

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. drs. J.W. Heringa en mr. J.J.M. Linders

Zaaknummer: 202401090

Partijen

A. te B., hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten,
 - 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 4 november 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 2 december 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 28 maart 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 2 april 2025 aan verzoeker gestuurd, met de vraag of hiermee het geschil is opgelost. Omdat bij de verzending iets was misgegaan, is de brief op 28 april 2025 opnieuw gestuurd. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 29 april 2025 meegedeeld dat het geschil nog niet is opgelost. Een afschrift van dit e-mailbericht is op 16 mei 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 17 juni 2025 een aanvullende reactie gegeven, die bij brief van 18 juni 2025 in kopie aan verzoeker is gezonden.
- 1.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 18 juni 2025 respectievelijk 24 juni 2025 verklaard via videobellen te willen worden gehoord, waarop zij bij brief van 11 augustus 2025 zijn uitgenodigd voor een hoorzitting op 10 september 2025. Nadat beide partijen niet ter zitting verschenen, heeft de commissie eerst telefonisch contact opgenomen met verzoeker. Hij vertelde vanwege technische redenen niet via videobellen aan de hoorzitting te kunnen deelnemen. Verzoeker heeft op dat moment verzocht een nieuwe zitting te plannen. De commissie heeft meegedeeld hiertoe niet over te gaan en heeft hem aangeboden telefonisch aan de zitting deel te nemen. Verzoeker heeft verklaard van dit aanbod geen gebruik te willen maken, omdat hij de gezichtsuitdrukkingen van mensen wil zien. Daarop is de ziektekostenverzekeraar telefonisch door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ONVZ Vrije Keuze Optifit, ONVZ Wereldfit, ONVZ Werkfit en ONVZ Tandfit Module C (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 2.2. Bij e-mailbericht van 28 mei 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht zijn beëindigd. In de brief wordt een einddatum genoemd van 15 februari 2025. Verzoeker heeft hierover nog op dezelfde dag bij de ziektekostenverzekeraar een klacht ingediend, waarna deze bij e-mailbericht van eveneens 28 mei 2024 aan hem heeft meegedeeld dat de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering zijn hersteld. Bij die gelegenheid is verzoeker verzocht om toezending van een verklaring van de Sociale Verzekeringsbank (SVB), waaruit blijkt dat hij verzekerd was en is voor de Wet langdurige zorg (Wlz).
- 2.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. De ziektekostenverzekeraar heeft in dat verband onder andere meegedeeld dat de termijn voor het aanleveren van de verklaring van de SVB is verlengd naar 19 september 2024.
- 2.4. Bij e-mailbericht van 25 juli 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij het bericht heeft ontvangen dat verzoeker de SVB om een verklaring heeft gevraagd. Bij die gelegenheid heeft hij ook een kopie van een brief meegestuurd, die op 29 februari 2024 naar het bij de ziektekostenverzekeraar geregistreerde postadres werd gezonden. In deze brief wordt aangekondigd dat een onderzoek is ingesteld naar de verzekeringsplicht van verzoeker.
- 2.5. Bij e-mailbericht van 19 september 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld nog geen verklaring van de SVB te hebben ontvangen. Verder heeft hij hem bericht dat als deze verklaring niet vóór 3 oktober 2024 zou zijn ontvangen, de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht tot 16 februari 2024 worden beëindigd.
- 2.6. De SVB heeft op 27 maart 2025 telefonisch aan de ziektekostenverzekeraar bevestigd dat verzoeker verzekeringsplichtig is op grond van de Wlz.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering niet met ingang van 16 februari 2024 had mogen beëindigen.
- 3.2. Verzoeker heeft hiertoe in het klachtenformulier van 28 mei 2024 aangevoerd dat zijn verzekering al vier jaar op rij door de ziektekostenverzekeraar is beëindigd. Dit gebeurde telkens vanwege een vage reden, die overigens onjuist is, en waarop zeker niet ieder jaar hoeft te worden getoetst. Verzoeker is al gedurende 48 jaren bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd, voorheen via zijn ouders, en vanaf zijn 18e jaar individueel. Verzoeker communiceert met de ziektekostenverzekeraar via e-mail. Hij krijgt vrijwel iedere week een e-mailbericht van de ziektekostenverzekeraar. Maar als het gaat om de beëindiging van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering, communiceert de ziektekostenverzekeraar alleen per post. Deze komt niet aan, omdat verzoeker in het buitenland woont. Er is door de ziektekostenverzekeraar ook niet even over gebeld toen er geen reactie kwam, maar de verzekeringen zijn simpelweg beëindigd. Verzoeker is van mening dat dit niet meer mag voorkomen

in de toekomst. Indien het weer gebeurt, moeten volgens hem dwangmaatregelen aan de ziektekostenverzekeraar worden opgelegd.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij op de juiste wijze heeft gehandeld. Hij heeft hiertoe in zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 6 augustus 2024 toegelicht dat hij bij brief van 29 februari 2024 aan verzoeker heeft meegedeeld dat zijn verzekeringsplicht werd onderzocht. Omdat hierop van verzoeker geen reactie werd ontvangen, is de verzekering beëindigd. Nadat verzoeker hierover contact had opgenomen, is de polis coulancehalve hersteld op 28 mei 2024. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker aanvankelijk tot 6 augustus 2024 de tijd gegeven een Wlz-verklaring van de SVB aan te leveren. Op 25 juli 2024 heeft verzoeker bevestigd dat een dergelijke verklaring is aangevraagd. De termijn voor het aanleveren van de verklaring is vervolgens verlengd naar 19 september 2024.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft opgemerkt dat de SVB en de zorgverzekeraars ieder jaar met elkaar gegevens uitwisselen om te controleren of personen mogelijk onterecht zijn verzekerd. Dit gebeurt op basis van een verplichting daartoe uit de Zorgverzekeringswet, de Wlz, het Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999, en de 'Richtlijn toepassing gereede twijfel verzekeringsplicht Zorgverzekeringswet'. De SVB heeft de ziektekostenverzekeraar in 2023 en 2024 verzocht een onderzoek te starten naar de verzekeringsplicht van verzoeker. De ziektekostenverzekeraar heeft geen inzage in de informatie waarover de SVB beschikt, en waar dit signaal op is gebaseerd. De ziektekostenverzekeraar is echter wel verplicht om een dergelijk signaal serieus te nemen en het te onderzoeken.
Door in afstemming met de SVB een Wlz-verklaring van de SVB zelf op te vragen, hoeven zelfstandigen, zoals verzoeker, niet meer jaarlijks op de lijst voor controle te worden opgenomen. Hierbij geldt uiteraard wel de voorwaarde dat de SVB tussentijds geen reden moet zien om te twifelen aan de verzekeringsplicht, zoals bijvoorbeeld een wijziging van het woon- of werkland. Sinds juni 2024 worden de brieven over deze onderzoeken niet meer uitsluitend per post gestuurd. Indien er een e-mailadres bekend is, ontvangt de betrokken verzekerde een brief én een e-mailbericht over het onderzoek naar de verzekeringsplicht.
- 4.3. Bij brief van 17 juni 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat hij van mening is dat hij op basis van de signalen van de SVB correct heeft gehandeld. Verzoeker heeft telkens ruimschoots de tijd gehad om een reactie te geven in het kader van het onderzoek, maar bij herhaling heeft hij pas gereageerd nadat de ziektekostenverzekeraar de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering had beëindigd. In alle gevallen leidde die reactie overigens tot direct herstel van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. De ziektekostenverzekeraar kan niet verklaren waarom hij signalen van de SVB bleef ontvangen. Omdat de ziektekostenverzekeraar zich goed kon voorstellen dat dit ook voor verzoeker vervelend was, heeft hij aangedrongen op het aanvragen van een Wlz-verklaring bij de SVB. Als eerder gesteld, kan daarmee de (blijvende) onduidelijkheid over de verzekeringsplicht van verzoeker worden weggenomen. De ziektekostenverzekeraar heeft hem zeer ruim de tijd gegeven om de aanvraag van de Wlz-verklaring af te ronden, en hij heeft gedurende die tijd de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering door laten lopen. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat hij hiermee uitvoering heeft gegeven aan zijn wettelijke taak en dat hij daarbij overeenkomstig de 'Richtlijn toepassing gereede twijfel verzekeringsplicht Zorgverzekeringswet' heeft gehandeld. Verzoeker heeft geen schade geleden of ander (financieel) nadeel ondervonden.
- 4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop aangevoerd dat in drie verschillende jaren door hem een signaal werd ontvangen van de SVB om de verzekeringsplicht van verzoeker te onderzoeken. Omdat er steeds geen informatie van verzoeker werd ontvangen, is de verzekering beëindigd en pas hersteld toen verzoeker op de beëindiging reageerde met de

gevraagde informatie. De laatste keer – in 2024 – is verzoeker gevraagd een Wlz-verklaring van de SVB te vragen om deze situatie in de toekomst te voorkomen. Ook de SVB heeft op enig moment meegedeeld de procedure te staken omdat geen informatie werd ontvangen van verzoeker. Uiteindelijk is de gevraagde informatie alsnog door verzoeker aangeleverd. Intussen is er een Wlz-verklaring waaruit blijkt dat hij verzekeringsplichtig was. De ziektekostenverzekeraar kan niet verklaren waarom er steeds signalen kwamen van de SVB. Een zorgverzekeraar moet aan de hand van deze signalen handelen. De SVB heeft de wettelijke taak om de verzekeringsplicht te onderzoeken, en bij een signaal moet hierop door een zorgverzekeraar worden gehandeld. De aangehaalde 'Richtlijn toepassing gereede twijfel verzekeringsplicht Zorgverzekeringswet' is een interne richtlijn van de vereniging Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Elk kwartaal ontvangt de ziektekostenverzekeraar van de SVB een lijst (Ten Onrechte Niet Verzekerd, TOVER), en alle verzekerden op deze lijst worden door hem aangeschreven. Sinds medio 2024 gebeurt dit behalve per post ook per e-mail; daarvoor gebeurde dit alleen per post. In de brief staan vragen om informatie en wordt een termijn gesteld van vier weken. Als er niet – tijdig – wordt gereageerd, wordt de verzekering beëindigd. De voorkeur van verzoeker staat nu op digitaal communiceren. De ziektekostenverzekeraar weet niet of dat begin 2024 ook al zijn voorkeur was. Hoe dan ook was de toenmalige werkwijze bij de TOVER-lijst dat de correspondentie alleen per post ging, ook indien het de keuze van een verzekerde was om digitaal te communiceren. Intussen is dit anders. Achteraf gezien had de ziektekostenverzekeraar hierop in het geval van verzoeker alerter kunnen zijn.

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 80 van de voorwaarden van de zorgverzekering en van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) over de beëindiging van de zorgverzekering 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. De commissie begrijpt dat de SVB op 27 maart 2025 telefonisch aan de ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker met betrekking tot de periode waarvoor de Wlz-verklaring is aangevraagd verzekeringsplichtig was en dat dit nadien ook schriftelijk is bevestigd. Hoewel die bevestiging in het dossier ontbreekt, neemt de commissie het voorgaande als vaststaand aan. De vraag die vervolgens voorligt, is of de ziektekostenverzekeraar, naar aanleiding van het eerdere signaal van de SVB en het daaropvolgend eigen onderzoek, mocht overgaan tot beëindiging van de zorgverzekering van verzoeker met ingang van 16 februari 2024.
- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft een weergave gegeven van de gebeurtenissen en de door hem gevolgde procedure. Hij heeft in dit kader verwezen naar de 'Richtlijn toepassing gereede twijfel verzekeringsplicht Zorgverzekeringswet'. In deze richtlijn is, zo stelt hij, bepaald dat een zorgverzekeraar bij gereede twijfel onderzoek mag doen om te verifiëren of een verzekerde nog steeds verzekeringsplichtig is. Als de gereede twijfel niet kan worden weggenomen, kan de zorgverzekeraar de SVB vragen een oordeel te geven over de verzekeringsplicht voor de Wlz.

- 6.4. In het onderhavige geval kreeg de ziektekostenverzekeraar in 2024 een melding van de SVB dat moest worden gekeken naar het al dan niet bestaan van verzekeringsplicht bij verzoeker. De ziektekostenverzekeraar heeft hieraan gevolg gegeven. Ook in eerdere jaren werd een dergelijke melding ontvangen, leidend tot beëindiging en vervolgens herstel van de verzekeringen nadat door verzoeker het gevraagde alsnog werd aangeleverd. In 2024, het jaar waarop dit geschil ziet, is met verzoeker enkel per post gecommuniceerd en is zijn verzekering wederom - bij uitblijven van informatie – beëindigd. Na een klacht hierover van verzoeker is de verzekering coulantehalve op 28 mei 2024 hersteld. Daarna heeft hij een lange periode de tijd gekregen om een Wlz-verklaring aan te vragen bij de SVB.
- 6.5. De commissie overweegt dat in artikel 6, eerste lid, onder d, Zvw is bepaald dat de zorgverzekering van rechtswege eindigt met ingang van de dag volgende op de dag waarop de verzekeringsplicht van de verzekerde eindigt. De ziektekostenverzekeraar noch de commissie heeft inzage in de informatie die bij de SVB aanwezig was om te veronderstellen dat het voorgaande bij verzoeker aan de orde was. Feit is echter wel dat de ziektekostenverzekeraar, naar aanleiding van de meldingen van de SVB, onderzoek mocht doen naar de verzekeringsplicht van verzoeker, zo ook in 2024. Weigert betrokkene medewerking of blijft om een andere reden een reactie naar aanleiding van het onderzoek uit, dan kan de conclusie zijn dat geen sprake is van verzekeringsplicht. Zoals hiervoor is opgemerkt, is in de wet bepaald dat de zorgverzekering dan van rechtswege eindigt. In de verzekeringsovereenkomst – artikel 69 van de voorwaarden van de zorgverzekering – is bepaald dat de zorgverzekering mag worden beëindigd als blijkt dat hierop geen recht (meer) bestaat.
- 6.6. Waar het de in dit verband gevolgde procedure betreft, heeft de ziektekostenverzekeraar jegens verzoeker niet zorgvuldig gehandeld toen hij in 2024 besloot hem enkel per post (namelijk bij brief van 29 februari 2024) te informeren over het onderzoek, aangezien hij ermee bekend was dat brieven verzoeker in het verleden niet altijd bereikten en hij juist om die reden een e-mailadres had doorgegeven. De ziektekostenverzekeraar heeft verwezen naar de eerder aangehaalde richtlijn, waarin zou zijn vermeld dat per post wordt gecommuniceerd. Nog los van de betekenis die in dit verband aan het gestelde in de richtlijn moet worden toegekend, heeft de ziektekostenverzekeraar deze niet overgelegd, zodat het hierin gestelde niet kenbaar is voor de commissie. Hiernaast is gebleken noch gesteld dat de richtlijn eraan in de weg staat dat het informeren over het onderzoek (ook) per e-mail kon geschieden. Verder geldt dat de ziektekostenverzekeraar – na uitblijven van een reactie van verzoeker op zijn eerste brief – aan hem geen tussenbericht heeft gestuurd, maar direct, zonder herhaalde waarschuwing, de zorgverzekering heeft beëindigd. In de beëindigingsmail van 28 mei 2024 heeft hij vervolgens niet benoemd op welke gronden dit is gebeurd. Dit was wel vereist, gezien het bepaalde in artikel 6, vijfde lid, Zvw. Gelet op de zwaarwegende consequenties van de beëindiging van de zorgverzekering, had een en ander zorgvuldiger moeten zijn. Inmiddels is de zorgverzekering hersteld. Vanwege de afgegeven Wlz-verklaring is de verwachting van de ziektekostenverzekeraar overigens dat zich in de toekomst geen meldingen meer zullen voordoen, althans als de omstandigheden van verzoeker ongewijzigd blijven. Als de omstandigheden van verzoeker wijzigen, is hij verplicht deze uit eigen beweging aan de ziektekostenverzekeraar door te geven.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.7. Artikel 73 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt dat deze verzekering eindigt als het recht op de zorgverzekering stopt. Hetgeen hiervoor ten aanzien van de beëindiging van de zorgverzekering is overwogen, geldt daarom ook voor de aanvullende ziektekostenverzekering. De commissie stelt vast dat, vanwege het herstel van de zorgverzekering, ook de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering intussen is hersteld.

- 6.8. De commissie is niet bevoegd een schadevergoeding toe te kennen of een dwangsom op te leggen. Gelet op de vaststelling dat de ziektekostenverzekeraar onzorgvuldig heeft gehandeld jegens verzoeker, ziet de commissie wel aanleiding de ziektekostenverzekeraar te verplichten het door verzoeker betaalde entreegeld van € 37,- aan hem te vergoeden.

Slotsom

- 6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie:

- 1) stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar onzorgvuldig jegens verzoeker heeft gehandeld door zijn verzekering met ingang van 16 februari 2024 te beëindigen;
- 2) beslist dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.

Zeist, 18 november 2025,

J.W. Heringa

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

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

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

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

● Opzeggen

67. U zegt de verzekering op

De hoofdverzekerde kan de verzekering elk jaar opzeggen. Dit kan met een brief of via onze [site](#). Als de opzegging op 31 december bij ons binnen is, eindigt de verzekering op 1 januari van het volgende jaar.

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

- als de bedenktijd van algemene regel 18 nog niet om is
- als u van werkgever verandert en bij uw oude én nieuwe werkgever deelneemt aan een collectieve verzekering. De opzegging moet dan binnen 1 maand na het einde van uw oude dienstverband bij ons binnen zijn. De opzegging gaat in op de 1e dag van de volgende maand. Anders loopt de oude verzekering nog door tot 1 januari van het volgende jaar. De korting van de collectieve verzekering geldt dan niet meer
- als de hoofdverzekerde iemand anders verzekerd heeft en deze verzekerde een nieuwe verzekering krijgt. Bijvoorbeeld bij scheiding. De oude verzekering eindigt op het moment dat de nieuwe verzekering ingaat. De opzegging moet wel op dat moment bij ons binnen zijn. Anders loopt de oude verzekering nog door in de maand waarin wij de opzegging ontvangen en de maand daarna
- als wij de verzekering of de premie tussentijds wijzigen volgens algemene regel 66. De verzekering eindigt op de datum waarop de wijziging zou ingaan. U moet dan wel opzeggen voordat de wijziging ingaat. Of binnen 1 maand nadat de hoofdverzekerde bericht over de wijziging heeft gekregen. Opzeggen kan niet als de wijziging het gevolg is van het veranderen van een wettelijke bepaling. Of als de wijziging in uw voordeel is
- als de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) u laat weten dat wij medische gegevens over u hebben bekeken die niet voor ons bestemd waren. Wij zullen dat nooit doen. De opzegging moet binnen 6 weken na het bericht van de NZa bij ons binnen zijn. Uw verzekering eindigt dan op de 1e dag van de 2e maand na uw opzegging

Een aanvullende tandverzekering kan de hoofdverzekerde ook tijdens het jaar opzeggen als u in een Wlz-instelling verblijft en in die instelling behandeling krijgt. De tandverzekering eindigt dan op de 1e dag van de maand volgend op die waarin wij de opzegging hebben ontvangen.

68. Opzeggen basisverzekering via CAK

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

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

- **Soms eindigt de basisverzekering van ONVZ zonder opzegging**

69. Geen recht op de basisverzekering

Blijkt na het afsluiten van een Vrije Keuze Basisverzekering dat u hier geen recht op heeft? Dan eindigt de Vrije Keuze Basisverzekering vanaf de ingangsdatum. Of de datum waarop u er geen recht meer op had. U heeft bijvoorbeeld geen recht op een Vrije Keuze Basisverzekering als u werkt in een ander EU-land. Dan moet u in dat land een zorgverzekering afsluiten.

Heeft u al premie betaald? Dan betalen wij die terug. Zorgkosten die wij hebben vergoed, halen wij hier van af. Zijn de door ons betaalde zorgkosten hoger dan de betaalde premie? Dan moet u ons het verschil terugbetalen.

70. Beëindiging bij overlijden

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

71. Als onze vergunning wordt ingetrokken

De Vrije Keuze Basisverzekering eindigt ook als onze vergunning als schadeverzekeraar zou worden ingetrokken. U krijgt daarvan minimaal 2 maanden vooraf bericht.

- **Soms beëindigen wij de verzekering**

72. Wijzigen aanvullende verzekering van kinderen

Verlaagt u of uw partner de aanvullende verzekering? Dan verlagen wij ook de aanvullende verzekeringen van de kinderen. Beëindigt u of uw partner de aanvullende verzekering? Of doen wij dat? Dan beëindigen wij ook de aanvullende verzekeringen van de kinderen. Wij verlagen of beëindigen niet als er een verzekerde van 18 jaar of ouder is op dezelfde polis met een gelijke of hogere aanvullende verzekering dan de kinderen.

73. Beëindigen aanvullende verzekering zonder recht op de basisverzekering

Wij beëindigen uw aanvullende verzekering(en) als uw Vrije Keuze Basisverzekering eindigt omdat u geen recht meer heeft op een (Nederlandse of buitenlandse) basisverzekering.

Wij beëindigen uw Superfit als u buiten Nederland gaat wonen.

74. Beëindigen aanvullende verzekering als u niet (op tijd) betaalt

Wij kunnen de aanvullende verzekering(en) beëindigen als u niet op tijd betaalt. Voor wij uw verzekering(en) beëindigen, doorlopen wij de volgende stappen.

Wij verrekenen met wat u van ons tegoed heeft

Wij kunnen niet (op tijd) betaalde premies verrekenen met door u gedeclareerde kosten. Of andere bedragen die u van ons tegoed heeft. Andersom mag u premie die u moet betalen, niet verrekenen met vergoedingen die u nog van ons krijgt.

Aanmaning

Als u de premie niet (op tijd) betaalt, sturen wij u een aanmaning. Dat doen wij ook als u zorgkosten die wij hebben voorgesloten, niet (op tijd) terugbetaalt.

Beëindiging

Betaalt u het openstaande bedrag niet (op tijd)? Dan kunnen wij uw aanvullende verzekering(en) beëindigen. Dat doen wij dan vanaf de datum waarop u de premie of kosten had moeten betalen.

Zorgverzekeringswet

Paragraaf 2.3. Begin en einde van de zorgverzekering

Artikel 5

1. De zorgverzekering gaat in op de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek, bedoeld in artikel 3, eerste lid, en, indien het tweede of vijfde lid van dat artikel van toepassing is, de aanduiding van de variant waar de verzekeringnemer voor kiest, heeft ontvangen.
2. Indien de zorgverzekeraar op basis van het in het eerste lid bedoelde verzoek niet vast kan stellen of hij verplicht is voor de te verzekeren persoon een zorgverzekering te sluiten, en hij de persoon die de verzekering wenst te sluiten in verband daarmee uitnodigt de voor deze vaststelling noodzakelijke gegevens te verschaffen, gaat de zorgverzekering, in afwijking van het eerste lid, in op de dag waarop laatstbedoelde persoon aan dit verzoek heeft voldaan.
3. De zorgverzekeraar verstrekt degene die het verzoek, bedoeld in het eerste lid, doet en, indien dit een ander is dan degene ten behoeve van wiens verzekering het verzoek is gedaan, laatstbedoelde persoon onverwijld:
 - a. een bewijs van het verzoek, bedoeld in het eerste lid, waarop de datum van ontvangst is vermeld;
 - b. een bewijs van de ontvangst van gegevens, bedoeld in het tweede lid, waarop de datum van de ontvangst is vermeld.
4. Indien degene ten behoeve van wie de zorgverzekering wordt gesloten op de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek, bedoeld in het eerste lid, ontvangt reeds op grond van een zorgverzekering verzekerd is, en de verzekeringnemer aangeeft de zorgverzekering te willen laten ingaan op een door hem aangegeven, latere dag dan de dag, bedoeld in het eerste of tweede lid, gaat de verzekering op die latere dag in.
5. De zorgverzekering werkt, zonodig in afwijking van artikel 925, eerste lid, van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, terug:
 - a. indien zij ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, tot en met de dag waarop die plicht ontstond;
 - b. indien zij ingaat binnen een maand nadat een eerdere zorgverzekering met ingang van 1 januari van een kalenderjaar of wegens wijziging van de voorwaarden met toepassing van artikel 940, vierde lid, van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek is geëindigd door opzegging, tot en met de dag na die waarop de eerdere zorgverzekering is geëindigd.
6. Bij ministeriële regeling kunnen nadere regels worden gesteld over de vaststelling, bedoeld in het tweede lid, en over het verkrijgen van de gegevens die noodzakelijk zijn voor deze vaststelling.

Artikel 6

1. De zorgverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag volgende op de dag waarop:
 - a. de verzekeraar ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden;
 - b. de verzekerde ten gevolge van wijziging van het werkgebied buiten het werkgebied van de zorgverzekeraar komt te wonen;
 - c. de verzekerde overlijdt;
 - d. de verzekeringsplicht van de verzekerde eindigt.
2. De zorgverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de eerste dag van de tweede maand

volgende op de dag waarop de verzekerde, zonder dat zijn verzekeringsplicht eindigt, ten gevolge van verhuizing komt te wonen buiten een provincie waarin zijn zorgverzekeraar de ten behoeve van hem gesloten variant van de zorgverzekering aanbiedt of uitvoert.

3. De zorgverzekeraar stelt de verzekeringnemer uiterlijk twee maanden voordat een zorgverzekering op grond van het eerste lid, onderdeel a of b, eindigt, van dit einde op de hoogte, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt.
4. De verzekeringnemer stelt de zorgverzekeraar uit eigen beweging of op diens verzoek onverwijld op de hoogte van alle feiten en omstandigheden over de verzekerde die op grond van het eerste lid, onderdeel c of d, dan wel het tweede lid tot het einde van de zorgverzekering hebben geleid of kunnen leiden.
5. De Sociale verzekeringsbank gaat op basis van vergelijking van bij ministeriële regeling aan te wijzen bestanden na voor welke personen in weerwil van het ontbreken van hun verzekeringsplicht een zorgverzekering wordt uitgevoerd en informeert hun zorgverzekeraar daarover.
6. Indien de zorgverzekeraar op grond van de in het vierde of vijfde lid bedoelde gegevens tot de conclusie komt dat de zorgverzekering zal eindigen of geëindigd is, deelt hij dit, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt of geëindigd is, onverwijld aan de verzekeringnemer mede.
7. Bij ministeriële regeling kunnen nadere regels worden gesteld over de feiten en omstandigheden, bedoeld in het vierde lid, over de wijze waarop de zorgverzekeraar van die feiten en omstandigheden kennisneemt alsmede over de wijze waarop de zorgverzekeraar tot de conclusie, bedoeld in het zesde lid komt.

Artikel 7

1. De verzekeringnemer kan de zorgverzekering uiterlijk 31 december van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar opzeggen.
2. De verzekeringnemer die een ander dan zichzelf heeft verzekerd, kan de zorgverzekering opzeggen indien de verzekerde krachtens een andere zorgverzekering verzekerd wordt.
3. In afwijking van artikel 940, vierde lid, van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek kan de verzekeringnemer niet opzeggen indien een wijziging in de verzekerde prestaties ten nadele van de verzekeringnemer of de verzekerde rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van de bij of krachtens de artikelen 11 tot en met 14a gestelde regels.
4. Een verzekeringnemer kan zijn zorgverzekering opzeggen binnen zes weken nadat hij een mededeling als bedoeld in artikel 78c, tweede lid, of artikel 92, eerste lid, van de Wet marktordening gezondheidszorg over zijn zorgverzekeraar heeft ontvangen.
5. De opzegging, bedoeld in het tweede of vierde lid, gaat in op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de dag waarop de verzekeringnemer heeft opgezegd.
6. In afwijking van het vierde of vijfde lid gaat een opzegging, bedoeld in het tweede lid, in met ingang van de dag waarop de verzekerde krachtens de andere zorgverzekering verzekerd wordt, indien die opzegging voorafgaande aan laatstbedoelde dag door de zorgverzekeraar is ontvangen.

Artikel 8

1. Aan een opzegging of ontbinding van de zorgverzekering wegens het niet betalen van de verschuldigde premie, wordt geen terugwerkende kracht verleend, noch wordt daaraan een verplichting verbonden tot ongedaanmaking of vergoeding van hetgeen partijen reeds ter nakoming van de zorgverzekering jegens elkaar hebben verricht.
2. Een zorgverzekeraar mag de zorgverzekering gedurende de periode, bedoeld in artikel 24, eerste lid, niet opzeggen of ontbinden.

3. Artikel 934 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek is tevens van toepassing met betrekking tot de eerste premie die een verzekeringnemer voor een zorgverzekering verschuldigd is.

Artikel 8a

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

Artikel 9

1. De zorgverzekeraar verstrekt de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde zo spoedig mogelijk na het sluiten van de zorgverzekering en vervolgens voorafgaande aan ieder kalenderjaar een zorgpolis.
2. Indien de zorgverzekering eindigt, verstrekt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde een bewijs van het einde van de zorgverzekering, waarop worden aangetekend:
 - a. naam, adres, woonplaats en burgerservicenummer van de verzekerde;
 - b. naam, adres en woonplaats van de verzekeringnemer;
 - c. naam, adres en woonplaats van de zorgverzekeraar;
 - d. de dag waarop de zorgverzekering eindigt;
 - e. of voor de verzekerde op die dag een vrijwillig eigen risico gold en zo ja, met welke ingangsdatum, voor welk bedrag en met welke in verband daarmee verleende korting.
3. Indien de zorgverzekering eindigt om de in artikel 6, eerste lid, onderdeel d, genoemde reden, wordt dat op het in het tweede lid bedoelde bewijs aangetekend.