

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen
Zaak : Premie, totstandkoming verzekering, aanmelding CAK, hoogte betalingsachterstand,
ambtshalve verzekerd
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2016-2021, artt. 9d en 16, en paragraaf 3.3 Zvw, art. 6:217
BW
Zaaknummer : 202100615
Zittingsdatum : 26 januari 2022 en 9 februari 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 15 maart 2021 heeft verzoekster per klachtenformulier de SKGZ op de hoogte gebracht dat zij een klacht heeft tegen de zorgverzekeraar. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoekster op 20 mei 2021 meegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Hierna heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) op 3 augustus 2021 gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoekster heeft hieraan voldaan; op 18 september 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 3 december 2021 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 7 december 2021 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Partijen zijn op 5 januari 2022 uitgenodigd voor de hoorzitting van 26 januari 2021. Omdat de hoorzitting niet op het in de uitnodiging vermelde tijdstip kon plaatsvinden heeft een medewerker van de SKGZ partijen telefonisch geïnformeerd dat de hoorzitting ongeveer drie kwartier later zou aanvangen. Op en rond dit nieuwe tijdstip is verzoekster op het door haar opgegeven (mobiele) telefoonnummer verschillende keren gebeld. Bij al deze gelegenheden was de verzoekster telefonisch niet bereikbaar. De commissie heeft daarop besloten de hoorzitting af te breken en partijen uit te nodigen voor een nieuwe hoorzitting.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 9 februari 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die aan partijen zijn gestuurd, met de mogelijkheid hierop te reageren. Verzoekster heeft bij brief van 20 februari 2022 van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster staat tot op heden bij de zorgverzekeraar geadministreerd als verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Verzoekster is met ingang van 1 juni 2012 op grond van een ambtshalve verzekering door het toenmalige CVZ (thans CAK) bij de zorgverzekeraar bekend als verzekerde. Er is nadien op de polis een betalingsachterstand ontstaan. Omdat de betalingsachterstand voor de zorgverzekering op 1 april 2014 meer dan zes maandpremies bedroeg, heeft de zorgverzekeraar verzoekster met ingang van die datum aangemeld als wanbetaler bij het CAK.

- 3.3. Nadat de ontstane betalingsachterstand in april 2018 was ingelopen, heeft de zorgverzekeraar verzoekster met ingang van 1 mei 2018 afgemeld als wanbetaler bij het CAK.
- 3.4. Vervolgens is op de polis van verzoekster wederom een betalingsachterstand ontstaan. Verzoekster is op 24 oktober 2019 door de rechtbank B veroordeeld tot het betalen van een bedrag van € 1.242,34, te vermeerderen met de wettelijke rente en proceskosten.
- 3.5. Omdat de betalingsachterstand voor de zorgverzekering op 14 december 2020 meer dan zes maandpremies bedroeg, heeft de zorgverzekeraar verzoekster met ingang van 1 januari 2021 opnieuw aangemeld als wanbetaler bij het CAK.
- 3.6. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissingen gevraagd. Op 17 maart 2021 heeft de zorgverzekeraar per e-mail aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissingen handhaaft.

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie, althans zo begrijpt de commissie het verzoek, gevraagd te beslissen dat:
 - (i) tussen haar en de zorgverzekeraar geen verzekeringsovereenkomst bestaat;
 - (ii) de aanmelding door de zorgverzekeraar als wanbetaler bij het CAK met ingang van 1 april 2014 ten onrechte heeft plaatsgevonden;
 - (iii) de aanmelding door de zorgverzekeraar als wanbetaler bij het CAK met ingang van 1 januari 2021 ten onrechte heeft plaatsgevonden;
 - (iv) geen sprake is van een betalingsachterstand zodat de zorgverzekeraar haar moet afmelden als wanbetaler bij het CAK.
- 4.2. De zorgverzekeraar 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. Dit blijkt uit artikel A17 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) over de verplichting tot premiebetaling, de gevolgen van het niet betalen van de premie, en de aanmelding als wanbetaler, zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en de relevante artikelen uit het Burgerlijk Wetboek (BW) opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunt verzoekster

- 6.2. Verzoekster voert aan dat zij tot 2013 was verzekerd tegen ziektekosten bij een particuliere ziektekostenverzekeraar. In dat jaar heeft verzoekster zich geprobeerd te verzekeren bij een andere verzekeraar dan de zorgverzekeraar. Deze aanmelding is geweigerd met als reden dat verzoekster al bij de zorgverzekeraar was verzekerd tegen ziektekosten en zij deze verzekering niet mocht opzeggen vanwege het bestaan van een betalingsachterstand. Na dit bericht heeft verzoekster nog tot juni 2016 een verzekering gehad bij een particuliere ziektekostenverzekeraar. In juni 2016 heeft verzoekster laatstgenoemde verzekering opgezegd en is zij verzekerd geworden bij de zorgverzekeraar. Dit betekent dat de zorgverzekering bij de zorgverzekeraar niet eerder

kan zijn ingegaan dan op 6 juni 2016. Om onduidelijke redenen blijft de zorgverzekeraar zich op het standpunt stellen dat de overeenkomst al in 2012 is tot stand gekomen. Dit is onjuist omdat zij in die periode nog verzekerd was bij een particuliere ziektekostenverzekeraar en aan deze verzekeraar ook premie heeft betaald. Tot op heden probeert de zorgverzekeraar met alle mogelijke middelen verzoekster te dwingen tot betaling over te gaan. Zo is verzoekster meerdere keren aangemeld als wanbetaler bij het CAK en heeft er zelfs een rechtszaak plaatsgevonden.

Standpunt zorgverzekeraar

- 6.3. De zorgverzekeraar voert aan dat verzoekster over de periode van 1 juni 2012 tot 1 juni 2013 bij hem via de collectiviteit voor ambtshalve verzekerden van het CVZ, thans het CAK, was verzekerd. Deze verzekering heeft een looptijd van twaalf maanden en moet daarna worden omgezet naar een individuele zorgverzekering, hetgeen de zorgverzekeraar met ingang van 1 juni 2013 heeft gedaan. Sindsdien was verzoekster zelf verantwoordelijk voor de premiebetalingen, maar in de periode van 1 juni 2013 tot en met 1 april 2014 heeft de zorgverzekeraar van verzoekster geen betaling(en) ontvangen. Dit heeft ertoe geleid dat een betalingsachterstand is ontstaan en verzoekster uiteindelijk met ingang van 1 april 2014 is aangemeld als wanbetaler bij het CAK. In de periode van 31 augustus 2017 tot en met 3 april 2018 heeft verzoekster betalingen gedaan. Deze betalingen zijn gebruikt om de eerder ontstane betalingsachterstand te voldoen. Eind april 2018 was de volledige betalingsachterstand betaald, waarna verzoekster met ingang van 1 mei 2018 is afgemeld als wanbetaler bij het CAK.
- In de periode daarna (7 mei 2018 tot en met 31 december 2020) betaalde verzoekster bijna structureel niet het overeengekomen termijnbedrag, hetgeen heeft geresulteerd in een nieuwe betalingsachterstand. Omdat de betalingsachterstand eind december 2020 meer dan zes maanden beliep, heeft de zorgverzekeraar verzoekster met ingang van 1 januari 2021 opnieuw aangemeld als wanbetaler bij het CAK.
- De betalingsachterstand met betrekking tot de periode van 1 juni 2013 tot en met 31 december 2021 bedraagt naar de stand van 2 december 2021 € 1.221,38, exclusief rente en incassokosten. Met de bijkomende kosten erbij staat naar de stand van 2 december 2021 nog een bedrag open van totaal € 1.690,30. Voor de aflossing van deze schuld heeft verzoekster op 16 november 2021 een betalingsregeling van € 25,- per maand afgesproken. Daarnaast is door de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar beslag gelegd, waardoor nog eens € 11,32 per maand wordt afgelost.
- Ter zitting heeft de zorgverzekeraar toegelicht dat vanwege de op 16 november 2021 afgesproken betalingsregeling de aanmelding van verzoekster als wanbetaler bij het CAK met ingang van 1 december 2021 is opgeschort.

Overwegingen commissie

Totstandkoming zorgverzekering

- 6.4. Verzoekster heeft in de eerste plaats gesteld dat tussen haar en de zorgverzekeraar geen verzekeringsovereenkomst bestaat. Hiertoe geldt dat een (verzekerings)overeenkomst in beginsel op grond van artikel 6:217 BW tot stand komt door een aanbod van de ene partij en de aanvaarding daarvan door de andere partij. Een uitzondering hierop vormt artikel 9d, eerste lid, Zvw. Op grond van dit artikel kon het toenmalige College voor Zorgverzekeringen (CVZ, nu het CAK) een persoon ambtshalve bij een verzekeraar verzekeren. Dit is aan de orde als de desbetreffende persoon, ook na het opleggen van een bestuurlijke boete, wel in Nederland verzekeringplichtig is, maar zich niet heeft aangemeld voor een zorgverzekering.
- Uit de brief van de zorgverzekeraar van 3 december 2021 en het bijgevoegde financiële overzicht van 19 november 2021 volgt dat verzoekster over de periode van 1 juni 2012 tot 31 mei 2013 bij hem via de collectiviteit voor ambtshalve verzekerden van het CVZ was verzekerd. Als gezegd sluit het CVZ/CAK deze verzekering af voor onverzekerde personen en de betreffende verzekering heeft een looptijd van twaalf maanden (artikel 9d, zevende lid, Zvw). Tijdens deze periode betaalt de verzekerde een bestuursrechtelijke premie aan het CAK. Na deze periode van twaalf maanden - in het geval van verzoekster op 1 juni 2013 - is de verzekerde

geen bestuursrechtelijke premie meer verschuldigd aan het CAK. In plaats daarvan kwam de verplichting tot premiebetaling uit hoofde van de verzekeringsovereenkomst bij verzoekster te liggen, en bestond voor haar de mogelijkheid deze overeenkomst regulier, dat wil zeggen voor het eerst met ingang van 1 januari 2014, op te zeggen. Gesteld noch gebleken is dat verzoekster bij het CVZ bezwaar heeft gemaakt tegen de ambtshalve verzekering en zo ja, dat dit bezwaar is gehonoreerd. Op basis van de genoemde feiten en omstandigheden neemt de commissie aan en staat met voldoende zekerheid vast dat ten behoeve van verzoekster met ingang van 1 juni 2012 een verzekeringsovereenkomst tot stand is gekomen.

- 6.5. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij door de (ambtshalve) verzekering bij de zorgverzekeraar dubbel verzekerd is geraakt. Dit omdat zij, naast de verzekering bij de zorgverzekeraar, een particuliere verzekering tegen ziektekosten had afgesloten. De commissie merkt hierover op dat verzoekster, gelijk voor iedereen die Wlz-verzekerd is, verzekeringsplicht bestaat op grond van de Zvw. Deze verzekeringsplicht houdt in dat verzoekster verplicht is tot het afsluiten van een zorgverzekering als bedoeld in de Zvw. De ziektekostenverzekeraar heeft gemotiveerd gesteld, en verzoekster heeft niet gemotiveerd bestreden, dat de door verzoekster afgesloten particuliere verzekering geen basisverzekering is als bedoeld in de Zvw. Door geen basisverzekering als bedoeld in de Zvw af te sluiten, heeft verzoekster niet aan de op haar rustende wettelijke verplichting voldaan. Voor zover zij meende dat dit anders was, had verzoekster dit kunnen aanvoeren in een bezwaarprocedure bij het CVZ.

Aanmelding CAK met ingang van 1 april 2014

- 6.6. De zorgverzekeraar heeft verzoekster voor het eerst met ingang van 1 april 2014 aangemeld als wanbetaler bij het CAK. De commissie dient te beoordelen of op deze datum een premieachterstand bestond van zes of meer maanden. Als dat het geval is, heeft de aanmelding bij het CAK terecht plaatsgevonden.
- 6.7. Door de zorgverzekeraar is gesteld, en onderbouwd met een financieel overzicht, dat hij in de periode van 1 juni 2013 tot en met 1 april 2014 geen betalingen van verzoekster heeft ontvangen. Dit heeft geleid tot een betalingsachterstand die op 1 april 2014 meer beliep dan zes maandpremies voor de zorgverzekering. Dat verzoekster in voornoemd tijdvak wél betalingen heeft gedaan, is door haar in de procedure niet aannemelijk gemaakt. Per saldo bestond op 1 april 2014 derhalve een premieachterstand voor de zorgverzekering van ten minste zes maanden als genoemd in artikel 18c Zvw. Aangezien verder gesteld noch gebleken is dat verzoekster de brieven als bedoeld in de artikelen 18a tot en met 18c Zvw niet heeft ontvangen, oordeelt de commissie dat de zorgverzekeraar verzoekster terecht met ingang van 1 april 2014 heeft aangemeld als wanbetaler bij het CAK.

Aanmelding CAK met ingang van 1 januari 2021

- 6.8. De commissie stelt allereerst vast dat niet in geschil is dat verzoekster met ingang van 1 mei 2018 is afgemeld als wanbetaler bij het CAK. Dit omdat de ontstane betalingsachterstand was voldaan. Nadien is volgens de zorgverzekeraar een nieuwe betalingsachterstand ontstaan met als gevolg dat verzoekster met ingang van 1 januari 2021 opnieuw is aangemeld als wanbetaler bij het CAK. Beoordeeld dient daarom te worden of op deze datum een premieachterstand bestond van zes of meer maanden. Als dat het geval is, en tevens is voldaan aan de overige wettelijke voorwaarden, heeft de aanmelding bij het CAK terecht plaatsgevonden.
- 6.9. Door de zorgverzekeraar is gesteld, en onderbouwd met een financieel overzicht, dat verzoekster in de periode van 7 mei 2018 tot en met 31 december 2020 met grote regelmaat niet de overeengekomen premie betaalde. Zo betaalde verzoekster bijvoorbeeld in de periode van 1 augustus 2018 tot en met 9 april 2019 maandelijks een bedrag van € 8,-. Dit terwijl de overeengekomen maandpremie in 2018 en 2019 respectievelijk € 118,- en € 109,- bedroeg. Dit alles heeft geleid tot een betalingsachterstand die op 1 januari 2021 meer beliep dan zes maandpremies voor de zorgverzekering. Dat verzoekster in voornoemd tijdvak wél de volledige

overeengekomen premie voldeed, is door haar in de procedure niet aannemelijk gemaakt. Per saldo bestond op 1 januari 2021 derhalve een premieachterstand voor de zorgverzekering van ten minste zes maanden als genoemd in artikel 18c Zvw. Aangezien verder gesteld noch gebleken is dat verzoekster de brieven als bedoeld in de artikelen 18a tot en met 18c Zvw niet heeft ontvangen, oordeelt de commissie dat de zorgverzekeraar verzoekster terecht met ingang van 1 januari 2021 heeft aangemeld als wanbetaler bij het CAK.

Hoogte betalingsachterstand

- 6.10. Om inzicht te verschaffen in de hoogte van de betalingsachterstand, heeft de zorgverzekeraar eerder genoemd financieel overzicht naar de stand van 2 december 2021 in het geding gebracht. Uit dit overzicht blijkt dat verzoekster met betrekking tot de periode van 1 juni 2013 tot en met 31 december 2021 niet alle verschuldigde bedragen heeft betaald en dat per saldo nog een bedrag openstaat van € 1.690,30, inclusief incassokosten en rente. Hoewel daartoe door de commissie in de gelegenheid gesteld, heeft verzoekster niet aannemelijk gemaakt dat zij meer of andere betalingen heeft gedaan dan die in het overzicht zijn vermeld. De commissie acht het financieel overzicht van 2 december 2021 daarom juist. Dit betekent dat de betalingsachterstand over de periode van 1 juni 2013 tot en met 31 december 2021 naar de stand van 2 december 2021 totaal € 1.690,30, inclusief incassokosten en rente, bedraagt. De commissie heeft er goede nota van genomen dat verzoekster op 16 november 2021 voor dit openstaande bedrag een betalingsregeling van € 25,- per maand heeft afgesproken, terwijl daarnaast door middel van beslaglegging maandelijks nog eens € 11,32 wordt afgelost aan de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar. Dit betekent dat de aanmelding van verzoekster als wanbetaler bij het CAK met ingang van 1 december 2021 zou moeten worden opgeschort. Dit op grond van artikel 18d, tweede lid, onder c, Zvw. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar verklaard dat de aanmelding van verzoekster als wanbetaler inderdaad met ingang van 1 december 2021 is opgeschort.
- 6.11. Voor zover verzoekster stelt dat de zorgverzekeraar haar moet *afmelden* als wanbetaler bij het CAK en haar zorgverzekering moet beëindigen, geldt dat dit alles niet mogelijk is zolang nog sprake is van een (premie)achterstand. Dit blijkt uit de artikelen 8a respectievelijk 18d Zvw ten aanzien van de beëindiging onderscheidenlijk de afmelding.

6.12. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 15 maart 2022,

J.W. Heringa

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 217

1. Een overeenkomst komt tot stand door een aanbod en de aanvaarding daarvan.
2. De artikelen 219-225 zijn van toepassing, tenzij iets anders voortvloeit uit het aanbod, uit een andere rechtshandeling of uit een gewoonte.

Zorgverzekeringswet

Artikel 16

1. Krachtens de zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd.
2. In afwijking van artikel 925 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek en van het eerste lid:
 - a. is geen premie verschuldigd tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin een verzekerde de leeftijd van achttien jaren heeft bereikt;
 - b. is geen premie verschuldigd over de periode, bedoeld in artikel 18d of 18e.

Artikel 18a

1. Uiterlijk tien werkdagen nadat ten aanzien van een zorgverzekering een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van twee maandpremies is geconstateerd, doet de zorgverzekeraar de verzekeringnemer een aanbod tot het treffen van een betalingsregeling.
2. De betalingsregeling bestaat ten minste uit de volgende elementen:
 - a. afspraken over de betaling van nieuw vervallende termijnen van de premie,
 - b. afspraken inzake de afwikkeling van de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden van de verzekeringnemer aan de zorgverzekeraar, inclusief rente en incassokosten, en de termijnen waarbinnen betaling zal plaatsvinden, en
 - c. een toezegging van de zorgverzekeraar, inhoudende dat hij de zorgverzekering of de dekking daarvan gedurende de looptijd van de betalingsregeling niet om reden van het bestaan van de schulden, bedoeld in onderdeel b, zal beëindigen, schorsen of opschorten, zolang de verzekeringnemer de afspraken, bedoeld in de onderdelen a en b, nakomt.
3. Indien de verzekeringnemer een ander heeft verzekerd en ten aanzien van diens verzekering een premie-achterstand als bedoeld in het eerste lid is ontstaan, omvat het aanbod, bedoeld in het eerste lid, tevens een bereidverklaring opzegging van deze verzekering met ingang van de dag waarop de betalingsregeling van kracht wordt, te aanvaarden, mits:
 - a. de verzekerde zichzelf uiterlijk met ingang van dezelfde dag krachtens een andere zorgverzekering verzekerd heeft, en
 - b. deze, indien deze zorgverzekering bij dezelfde zorgverzekeraar is gesloten, terzake van de premie voor deze verzekering een volmacht of opdracht als bedoeld in het tweede lid, onderdeel a, heeft gegeven.
4. Tegelijk met het aanbod deelt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer schriftelijk mee dat deze een termijn van vier weken heeft om het te aanvaarden, waarbij de verzekeraar bovendien aangeeft wat de gevolgen zullen zijn indien het aanbod niet wordt aanvaard en de premieschuld, rente en incassokosten buiten beschouwing gelaten, tot zes of meer maandpremies zal zijn opgelopen, en wijst hij de verzekeringnemer op de mogelijkheid van schuldhelpverlening, waarbij hij tevens informatie verstrekt over de vormen hiervan en wijze waarop deze kan worden verzocht.
5. Indien het derde lid van toepassing is, zendt de zorgverzekeraar de verzekerde tegelijk met de verzending van de in het eerste tot en met vierde lid bedoelde stukken aan de verzekeringnemer, afschriften van deze stukken.

Artikel 18aa

1. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat in daarbij aan te wijzen gevallen een aan de verzekeringnemer of zijn partner uit te betalen zorgtoeslag als bedoeld in de Wet op de zorgtoeslag of een voorschot daarop, in afwijking van artikel 25, eerste lid, van de Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen, als tegemoetkoming in de premie en, voor zover de zorgtoeslag of het voorschot daarop dan nog toereikend is, het eigen risico, geheel of gedeeltelijk, direct of door tussenkomst van het CAK aan de zorgverzekeraar wordt uitbetaald indien ten aanzien van een zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend,

een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van drie maandpremies is ontstaan.

2. Bij ministeriële regeling kunnen regels worden gesteld met betrekking tot het eerste lid.

Artikel 18b

1. Zo spoedig mogelijk nadat ten aanzien van een zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van vier maandpremies is geconstateerd, deelt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde mee dat hij voornemens is over te gaan tot de melding, bedoeld in artikel 18c, zodra de premieschuld de daar bedoelde hoogte zal hebben bereikt, tenzij de verzekeringnemer of de verzekerde hem uiterlijk vier weken na ontvangst van de mededeling heeft laten weten, het bestaan van de schuld of de hoogte ervan te betwisten.
2. Ingeval van tijdige betwisting als bedoeld in het eerste lid deelt de zorgverzekeraar, indien deze na onderzoek zijn standpunt handhaaft, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde mee dat hij het voornemen tot melding tot uitvoering zal brengen zodra de premieschuld de in artikel 18c, eerste lid, bedoelde hoogte zal hebben bereikt, tenzij de verzekeringnemer of de verzekerde binnen een termijn van vier weken na ontvangst van de in dit lid bedoelde mededeling een geschil hierover heeft voorgelegd aan een onafhankelijke instantie als bedoeld in artikel 114 of aan de burgerlijke rechter.
3. Indien een betalingsregeling als bedoeld in artikel 18a ingaat nadat ten aanzien van de zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van vier maandpremies is ontstaan, laat de zorgverzekeraar de in het eerste lid bedoelde melding achterwege zolang de nieuw vervallende termijnen van de premie worden voldaan.

Artikel 18bb

1. Naast de op incasso gerichte inspanningen, bedoeld in de artikelen 18a en 18b, verricht de zorgverzekeraar aantoonbaar voldoende inspanningen tot inning van de premie voorafgaand aan de melding, bedoeld in artikel 18c, eerste lid.
2. Bij ministeriële regeling wordt bepaald wanneer sprake is van het verrichten van aantoonbaar voldoende inspanningen als bedoeld in het eerste lid.

Artikel 18c

1. Indien ten aanzien van een zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een premieschuld ter hoogte van zes of meer maandpremies is ontstaan, meldt de zorgverzekeraar dit, onder vermelding van de voor de heffing van de bestuursrechtelijke premie alsmede voor de uitvoering van artikel 34a noodzakelijke persoonsgegevens van de verzekeringnemer en de verzekerde, aan het CAK, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, aan de verzekerde.
2. De melding geschiedt niet:
 - a. in geval van tijdige betwisting als bedoeld in artikel 18b, eerste lid, zolang de zorgverzekeraar zijn standpunt dienaangaande niet aan de verzekeringnemer en, indien dit een ander dan de verzekeringnemer is, aan de verzekerde heeft kenbaar gemaakt;
 - b. gedurende de termijn, genoemd in artikel 18b, tweede lid;
 - c. ingeval van tijdige voorlegging van het geschil aan een onafhankelijke instantie of aan de burgerlijke rechter als bedoeld in artikel 18b, tweede lid, zolang op het geschil niet onherroepelijk is beslist;
 - d. ingeval de verzekeringnemer zich heeft aangemeld bij een schuldhulpverlener als bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet en aantoont dat hij in het kader daarvan een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van zijn schulden heeft gesloten;
 - e. ingeval het adres van de verzekeringnemer en, indien dit een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde, niet in de basisregistratie personen voorkomt of het adres

zoals dat is opgenomen in de administratie van de zorgverzekeraar afwijkt van het adres waaronder deze persoon of personen in de basisregistratie personen als ingezetene staat of staan ingeschreven, tenzij deze afwijking het gevolg is van een omstandigheid als bedoeld in artikel 4a, derde lid, onderdeel a tot en met c.

3. Onderdeel van de melding vormt een verklaring van de zorgverzekeraar, inhoudende dat hij artikel 18b en het tweede lid in acht heeft genomen.
4. Na de melding verleent de zorgverzekeraar aantoonbaar voldoende medewerking aan activiteiten van de verzekeringnemer of derden, gericht op aflossing van de jegens de zorgverzekeraar bestaande, uit de zorgverzekering voortvloeiende schuld.
5. Bij ministeriële regeling wordt bepaald wanneer sprake is van het verrichten van aantoonbaar voldoende medewerking als bedoeld in het vierde lid.

Artikel 18d

1. De verzekeringnemer is vanaf de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin het CAK de melding, bedoeld in artikel 18c, heeft ontvangen aan het CAK een bij ministeriële regeling te bepalen, bestuursrechtelijke premie van ten minste 110% en ten hoogste 130% van de gemiddelde premie verschuldigd.
2. De premie, bedoeld in het eerste lid, is niet meer verschuldigd met ingang van de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin:
 - a. de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden zijn of zullen zijn afgelost of tenietgaan,
 - b. de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, bedoeld in de Faillissementswet, op de verzekeringnemer van toepassing wordt,
 - c. door tussenkomst van een schuldhulpverlener als bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet een overeenkomst als bedoeld in artikel 18c, tweede lid, onderdeel d, is gesloten, door diens tussenkomst een buitengerechtelijke schuldregeling tot stand is gekomen waarin, naast de verzekeringnemer, ten minste zijn zorgverzekeraar deelneemt, of de zorgverzekeraar met de verzekeringnemer een betalingsregeling is overeengekomen, of
 - d. de verzekeringnemer aan bij ministeriële regeling te bepalen voorwaarden voldoet.
3. Ten behoeve van de toepassing van het tweede lid stelt de zorgverzekeraar het CAK, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde, onverwijld op de hoogte van de datum waarop een situatie als bedoeld in onderdeel a, b of c van dat lid van toepassing wordt.
4. In afwijking van het eerste en tweede lid is de verzekeringnemer wederom aan het CAK bestuursrechtelijke premie verschuldigd vanaf de eerste dag van de maand volgende op de maand:
 - a. waarin de toepassing van de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen op grond van artikel 350, derde lid, onderdeel c, d, e, f, of g, van de Faillissementswet, is beëindigd,
 - b. waarin hij zich, blijkens een melding van zijn zorgverzekeraar, aan deelname aan een op hem van toepassing zijnde overeenkomst of regeling als bedoeld in het tweede lid, onderdeel c, heeft onttrokken voordat hij de in de desbetreffende overeenkomst of regeling neergelegde afspraken jegens zijn zorgverzekeraar volledig is nagekomen of
 - c. waarin hij niet meer voldoet aan bij de ministeriële regeling, bedoeld in het tweede lid, te bepalen voorwaarden.
5. Indien in het in het vierde lid, onderdeel b, bedoeld geval een door tussenkomst van een schuldhulpverlener als bedoeld in het tweede lid, onderdeel c, tot stand gekomen overeenkomst of regeling betreft, dient de melding, bedoeld in dat onderdeel mede door een schuldhulpverlener te zijn ondertekend.
6. Bij ministeriële regeling wordt bepaald hoe de gemiddelde premie, bedoeld in het eerste lid, wordt berekend.

Zorgverzekeringswet

Paragraaf 2.4. Maatregelen gericht op verzekering van onverzekerden

Artikel 9a

1. Het College zorgverzekeringen gaat op basis van vergelijking van bij ministeriële regeling aan te wijzen bestanden na welke verzekeringsplichtigen in weerwil van hun verzekeringsplicht niet krachtens een zorgverzekering verzekerd zijn.
2. Het College zorgverzekeringen zendt een verzekeringsplichtige als bedoeld in het eerste lid een schriftelijke aanmaning om zich binnen een termijn van drie maanden, te rekenen vanaf de datum van verzending van de aanmaning, alsnog op grond van zo'n verzekering te verzekeren of te laten verzekeren.
3. De aanmaning bevat een overzicht van de gevolgen indien betrokkene niet binnen de in het tweede lid genoemde termijn verzekerd zal zijn.

Artikel 9b

1. Indien een verzekeringsplichtige aan wie een aanmaning als bedoeld in artikel 9a is verzonden, niet binnen drie maanden na verzending daarvan verzekerd is, legt het College zorgverzekeringen hem dan wel, indien de verzekeringsplichtige minderjarig is, degene die het gezag over hem uitoefent, een bestuurlijke boete op.
2. De hoogte van de boete is gelijk aan driemaal de tot een maandbedrag herleide standaardpremie, bedoeld in de Wet op de zorgtoeslag.
3. Artikel 5:53, tweede en derde lid, van de Algemene wet bestuursrecht geldt niet voor de oplegging van de boete, bedoeld in het eerste lid.
4. Het College zorgverzekeringen kan de boete bij dwangbevel invorderen.
5. Tegelijk met de oplegging van de boete deelt het College zorgverzekeringen mee wat de gevolgen zullen zijn indien de verzekeringsplichtige niet binnen een termijn van drie maanden, te rekenen vanaf de dag van verzending van de beschikking tot oplegging van de boete, alsnog verzekerd zal zijn.

Artikel 9c

1. Indien een verzekeringsplichtige aan wie de boete, bedoeld in artikel 9b, is opgelegd, niet binnen de termijn, bedoeld in artikel 9b, vijfde lid, alsnog verzekerd is, legt het College zorgverzekeringen hem dan wel, indien hij minderjarig is, degene die het gezag over hem uitoefent nogmaals een bestuurlijke boete op.
2. Artikel 9b, tweede tot en met vierde lid, zijn van toepassing.
3. De boetebeschikking, bedoeld in het eerste lid, gaat vergezeld van een last, inhoudende dat de verzekeringsplichtige binnen drie maanden na de verzending van de last alsnog krachtens een zorgverzekering verzekerd dient te zijn, bij gebreke waarvan het College zorgverzekeringen artikel 9d zal toepassen.

Artikel 9d

1. Indien een verzekeringsplichtige aan wie de bestuurlijke boete en de last, bedoeld in artikel 9c, is opgelegd, niet binnen drie maanden na verzending van de beschikking tot oplegging daarvan alsnog verzekerd is, sluit het College zorgverzekeringen namens hem een zorgverzekering waarin hij hem verzekert.
2. Het College zorgverzekeringen kiest de zorgverzekeraar waarmee een zorgverzekering als bedoeld in het eerste lid wordt gesloten, met dien verstande dat het zorgt voor een spreiding van zorgverzekeringen als bedoeld in dat lid over alle zorgverzekeraars, naar evenredigheid van het aantal verzekerden bij iedere zorgverzekeraar.
3. Indien een zorgverzekeraar verschillende varianten van de zorgverzekering aanbiedt, sluit het College zorgverzekeringen een zorgverzekering overeenkomstig de variant met de laagste premie, maar zonder collectiviteitskorting als bedoeld in artikel 18 en zonder vrijwillig eigen risico.
4. Op de last, bedoeld in artikel 9c, derde lid, en op het uitvoeren van de last als bedoeld in het eerste lid is, afdeling 5.3.1 van de Algemene wet bestuursrecht, met uitzondering van de artikelen 5:25 en 5:27 tot en met 5:30 van die wet van overeenkomstige toepassing.
5. Degene die op grond van het eerste lid door het College zorgverzekeringen verzekerd is, kan de desbetreffende verzekering gedurende een periode van twee weken, te rekenen vanaf de datum waarop dat college hem daarvan mededeling heeft gedaan, vernietigen, indien hij jegens dat college alsmede jegens de zorgverzekeraar bij wie die zorgverzekering is gesloten, aantoonde in de periode, bedoeld in dat lid, reeds krachtens een andere zorgverzekering verzekerd te zijn geraakt.
6. In afwijking van artikel 931 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek is een zorgverzekeraar bevoegd een met hem gesloten verzekeringsovereenkomst wegens dwaling te vernietigen, indien achteraf blijkt dat degene die het College zorgverzekeringen bij hem verzekerde op dat moment niet verzekeringsplichtig was.
7. Zonodig in afwijking van artikel 7, kan, tenzij het vierde lid van dat artikel van toepassing is, een verzekeringnemer een zorgverzekering als bedoeld in het eerste lid niet opzeggen gedurende de eerste twaalf maanden waarover deze loopt.

- 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 bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40 of onze afdeling Verhaal op 050 523 43 77. U kunt ook online informatie verstrekken via 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 2021 is de premiegrondslag voor de Basisverzekering € 130 per kalendermaand. De premie die u moet betalen is de premiegrondslag verminderd met kortingen. U kunt korting krijgen 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. 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.

A16 Als u een nota indient

Vaak betaalt Menzis rechtstreeks aan de zorgaanbieder. Soms komt het voor dat u zelf een nota ontvangt.

U kunt een nota online indienen: