

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. H.A.J. Kroon, mr. B.L.A. van Drunen en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor)

Zaaknummer: 202401148

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 7 juni 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 20 augustus 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 23 september 2024 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 24 september 2024 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 6 november 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster en haar minderjarige zoon zijn tot op heden bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Gewoon ZEKUR Zorg Basis (hierna: de zorgverzekering). Verzoekster treedt hierbij op als verzekeringnemer van haar zoon.
- 2.2. De zorgverzekeraar heeft op 7 juni 2024 aan verzoekster meegedeeld dat sprake is van een betalingsachterstand in de premie en zorgkosten van - op dat moment - totaal € 8.406,10. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar hierop verzocht een groot deel van het openstaande bedrag kwijt te schelden, aangezien de vordering, behoudens een bedrag van € 2.012,-, is verjaard. De zorgverzekeraar heeft verzoekster meegedeeld niet tot kwijtschelding over te gaan en zijn vordering op verzoekster te handhaven.
- 2.3. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van zijn beslissing gevraagd. Bij brief van 10 juni 2024 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat een groot deel van de nog openstaande vordering is verjaard zodat de zorgverzekeraar dit deel niet meer mag incasseren.

3.2. Verzoekster heeft verklaard dat vanaf 2010 sprake is van een aanzienlijke betalingsachterstand. Omdat zij een alleenstaande ouder is en moet rondkomen van € 8.500,- netto per jaar, lukt het haar niet het achterstallige bedrag van ruim € 8.000,- te betalen. Dat verzoekster met ingang van 1 januari 2024 is aangemeld als wanbetaler bij het CAK maakt dat de mogelijkheden nog verder zijn beperkt. Volgens verzoekster is een groot deel van de openstaande vordering inmiddels verjaard. Zij is namelijk nimmer door de zorgverzekeraar geïnformeerd over het feit dat zij vorderingen uit 2010 tot en 2019 moet voldoen. Dit alles leidt ertoe dat verzoekster erkent dat zij per saldo nog een bedrag van € 1.200,- is verschuldigd.

3.3. Ter zitting heeft verzoekster toegelicht dat een contractuele vordering op grond van artikel 3:307 van het Burgerlijk Wetboek vijf jaar na het opeisbaar worden ervan verjaart. Dit is slechts anders als de schuldeiser de verjaring heeft gestuit. Verzoekster kan niet anders concluderen dan dat de zorgverzekeraar dit heeft nagelaten. Volgens de zorgverzekeraar zijn er tijdig betalingsherinneringen gestuurd via de MijnOmgeving, maar verzoekster heeft nooit ingestemd met digitale communicatie. Zij wist daarom niet, en kon ook niet weten, dat er post aan haar was gezonden. Pas eind 2022 heeft de zorgverzekeraar voor het eerst een fysieke brief gestuurd met het verzoek de openstaande premies te voldoen. Onder druk heeft verzoekster toen een betalingsregeling afgesproken. Dit heeft lang geduurd omdat verzoekster niet veel inkomsten heeft en daardoor niet veel kan missen.

4. Standpunt zorgverzekeraar

4.1. De zorgverzekeraar heeft aangevoerd dat de betalingsachterstand van verzoekster over de periode van 4 november 2016 tot en met 31 oktober 2024 naar de stand van 18 september 2024 totaal € 8.286,50 bedraagt. Genoemd bedrag heeft betrekking op niet-betaalde zorgkosten die voor rekening van verzoekster komen en openstaande maandpremies. De premies voor de maanden juli en augustus 2017 zijn uit coulance afgeboekt. Dit omdat verzoekster op 21 juli 2017 uit detentie is gekomen. De hierbij behorende detentieverklaring werd door de zorgverzekeraar echter pas op 1 augustus 2022 ontvangen. Kort daarna, namelijk op 22 augustus 2022, heeft de zorgverzekeraar verzoekster verzocht de nog openstaande premies over de maanden juli 2017 tot en met september 2022 te voldoen. Omdat stuiting van de verjaring echter pas op 22 augustus 2022 heeft plaatsgevonden, betekende dit dat de premies voor de maanden juli en augustus 2017 niet meer van verzoekster konden worden gevorderd.

4.2. Verzoekster stelt thans dat ook een groot deel van de resterende vordering is verjaard. De zorgverzekeraar deelt dit standpunt niet, omdat hij verzoekster op 20 augustus 2022, 25 september 2022, 24 oktober 2022, 20 november 2022, 8 januari 2023, 23 juni 2024 en 14 juli 2024 brieven heeft gestuurd om de verjaring te stuiten. Daarbij merkt de zorgverzekeraar op dat verzoekster in augustus 2017 ervoor heeft gekozen alle correspondentie digitaal te ontvangen. Dit betekent dat zij alle voornoemde brieven kon terugvinden in haar MijnOmgeving. Daar komt bij dat de zorgverzekeraar, behoudens de brief van 20 augustus 2022, alle brieven ook per post aan verzoekster heeft gestuurd. Het hierbij gebruikte postadres komt overeen met het adres dat is geregistreerd in het Basisregistratie Personen (BRP). Uit het systeem valt op te maken dat verzoekster, met uitzondering van de brief van 24 oktober 2022, alle correspondentie in haar MijnOmgeving niet heeft gelezen. Dat verzoekster de brieven in de MijnOmgeving niet leest komt voor haar rekening en risico. Gezien het bovenstaande concludeert de zorgverzekeraar dat de gedeeltelijke verjaring van de vordering is gestuit, aangezien verzoekster de brieven, betalingsherinneringen en aanmaningen zowel digitaal als per post tijdig heeft ontvangen. Dit betekent dat de huidige vordering van totaal € 8.286,50 niet - deels - is verjaard ingevolge artikel 3:307 van het Burgerlijk Wetboek.

4.3. Verder stelt de zorgverzekeraar dat hij een deel van de openstaande vordering ter incasso had overgedragen aan zijn incassogemachtigde. Met deze incassogemachtigde had verzoekster in de periode van februari 2023 tot en met augustus 2023 een betalingsregeling van € 50,- per maand afgesproken, waarmee zij het bestaan van de vordering heeft erkend. Omdat verzoekster

de nieuw opkomende maandpremies niet voldeed, werd de vordering bij de incassogemachtigde steeds hoger. Uiteindelijk heeft de zorgverzekeraar in januari 2024 besloten de vordering terug te halen bij de incassogemachtigde. Inmiddels zijn er wel weer nieuwe vorderingen ter incasso overgedragen, maar de inning hiervan is gedurende de procedure bij de commissie stilgelegd. De zorgverzekeraar ziet graag dat hij met verzoekster concrete afspraken kan maken zodat de achterstanden niet nog verder oplopen.

- 4.4. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar herhaald dat de verjaring van de thans openstaande vordering is gestuit. De aan verzoekster gezonden betalingsherinneringen zijn meestal zowel per post als digitaal verstuurd. Voor zover verzoekster stelt dat zij niet ervoor heeft gekozen digitaal te communiceren, geldt dat verzoekster die keuze bij de aanvraag van haar verzekering heeft doorgegeven. Daarbij betreft de zorgverzekering van verzoekster een internetverzekering, die zonder opgaaf van een e-mailadres en gebruikmaking van digitale communicatie niet tot stand kon komen. Tot slot ziet de zorgverzekeraar geen aanleiding het openstaande bedrag kwijt te schelden.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit het Burgerlijk Wetboek (verder: BW) over verjaring en de rechtsgevolgen hiervan 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.

Zorgverzekering

- 6.2. Door de zorgverzekeraar is een financieel overzicht, gedateerd 18 september 2024, overgelegd waaruit volgt dat verzoekster over de periode van 4 november 2016 tot en met 31 oktober 2024 een betalingsachterstand heeft van totaal € 8.286,50, exclusief rente en incassokosten. Hierbij heeft de zorgverzekeraar toegelicht dat de premies voor de maanden juli en augustus 2017 niet meer door verzoekster zijn verschuldigd omdat deze zijn verjaard. Deze zijn dan ook niet in voornoemd bedrag opgenomen. Verzoekster heeft aangevoerd dat ook een groot deel van de thans nog resterende schuld is verjaard. Ten aanzien van deze stelling overweegt de commissie het volgende.
- 6.3. Artikel 3:307 BW bepaalt dat een vordering zoals hier aan de orde vijf jaar na het opeisbaar worden ervan verjaart, behoudens in geval van stuiting van de verjaring. De zorgverzekeraar heeft in dit verband gesteld dat hij bij brieven van 20 augustus 2022, 25 september 2022, 24 oktober 2022, 20 november 2022, 8 januari 2023, 23 juni 2024 en 14 juli 2024 betalingsherinneringen aan verzoekster heeft gezonden zodat de vordering niet (gedeeltelijk) is verjaard. Afschriften van voornoemde brieven zijn door de zorgverzekeraar in kopie overgelegd. Deze waren voor verzoekster ook digitaal te raadplegen in de MijnOmgeving. Voorts is door de zorgverzekeraar aangevoerd dat zijn incassogemachtigde in 2023 met verzoekster een betalingsregeling had afgesproken voor de gehele op dat moment openstaande vordering. Hiermee heeft verzoekster het bestaan van de vordering erkend, aldus de zorgverzekeraar. Verzoekster heeft het voorgaande bestreden. Zij heeft niet gekozen voor digitale communicatie en de eerste fysieke brief bereikte haar pas eind 2022. De betalingsregeling met de incassogemachtigde kwam onder druk tot stand.

- 6.4. De commissie stelt vast dat de zorgverzekering, naar de zorgverzekeraar onweersproken heeft gesteld, een zogenoemde internetverzekering is, waarbij alle communicatie digitaal plaatsvindt. Zonder opgave van een e-mailadres en gebruikmaking van digitale communicatie kan de zorgverzekering niet worden afgesloten. Hieruit volgt dat verzoekster vanaf augustus 2017 in principe alle post van de zorgverzekeraar via de MijnOmgeving heeft ontvangen op het door haarzelf daartoe met de zorgverzekeraar gedeelde e-mailadres, waaronder dus ook de onder 6.3. genoemde betalingsherinneringen. Als verzoekster van de inhoud hiervan geen kennis heeft genomen, zoals zij stelt, ligt dat in haar risicosfeer.
- Daarnaast heeft de zorgverzekeraar verklaard dat hij bedoelde betalingsherinneringen, behoudens die van 20 augustus 2022, niet alleen digitaal, maar ook per fysieke post aan verzoekster heeft gezonden. Daarbij heeft hij gebruik gemaakt van de adresgegevens uit de BRP. Post die is gestuurd naar een dergelijk adres moet in beginsel worden geacht te zijn ontvangen, tenzij door de ontvanger feiten of omstandigheden zijn aangevoerd die het vermoeden van ontvangst ontzenuwen. Verzoekster heeft in dit verband niets gesteld, maar uitsluitend de ontvangst bestreden. Dat is onvoldoende.
- Gelet op het voorgaande concludeert de commissie dat de dreigende verjaring van een deel van de vordering is gestuit door de zorgverzekeraar. Dit betekent dat het gehele achterstallige bedrag van € 8.286,50 direct en volledig opeisbaar is.
- Wel geeft de commissie de zorgverzekeraar in overweging de nieuwe, inmiddels ter incasso overgedragen, vorderingen terug te halen, omdat de incassogemachtigde al heeft verklaard geen verhaalsmogelijkheden te zien. Daarnaast drukt de commissie partijen op het hart te trachten met elkaar afspraken te maken over de aflossing van het openstaande bedrag, daarbij rekening houdend met de draagkracht van verzoekster.

Slotsom

- 6.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. **Bindend advies**

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 29 november 2024,

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

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

1.10. Wanneer heeft u recht op (vergoeding van de kosten van) verzekerde zorg?

U heeft recht op (vergoeding van de kosten van) zorg als de zorg is geleverd tijdens de looptijd van uw zorgverzekering. Als in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over (kalender)jaar, dan is voor de beoordeling aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden toegerekend de door de zorgaanbieder opgegeven datum waarop de zorg is geleverd bepalend. Als een behandeling in 2 kalenderjaren valt en de zorgaanbieder de kosten hiervan in één bedrag in rekening mag brengen (bijvoorbeeld een diagnose-behandelcombinatie), dan vergoeden wij de kosten als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de zorgverzekering en worden de kosten toegerekend aan het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart.

1.11. Uitsluitingen

U heeft geen recht op:

- Vormen van zorg of diensten die worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift, zoals de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015
- Vergoeding van eigen bijdragen die, of eigen risico dat u verschuldigd bent op grond van de zorgverzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald
- Vergoeding van kosten omdat u niet op een afspraak met een zorgaanbieder bent verschenen (de zogenoemde 'no show fee')
- Vergoeding van kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet-tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders
- Vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van ons handelen of nalaten
- (Vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij die zich in Nederland voordoen, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht.

1.12. Recht op zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen

Heeft u zorg nodig die het gevolg is van één of meer terroristische handelingen? Dan geldt de volgende regel. Als de totale schade die in een (kalender)jaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) volgens de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, dan heeft u maar recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg. De NHT bepaalt dit percentage. Dit geldt voor schade-, levens- en uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is. De exacte definities en bepalingen van de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het Clausuleblad terrorismedekking van de NHT.

Als wij na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 2.3 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage krijgen, dan heeft u naast dit percentage recht op een extra regeling zoals bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 2.3 van het Besluit zorgverzekering.

Waarborg uitkering bij terrorismeschade

Om te kunnen waarborgen dat u een uitkering krijgt bij terrorismeschade, hebben (bijna alle) verzekeraars in Nederland de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden (NHT) opgericht. Ook wij zijn hierbij aangesloten.

De NHT heeft een regeling opgesteld waardoor u in ieder geval (een deel van) uw schade vergoed kunt krijgen.

De NHT heeft een maximum gesteld aan het totaal uit te keren bedrag bij een terroristische daad. Het maximum, van 1 miljard euro per jaar, geldt voor alle verzekerden samen. Is de totale schade hoger, dan krijgt elke verzekerde met schade een gelijk percentage van het maximumbedrag uitgekeerd. De NHT heeft de regels voor het zorgvuldig afwickelen van schadeclaims opgenomen in het Protocol afwikkeling claims.

In de praktijk kan dit dus betekenen dat u minder krijgt uitgekeerd dan de werkelijke waarde van de schade. Maar het betekent ook dat u ervan bent verzekerd dat u in ieder geval (een deel van de) schade krijgt vergoed.

Artikel 2. Algemene bepalingen

2.1. Grondslag en inhoud van de zorgverzekering

De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van de gegevens die u op het aanvraagformulier heeft aangegeven of die u ons schriftelijk heeft doorgegeven. Na het sluiten van de zorgverzekering, ontvangt u van ons zo snel mogelijk een polis. Vervolgens ontvangt u voorafgaand aan ieder kalenderjaar een nieuwe polis.

Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de polis. Op het polisblad zijn de verzekerden en de voor hen gesloten zorgverzekering(en) vermeld.

2.2. Werkgebied

De zorgverzekering staat open voor alle verzekeringsplichtigen die in Nederland of in het buitenland wonen.

De zorgverzekeraar is een landelijk werkende verzekeraar. Zolang u verzekeringsplichtig bent, kunt u deze zorgverzekering behouden. Ook een verzekeringsplichtige die in het buitenland woont, heeft recht op deze verzekering.

2.3. Bijbehorende documenten

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verwezen naar documenten. Deze maken deel uit van de voorwaarden. Het gaat om de volgende documenten:

- Besluit Zorgverzekering
- Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering
- Clausuleblad terrorismedekking
- Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg (LIP)
- Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders
- Lijst Therapieën GGZ
- Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch Specialistische Zorg
- Limitatieve Lijst Machtigingen Kaakchirurgie
- Overzicht gecontracteerde zorgaanbieders
- Premiebijlage
- Regeling zorgverzekering
- Reglement farmaceutische zorg
- Reglement hulpmiddelen
- Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging
- Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard
- Zorgstandaard Obesitas.

U vindt deze documenten op onze website. U kunt de documenten ook via onze klantenservice opvragen.

2.4. Fraude

Als wij vermoeden dat er sprake is van fraude, zullen wij een onderzoek (laten) instellen. U bent verplicht om aan dit onderzoek mee te werken en ons relevante en juiste informatie te geven. Tijdens dit onderzoek betalen wij uw nota(s) niet uit. Blijkt uit het onderzoek dat u of iemand anders namens u (geheel of gedeeltelijke) fraude heeft gepleegd? Dan vervalt uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. Daarnaast vorderen wij uitgekeerde vergoedingen bij u terug. Ook bent u verplicht de kosten die voortvloeien uit het fraudeonderzoek te betalen.

Aangifte en registratie

Wij kunnen bij fraude aangifte doen bij de politie. Ook kunnen wij uw gegevens en die van medeplegers en medeplichtigen (laten) registreren:

- In ons Incidentenregister
- In het Extern Verwijzings Register (EVR) van de stichting CIS.

Beëindiging verzekering(en)

Als u fraude pleegt, beëindigen wij uw zorgverzekering. U kunt dan 5 jaar geen zorgverzekering bij ons sluiten. Wij beëindigen ook uw aanvullende zorgverzekering(en). U kunt dan 8 jaar geen aanvullende verzekering sluiten bij de verzekeraars van Coöperatie VGZ.

Fraude door zorgaanbieders

Zorgaanbieders die fraude plegen, laten wij registreren in het Extern Verwijzings Register (EVR). Wij vergoeden geen zorg van zorgaanbieders die in dit register staan en informeren deze zorgaanbieders hierover. De zorgaanbieder is verplicht om u voorafgaand aan de zorgverlening te informeren dat wij hun zorg niet vergoeden.

2.5. Bescherming van uw persoonsgegevens

Bij het uitvoeren van uw verzekeringen verwerken wij uw persoonsgegevens. Wij doen dit in overeenstemming met de wet- en regelgeving, zoals de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG). In de privacyverklaring op onze website leest u hier meer over. Ook leest u in de privacyverklaring welke rechten u heeft. Als u vragen heeft over de omgang met uw persoonsgegevens, dan kunt u deze richten aan de functionaris voor de gegevensbescherming. Kijk voor meer informatie op de pagina over privacy op onze website.

2.6. Mededelingen

Mededelingen gericht aan het laatst bij ons bekende adres, worden geacht u te hebben bereikt. Als u alle mededelingen van ons langs elektronische weg wilt ontvangen, dan kunt u dit aangeven in de Mijn-omgeving of in de Zorg app.

2.7. Lidmaatschap van de Coöperatie VGZ

Bij de totstandkoming van deze zorgverzekering wordt u als verzekeringnemer ook lid van de Coöperatie VGZ U.A., tenzij u schriftelijk aangeeft daar geen prijs op te stellen. De Coöperatie behartigt het belang van haar leden op het terrein van de (zorg)verzekering. U kunt het lidmaatschap op elk gewenst moment opzeggen, met inachtneming van een opzegtermijn van één maand. Het lidmaatschap eindigt in ieder geval op het moment dat de verzekeringsovereenkomst eindigt.

2.8. Bedenkperiode

Bij het aangaan van de zorgverzekering heeft u als verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. U kunt de verzekering schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

2.9. Voorrangsbepaling

Voor zover het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringswet bepaalde van invloed is of moet zijn op de zorgverzekering, geldt dit als in deze verzekeringsvoorwaarden opgenomen. Is het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringswet bepaalde strijdig met de bepalingen van deze overeenkomst? Dan gaat hetgeen is bepaald in de Zorgverzekeringswet voor en daarna hetgeen is bepaald bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek en daarna het bepaalde in deze zorgverzekering.

2.10. Nederlands recht

Op de zorgverzekering is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 3. Premie

3.1. Premiegrondslag en premiekortingen

De premiegrondslag is de premie zonder premiekorting voor een vrijwillig eigen risico. De premiegrondslag vindt u op uw polisblad en op de premiebijlage op onze website.

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.

Burgerlijk Wetboek Boek 3

Artikel 307

1. Een rechtsvordering tot nakoming van een verbintenis uit overeenkomst tot een geven of een doen verjaart door verloop van vijf jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waarop de vordering opeisbaar is geworden.
2. In geval van een verbintenis tot nakoming na onbepaalde tijd loopt de in lid 1 bedoelde termijn pas van de aanvang van de dag, volgende op die waartegen de schuldeiser heeft medegedeeld tot opeising over te gaan, en verjaart de in lid 1 bedoelde rechtsvordering in elk geval door verloop van twintig jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waartegen de opeising, zonodig na opzegging door de schuldeiser, op zijn vroegst mogelijk was.

Artikel 316

1. De verjaring van een rechtsvordering wordt gestuit door het instellen van een eis, alsmede door iedere andere daad van rechtsvervolgning van de zijde van de gerechtigde, die in de vereiste vorm geschiedt.
2. Leidt een ingestelde eis niet tot toewijzing, dan is de verjaring slechts gestuit, indien binnen zes maanden, nadat het geding door het in kracht van gewijsde gaan van een uitspraak of op andere wijze is geëindigd, een nieuwe eis wordt ingesteld en deze alsnog tot toewijzing leidt. Wordt een daad van rechtsvervolgning ingetrokken, dan stuit zij de verjaring niet.
3. De verjaring van een rechtsvordering wordt ook gestuit door een handeling, strekkende tot verkrijging van een bindend advies, mits van die handeling met bekwame spoed mededeling wordt gedaan aan de wederpartij en zij tot verkrijging van een bindend advies leidt. Is dit laatste niet het geval, dan is het vorige lid van overeenkomstige toepassing.
4. De verjaring van een rechtsvordering wordt ook gestuit door een ingestelde eis die niet tot toewijzing leidt, indien:
 - a) het scheidsgerecht zich onbevoegd heeft verklaard op grond van artikel 1052, vijfde lid, van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering en die uitspraak in kracht van gewijsde is gegaan; of
 - b) de rechter zich onbevoegd heeft verklaard op grond van artikel 1022, eerste lid, 1067 of 1074d van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering en die uitspraak in kracht van gewijsde is gegaan.

Artikel 317

1. De verjaring van een rechtsvordering tot nakoming van een verbintenis wordt gestuit door een schriftelijke aanmaning of door een schriftelijke mededeling waarin de schuldeiser zich ondubbelzinnig zijn recht op nakoming voorbehoudt.
2. De verjaring van andere rechtsvorderingen wordt gestuit door een schriftelijke aanmaning, indien deze binnen zes maanden wordt gevolgd door een stuitingshandeling als in het vorige artikel omschreven.

Artikel 318

Erkenning van het recht tot welks bescherming een rechtsvordering dient, stuit de verjaring van de rechtsvordering tegen hem die het recht erkent.

Artikel 324

1. De bevoegdheid tot tenuitvoerlegging van een rechterlijke of arbitrale uitspraak verjaart door verloop van twintig jaren na de aanvang van de dag, volgende op die van de uitspraak, of, indien voor tenuitvoerlegging daarvan vereisten zijn gesteld waarvan de vervulling niet afhankelijk is van de wil van degene die de uitspraak heeft verkregen, na de aanvang van de dag, volgende op die waarop deze vereisten zijn vervuld.
2. Wordt vóórdat de verjaring is voltooid, door een der partijen ter aantasting van de ten uitvoer te leggen veroordeling een rechtsmiddel of een eis ingesteld, dan begint de termijn eerst met de aanvang van de dag, volgende op die waarop het geding daarover is geëindigd.
3. De verjaringstermijn bedraagt vijf jaren voor wat betreft hetgeen ingevolge de uitspraak bij het jaar of kortere termijn moet worden betaald.
4. Voor wat betreft renten, boeten, dwangsommen en andere bijkomende veroordelingen, treedt de verjaring, behoudens stuiting of verlenging, niet later in dan de verjaring van de bevoegdheid tot tenuitvoerlegging van de hoofdveroordeling.