen opzeggen. Verder heeft de zorgverzekeraar ook op 25 maart 2025 geen bankafschriften gestuurd waaruit blijkt welke bedragen wanneer door hen zijn ontvangen.

4. Standpunt zorgverzekeraar

- 4.1. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker met ingang van 1 januari 2021 bij hem is verzekerd tegen ziektekosten. Doordat verzoeker naliel de verschuldigde premie voor de maand maart 2021 (€ 89,-) te voldoen is deze maandpremie lange tijd open blijven staan. Na telefonisch contact tussen de zorgverzekeraar en verzoeker is afgesproken om de op 22 december 2021 gedane betaling van € 93,75, ondanks de vermelding van een ander betalingskenmerk, te gebruiken voor de premie voor de maand maart 2021 en het restant van € 4,75 aan verzoeker terug te storten. Deze verrekening had wel tot gevolg dat de premie voor de maand januari 2022 (€ 93,75) open bleef staan. Uiteindelijk heeft verzoeker op 23 januari 2023 de premie voor deze maand betaald en is de betaling van 20 december 2022 gebruikt voor de premie van januari 2023. Vanaf juni 2023 zijn de betalingen van verzoeker gestagneerd en heeft de zorgverzekeraar alleen op 24 juli 2023 nog een bedrag van verzoeker ontvangen. De betalingsachterstand bedraagt naar de stand van 2 december 2024 € 814,30, exclusief incassokosten en rente. Genoemd bedrag heeft betrekking op de nog openstaande premies voor de maanden juni 2023, en september 2023 tot en met februari 2024.
- 4.2. Verzoeker stelt dat hij de zorgverzekering eind 2021 en eind 2022 heeft opgezegd, maar de zorgverzekeraar heeft hiervan geen bericht ontvangen. Voor zover verzoeker bij een andere verzekeraar gebruik heeft gemaakt van de opzegservice, geldt dat de beoordeling of een aspirant-verzekerde wordt geaccepteerd door die verzekeraar wordt uitgevoerd. Elke verzekeringsmaatschappij heeft een koppeling met Vecozo, een landelijk verzekeringscontrole systeem, waar een eventuele betalingsachterstand in staat geregistreerd. Op het moment dat sprake is van een premieachterstand voor de zorgverzekering zal de aanvraag door de nieuwe verzekeraar automatisch worden afgewezen. De verzekeraar waarbij de aspirant-verzekerde is verzekerd ontvangt hierover geen bericht.
- 4.3. Verzoeker heeft stukken overgelegd waaruit blijkt dat hij de zorgverzekering eind 2023 opnieuw wilde opzeggen. Hiertoe geldt dat weliswaar niet uit de verzekeringsvoorwaarden, maar uit artikel 8a van de Zorgverzekeringswet volgt dat een verzekerde zijn zorgverzekering niet kan opzeggen als nog sprake is van een premieachterstand. Per ultimo 2023 waren vijf maandpremies onbetaald gebleven zodat de zorgverzekeraar de toen gedane opzegging heeft geweigerd.

Verder heeft de zorgverzekeraar toegelicht dat het label waarbij verzoeker tot en met 31 december 2023 was verzekerd tegen ziektekosten met ingang van 1 januari 2024 niet meer wordt aangeboden. Dit had tot gevolg dat alle verzekerden automatisch met ingang van genoemde datum rechtstreeks bij de zorgverzekeraar verzekerd zijn geworden tegen ziektekosten. Voor zover verzoeker stelt dat hij op grond van artikel 7:940 van het Burgerlijk Wetboek zijn zorgverzekering toen mocht opzeggen, geldt dat het pakket gelijk is gebleven. Tussen de verzekeringen in 2023 en 2024 was wel sprake van een verschil in premie, maar het is een vaststaand feit dat de premie elke jaar wordt verhoogd.

- 4.4. De zorgverzekeraar heeft voorts verklaard dat op 1 maart 2024 de premies voor de maanden juni 2023, en september 2023 tot en met februari 2024 niet door verzoeker waren voldaan. Omdat de betalingsachterstand derhalve meer dan zes maandpremies voor de zorgverzekering bedroeg, heeft de zorgverzekeraar verzoeker met ingang van 1 maart 2024 aangemeld bij het CAK. Voorafgaand aan de aanmelding bij het CAK heeft de zorgverzekeraar op 8 september 2023, 8 november 2023 en 23 februari 2024 aan verzoeker de zogenoemde 2-, 4- en 6-maandsbrieven gezonden. Bij brief van 2 december 2024 heeft de zorgverzekeraar kopieën van deze brieven overgelegd. De zorgverzekeraar concludeert dat verzoeker met ingang van 1 maart 2024 terecht door hem is aangemeld bij het CAK, omdat de premieachterstand voor de zorgverzekering op dat moment meer dan 6 maanden bedroeg en door hem de juiste procedure voor aanmelding is gevolgd.
- 4.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de premie voor de maand maart 2021 aanvankelijk open is blijven staan doordat verzoeker van betaling in de maand naar betaling voorafgaand aan de maand is overgegaan. De zorgverzekeraar heeft in eerste instantie geprobeerd de premies voor de maanden januari en februari 2021 automatisch bij verzoeker te incasseren. Nadat verzoeker de betalingen storneerde is aan hem een betaalverzoek gestuurd. Naar aanleiding hiervan heeft verzoeker de openstaande premies voldaan. Zo is op 23 januari 2021 de premie voor de maand januari 2021 betaald en op 22 februari 2021 de premie voor de maand februari 2021. Vervolgens is niet meer geprobeerd de premie voor de maand maart 2021 automatisch te incasseren, en is aan verzoeker een betaalverzoek voor de premie voor de maand april 2021 gezonden. De premie voor de maand maart 2021 is open blijven staan. Tijdens een telefonisch contact op 10 januari 2022 met verzoeker is afgesproken om een op 22 december 2021 gedane betaling, die eigenlijk voor januari 2022 was bedoeld, te gebruiken voor de achterstallige premie voor de maand maart 2021. Deze verrekening had wel tot gevolg dat de premie voor de maand januari 2022 open bleef te staan. Uiteindelijk is de premie voor deze maand pas in januari 2023 betaald, met daarbij het premiebedrag van 2022, en is de betaling van december 2022 gebruikt voor de premie van januari 2023. Dat klopte ook met het bedrag van de betaling, ter hoogte van de premie voor 2023. Sinds juni 2023 heeft verzoeker verzuimd meerdere maandpremies te voldoen, waardoor de betalingsachterstand is opgelopen. Verder benadrukt de zorgverzekeraar nogmaals dat hij van verzoeker in zowel 2021 als 2022 geen opzegging heeft ontvangen. Een eerste bericht van verzoeker dat hij de zorgverzekering wilde opzeggen dateert uit 2023.
- 4.6. Bij brief van 12 maart 2025 heeft de zorgverzekeraar verklaard dat op 10 januari 2022 telefonisch contact met verzoeker heeft plaatsgevonden. Tijdens dit gesprek is de verwerking van de op 22 december 2021 gedane betaling aan de orde geweest. Zoals eerder is toegelicht, is met verzoeker toen afgesproken om het bedrag van € 93,75 te gebruiken voor de premie voor de maand maart 2021 en het restant van € 4,75 aan hem terug te storten. Een en ander is bij e-mailbericht van eveneens 10 januari 2022 aan verzoeker bevestigd, waarna hij het bericht terugstuurde dat hij de zorgverzekeraar zeer erkentelijk was. De zorgverzekeraar acht met het voorgaande te hebben bewezen dat verzoeker heeft ingestemd met de correctie aan de hand van zijn op 22 december 2021 gedane betaling.

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 80 van de 'Algemene Regels en Vergoedingen 2024' 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, de aanmelding bij het CAK 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.

Opzeggingen in 2021, 2022 en 2023

- 6.2. Verzoeker heeft gesteld dat hij de zorgverzekering in 2021, 2022, en 2023 heeft opgezegd. De ontvangst van de door verzoeker in 2021 en 2022 gedane opzeggingen is door de zorgverzekeraar bestreden. De door verzoeker in 2023 gedane opzegging kon blijkbaar niet worden geëffectueerd omdat toen sprake was van een premieachterstand. Met betrekking tot de opzeggingen overweegt de commissie als volgt.

Uit artikel 3:37, derde lid, BW volgt dat een mededeling, om haar werking te hebben, de geadresseerde moet hebben bereikt. Het risico dat de mededeling de geadresseerde niet bereikt, ligt in beginsel bij de verzender. De commissie constateert dat door verzoeker niet aannemelijk is gemaakt dat hij zijn zorgverzekering in 2021 heeft opgezegd. Zo zijn door verzoeker geen kopieën van brieven of andere documenten overgelegd die in 2021 aan de zorgverzekeraar zijn gestuurd met de mededeling dat de zorgverzekering wordt opgezegd. Evenmin zijn door verzoeker stukken aangeleverd waaruit blijkt dat hij zich met ingang van 1 januari 2022 bij een andere verzekeraar als verzekerde heeft aangemeld, en dat hij gebruik wenst te maken van een eventueel door deze verzekeraar geboden opzegservice.

Hier komt bij dat verzoeker in dit verband zelf heeft verklaard dat hij, indien het telefoongesprek op 10 januari 2022 op een eerder moment was gevoerd, nog de mogelijkheid zou hebben gehad met ingang van 1 januari 2022 de zorgverzekering op te zeggen. Dat verhoudt zich naar het oordeel van de commissie slecht tot de gestelde opzegging in 2021.

Verzoeker heeft, gelet op het voorgaande, de zorgverzekering in 2021 niet rechtsgeldig opgezegd, althans daarvan is niet gebleken, zodat hij ook gedurende het kalenderjaar 2022 bij de zorgverzekeraar verzekerd is gebleven.

- 6.3. Waar het gaat om de opzegging eind 2022, geldt dat verzoeker een brief van 23 december 2022 heeft overgelegd waaruit blijkt dat hij zich bij een andere verzekeraar heeft aangemeld, en gebruik heeft gemaakt van de door deze geboden opzegservice. Opzegging was evenwel niet mogelijk omdat ten tijde van de aanmelding volgens Vecozo sprake was van een betalingsachterstand. De zorgverzekeraar heeft in dit verband verwezen naar artikel 8a Zvw. De commissie overweegt dat in artikel 81 van de voorwaarden van de zorgverzekering is vermeld dat het Nederlands recht op de verzekering van toepassing is. Dit betreft dus ook artikel 8a Zvw. Op grond van dit artikel is opzegging van de zorgverzekering niet mogelijk als een premieachterstand voor de zorgverzekering bestaat, tenzij de verzekeraar akkoord gaat met de opzegging dan wel de dekking is geschorst of opgeschort. Eén van deze uitzonderingsmogelijkheden was in de situatie van verzoeker evenwel niet aan de orde. Daarmee

resteert ter beantwoording de vraag of de zorgverzekeraar zich er terecht op heeft beroepen dat per ultimo 2022 sprake was van een premieachterstand voor de zorgverzekering.

- 6.4. De zorgverzekeraar heeft bij zijn brief van 5 juli 2024, gericht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, een financieel overzicht overgelegd. Uit dit overzicht, in combinatie met de door de zorgverzekeraar gegeven uitleg, blijkt dat in overleg met verzoeker is besloten de door deze op 22 december 2021 gedane betaling te boeken op de – op dat moment nog openstaande – premie voor de maand maart 2021. Een en ander wordt bevestigd in het e-mailbericht van 10 januari 2022 van de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker. Verzoeker heeft zich, eveneens bij e-mailbericht van 10 januari 2022, hiermee akkoord verklaard. Dit heeft tot gevolg dat de premie voor de maand januari 2022 open bleef staan.

Verder constateert de commissie dat verzoeker zowel op 20 december 2022 (€ 112,90) als op 23 januari 2023 (€ 93,75) een betaling heeft gedaan. De zorgverzekeraar heeft deze betalingen, conform het door verzoeker gebruikte betalingskenmerk, geboekt op de premies voor de maanden januari 2023, onderscheidenlijk januari 2022. De commissie tekent hierbij nog aan dat de betaalde bedragen overeenstemmen met de verschuldigde bedragen zodat het – los van het gehanteerde kenmerk – de kennelijke wens was van verzoeker om niet de oudst openstaande vordering als eerste te voldoen. Beide betalingen zijn dan ook verwerkt conform artikel 6:43 BW.

Aangezien verzoeker de achterstallige premie voor de maand januari 2022 pas op 23 januari 2023 voldeed, was per ultimo 2022 sprake van een premieachterstand van één maand. Dit betekent dat verzoeker de zorgverzekering niet kon opzeggen, zodat hij ook gedurende het kalenderjaar 2023 bij de zorgverzekeraar verzekerd is gebleven.

- 6.5. Verzoeker heeft gesteld dat hij de zorgverzekering op 2 augustus 2023, in september 2023, en op 20 november 2023 opnieuw heeft geprobeerd op te zeggen. Voor zover verzoeker hiermee de stelling heeft willen betrekken dat het hem vrijstond de zorgverzekering tussentijds op te zeggen deelt de commissie deze opvatting niet. Op grond van artikel 67 van de voorwaarden van de zorgverzekering kan een verzekeringnemer slechts in vijf specifiek omschreven situaties zijn zorgverzekering bij de zorgverzekeraar tussentijds beëindigen. De commissie oordeelt dat gesteld noch gebleken is dat één van deze situaties op verzoeker van toepassing is. Dit betekent dat, net als voor de jaren 2021 en 2022, moet worden beoordeeld of op 31 december 2023 sprake was van een premieachterstand voor de zorgverzekering. De zorgverzekeraar heeft in dit kader gesteld dat verzoeker de premies voor de maanden juni 2023, en september tot en met december 2023 niet had voldaan. Daartoe door de commissie in de gelegenheid gesteld, heeft verzoeker niet aannemelijk gemaakt dat hij voornoemde maandpremies wél heeft betaald of dat hij meer of andere betalingen heeft gedaan dan die in het overzicht van de zorgverzekeraar zijn vermeld. Alle betalingen waarvan verzoeker bewijzen heeft overgelegd komen voor in het overzicht van ziektekostenverzekeraar.

Dit leidt tot het oordeel dat per ultimo 2023 sprake was van een premieachterstand voor de zorgverzekering zodat verzoeker de zorgverzekering niet met ingang van 1 januari 2024 kon opzeggen.

- 6.6. De commissie stelt in dit verband vast dat verzoeker tot en met 31 december 2023 was verzekerd via een label van de zorgverzekeraar. Dit label wordt met ingang van 1 januari 2024 niet meer door de zorgverzekeraar aangeboden, wat tot gevolg heeft gehad dat alle verzekerden automatisch met ingang van genoemde datum rechtstreeks bij de zorgverzekeraar verzekerd zijn geworden tegen ziektekosten.

Artikel 7:940 BW bepaalt dat indien de verzekeraar de voorwaarden ten nadele van de verzekeringnemer wijzigt, de verzekeringnemer het recht heeft zijn verzekering op te zeggen. De zorgverzekeraar heeft in dit verband gesteld dat de inhoud van het verzekerde pakket, behoudens landelijke wijzigingen met ingang van 2024, gelijk is gebleven. Wel is met het vervallen van het label een wijziging opgetreden in de hoogte van de premie, maar volgens de zorgverzekeraar is het een vaststaand feit dat de premie elk jaar wordt verhoogd.

De commissie overweegt ter zake dat het een keuze van de zorgverzekeraar is om verzekeringsproducten aan te bieden onder een bepaald label. Indien hij daar op enig moment op terugkomt, kan discussie ontstaan over de vraag of sprake is van een verandering van de verzekering, ook al is de risicodragers nog steeds dezelfde rechtspersoon. In het onderhavige geval hoeft die discussie echter niet te worden gevoerd. De commissie overweegt dat hetgeen de wetgever heeft beoogd met de regeling van artikel 8a Zvw teniet zou worden gedaan indien verzekerden met een premieachterstand jaarlijks toch gebruik zouden kunnen maken van het opzegrecht volgens het BW, hetzij vanwege een verandering van verzekering(svoorwaarden) hetzij vanwege een verhoging van de premie. De commissie overweegt dat de bijzondere regeling van artikel 8a Zvw voortgaat op de algemene regeling van artikel 7:940 BW, zodat verzoeker ook gedurende het kalenderjaar 2024 bij de zorgverzekeraar verzekerd is gebleven.

Aanmelding CAK

- 6.7. De zorgverzekeraar heeft verzoeker met ingang van 1 maart 2024 aangemeld bij het CAK. Beoordeeld dient te worden of op deze datum voor de zorgverzekering van verzoeker een premieachterstand bestond van ten minste 6 maanden, zoals bedoeld in artikel 18c Zvw. Als dat het geval is en de correcte procedure is gevolgd, heeft de aanmelding bij het CAK terecht plaatsgevonden.
- 6.8. Uit het door de zorgverzekeraar overgelegde financiële overzicht van 5 juli 2024 blijkt dat op 1 maart 2024 sprake was van meer dan 6 maandpremies achterstand voor de zorgverzekering. De premies voor de maanden juni 2023, en september 2023 tot en met februari 2024 waren op dat moment niet door verzoeker voldaan. Dat verzoeker over voornoemd tijdvak wel de volledige overeengekomen premie voldeed, is door hem niet aannemelijk gemaakt. Per saldo bestond op 1 maart 2024 derhalve een premieachterstand voor de zorgverzekering van ten minste 6 maanden als genoemd in artikel 18c Zvw. Aangezien de zorgverzekeraar heeft verklaard dat hij op 8 september 2023, 8 november 2023 en 23 februari 2024 aan verzoeker de zogenoemde 2-, 4- en 6-maandsbrieven heeft gestuurd, en gesteld noch gebleken is dat verzoeker deze brieven, bedoeld in de artikelen 18a tot en met 18c Zvw, niet heeft ontvangen, oordeelt de commissie dat de zorgverzekeraar hem terecht met ingang van 1 maart 2024 heeft aangemeld bij het CAK. Dat de aan het CAK te betalen bestuursrechtelijke premie hoger is dan de premie die hij moest voldoen aan de zorgverzekeraar speelt in het kader van de beoordeling van de aanmelding geen rol.

Hoogte betalingsachterstand

- 6.9. Door de zorgverzekeraar is gesteld dat de betalingsachterstand naar de stand van 2 december 2024 € 814,30, exclusief incassokosten en rente, bedraagt. Dit bedrag heeft betrekking op de nog openstaande premies voor de maanden juni 2023, en september 2023 tot en met februari 2024. Zoals hiervoor is geconcludeerd met betrekking tot de opzegging en de aanmelding van verzoeker bij het CAK, stond de premie voor de zorgverzekering voor deze maanden per genoemde datum nog open. De stelling van verzoeker dat het op de weg van de zorgverzekeraar lag om door overlegging van zijn bankafschriften aan te tonen dat bedoelde premiebedragen niet zijn voldaan treft geen doel, nu het hier gaat om een brengschuld en het om die reden juist aan verzoeker is aan te tonen dat tijdige betaling heeft plaatsgevonden. Daarin is hij niet geslaagd.

Slotsom

- 6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 12 mei 2025,

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

4. Ik ga weg bij ONVZ, of ONVZ beëindigt de verzekering

We hopen natuurlijk dat u bij ons blijft. Wilt u de verzekering toch beëindigen? Hier leest u hoe en wanneer dat kan.

Opzeggen

64. De hoofdverzekerde kan de verzekering elk jaar opzeggen. Dit kan met een brief, e-mail of via onze site. Als de opzegging op 31 december bij ons binnen is, eindigt de verzekering op 1 januari van het volgende jaar.

In 5 gevallen kan de hoofdverzekerde ook tijdens het jaar opzeggen.

- a. Als u nog in de bedenktijd van algemene regel 18 zit.
- b. Als u van werkgever verandert en bij uw oude én nieuwe werkgever deelneemt aan een collectieve verzekering. De opzegging moet dan binnen 1 maand na het einde van uw oude dienstverband bij ons binnen zijn. De opzegging gaat in op de 1e dag van de volgende maand. Anders loopt de oude verzekering nog door tot 1 januari van het volgende jaar. De korting van de collectieve verzekering geldt dan niet meer.
- c. Als de hoofdverzekerde iemand anders verzekerd heeft en deze verzekerde een nieuwe verzekering krijgt. Bijvoorbeeld bij scheiding. De oude verzekering eindigt op het moment dat de nieuwe verzekering ingaat. De opzegging moet wel op dat moment bij ons binnen zijn. Anders loopt de oude verzekering nog door in de maand waarin wij de opzegging ontvangen en de maand daarna.
- d. Als wij de verzekering of de premie tussentijds wijzigen volgens algemene regel 63. De verzekering eindigt op de datum waarop de wijziging zou ingaan. U moet dan wel opzeggen voordat de wijziging ingaat. Of binnen 1 maand nadat de hoofdverzekerde bericht over de wijziging heeft gekregen. Opzeggen kan niet als de wijziging het gevolg is van het veranderen van een wettelijke bepaling. Of als de wijziging in uw voordeel is.
- e. Als de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) u laat weten dat wij medische gegevens over u hebben bekeken die niet voor ons bestemd waren. Wij zullen dat nooit doen. De opzegging moet binnen 6 weken na het bericht van de NZa bij ons binnen zijn. Uw verzekering eindigt dan op de 1e dag van de 2e maand na uw opzegging.

65. Als het CAK u bij ons heeft verzekerd, kunt u de eerste 12 maanden niet opzeggen. Daarna wel, ook tijdens het jaar. Het CAK is een organisatie van de overheid. Die kijkt wie geen basisverzekering heeft, maar er wel een moet hebben. Als het nodig is, sluit het CAK dan een basisverzekering voor u af. En kiest zelf de verzekeraar.

U kunt die verzekering binnen 14 dagen opzeggen als u laat zien dat u wél een basisverzekering had.

Soms eindigt de basisverzekering van ONVZ zonder opzegging

66. Blijkt na het afsluiten van een basisverzekering van ONVZ dat u hier geen recht op heeft? Dan eindigt de basisverzekering van ONVZ vanaf de ingangsdatum. Of de datum waarop u er geen recht meer op had. Heeft u al premie betaald? Dan betalen wij die terug. Zorgkosten die wij hebben vergoed, halen wij hier van af. Zijn de door ons betaalde zorgkosten hoger dan de betaalde premie? Dan moet u ons het verschil terugbetalen.

U heeft bijvoorbeeld geen recht op een basisverzekering van ONVZ als u werkt in een ander EU-land. Dan moet u in dat land een zorgverzekering afsluiten.

67. De verzekeringen eindigen op de dag nadat verzekerde is overleden. Teveel betaalde premie betalen wij terug of verrekenen wij.

68. De basisverzekering van ONVZ eindigt ook als onze vergunning als schadeverzekeraar zou worden ingetrokken. U krijgt daarvan minimaal 2 maanden vooraf bericht.

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.

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 7

Artikel 940

1. Bij opzegging tegen het einde van een verzekeringsperiode teneinde verlenging van de overeenkomst te verhinderen, wordt een termijn van twee maanden in acht genomen.
2. De verzekeringnemer en, tenzij het een persoonsverzekering betreft, de verzekeraar kunnen een overeenkomst die is aangegaan voor een periode van meer dan vijf jaar, of die voor zulk een periode is verlengd, opzeggen tegen het einde van elk vijfde jaar binnen die periode. Daarbij geldt de in lid 1 genoemde termijn.
3. Indien de verzekeraar de bevoegdheid heeft bedongen de overeenkomst tussentijds op te zeggen, komt de verzekeringnemer een gelijke bevoegdheid toe. Tenzij jegens hem is gehandeld met het opzet tot misleiding neemt de verzekeraar onderscheidenlijk de verzekeringnemer daarbij een termijn van twee maanden in acht. Indien een verzekering dekking biedt tegen schade veroorzaakt door risico's als bedoeld in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht, kan, bij de verwezenlijking van een dergelijk risico of bij een dreiging van het ophanden zijn daarvan, de verzekeraar onderscheidenlijk de verzekeringnemer in afwijking van deze termijn van twee maanden, de overeenkomst met inachtneming van een termijn van zeven dagen opzeggen. De verzekeraar kan slechts tussentijds opzeggen op in de overeenkomst vermelde gronden welke van dien aard zijn dat gebondenheid aan de overeenkomst niet meer van de verzekeraar kan worden gevergd.
4. Indien de verzekeraar de voorwaarden van de overeenkomst ten nadele van de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde wijzigt, is de verzekeringnemer gerechtigd de overeenkomst op te zeggen tegen de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging hem is meegedeeld.
5. De verzekeraar kan een persoonsverzekering niet beëindigen of wijzigen op grond van verzwaring van het gezondheidsrisico, voor zover dat is gelegen in de persoon van degeen, die de verzekering betreft.
6. De verzekeringnemer kan de overeenkomst steeds langs elektronische weg opzeggen. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld ten aanzien van de verzending van opzeggingen langs elektronische weg.
7. De voordracht voor een krachtens het zesde lid vast te stellen algemene maatregel van bestuur wordt niet eerder gedaan dan vier weken nadat het ontwerp aan de beide kamers der Staten-Generaal is overgelegd.