



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak	: Premie, collectiviteitskorting, aanvullende ziektekostenverzekering, informatieplicht, acceptgiro
Regelgeving	: Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 7 en 9 Zvw, voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021, Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-017)
Zaaknummer	: 202002365
Zittingsdatum	: 28 juli 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A. Kroon, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 18 maart 2021 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 juni 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 9 juni 2021 aan verzoeker gezonden, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren.
- 2.3. Verzoeker heeft op 21 juni 2021 per brief gereageerd, waarbij hij zijn verzoek aan de commissie heeft gewijzigd. Een afschrift van deze brief is op 24 juni 2021 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn in de gelegenheid gesteld te worden gehoord. Beide partijen hebben verklaard dat zij van deze gelegenheid geen gebruik willen maken. De ziektekostenverzekeraar heeft op 7 juli 2021 per brief wel een aanvullende schriftelijke reactie gegeven. Een afschrift hiervan is op 15 juli 2021 ter kennisname aan verzoeker gezonden.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Exclusief (Restitutie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend***, Aanvullend Tand** en Extra Aanvullend Sport.
- 3.2. Op 28 oktober 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker per brief geïnformeerd dat de collectiviteitskorting voor de zorgverzekering met ingang van 1 januari 2021 komt te vervallen. Daarbij is verzoeker erop gewezen dat deze collectiviteitskorting nog wel blijft gelden voor de verzekering Basis Zeker.
- 3.3. Op 31 oktober 2020 is verzoeker per brief bij de ziektekostenverzekeraar opgekomen tegen het vervallen van de collectiviteitskorting op de premie van de zorgverzekering. Tevens heeft hij verzocht aan hem informatie te verstrekken over het verschil in premie tussen de zorgverzekering en de verzekering Basis Zeker, alsmede over het verschil in dekking tussen beide verzekeringen.
- 3.4. Op 2 november 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker per brief geïnformeerd over de wijzigingen in de dekking van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

- 3.5. Op 11 november 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief het polisblad 2021 aan verzoeker gezonden. Hierop is vermeld dat de verzekeringen die hij in 2020 had worden gecontinueerd.
- 3.6. Op 12 november 2020 en 13 november 2020 is verzoeker per brief bij de ziektekostenverzekeraar opgekomen tegen de voorgenomen premieverhoging. Tevens heeft hij verzocht de verzekering Extra Aanvullend Sport van zijn polis te verwijderen.
- 3.7. Op 8 december 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief een factuur aan verzoeker gezonden, waarmee de premie voor de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering voor de maand januari 2021 in rekening worden gebracht.
- 3.8. Op 16 december 2020 heeft verzoeker per brief aan de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat hij nog in afwachting is van een reactie op voornoemde brieven en dat hij de hogere premie tot die tijd niet zal voldoen. Verder heeft hij zich beklagd over het feit dat de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 1,- in rekening brengt voor het zenden van een acceptgirokaart, terwijl verzoeker deze niet gebruikt om de premie te voldoen.
- 3.9. Op 12 januari 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker per brief een betalingsherinnering gestuurd voor het voldoen van de premie voor de maand januari 2021 voor een bedrag van € 387,48.
- 3.10. Op 13 januari 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker per brief een betalingsherinnering gestuurd voor het voldoen van (een deel van) de premie van de aanvullende ziektekostenverzekering, voor een bedrag van € 26,30.
- 3.11. Op 14 januari 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief op de verzoeken en klachten van verzoeker gereageerd. Aan hem is meegedeeld dat (i) de collectiviteitskorting op de premie van de zorgverzekering met ingang van 1 januari 2021 is komen te vervallen, (ii) het niet mogelijk is de gratis aanvullende verzekering Extra Aanvullend Sport te laten vervallen, (iii) het bedrag van € 1,- overeenkomstig de verzekeringsvoorwaarden in rekening is gebracht vanwege de door verzoeker gekozen betaalwijze, (iv) de volledige premie voor de maand januari 2021 moet worden betaald en (v) dat de ziektekostenverzekeraar van oordeel is dat hij aan zijn informatieplicht jegens verzoeker heeft voldaan.
- 3.12. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 29 januari 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.13. Nadien is tussen partijen bemiddeld door de Ombudsman Zorgverzekeringen. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar op 19 februari 2021 per brief het document 'Wat vergoeden wij?' heeft toegezonden. In het document staat: *"In dit overzicht leest u wat wij vergoeden uit de basisverzekering, aanvullende verzekeringen en tandartsverzekeringen. Het gaat hier alleen om de vergoedingen bij gecontracteerde zorgverleners. Dit zijn ziekenhuizen en zorgverleners waarmee wij afspraken hebben gemaakt over zorg, prijs en kwaliteit."*
- 3.14. Op 13 april 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief een betalingsherinnering aan verzoeker gezonden om (een deel van) de premie van de aanvullende ziektekostenverzekering voor de maand april 2021 te voldoen, voor een bedrag van € 105,20.
- 3.15. Op 15 april 2021 is verzoeker opgekomen tegen deze betalingsherinnering en heeft hij de ziektekostenverzekeraar opnieuw verzocht zijn beslissing te heroverwegen. Op 17 mei 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij tot 1 juli 2021 de tijd krijgt om te kiezen of hij voor het jaar 2021 op grond van de zorgverzekering of de verzekering Basis Zeker verzekerd wenst te zijn.

3.16. Op 21 mei 2021 heeft verzoeker per brief aan de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat aan hem nog steeds geen inzage is gegeven in het verschil in premie en dekking tussen de twee voornoemde verzekeringen en dat de bijlage bij de brief van 17 mei 2021, die hierover duidelijkheid zou moeten geven, ontbreekt. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar de brief, inclusief bijlage, opnieuw aan verzoeker gezonden. In reactie hierop heeft verzoeker op 7 juni 2021 per brief verklaard dat hij in 2021 op grond van de zorgverzekering verzekerd wenst te blijven.

4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie - na wijziging van zijn verzoek - verzocht te beslissen dat:
(i) de ziektekostenverzekeraar niet aan zijn informatieplicht jegens hem heeft voldaan;
(ii) de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanvullende verzekering Extra Aanvullend Sport van zijn polis te verwijderen;
(iii) de ziektekostenverzekeraar geen kosten in rekening mag brengen voor de door verzoeker gekozen betaalwijze.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de 'Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-017)' van de Nederlandse Zorgautoriteit zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunt verzoeker

6.2. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij door de ziektekostenverzekeraar is geïnformeerd dat de collectiviteitskorting op de premie van de zorgverzekering met ingang van 1 januari 2021 komt te vervallen. De ziektekostenverzekeraar heeft daarbij melding gemaakt van een andere basisverzekering, waarop nog wél een premiekorting van toepassing is. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd hem te informeren over het verschil in premie en dekking tussen beide, maar heeft hierop niet eerder dan op 2 juni 2021 een reactie ontvangen. Daardoor kon verzoeker niet vóór 1 januari 2021 een weloverwogen keuze maken over de verzekering(en) die hij wenste en heeft de ziektekostenverzekeraar zijn informatieplicht jegens hem geschonden. Daarnaast heeft verzoeker aangevoerd dat de aanvullende ziektekostenverzekering Extra Aanvullend Sport zonder zijn toestemming aan de polis is toegevoegd. Hij wilt dan ook dat deze verzekering van zijn polis wordt verwijderd. Verder heeft verzoeker aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte een bedrag van € 1,- in rekening brengt voor een acceptgirokaart. Hij maakt hiervan geen gebruik als hij betaalt. Daarbij heeft hij deze kwestie reeds in 2015 bij de ziektekostenverzekeraar aangekaart. Toen is hem gezegd dat het bedrag niet meer in rekening zou worden gebracht. Tot slot heeft verzoeker opgemerkt dat de ziektekostenverzekeraar in zijn brieven verwijst naar informatie die online te vinden is, terwijl hij weet dat verzoeker niet beschikt over een internetaansluiting. Eventuele relevante informatie moet dan ook altijd per post aan hem worden verstrekt.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat verzoeker op 28 oktober 2020 per brief is geïnformeerd over het vervallen van de collectiviteitskorting op de premie van de zorgverzekering. Vervolgens is verzoeker op 2 november 2020 geïnformeerd over de wijzigingen in de dekking van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 januari 2021. Op 11 november 2020 is aan verzoeker per brief een aanbod gedaan voor het afsluiten van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 januari 2021. Daarmee heeft de ziektekostenverzekeraar voldaan aan zijn informatieplicht jegens verzoeker. Verder heeft verzoeker niet afwijzend gereageerd op het gedane aanbod, zodat de lopende verzekeringen met ingang van 1 januari 2021 zijn voortgezet. Verzoeker is daarmee ook de premie verschuldigd die voor deze verzekeringen geldt.
- Ten aanzien van de aanvullende verzekering Extra Aanvullend Sport heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat dit een gratis verzekering is, die wordt aangeboden vanwege de collectiviteit waar verzoeker aan deelneemt. Het is niet mogelijk deze verzekering te beëindigen.
- Met betrekking tot de opslag van € 1,- voor de betaalwijze die verzoeker heeft gekozen, heeft de ziektekostenverzekeraar verwezen naar artikel 8.3 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. Hierin is vermeld dat kosten in rekening worden gebracht als een verzekeringnemer besluit niet via betaalmail of automatische incasso te betalen. Aangezien verzoeker hiervoor niet heeft gekozen, worden de kosten terecht bij hem in rekening gebracht. Van een toezegging waaruit het tegendeel volgt, is niet gebleken. Overigens zijn de genoemde kosten ook in 2020 bij verzoeker in rekening gebracht.

Informatieplicht

- 6.4. Ten aanzien van de informatieplicht die op de ziektekostenverzekeraar rust, zijn de volgende bepalingen uit de 'Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-017)' van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) (hierna: de regeling) van belang:

"(...) Artikel 2. Doel van de regeling

Ziektekostenverzekeraars maken informatie openbaar over de eigenschappen van aangeboden producten en diensten op zodanige wijze dat deze gegevens voor consumenten gemakkelijk vergelijkbaar zijn.

Deze regeling beschrijft welke informatie ziektekostenverzekeraars ten minste aan consumenten moeten verstrekken, zodat de informatie doeltreffend en juist is, en bijdraagt aan de inzichtelijkheid en vergelijkbaarheid van de aangeboden producten en diensten. Ten tweede heeft deze regeling tot doel om de eenvormige invulling van procedures van ziektekostenverzekeraars te stimuleren, opdat verzekerden op gelijke wijze toegang kunnen hebben tot de verzekering. Tot slot geeft deze regeling ook aan welke andere informatie ziektekostenverzekeraars periodiek moeten verstrekken aan consumenten en verzekerden.

(...)

Artikel 5. Beantwoording vragen

- 1. De ziektekostenverzekeraar beantwoordt vragen van consumenten over alle eigenschappen van de aangeboden producten en diensten schriftelijk wanneer de consument hierom vraagt.*
- 2. De ziektekostenverzekeraar beantwoordt vragen van consumenten over alle eigenschappen van de aangeboden producten en diensten telefonisch wanneer de consument hierom vraagt, tenzij telefonisch contact in de polisvoorwaarden is uitgesloten.*

3. *De ziektekostenverzekeraar beantwoordt de onder 5.1 en 5.2 bedoelde vragen tijdig. (...)*"

6.5. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker op 28 oktober 2020 per brief geïnformeerd dat de collectiviteitskorting op de premie van de zorgverzekering met ingang van 1 januari 2021 komt te vervallen. Daarbij heeft hij hem gewezen op de mogelijkheid de verzekering Basis Zeker af te sluiten, waarvoor deze premiekorting nog wel zou blijven gelden. Hierop heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar op 31 oktober 2020 per brief verzocht aan hem informatie te verstrekken over het verschil in premie en dekking tussen zijn huidige zorgverzekering en de verzekering Basis Zeker. Uit de verklaringen van verzoeker blijkt dat hij deze informatie vóór 1 januari 2021 wenste te ontvangen, zodat hij een weloverwogen keuze kon maken tussen beide verzekeringen. Vast staat dat de ziektekostenverzekeraar pas na tussenkomst van de Ombudsman Zorgverzekeringen op 19 februari 2021 per brief op de vragen van verzoeker heeft gereageerd. Vervolgens is niet eerder dan op 17 mei 2021 per brief informatie aan verzoeker gezonden, waaruit blijkt wat het verschil is in premie en dekking tussen de zorgverzekering en de verzekering Basis Zeker. Overigens volgt uit de brief van de ziektekostenverzekeraar van 4 juni 2021 dat op dat moment nog een overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders aan verzoeker moest worden gestuurd. Daarmee staat vast dat de ziektekostenverzekeraar niet tijdig heeft gereageerd op de vragen van verzoeker en dat hij in strijd heeft gehandeld met artikel 5 van de regeling. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar zijn informatieplicht jegens verzoeker heeft geschonden.

6.6. De commissie leidt uit de verklaringen van de ziektekostenverzekeraar af dat hij verzoeker tegemoet is gekomen door hem alsnog de mogelijkheid te bieden vóór 1 juli 2021 te kiezen hoe hij met ingang van 1 januari 2021 verzekerd wenst te zijn. Verzoeker heeft inmiddels zijn keuze aan de ziektekostenverzekeraar kenbaar gemaakt, zodat dit geen onderdeel meer is van het geschil. Tevens heeft de ziektekostenverzekeraar besloten geen administratiekosten in rekening te brengen in verband met premiebetalingen die tot 1 juli 2021 niet tijdig zijn gedaan. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar besloten het entreegeld van € 37,- aan verzoeker te voldoen. In deze beslissingen zal de commissie niet treden.

Aanvullende verzekering Extra Aanvullend Sport

6.7. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker recht heeft op de aanvullende verzekering Extra Aanvullend Sport vanwege zijn deelname aan de collectiviteit 'Voormalig Fitland' en dat deze verzekering gratis is. Hoewel verzoeker heeft verklaard dat hij de verzekering niet heeft aangevraagd, ziet de commissie hierin geen aanleiding te beslissen dat deze verzekering met terugwerkende kracht per 1 januari 2021 moet worden beëindigd. Met name omdat verzoeker hiervoor geen premie is verschuldigd, maar de verzekering wél een bepaalde dekking biedt, ondervindt hij hiervan geen enkel (financieel) nadeel. Daarbij tekent de commissie aan dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden verzoeker tijdig te informeren als voor deze verzekering op een goed moment wél premie in rekening wordt gebracht. Verzoeker heeft dan alsnog de mogelijkheid de verzekering op te zeggen.

Kosten betaalwijze

6.8. Op grond van artikel 8.3 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering mag de ziektekostenverzekeraar (administratie)kosten in rekening brengen als de verzekeringnemer ervoor kiest niet te betalen via een betaalmail of automatische incasso. Niet is gebleken dat verzoeker ervoor heeft gekozen via één van deze opties te betalen. Om die reden wordt maandelijks een factuur met acceptgiro per post aan hem gestuurd. Hiervoor brengt de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 1,- in rekening. Het staat hem vrij dit te doen. Dat verzoeker geen gebruik maakt van de acceptgiro om de factuur te voldoen, maakt het voorgaande niet anders.

6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies



7.1. De commissie beslist dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar zijn informatieplicht jegens verzoeker heeft geschonden;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar niet is gehouden de aanvullende verzekering Extra Aanvullend Sport te beëindigen met terugwerkende kracht tot 1 januari 2021;
- (iii) de ziektekostenverzekeraar kosten in rekening mag brengen voor het verzenden van een factuur en acceptgiro om de premie te voldoen en verzoeker is gehouden deze kosten te betalen.



Zeist, 28 juli 2021,



H.A. Kroon



BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

7.11 Vrijwillig gekozen eigen risico wijzigen

Wilt u uw vrijwillig gekozen eigen risico aanpassen? Dan kan dat per 1 januari van het volgende kalenderjaar. Geef de wijziging van het vrijwillig gekozen eigen risico dan uiterlijk 31 december aan ons door. Deze wijzigingstermijn vindt u ook in artikel [12.5](#).

A.8 Wat betaalt u?

8.1 Wij stellen de premie vast voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Wij stellen vast hoe hoog de premie van uw basisverzekering is. De verschuldigde premie is de premiegrondslag min een eventuele korting vanwege een vrijwillig gekozen eigen risico en/of een eventuele collectiviteitskorting. Beide kortingen berekenen wij op basis van de premiegrondslag.

Het is mogelijk om uw premie per half jaar of jaar vooruit te betalen. U ontvangt dan een korting op de totaal verschuldigde premie.

Wij heffen premie voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Wordt de verzekerde 18 jaar? Dan bent u (verzekeringnemer) premie verschuldigd per de eerste van de maand die volgt op de kalendermaand waarin de verzekerde 18 jaar wordt.

Wanneer u (verzekeringnemer) de premie per (half) jaar vooruit betaalt, betaalt u ook de premie vooruit van de verzekerde die in de loop van dit kalenderjaar 18 jaar wordt. Deze premie is gebaseerd op de gekozen basis- en eventuele aanvullende verzekering per 1 januari van dit kalenderjaar. Ruim voor de 18e verjaardag van deze verzekerde ontvangt u meer informatie over de mogelijkheid om tussentijds per de 18e verjaardag de verzekering te wijzigen. Er kan dan sprake zijn van restitutie of bijbetalen van de premie.

Op het moment dat u (verzekeringnemer) niet meer deelneemt aan een collectiviteit, heeft u geen recht meer op de korting van deze collectiviteit.

8.2 U (verzekeringnemer) betaalt de premie

U (verzekeringnemer) moet de premie vooruitbetalen. U mag de premie die u (verzekeringnemer) moet betalen, niet verrekenen met uw vergoeding.

Beëindigt u (verzekeringnemer) of beëindigen wij uw basisverzekering tussentijds? Dan betalen wij premie die u te veel heeft betaald, terug. Wij gaan hierbij uit van een maand met 30 dagen. Hebben wij uw verzekering beëindigd vanwege fraude of misleiding (zie ook artikel [A.20](#) van deze algemene voorwaarden)? Dan kunnen wij een bedrag voor administratiekosten aftrekken van de premie die wij moeten terugbetalen.

8.3 Hoe u (verzekeringnemer) de premie en andere kosten betaalt

Wij hebben het liefst dat u (verzekeringnemer) de volgende bedragen via betaalmail of een automatische incasso betaalt:

- a. premie;
- b. verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico;
- c. wettelijke eigen bijdragen;
- d. eigen betalingen;
- e. eventuele overige vorderingen.

Kiest u (verzekeringnemer) ervoor om op een andere manier te betalen dan via betaalmail of een automatische incasso? Dan kan het zijn dat u (verzekeringnemer) daarvoor administratiekosten moet betalen.

8.4 Afschrijving 14 dagen van tevoren aangekondigd

U (verzekeringnemer) ontvangt van ons een vooraankondiging van de automatische incasso. Wij proberen deze vooraankondiging aan u (verzekeringnemer) te versturen 14 dagen voordat wij het openstaande bedrag incasseren. Dit is niet van toepassing op de bekendmaking van de nieuwe premie. De automatische incasso van de premie kondigen wij 1 keer per jaar aan op het polisblad dat u van ons ontvangt.

A.9 Wat gebeurt er als u niet op tijd betaalt?

9.1 Er zijn regels voor hoe u de premie betaalt

Als u premie moet betalen, moet u zich aan de regels hiervoor houden. Dit geldt ook als een derde de premie betaalt.

9.2 Wij verrekenen achterstallige premie en/of eigen risico met zorgkosten en pgb

Moet u (verzekeringnemer) nog achterstallige premie en/of eigen risico aan ons betalen, en declareert u zorgkosten bij ons die wij aan u (verzekeringnemer) moeten betalen? Dan verrekenen wij de premie en/of eigen risico met de zorgkosten. Wij verrekenen achterstallige premie en/of eigen risico ook met uw declaraties uit uw Zvw-rgb.

Als u (verzekeringnemer) niet op tijd betaalt, kunnen wij administratiekosten, invorderingskosten (waaronder incassokosten) en de wettelijke rente aan u (verzekeringnemer) in rekening brengen.

9.3 Als u (verzekeringnemer) zich niet aan de betalingstermijn houdt

Heeft u (verzekeringnemer) ervoor gekozen om premie te betalen per (half)jaar? En betaalt u de premie niet binnen de betalingstermijn die wij hebben gesteld? Dan behouden wij ons het recht voor om u (verzekeringnemer) uw premie weer per maand te laten betalen. Het gevolg hiervan is dat u geen recht meer heeft op betalingskorting.

9.4 U kunt de verzekering pas opzeggen als achterstallige premie is betaald

Hebben wij u aangemaand om één of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie te betalen? Dan kunt u (verzekeringnemer) de basisverzekering niet opzeggen totdat u de verschuldigde premie en eventuele administratiekosten, invorderingskosten en de wettelijke rente heeft betaald. Een uitzondering hierop is als wij de dekking van uw basisverzekering schorsen.

9.5 Uitzondering op artikel A.9.4

Artikel [9.4](#) van deze algemene voorwaarden geldt niet, als wij binnen 2 weken aan u (verzekeringnemer) laten weten dat wij de opzegging bevestigen.

2. Doel van de regeling

Ziektekostenverzekeraars maken informatie openbaar over de eigenschappen van aangeboden producten en diensten op zodanige wijze dat deze gegevens voor consumenten gemakkelijk vergelijkbaar zijn.

Deze regeling beschrijft welke informatie ziektekostenverzekeraars ten minste aan consumenten moeten verstrekken, zodat de informatie doeltreffend en juist is, en bijdraagt aan de inzichtelijkheid en vergelijkbaarheid van de aangeboden producten en diensten. Ten tweede heeft deze regeling tot doel om de eenvormige invulling van procedures van ziektekostenverzekeraars te stimuleren, opdat verzekerden op gelijke wijze toegang kunnen hebben tot de verzekering. Tot slot geeft deze regeling ook aan welke andere informatie ziektekostenverzekeraars periodiek moeten verstrekken aan consumenten en verzekerden.

5. Beantwoording vragen

1. De ziektekostenverzekeraar beantwoordt vragen van consumenten over alle eigenschappen van de aangeboden producten en diensten schriftelijk wanneer de consument hierom vraagt.
2. De ziektekostenverzekeraar beantwoordt vragen van consumenten over alle eigenschappen van de aangeboden producten en diensten telefonisch wanneer de consument hierom vraagt, tenzij telefonisch contact in de polisvoorwaarden is uitgesloten.
3. De ziektekostenverzekeraar beantwoordt de onder 5.1 en 5.2 bedoelde vragen tijdig.

Artikel 4. Informatieverstrekking

Het moet inzichtelijk zijn voor de consument wat de financiële consequenties zijn van zijn keuze. Daarom moet de in deze regeling genoemde informatie voor alle aangeboden én lopende polissen verstrekt worden vanaf het moment van aanbieden, want het moet voor consumenten mogelijk zijn om hun lopende polis met de aangeboden polissen te vergelijken. Het moment van aanbieden is het moment waarop een verzekerde zich op een polis kan inschrijven.

Artikel 5. Beantwoording vragen

De NZa heeft signalen gekregen dat het soms moeilijk is voor consumenten om schriftelijke bevestiging te krijgen van verzekeraars van telefonisch gegeven antwoorden. Deze bepaling verplicht verzekeraars te antwoorden op de door de consument gewenste wijze.

Deze verplichting geldt niet alleen voor de informatie die de ziektekostenverzekeraar moet geven op grond van deze regeling, maar voor alle informatie die de verzekeraar moet verstrekken op grond van de bredere informatieverplichting zoals vastgelegd in artikel 40 van de Wet marktordening gezondheidsrecht.

Het is van belang dat de consument tijdig een antwoord op zijn vraag ontvangt. Tijdig betekent in dit geval dat de vraag van de consument zodanig tijdig beantwoord wordt, dat de consument de verkregen informatie redelijkerwijs nog kan inzetten voor het doel waarvoor hij de informatie opgevraagd heeft. In de overstapperiode is tijdig vaak dusdanig tijdig dat de consument de informatie nog kan meewegen in zijn beslissing over het kiezen van een polis, tenzij de consument zodanig laat een (complexe) vraag stelt dat van de verzekeraar niet meer mag worden verwacht dat de vraag voor het einde van de overstapperiode beantwoord kan worden. Wanneer de informatie betrekking heeft op de vergoeding van zorg of het gecontracteerde zorgaanbod weegt de informatie mogelijk mee in de keuze voor een behandelaar of behandeling, en is tijdige informatieverstrekking ook van belang voor de mogelijkheid van de verzekerde om tijdig behandeld te kunnen worden bij een zorgaanbieder. Daarnaast geldt ook voor deze informatie dat deze een rol kan spelen bij het kiezen van een zorgverzekering.

Artikel 8. Toegangsvoorwaarden voor de aanvullende ziektekosten verzekering

De potentiële verzekerde moet inzicht hebben in de toegangsvoorwaarden voor de aanvullende ziektekostenverzekering. In tegenstelling tot de zorgverzekering (basisverzekering) bestaat er voor de aanvullende ziektekostenverzekering immers geen acceptatieplicht. In de polisvoorwaarden voor de aanvullende ziektekostenverzekering kunnen verschillende bepalingen staan die de toegang tot de verzekering of de vergoeding beperken. Te denken valt aan:

- a. (medische) vragen bij aanvraag van de aanvullende ziektekostenverzekering;
- b. wachttijd tot aanspraak bestaat op vergoeding van kosten uit de aanvullende ziektekostenverzekering.

Artikel 9. Wijzigingen in de polisvoorwaarden

Het is van belang dat de verzekerde tijdig op de hoogte wordt gebracht van de wijzigingen in zowel de zorg- als de aanvullende verzekering (niet alleen bij prolongatie van de verzekering). Onder tijdig wordt verstaan, dat de informatie de verzekerde bereikt, voordat de wijziging ingaat. Het gaat hier om zowel wettelijke veranderingen in de zorgverzekering als veranderingen in de vergoeding die de ziektekostenverzekeraar zelf heeft doorgevoerd. Verzekerden moeten geïnformeerd zijn over alle wijzigingen ten nadele van de