

# Anoniem Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

Zaaknummer: 202301325

### Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen,  
2) Menzis N.V. te Wageningen,  
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

### 1. Samenvatting

- 1.1. Verzoekster heeft de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de maandpremie voor de verzekering tegen ziektekosten van verzoekster en de persoon die eveneens op het polisblad staat vermeld, voor wie verzoekster optreedt als verzekeringnemer (hierna wordt kortheidshalve gesproken van 'verzoekster' resp. 'medeverzekerde'), te stellen op € 50,- per maand, en af te zien van het in rekening brengen van het wettelijk verplicht eigen risico van € 385,- per persoon per jaar. De ziektekostenverzekeraar dient een en ander aan te passen in zijn administratie en moet de opdracht aan de door hem ingeschakelde deurwaarder intrekken. Tevens vordert verzoekster vergoeding van de door haar gemaakte kosten.  
De ziektekostenverzekeraar heeft het voorstel van verzoekster verworpen. Nadat een achterstand in de premiebetaling was ontstaan heeft hij de vordering overgedragen aan de deurwaarder. Tevens stuurde de ziektekostenverzekeraar verzoekster en de medeverzekerde brieven in het kader van de zogenoemde wanbetalersregeling.
- 1.2. De commissie overweegt dat verzoekster en de medeverzekerde onder de Nederlandse rechtsmacht vallen. De bepalingen van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Burgerlijk Wetboek (BW) zijn op de beide op het polisblad vermelde personen van toepassing. Als Nederlands ingezetenen zijn zij verzekeringsplichtig, aangezien gesteld noch gebleken is dat hier sprake is van gemoedsbezwaarden of van militairen in actieve dienst en derhalve voor hen een verplichting bestaat een (zorg)verzekering op basis van de Zvw af te sluiten.  
Voor de zorgverzekering geldt dat de zorgverzekeraar de 'grondslag van de premie' vaststelt voor elke variant die hij aanbiedt. Hierop zijn alleen de wettelijke kortingen toegestaan alsmede de incassokorting vanwege premiebetaling per kwartaal, halfjaar of jaar. De 'grondslag van de premie' is voor alle (aspirant)verzekerden met die variant van de zorgverzekering gelijk, teneinde risicoselectie te voorkomen. Daarmee is de 'grondslag van de premie', en de hiervan afgeleide te betalen premie, niet onderhandelbaar.  
Het voorgaande gaat niet op voor de aanvullende ziektekostenverzekering. Hiertoe bepaalt artikel 7:940 BW dat in geval van een aangekondigde, eenzijdige wijziging - hetzij en bloc dan wel groepsgewijs - de verzekeringnemer de keuze heeft in te stemmen met stilzwijgende

verlenging tegen de gewijzigde premie dan wel opzegging van de verzekering. Verzoekster heeft voor die laatste mogelijkheid nadrukkelijk niet gekozen.

Intussen is een premieachterstand ontstaan. De ziektekostenverzekeraar mocht de vordering overdragen aan de deurwaarder. Van cessie van de vordering is niet gebleken. Tevens mocht hij maatregelen treffen in het kader van de zogenoemde wanbetalersregeling.

De commissie besluit tot afwijzing van het verzoek.

- 1.3. Hierna wordt het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

## 2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij brief van 31 juli 2023 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 14 augustus 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.

- 2.2. Bij brief van 26 september 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 28 september 2023 aan verzoekster gestuurd. Bij brief van 10 oktober 2023 heeft verzoekster op de reactie van de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een kopie hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster heeft op 12 oktober 2023 verklaard niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 17 oktober 2023 verklaard via videobellen te willen worden gehoord. De commissie heeft hierop verzoekster opnieuw gevraagd of zij de hoorzitting wenst bij te wonen. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 19 oktober 2023 verklaard dat zij bij haar beslissing blijft en niet wenst te worden gehoord. Een kopie van dit e-mailbericht is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

- 2.4. De ziektekostenverzekeraar is op 8 november 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

- 2.5. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld de volmacht over te leggen waarop staat vermeld dat de dossierbehandelaar van de ziektekostenverzekeraar bevoegd is tot het aangaan van rechtshandelingen. Bij e-mailbericht van 10 november 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar de gevraagde informatie overgelegd. Een kopie van de ontvangen reactie is eveneens op 10 november 2023 aan verzoekster gestuurd die daarbij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Van de geboden mogelijkheid heeft zij geen gebruik gemaakt.

## 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster en de medeverzekerde zijn tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis Vrij (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Extra Verzorgd 1 respectievelijk 2 en TandVerzorgd 250 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

- 3.2. Op 12 november 2022 heeft verzoekster de stukken in verband met de prolongatie van de verzekering tegen ziektekosten ontvangen. Hierin werd aangekondigd dat de maandpremie voor de verzekering tegen ziektekosten van verzoekster en de medeverzekerde met ingang van 1 januari 2023 totaal € 359,61 zou gaan bedragen. Bij brief van 1 december 2022 heeft verzoekster hierop gereageerd met een tegenvoorstel, gericht aan de CEO van de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft de ontvangst hiervan bevestigd op 23 december 2022, en

heeft inhoudelijk gereageerd bij brief van 28 december 2022. Hierna heeft verzoekster nog verschillende brieven gestuurd aan de ziektekostenverzekeraar en aan de door deze ingeschakelde deurwaarder.

Bij brief van 19 juni 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de achterstand in de premie van de zorgverzekering intussen was opgelopen tot vier maanden, en dat bij een achterstand van zes maanden aanmelding als wanbetaler bij het CAK zal plaatsvinden. Per gelijke datum heeft de ziektekostenverzekeraar een brief aan de medeverzekerde gestuurd, waarin deze werd meegedeeld dat van het aanbod tot polis splitsing geen gebruik was gemaakt, dat de achterstand in de premie van de zorgverzekering intussen was opgelopen tot vier maanden, en dat bij een achterstand van zes maanden aanmelding als wanbetaler bij het CAK zal plaatsvinden.

#### 4. Standpunt verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de maandpremie voor de verzekering tegen ziektekosten van haar en de medeverzekerde te stellen op € 50,- per maand en af te zien van het in rekening brengen van het wettelijk verplicht eigen risico van € 385,- per persoon per jaar. De ziektekostenverzekeraar dient een en ander aan te passen in zijn administratie en moet de opdracht aan de door hem ingeschakelde deurwaarder intrekken. Tevens vordert verzoekster vergoeding van de door haar gemaakte kosten.
- 4.2. Verzoekster stelt in dit verband, onder verwijzing naar de jaarstukken, dat voor de verhoging van de premie van de verzekering tegen ziektekosten met ruim 10 % geen aanleiding bestaat. In reactie op de door haar ontvangen stukken inzake de prolongatie van de verzekering tegen ziektekosten heeft verzoekster een tegenvoorstel gedaan, gericht aan de CEO van de ziektekostenverzekeraar. De brief waarin dit tegenvoorstel werd gedaan is bezorgd op 5 december 2022, en hierin stond dat indien het tegenvoorstel niet binnen veertien dagen nadien zou worden verworpen, de ziektekostenverzekeraar werd geacht hiermee akkoord te zijn gegaan. Bij brief van 28 december 2022 reageerde de ziektekostenverzekeraar. Genoemde termijn was toen al verstreken. Verzoekster verwijst naar het bepaalde in artikel 6:217 BW. Verzoekster wijst erop dat in haar brief duidelijk is vermeld: "(geen brief, bezwaar en/of verzet)". Desalniettemin heeft de ziektekostenverzekeraar de brief beschouwd als een klacht en deze als zodanig behandeld. Daarnaast is in de brief vermeld dat als een ander dan de geadresseerde hierop reageert, deze over een machtiging daartoe van de geadresseerde moet beschikken. Een dergelijke machtiging ontbreekt. Verzoekster meent daarom dat het briefgeheim is geschonden, hetgeen een strafbaar feit oplevert. Verder is de reactie te beschouwen als een valselijk opgemaakt geschrift. Hieronder wordt ook verstaan een valselijk geplaatste handtekening. Verzoekster verwijst naar de strafwetgeving en de jurisprudentie ter zake.
- 4.3. Volgens verzoekster is sprake van miscommunicatie binnen de ziektekostenverzekeraar. Zij haalt hiertoe diverse passages in de correspondentie aan. Verzoekster merkt op dat zij de overeengekomen premie voor de verzekering tegen ziektekosten steeds vooraf heeft voldaan. Toch meent de ziektekostenverzekeraar dat een betalingsachterstand bestaat en heeft hij een vordering overgedragen aan de deurwaarder. Dit is naar het oordeel van verzoekster onrechtmatig. Omdat een acte van cessie ontbreekt, is geen sprake van een rechtsgeldige overdracht van de vordering. Verzoekster heeft de deurwaarder een ingebrekestelling gestuurd. Hoewel verzoekster bij herhaling om stukken heeft verzocht, heeft de ziektekostenverzekeraar op dit verzoek niet gereageerd. Om die reden is de ziektekostenverzekeraar in verzuim en een door verzoekster opeisbare boete verschuldigd. Verzoekster constateert verder dat begrijpend lezen een probleem is binnen de organisatie van de ziektekostenverzekeraar. In verband met de procedure heeft zij kosten gemaakt. Deze bedragen inmiddels € 190,75, en lopen verder op.

Voor zover de ziektekostenverzekeraar verwijst naar de Zvw, acht verzoekster zich hieraan niet gebonden. De betreffende wet spreekt in de aanhef over de "gratie Gods". Zij erkent de "gratie Gods" niet en de vermeend-regent is daarom niet bevoegd wetten uit te vaardigen.

## 5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 28 december 2022 verklaard dat hij niet instemt met het voorstel van verzoekster om maandelijks € 50,- aan premie te betalen zonder eigen risico. De hoogte van de premie voor de zorgverzekering is voor alle verzekerden gelijk, en hierop wordt geen uitzondering gemaakt.
- De ziektekostenverzekeraar licht toe dat de belangrijkste redenen voor de premiestijging de stijgende zorgkosten en de hoge inflatie zijn. De zorgkosten stijgen doordat de zorgvraag toeneemt en mensen gemiddeld langer leven. Ook zijn duurdere geneesmiddelen en betere behandelmethodes van invloed op de hoogte van de premie. De hoge inflatie is terug te zien in de verhoging van de salarissen, kosten van energie en materialen. Tevens is de collectiviteitskorting voor de zorgverzekering per 2023 van overheidswege vervallen. Verzoekster maakte hiervan voorheen gebruik.
- De ziektekostenverzekeraar verklaart dat de meeste grote zorgverzekeraars coöperaties zijn, die geen winstoogmerk hebben en geen aandeelhouders. Er worden ook geen bonussen uitgekeerd. De gemaakte winst wordt teruggegeven aan de verzekerden, in de vorm van zorg of premiedemping. Het gaat hierbij om ruim € 50 mln. voor 2023. De reserves die de ziektekostenverzekeraar heeft, moet hij verplicht aanhouden van de Nederlandsche Bank, zodat er altijd geld is om ook in crises de zorg te kunnen betalen. Van elke uitgegeven euro gaat 98% naar de zorg.
- Een zorgverzekering zonder eigen risico, zoals door verzoekster voorgesteld, is niet mogelijk. Het verplicht eigen risico geldt voor iedereen vanaf 18 jaar en als de overheid het verplichte eigen risico afschaft, gaat de premie voor iedereen omhoog. Ten eerste om het eigen risico te compenseren, maar tevens stijgt de premie dan extra door het wegvallen van het remeffect (mensen zijn zuiniger met zorg als ze hun eigen risico niet willen aanspreken). Dat moet dan door iedereen worden betaald.
- 5.2. In zijn brief van 6 januari 2023 stelt de ziektekostenverzekeraar dat het briefgeheim ziet op de wettelijke bescherming van een aan een postoperator toevertrouwde brief, inhoudende het verbod deze brief weg te maken, te openen, te lezen of het bestaan of de inhoud ervan kenbaar te maken. Deze wettelijke bescherming vervalt op het moment dat de brief bij de geadresseerde is beland, tenzij hierover nadere afspraken zijn gemaakt met de brieveschrijver. In het geval van verzoekster is dit laatste niet aan de orde. Volgens de ziektekostenverzekeraar stond het hem vrij de brief te laten behandelen door de afdeling Klachten. Hetgeen verzoekster naar voren heeft gebracht over de "gratie Gods", de teloorgang van de rechtsstaat en de gestelde termijn van veertien dagen om te reageren op het tegenvoorstel, neemt hij voor kennisgeving aan.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar stelt in zijn brief van 12 mei 2023 dat van interne miscommunicatie geen sprake is. Het tegenvoorstel van verzoekster wordt opnieuw afgewezen. De genoemde premie is niet solidair ten opzichte van andere verzekerden en dekt het te verzekeren risico bij lange na niet. De premievordering met betrekking tot de maanden januari tot en met juli 2023 is door de ziektekostenverzekeraar ter incasso overgedragen en daarmee uit handen gegeven aan de deurwaarder. Over deze vordering kunnen met de deurwaarder betaalafspraken worden gemaakt.
- Voor zover verzoekster stelt dat het door haar gedane voorstel door de ziektekostenverzekeraar is geaccepteerd omdat deze niet binnen 14 dagen heeft gereageerd merkt de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 26 september 2023 op dat dit anders werkt. Hoewel inderdaad niet binnen 14 dagen op de betreffende brief is gereageerd, betekent dit niet automatisch dat wordt ingestemd met het voorstel. De verwijzing van verzoeker naar artikel 6:217 BW gaat volgens de ziektekostenverzekeraar niet op. Daarnaast geldt dat de premieachterstand van verzoeker steeds verder oploopt en dat deze naar de stand van 11 september 2023 € 2.836,49, exclusief incassokosten en rente bedraagt. Gelet op het openstaande bedrag zijn aan verzoekster ook brieven in het kader van de wanbetalersregeling gestuurd.

5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar uiteengezet dat hij niet bereid is de premie voor 2023 vast te stellen op € 50,- per maand. Dit, omdat de brief van verzoekster van 1 december 2022 niet kan worden gezien als een aanbod. Los daarvan geldt dat de ziektekostenverzekeraar niet akkoord gaat met een premie van € 50,- per maand. Hetzelfde geldt voor het voorstel van verzoekster om het eigen risico niet in rekening te brengen. Dit omdat het eigen risico verplicht is voor alle verzekerden van 18 jaar en ouder. Voor zover verzoekster twijfelt of de dossierbehandelaar van de ziektekostenverzekeraar bevoegd is rechtshandelingen te verrichten is de ziektekostenverzekeraar bereid de hiertoe afgegeven volmacht over te leggen.

5.5. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

## 6. Bevoegdheid van de commissie

6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A17 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. De commissie is, op grond van het toepasselijke reglement, niet bevoegd voor zover het geschil betrekking heeft op het strafrecht of het civielrecht en het verzoek niet zijn grondslag vindt in de overeenkomst tussen partijen.

6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

## 7. Beoordeling

7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het 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.

### Zorgverzekering

7.2. Verzoekster heeft als meest vérgaande stelling naar voren gebracht dat zij en de medeverzekerde niet zijn gebonden aan de Zorgverzekeringswet (Zvw), omdat in de aanhef van de wet sprake is van de "gratie Gods", en zij dit niet erkent. Daarom acht zij zich niet aan de wet gebonden. De commissie merkt hierover op dat de artikelen 81 tot en met 89 van de Grondwet regelen hoe wetten in formele zin, zoals de Zvw, worden vastgesteld. Ook verzoekster en de medeverzekerde zijn hieraan gebonden.

Het is de commissie hierbij niet duidelijk waarom verzoekster meent dat verzoekster en de medeverzekerde niet onder de Nederlandse rechtsmacht zouden vallen. Dit te meer nu zij in haar correspondentie vaak verwijst naar de Nederlandse wetgeving en hierop wél een beroep doet in het kader van de rechtsbescherming. In deze wetten - naast de Grondwet en het BW valt ook te wijzen op het Wetboek van Strafrecht - is in de aanhef ook sprake van de "gratie Gods".

Voor zover het gaat om de toepasselijkheid van het BW op de verzekeringsovereenkomst op basis van de Zvw bepaalt de Wet algemene bepalingen in artikel 9 dat het burgerlijk recht van het koninkrijk hetzelfde is voor vreemdelingen als voor Nederlanders, zolang de wet niet bepaaldelijk het tegendeel vaststelt. Verzoekster heeft niet gesteld dat zij en de medeverzekerde geen Nederlander zijn; ook heeft zij niet gesteld onder de hiervoor bedoelde uitzondering te vallen.

Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de bepalingen van de Zvw en het BW in de situatie van verzoekster en de medeverzekerde van toepassing zijn. Indien verzoekster en de medeverzekerde overwegende bezwaren hebben tegen het verzekeringsprincipe, staat het hen vrij een beroep

te doen op de regeling voor gemoedsbezwaarden. Dat zij hiervan gebruik zouden willen maken is niet gebleken. Integendeel, het verzoek aan de commissie is juist gericht op het verkrijgen of behouden van de verzekering tegen ziektekosten, maar tegen een lagere premie dan door de ziektekostenverzekeraar aangeboden.

- 7.3. Uit de Zvw vloeit, gelet op artikel 2, een verzekeringsplicht voort voor degene die ingevolge de Wet langdurige zorg (Wlz) en de daarop gebaseerde regelgeving van rechtswege verzekerd is. Hiervoor is geconcludeerd dat verzoekster en de medeverzekerde onder de Nederlandse rechtsmacht vallen en dat zij geen beroep hebben gedaan op de regeling voor gemoedsbezwaarden. Voorts is gesteld noch gebleken dat verzoekster en de medeverzekerde militairen in actieve dienst zijn. Hieruit volgt dat zij, als Nederlands ingezetenen die onder de Wlz vallen, gehouden zijn een (zorg)verzekering op grond van de Zvw af te sluiten.
- 7.4. Waar het gaat om een zodanige verzekering, bepaalt artikel 16, eerste lid, Zvw dat de verzekeringnemer - in dit geval verzoekster - premie is verschuldigd. Ten aanzien van die premie is in artikel 17 Zvw opgenomen dat de zorgverzekeraar voor iedere variant van de zorgverzekering die hij aanbiedt de 'grondslag van de premie' vaststelt. Zoals blijkt uit de Memorie van toelichting bij dit artikel is de 'grondslag van de premie' voor iedere (aspirant)verzekerde met die variant gelijk, om te voorkomen dat een zorgverzekeraar op basis van verzekerdenkenmerken risicoselectie toepast. Op de 'grondslag van de premie' stond de wet tot voor kort slechts twee kortingen toe, namelijk de met ingang van 1 januari 2023 afgeschafte korting vanwege deelname aan een collectiviteit (voorheen artikel 18 Zvw) en de korting vanwege een gekozen vrijwillig eigen risico (artikel 20 Zvw). Beide zijn hier niet aan de orde.
- De zorgverzekeraar kan daarnaast een incassokorting verlenen indien een verzekeringnemer kiest voor kwartaal-, halfjaar- dan wel jaarbetaling. Ook dat speelt hier niet.
- Dit alles leidt tot de conclusie dat de mededeling van een zorgverzekeraar dat de 'grondslag van de premie' voor een bepaalde variant van de zorgverzekering, en de hiervan afgeleide individuele premie, zijn gewijzigd, moet worden beschouwd als een niet-onderhandelbaar aanbod om die verzekering tegen de gewijzigde premie - rekening houdend met de eventuele kortingen van artikel 20 Zvw en de incassokorting - voort te zetten. Hetgeen verzoekster heeft aangevoerd over de achtergronden en de noodzaak van de premiewijziging wordt door de commissie als niet ter zake doende ter zijde gesteld.
- In geval van een tijdig meegedeelde wijziging van de grondslag van de premie (artikel A14 van de algemene voorwaarden en artikel 17, zevende lid, Zvw), heeft de verzekeringnemer de mogelijkheid de verzekering op te zeggen (artikel 7 Zvw). Verzoekster heeft nadrukkelijk verklaard hiervan geen gebruik te willen maken.
- De commissie concludeert dat verzoekster en de medeverzekerde bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd zijn gebleven op basis van de zorgverzekering, tegen de door de ziektekostenverzekeraar bij de prolongatie vermelde premie voor 2023, en dat verzoekster gehouden is deze premie voor haar en de medeverzekerde tijdig te voldoen.

#### *Aanvullende ziektekostenverzekering*

- 7.5. Hetgeen hiervoor is overwogen geldt niet voor de aanvullende ziektekostenverzekering. Voor deze verzekering is risicoselectie wel toegestaan en het begrip 'grondslag van de premie' speelt hier geen rol.
- Bepalend is in dit verband artikel 7:940, vierde lid, BW. Op grond van dit artikel is een verzekeraar gerechtigd de voorwaarden, waaronder de premie, van de verzekering eenzijdig te wijzigen. De verzekeringnemer die met een zodanige wijziging niet akkoord gaat, is 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.
- Aangezien het hier gaat om een eenzijdige, en-bloc of groepsgewijze wijziging, is geen sprake van een onderhandelbaar aanbod. De verzekeringnemer kan slechts instemmen met stilzwijgende verlenging, in dat geval tegen de gewijzigde premie, of de verzekering opzeggen. Zoals hiervoor is opgemerkt, kiest verzoekster niet voor die tweede mogelijkheid.

De commissie concludeert dat verzoekster en de medeverzekerde bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd zijn gebleven op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering, tegen de door de ziektekostenverzekeraar bij de prolongatie vermelde premie voor 2023, en dat verzoekster gehouden is deze premie voor haar en de medeverzekerde tijdig te voldoen.

- 7.6. De commissie stelt vast dat verzoekster, in tegenstelling tot wat zij beweert, niet de volledige premie heeft voldaan vanaf januari 2023, doch slechts de door haar voorgestelde € 50,- per maand. Het stond de ziektekostenverzekeraar vrij de hierdoor ontstane vordering ter incasso uit handen te geven. Van cessie van de vordering op de deurwaarder is niet gebleken. Op grond van de artikelen 18a e.v. Zvw (en artikel A13 van de algemene voorwaarden) kan een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering uiteindelijk leiden tot aanmelding bij het CAK. De commissie stelt vast dat verzoekster en de medeverzekerde hiervoor zijn gewaarschuwd bij brief van 19 juni 2023, zoals bepaald in artikel 18b Zvw.

*Slotsom*

- 7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 24 december 2023,

A.I.M. van Mierlo

**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 ernstige gebreken. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.*

**BIJLAGE - Relevante bepalingen**

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering



---

## Zorgverzekeringswet

---

### Artikel 17

1. De zorgverzekeraar stelt voor iedere variant van de zorgverzekering die hij aanbiedt, de grondslag van de premie en de bij die variant behorende premiekorting of premiekortingen vast en neemt deze in de modelovereenkomst op.
2. De grondslag van de premie is gelijk voor varianten die wat betreft de te verzekeren prestaties als bedoeld in artikel 11, eerste lid, of de keuzemogelijkheden tussen aanbieders van zorg of van overige diensten als bedoeld in dat lid, niet van elkaar verschillen.
3. Indien de zorgverzekeraar gebruik maakt van zijn bevoegdheid, bedoeld in artikel 11, vijfde lid, is de grondslag van de premie gelijk aan de grondslag die hij heeft of zou hebben vastgesteld voor een modelovereenkomst met volledige dekking.
4. De grondslag van de premie is de premie indien geen premiekorting als bedoeld in artikel 18, vierde lid, of artikel 20 geldt of zou gelden.
5. De verschuldigde premie is gelijk aan de grondslag van de premie behorende bij de variant van de zorgverzekering die de verzekeringnemer gekozen heeft, verminderd met de premiekortingen, bedoeld in de artikelen 18, vierde lid, of 20, indien deze van toepassing zijn.
6. De zorgverzekeraar geeft de wijze waarop de verschuldigde premie van de grondslag van de premie wordt afgeleid in de modelovereenkomst weer, en neemt de wijze waarop de door de verzekeringnemer verschuldigde premie van de grondslag van de premie is afgeleid in de zorgpolis op.
7. Een wijziging in de grondslag van de premie treedt niet eerder in werking dan zeven weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer is medegedeeld.

# 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.

- u wordt gedetineerd of uw detentie eindigt,
- u niet langer voldoet aan de voorwaarden om deel te nemen aan een collectiviteit,
- uw verzekeringsplicht voor de Basisverzekering eindigt.

U bent ook verplicht te melden wie uw nieuwe zorgverzekeraar is als u de verzekering bij Menzis heeft opgezegd. Als Menzis op grond van de door u verstrekte gegevens tot de conclusie komt dat uw Basisverzekering eindigt of geëindigd is, informeert Menzis u daarover direct.

- U bent verplicht de informatie te verstrekken die Menzis bij u opvraagt, voor zover u dit kunt. Bijvoorbeeld informatie over de reden van een opname, voor een onderzoek naar fraude, of voor controle. Als u niet meewerkt, kan het zijn dat uw recht op zorg of vergoeding van kosten vervalt.
- U bent verplicht Menzis informatie te verstrekken over ziektekosten die door iemand anders zijn veroorzaakt. Bijvoorbeeld ziektekosten door een verkeersongeval of een medische fout. U kunt daarover contact opnemen met onze Klantenservice of onze afdeling Verhaal op 088 222 44 99. U kunt ook online informatie verstrekken via [menzis.nl/klantenservice/schade-melden](https://menzis.nl/klantenservice/schade-melden). Menzis kan u adviseren en de schade verhalen op de aansprakelijke partij. U mag zelf geen regeling treffen met de aansprakelijke partij of zijn verzekeraar als dit nadelig is voor Menzis.

## **A12 Premie, manier van betalen en betaling eigen risico**

### **1 Premie**

- Per 1 januari 2023 is de premiegrondslag voor de Basisverzekering € 152,75 per kalendermaand. De premie die u moet betalen is de premiegrondslag verminderd met kortingen. U kunt korting krijgen op de aanvullende (tandarts)verzekeringen bij deelname aan een collectiviteit en als u kiest voor een vrijwillig eigen risico. De premie die u moet betalen staat op uw zorgpolis.
- Tot 18 jaar hoeft u voor de Basisverzekering geen premie te betalen. Vanaf de 1e dag van de maand na de maand waarin u 18 wordt, moet u wél premie betalen.
- Menzis moet uw premie hebben ontvangen voor het begin van de periode waarop de premie betrekking heeft.
- U mag de premie niet verrekenen met een betaling die u van Menzis verwacht.
- Als u een betaling doet zonder vermelding van het betalingskenmerk van Menzis, bepaalt Menzis waarop de betaling wordt afgeboekt.
- Als u niet per automatische incasso of accept-e-mail betaalt, brengt Menzis u € 2 in rekening.
- Als u met Menzis een betalingsregeling heeft afgesproken, kan Menzis kosten in rekening brengen.

### **2 Manier van betalen**

Als u Menzis toestemming geeft om uw premie automatisch te incasseren, geldt die toestemming ook voor alle andere betalingen die u aan Menzis moet doen. Bijvoorbeeld betalingen voor het eigen risico en eigen bijdragen. Over automatische incasso van eigen risico en eigen bijdragen krijgt u tijdig bericht. Uiterlijk 5 werkdagen voordat de incasso plaatsvindt. De zorgpolis geldt als aankondiging voor de automatische incasso van de premie voor het gehele kalenderjaar.

### **3 Betaling eigen risico en eigen bijdrage**

- Het eigen risico en de eigen bijdragen van alle personen die u heeft verzekerd, worden door Menzis bij u in rekening gebracht.
- Als u het eigen risico en de eigen bijdrage niet per automatische incasso of accept-e-mail betaalt, brengt Menzis u € 2 in rekening.

## **A13 Wat er gebeurt als u de premie niet betaalt**

### **A13.1 Basisverzekering en aanvullende verzekering**

1. Menzis stuurt u een aanmaning. Als u binnen 14 dagen alsnog de premie betaalt, blijft dit verder zonder gevolg.
2. Betaalt u niet binnen 14 dagen na deze aanmaning dan heeft dat de volgende gevolgen:
  - Menzis kan de dekking van alle verzekeringen schorsen. U krijgt dan geen vergoeding meer vanaf het begin van de periode waarop de niet door u betaalde premie betrekking heeft,
  - u blijft verplicht de premie te voldoen,
  - betalingskortingen vervallen,
  - u moet de incassokosten betalen, wegens de extra werkzaamheden van Menzis, zoals het sturen van een acceptgiro en de aanmaningen, en wegens de werkzaamheden van de deurwaarder,
  - u moet wettelijke rente betalen over de totale vordering.
3. Als Menzis de premie, incassokosten en de wettelijke rente heeft ontvangen, wordt de dekking de dag na ontvangst van de betaling weer van kracht. Kosten die zijn gemaakt tijdens de schorsing krijgt u niet vergoed. Ook niet als u van Menzis toestemming had voor een behandeling of verstrekking.
4. Als u, zelfs na aanmaning, de premie niet betaalt, kan Menzis de verzekeringen van alle verzekerden beëindigen.
5. Menzis kan het sturen van een aanmaning en het innen van een vordering overdragen aan een incassopartner. Mocht de vordering zijn overgedragen aan een incassopartner, dan kan Menzis ook nieuwe openstaande vorderingen overdragen zonder dat u hiervoor een aanmaning heeft ontvangen.

### **A13.2 Basisverzekering**

Als u, zelfs na aanmaning, de premie niet betaalt, kan Menzis op grond van de Zorgverzekeringswet uw Basisverzekering bij het Centraal Administratiekantoor (CAK) aanmelden voor bronheffing. Er wordt u dan een bestuursrechtelijke premie van ten minste 110% en ten hoogste 130% van de gemiddelde marktpremie opgelegd. Die premie wordt ingehouden op bijvoorbeeld uw salaris of uitkering. U kunt hieronder lezen wanneer de melding bij het CAK plaatsvindt. De regels hierover vindt u in artikel 18a tot en met 18g van de Zorgverzekeringswet. Daar staat ook beschreven welke regels van toepassing zijn als het CAK de bestuursrechtelijke premie bij u gaat innen.

### ***Wat gebeurt er als u 2 maanden geen premie heeft betaald***

1. Nadat is vastgesteld dat u 2 maanden geen premie heeft betaald, kan Menzis u een betalingsregeling aanbieden. Die betalingsregeling houdt in:
  - a. dat u Menzis machtigt om automatisch bij u te incasseren,
  - b. dat u met Menzis afspraken maakt om uw betalingsachterstand in termijnen terug te betalen,
  - c. dat Menzis de Basisverzekering niet zal beëindigen of de dekking van de Basisverzekering zal schorsen of opschorten zolang de betalingsregeling loopt. Dit geldt niet als u de machtiging genoemd onder a intrekt, of als u de gemaakte afspraken over de betalingen niet nakomt.
2. Heeft u iemand anders verzekerd? En heeft u de premie voor de Basisverzekering van die verzekerde 2 maanden niet betaald? Dan houdt de betalingsregeling ook in dat wij u aanbieden om deze verzekering te beëindigen. Dit aanbod geldt alleen als:
  - a. de verzekerde voor zichzelf een Basisverzekering heeft afgesloten op de datum dat de betalingsregeling gaat gelden, en
  - b. in het geval de verzekerde bij Menzis blijft, hij een machtiging heeft gegeven als bedoeld onder a van 1.
3. In de brief waarin Menzis u een betalingsregeling aanbiedt staat dat u 4 weken de tijd heeft om de regeling te accepteren. In de brief zullen wij u ook uitleggen wat er gebeurt als u de premie 6 maanden niet betaalt. In de brief zullen wij u ook vertellen dat u schuldhulpverlening kunt krijgen en hoe u die hulp

kunt krijgen en welke schuldhulpverlening mogelijk is.

4. Als u (ook) iemand anders heeft verzekerd, krijgt die persoon dezelfde brief over de betalingsregeling als u heeft gekregen.

#### ***Wat gebeurt er als u 4 maanden geen premie heeft betaald***

5. Als u 4 maanden geen premie heeft betaald, informeren wij u en uw medeverzekerden dat Menzis van plan is u te melden bij het CAK, zodra u 6 maanden of langer geen premie heeft betaald. Als Menzis u meldt bij het CAK betekent dit dat het CAK over zal gaan tot heffing van de bestuursrechtelijke premie.
  - a. Menzis zal de melding (nog) niet doen als u op tijd laat weten dat u vindt dat u geen schuld heeft bij Menzis. Of als u op tijd laat weten dat u vindt dat de hoogte van de schuld niet juist is. U bent op tijd als u Menzis daarover een brief stuurt, maximaal 4 weken nadat u door ons geïnformeerd bent. Menzis zal dan onderzoeken of zij uw schuld goed heeft berekend. Als Menzis vindt dat zij uw schuld goed heeft berekend dan informeert Menzis u daarover. Als u het niet eens bent met dat oordeel van Menzis dan kunt u dit voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen of aan de burgerlijke rechter. Als u dat doet binnen 4 weken nadat u de brief van Menzis heeft ontvangen, zal Menzis u niet melden bij het CAK, totdat de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen of de burgerlijke rechter heeft beslist of Menzis de hoogte van uw schuld juist heeft berekend.
  - b. U kunt ook vragen of Menzis met u een betalingsregeling wil aangaan. Wat die betalingsregeling inhoudt kunt u hierboven lezen onder 1 en 2. Als Menzis met u een betalingsregeling afsprekt zal Menzis u niet melden bij het CAK zolang u de nieuwe premies op tijd betaalt.

#### ***Wat gebeurt er als u 6 maanden geen premie heeft betaald***

6. Als Menzis heeft vastgesteld dat u 6 maanden geen premie heeft betaald zal Menzis u aanmelden bij het CAK. Menzis zal aan het CAK uw persoonsgegevens doorgeven en die van de personen die u heeft verzekerd. Menzis geeft alleen die persoonsgegevens aan het CAK die ze nodig hebben om bij u de bestuursrechtelijke premie in rekening te brengen. U en de persoon die u heeft verzekerd, worden hierover ook door Menzis geïnformeerd.
7. Een eventueel gekozen vrijwillig eigen risico komt te vervallen, evenals de bijbehorende korting op de premie.

#### **A14 Mag Menzis de voorwaarden en premie wijzigen?**

Menzis mag de voorwaarden, de premie en de kortingen op elk moment wijzigen. Als Menzis de grondslag van de premie van de Basisverzekering wijzigt, dan gaat die wijziging pas in na 7 weken nadat de wijziging aan u is meegedeeld.

#### **A15 Collectieve verzekering**

Menzis kan met uw werkgever of belangenbehartigers afspraken maken over collectieve verzekeringen. U kunt aan een collectieve verzekering deelnemen als u voldoet aan de voorwaarden. Vanaf het moment dat u niet meer voldoet aan de voorwaarden voor deelname aan de collectieve verzekering, vervallen voor u een eventuele premiekorting en afwijkende collectieve afspraken of Menzis kan uw aanvullende (tandarts)verzekering beëindigen en u overzetten op een aanvullende (tandarts)verzekering die het meest lijkt op uw collectieve verzekering. De premiekorting en de afwijkende collectieve afspraken vervallen ook vanaf het moment dat de overeenkomst tussen uw werkgever of belangenbehartiger en Menzis is beëindigd. Uw verzekeringen blijven dan zonder premiekorting en afwijkende collectieve afspraken doorlopen of Menzis kan uw aanvullende (tandarts)verzekering beëindigen en u overzetten op een aanvullende (tandarts)verzekering die het meest lijkt op uw collectieve verzekering.