



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Premie, premieachterstand, afmelding CAK

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2007-2021, paragraaf 3.3. Zvw

Zaaknummer : 202100505

Zittingsdatum : 9 juni 2021

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

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te B,
tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 1 maart 2021 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen per brief gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker hierna verzocht het verschuldigde entreegeld van € 37,- te voldoen. Dit heeft verzoeker op 12 maart 2021 betaald.
- 2.2. De zorgverzekeraar heeft op 23 april 2021 en 30 april 2021 per e-mail zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Kopieën van deze reacties zijn op 30 april 2021 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 9 juni 2021 gehoord.
- 2.4. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie de zorgverzekeraar verzocht duidelijkheid te verschaffen over het bestaan en de hoogte van de nog niet aan de incassogemachtigde overgedragen vorderingen. Daarnaast is de zorgverzekeraar verzocht op schrift te stellen dat de afboeking van de twee betalingen van 27 november 2020 (€ 104,-) en 24 december 2020 (€ 108,-) op de reeds verjaarde vordering door hem wordt gecorrigeerd. Op 16 juni 2021 heeft de zorgverzekeraar hierop gereageerd. Een kopie van deze reactie is, eveneens op 16 juni 2021, aan verzoeker gestuurd, die daarbij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Op 23 juni 2021 heeft verzoeker van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie hiervan is ter kennisname aan de zorgverzekeraar gezonden.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker is tot op heden bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering ZieZo Selectief (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Op de polis van verzoeker is een betalingsachterstand ontstaan. Aangezien de betalingsachterstand voor de zorgverzekering meer dan zes maandpremies bedroeg, heeft de zorgverzekeraar verzoeker met ingang van 1 september 2017 aangemeld als wanbetaler bij het CAK.
- 3.3. Op 25 juni 2020 heeft verzoeker met de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar een betalingsregeling afgesproken voor de aldaar in behandeling zijnde dossiers met de dossiernummers 220099756 en 217108455.
- 3.4. Verzoeker heeft op 30 juni 2020 met de zorgverzekeraar een betalingsregeling afgesproken voor een openstaande vordering van € 103,99. Nadien heeft de zorgverzekeraar de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het CAK met ingang van 1 augustus 2020 opgeschort.

3.5. Omdat verzoeker de op 30 juni 2020 met de zorgverzekeraar afgesproken betalingsregeling niet nakwam, heeft laatstgenoemde de aanmelding van verzoeker als wanbetaler met ingang van 1 september 2020 hervat.

3.6. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar verschillende keren verzocht hem met terugwerkende kracht tot 25 juni 2020 af te melden als wanbetaler bij het CAK. Op 1 oktober 2020 heeft de zorgverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing de aanmelding in stand te houden, handhaaft.

4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de zorgverzekeraar gehouden is hem met terugwerkende kracht tot 25 juni 2020 af te melden als wanbetaler bij het CAK en de betaalde bestuursrechtelijke premie vanaf 25 juni 2020 aan hem te vergoeden.

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 A.18 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) over de verplichting tot premiebetaling en de gevolgen van het niet betalen van de premie zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunten partijen

6.2. Verzoeker voert aan dat hij, nadat op 25 juni 2020 met de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar een betalingsregeling was overeengekomen, de zorgverzekeraar heeft verzocht hem af te melden als wanbetaler bij het CAK. Telefonisch is hem toen door een medewerker van de zorgverzekeraar meegedeeld dat, naast de vorderingen bij de incassogemachtigde, nog een vordering open stond van € 1.025,93. Afmelding als wanbetaler bij het CAK zou alleen kunnen als ook voor die vordering een betalingsregeling werd overeengekomen. Dit laatste is volgens verzoeker niet acceptabel omdat genoemd bedrag uitsluitend betrekking heeft op vorderingen die zijn verjaard, hetgeen ook door de zorgverzekeraar wordt erkend. Omdat een natuurlijke verbintenis niet afdwingbaar is, kan de zorgverzekeraar de aanmelding van verzoeker als wanbetaler niet in stand houden. De commissie heeft, in een soortgelijke zaak, op 6 maart 2019 in een bindend advies geoordeeld dat na het verjaren van een vordering een natuurlijke verbintenis resteert. Verzoeker betwist verder de stelling van de zorgverzekeraar dat hij op 30 juni 2020 een betalingsregeling heeft afgesproken voor een openstaand bedrag van € 103,99. Volgens verzoeker zijn alle openstaande vorderingen reeds verjaard. Dat er nog sprake is van een opeisbare vordering is hem niet bekend, laat staan dat hij hiervoor een betalingsregeling heeft afgesproken.

Ter zitting heeft verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de zorgverzekeraar twee door hem, op 27 november 2020 en 24 december 2020, gedane betalingen in mindering heeft gebracht op de verjaarde vordering, hetgeen is aan te merken als een dubieuze handelwijze.

6.3. De zorgverzekeraar erkent dat de betalingsachterstand van september 2007 tot en met november 2008 is verjaard. De oorspronkelijke vordering bedroeg € 972,88. Op 27 november 2020 en 24 december 2020 heeft verzoeker betalingen van respectievelijk € 104,- en € 108,- gedaan, zonder daarbij een betalingskenmerk te vermelden. Deze betalingen heeft de zorgverzekeraar in mindering gebracht op de verjaarde vordering van € 972,88 zodat deze nog € 760,88 bedraagt.

Daarnaast is sprake van een openstaande vordering van € 3.006,24 die niet is verjaard. Een groot deel van deze vordering heeft de zorgverzekeraar overdragen aan zijn incassogemachtigde. Met deze incassogemachtigde heeft verzoeker op 25 juni 2020 een betalingsregeling afgesproken. Naast deze betalingsregeling heeft verzoeker op 30 juni 2020 met de zorgverzekeraar een betalingsregeling afgesproken ter zake van een vordering ten bedrage van € 103,99. Dit bedrag had betrekking op de premie voor de maand juni 2017 (€ 93,95) en een zorgkostennota (€ 10,04). Met de afspraak van 30 juni 2020 was met verzoeker een betalingsregeling getroffen voor de gehele (opeisbare) schuld. Daarom heeft de zorgverzekeraar de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het CAK met ingang van 1 augustus 2020 opgeschort. Omdat hij echter de op 30 juni 2020 afgesproken betalingsregeling niet nakwam, is de aanmelding van verzoeker met ingang van 1 september 2020 hervat.

Overigens merkt de zorgverzekeraar op dat hij heeft voorgesteld de verjaarde vordering af te boeken en de aanmelding als wanbetaler op te schorten, op de voorwaarde dat verzoeker een betalingsregeling afsprekt voor de gehele (niet verjaarde) vordering. Dit voorstel is door verzoeker verworpen.

Na afloop van de hoorzitting heeft de zorgverzekeraar verklaard de betalingen van € 104,- en € 108,- die aanvankelijk op de verjaarde vordering in mindering waren gebracht te corrigeren, in die zin dat de beide bedragen in mindering worden gebracht op de openstaande vordering bij de incassogemachtigde. Daarnaast heeft de zorgverzekeraar toegelicht dat de op 30 juni 2020 met verzoeker afgesproken betalingsregeling is beëindigd. De vordering ter zake van de premie voor de maand juni 2017 zal bij de verjaarde vordering worden opgeteld en is door verzoeker niet meer verschuldigd. De zorgkostennota van € 10,04 is door de zorgverzekeraar op 25 augustus 2020 overgedragen aan zijn incassogemachtigde en toegevoegd aan het dossier waarvoor verzoeker op 25 juni 2020 een betalingsregeling afsprak. De zorgverzekeraar heeft voorgesteld om de vanaf 1 september 2020 door verzoeker betaalde bestuursrechtelijke premies in mindering te brengen op de openstaande vordering bij de incassogemachtigde. Op dit voorstel heeft verzoeker tot op heden niet gereageerd.

Overwegingen commissie

- 6.4. Artikel 18d, tweede lid, onder a, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar een verzekerde dient *af te melden* bij het CAK indien alle uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden zijn afgelost of tenietgegaan. Uit de brief van de zorgverzekeraar van 28 april 2021 in samenhang met het bijgevoegde betalingsoverzicht blijkt dat nog sprake is van een betalingsachterstand. Niet in geschil is dat hiervan een bedrag van € 972,88 is verjaard. Na afloop van de hoorzitting heeft de zorgverzekeraar verklaard dat ook de premie voor de maand juni 2017 (€ 93,95) zal worden beschouwd als een verjaarde vordering. Dat de resterende openstaande vordering ook is verjaard, is door verzoeker niet aannemelijk gemaakt. Evenmin is door hem aannemelijk gemaakt dat er in het geheel geen sprake (meer) is van uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden. Daarom hoefde de zorgverzekeraar verzoeker, gelet op artikel 18d, tweede lid, onder a, Zvw, niet af te melden als wanbetaler bij het CAK.
- 6.5. Voorts dient *afmelding* bij het CAK plaats te vinden indien op de verzekerde de schuldsanering op basis van de Wet Schuldsanering Natuurlijke Personen van toepassing is verklaard (artikel 18d, tweede lid, onder b, Zvw) óf als betrokkene door tussenkomst van een schuldhulpverlener een schuldregeling is overeengekomen (artikel 18d, tweede lid, onder c, Zvw). Gesteld noch gebleken is dat een van de hiervoor genoemde situaties bij verzoeker aan de orde is. Gelet op het voorgaande voldoet verzoeker niet aan de voorwaarden om voor *afmelding* als wanbetaler in aanmerking te komen.
- 6.6. Zoals de zorgverzekeraar terecht stelt, bestaat wél de mogelijkheid de aanmelding bij het CAK *op te schorten* zolang sprake is van een betalingsregeling voor de gehele schuld. De commissie stelt vast dat dit pas op 25 augustus 2020 voor het eerst aan de orde was. Op genoemde datum besloot de zorgverzekeraar namelijk de tot dan opeisbare en nog niet verjaarde vordering ter zake van de premie voor de maand juni 2017 aan te merken als een verjaarde vordering. Tevens droeg hij toen de nog resterende vordering ter zake van zorgkosten (€ 10,04) over aan zijn incassogemachtigde.

Bij deze incassogemachtigde is laatstgenoemde vordering toegevoegd aan de dossiers waarvoor verzoeker reeds op 25 juni 2020 een betalingsregeling had afgesproken.

Dit betekent dat op 25 augustus 2020 met verzoeker een betalingsregeling was getroffen voor de gehele vordering zodat de zorgverzekeraar gehouden was de aanmelding van verzoeker als wanbetaler met ingang van 1 september 2020 op te schorten en de na deze datum betaalde bestuursrechtelijke premie te vergoeden, voor zover althans door het CAK geen restitutie hiervan zou plaatsvinden.

Uit de brief van de zorgverzekeraar van 16 juni 2021 blijkt dat hij wil voorkomen dat bij verzoeker met terugwerkende kracht de reguliere premie voor de zorgverzekering in rekening moet worden gebracht, hetgeen het geval zal zijn bij afmelding met ingang van 1 september 2020.

Daarom heeft hij voorgesteld - na opschorting van de aanmelding per toekomstige datum, vanaf welke datum verzoeker weer de reguliere premie aan de zorgverzekeraar verschuldigd wordt - het verschil tussen deze premie en de betaalde bestuursrechtelijke premie over de periode na 1 september 2020, in mindering te brengen op de openstaande vordering bij zijn incassogemachtigde. Verzoeker heeft op dit voorstel (nog) niet gereageerd.

De commissie oordeelt dat de aanmelding van verzoeker als wanbetaler dient te worden opgeschort met ingang van 1 augustus 2021. Aangezien sprake is van de zelfde schuldeiser en schuldenaar alsmede van een schuld en een vordering die voortvloeien uit de zelfde overeenkomst, kan de door de zorgverzekeraar voorgestelde verrekening ook zonder akkoord van verzoeker plaatsvinden.

- 6.7. Tot slot heeft de commissie er goede nota van genomen dat de zorgverzekeraar verzoeker ook heeft voorgesteld de reeds verjaarde vorderingen (€ 972,88 + € 93,95) af te boeken. Verzoeker heeft het door de zorgverzekeraar aangeboden voorstel evenwel afgewezen. Dit is uiteraard het recht van verzoeker, maar de commissie wijst verzoeker - ten overvloede - erop dat hij het risico loopt dat ongespecificeerde betalingen die hij aan de zorgverzekeraar doet, met inachtneming van het bepaalde in artikel 6:43 BW, kunnen worden toegerekend, eventueel ook aan de vordering die als natuurlijke verbintenis is blijven bestaan na de verjaring.

- 6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Verder oordeelt de commissie dat de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het CAK dient te worden opgeschort met ingang van 1 augustus 2021, waarna verzoeker vanaf deze datum weer de reguliere premie is verschuldigd aan de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar zal het verschil in premie tussen de na 1 september 2020 verschuldigde reguliere premie en de betaalde bestuursrechtelijke premie compenseren door dit verschil te verrekenen met de openstaande vordering bij zijn incassogemachtigde.

Zeist, 28 juli 2021,

H.A.J. Kroon

BIJLAGEN



1. Polisvoorwaarden

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

7.4 Vrijwillig gekozen eigen risico is vrijgesteld

Van het vrijwillig gekozen eigen risico hebben wij de volgende kosten vrijgesteld:

- de directe kosten van de medicatiebeoordeling chronisch gebruik van receptgeneesmiddelen uitgevoerd door een hiervoor door ons gecontracteerde apotheek;
- de kosten van het stoppen-met-rokenprogramma en eventuele farmacotherapeutische interventies vallend onder artikel [B.40 Stoppen-met-rokenprogramma](#). Dit geldt alleen wanneer u het programma en eventuele farmacotherapeutische interventies afneemt bij een gecontracteerde zorgverlener, anders dan een huisarts, medisch specialist of klinisch psycholoog;
- de kosten die verbonden zijn aan het opzetten en uitvoeren van de landelijke coördinatiepunten voor eerstelijnsverblijf en die aan verzekerden worden doorbelast.

7.5 Zorgkosten die wij niet vergoeden tellen niet mee voor het vrijwillig gekozen eigen risico

In sommige gevallen betaalt u zelf een deel van de zorg vanuit de basisverzekering. Bijvoorbeeld bij kraamzorg en bepaalde medicijnen. Deze bedragen staan los van het vrijwillig gekozen eigen risico en tellen dus niet mee voor het gekozen bedrag aan eigen risico dat wij inhouden.

7.6 Vrijwillig gekozen eigen risico gaat in als u 18 jaar wordt

Wordt u 18 jaar in de loop van het kalenderjaar? Dan gaat uw vrijwillig gekozen eigen risico in op de eerste dag van de maand die volgt op de kalendermaand waarin u 18 jaar wordt. Hoe hoog uw vrijwillig gekozen eigen risico dan is, hangt af van over hoeveel dagen wij vrijwillig gekozen eigen risico mogen inhouden.

7.7 Vrijwillig gekozen eigen risico als uw basisverzekering later ingaat

Gaat uw basisverzekering in na 1 januari? Dan berekenen wij uw vrijwillig gekozen eigen risico op basis van hoeveel dagen u in dat kalenderjaar verzekerd bent.

7.8 Vrijwillig gekozen eigen risico als uw basisverzekering eerder eindigt

Eindigt uw basisverzekering in de loop van het kalenderjaar? Dan berekenen wij uw vrijwillig gekozen eigen risico op basis van het aantal dagen van het kalenderjaar dat u wel verzekerd was.

7.9 Vrijwillig gekozen eigen risico bij een diagnose-behandelcombinatie of behandeltraject voor Basis GGZ

Wordt een behandeling gedeclareerd in de vorm van een diagnose-behandelcombinatie (DBC) of behandeltraject voor Basis GGZ? Dan is het startmoment van de behandeling ook bepalend voor het vrijwillig gekozen eigen risico dat wij in mindering moeten brengen. Meer over de vergoedingen bij DBC's en behandeltrajecten voor Basis GGZ leest u in artikel [5.5](#).

7.10 Vrijwillig gekozen eigen risico in mindering brengen

Ontvangt u zorg van een gecontracteerde zorgverlener of een zorgverlener met wie wij een betaalovereenkomst hebben? Dan vergoeden wij de kosten van die zorg direct aan de zorgverlener of zorginstelling. Heeft u dan nog een bedrag aan vrijwillig gekozen eigen risico openstaan? Dan zal dit bedrag worden verrekend of bij u worden teruggevorderd. Dit kan ook verrekend worden met declaraties ten laste van uw Zvw-pgb. Wij innen het bedrag via een automatische incasso. Door deze verzekering met ons aan te gaan, wordt u (verzekeringnemer) namelijk geacht ons een machtiging te hebben verleend.

Als u (verzekeringnemer) het vrijwillig gekozen eigen risico niet op tijd betaalt, kunnen wij administratiekosten, invorderingskosten en wettelijke rente in rekening brengen.

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. Deze korting 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.

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:

- premie;
- verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico;
- wettelijke eigen bijdragen;
- eigen betalingen;
- 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.

A.10 Wat gebeurt er als u een betalingsachterstand heeft?

10.1 Betalingsregeling als u uw premie 2 maanden niet heeft betaald

Stellen wij vast dat u 2 maanden geen maandpremie heeft betaald? Dan bieden wij u (verzekeringnemer) binnen 10 werkdagen schriftelijk een betalingsregeling aan. Die betalingsregeling houdt in:

- dat u (verzekeringnemer) ons machtigt om automatisch nieuwe maandpremies bij u (verzekeringnemer) of derden te incasseren;
- dat u (verzekeringnemer) met ons afspraken maakt om uw betalingsachterstand en schulden uit de zorgverzekering aan ons in termijnen terug te betalen;
- dat wij de basisverzekering niet om reden van het bestaan van schulden als bedoeld onder b beëindigen en de dekking van de basisverzekering niet om deze reden schorsen of opschorten zolang de betalingsregeling loopt. Dit geldt niet als u (verzekeringnemer) de machtiging genoemd onder a intrekt, of als u (verzekeringnemer) de gemaakte afspraken over de betalingen genoemd onder b niet nakomt.

In de brief staat dat u (verzekeringnemer) 4 weken de tijd heeft om de regeling te accepteren. Ook leest u (verzekeringnemer) hierin wat er gebeurt, als u (verzekeringnemer) de maandpremie 6 maanden niet betaalt. Bovendien vindt u (verzekeringnemer) bij het aanbod informatie over schuldhelpverlening, hoe u (verzekeringnemer) die hulp kunt krijgen en welke schuldhelpverlening mogelijk is.

10.2 Betalingsregeling als u (verzekeringnemer) een ander verzekert

Heeft u (verzekeringnemer) iemand anders verzekerd? En heeft u (verzekeringnemer) de maandpremie voor de basisverzekering van die verzekerde 2 maanden niet betaald? Dan houdt de betalingsregeling ook in, dat wij u (verzekeringnemer) aanbieden om deze verzekering te beëindigen op de dag dat de betalingsregeling ingaat. Dit aanbod geldt alleen als:

- de verzekerde voor zichzelf een andere basisverzekering heeft afgesloten op de datum dat de betalingsregeling gaat gelden; én
- de verzekerde ons machtigt om automatisch nieuwe maandpremies te incasseren, als deze verzekerde bij ons verzekerd wordt via de basisverzekering.

10.3 Verzekerde(n) ontvangen kopieën van informatie over betalingsregeling

Als artikel [10.2](#) van deze algemene voorwaarden van toepassing is, sturen wij de verzekerde(n) kopieën van de stukken zoals genoemd in artikel [10.1](#), [10.2](#) en [10.4](#) die wij aan u (verzekeringnemer) sturen. Dit doen wij gelijktijdig.

10.4 Wat er gebeurt als u (verzekeringnemer) uw maandpremie 4 maanden niet heeft betaald?

Heeft u (verzekeringnemer) 4 maanden geen maandpremie betaald (exclusief administratiekosten, invorderingskosten en de wettelijke rente)? Dan ontvangen u (verzekeringnemer) en uw medeverzekerden een bericht dat wij van plan zijn u (verzekeringnemer) aan te melden bij het Centraal Administratie Kantoor (CAK), zodra u (verzekeringnemer) 6 maanden of langer geen maandpremie heeft betaald. Melden wij u (verzekeringnemer) aan bij het CAK? Dan gaat het CAK een bestuursrechtelijke premie bij u (verzekeringnemer) innen.

Ook kunt u (verzekeringnemer) ons vragen of wij een betalingsregeling met u (verzekeringnemer) willen aangaan. Wat die betalingsregeling inhoudt, leest u (verzekeringnemer) in artikel [10.1](#) van deze algemene voorwaarden. Als wij een betalingsregeling met u (verzekeringnemer) aangaan, melden wij u (verzekeringnemer) niet aan bij het CAK zolang u (verzekeringnemer) de nieuwe maandpremies op tijd betaalt.

10.5 Als u (verzekeringnemer) het niet eens bent met de betalingsachterstand

Bent u (verzekeringnemer) het niet eens met de betalingsachterstand en/of de voorgenomen aanmelding bij het CAK zoals genoemd in artikel [10.4](#)? Laat dit dan aan ons weten door middel van een bezwaarschrift. Wij melden u (verzekeringnemer) dan nog niet aan bij het CAK. Eerst onderzoeken wij dan, of wij uw schuld goed berekend hebben. Vinden wij dat wij uw schuld goed hebben berekend? Dan ontvangt u (verzekeringnemer) hierover een bericht. Als u (verzekeringnemer) het niet eens bent met ons oordeel, kunt u (verzekeringnemer) dit voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) of aan de burgerlijk rechter. U (verzekeringnemer) moet dat doen binnen 4 weken nadat u (verzekeringnemer) het bericht met ons oordeel heeft ontvangen. Wij melden u (verzekeringnemer) ook nu nog niet aan bij het CAK. Zie ook artikel [A.18](#) van deze algemene voorwaarden over klachtafhandeling.

10.6 Wat er gebeurt als u (verzekeringnemer) uw maandpremie 6 maanden niet heeft betaald

Stellen wij vast dat u (verzekeringnemer) 6 maanden geen maandpremie (exclusief administratiekosten, invorderingskosten en wettelijke rente) heeft betaald? Dan melden wij u (verzekeringnemer) aan bij het CAK. Vanaf dit moment betaalt u geen nominale premie meer aan ons. Het CAK legt dan bij u (verzekeringnemer) de bestuursrechtelijke premie op. Het CAK krijgt hiervoor van ons uw persoonsgegevens en die van de perso(o)n(en) die u (verzekeringnemer) bij ons heeft verzekerd. Wij geven alleen die persoonsgegevens door aan het CAK die het nodig heeft om bij u (verzekeringnemer) de bestuursrechtelijke premie in rekening te brengen. U (verzekeringnemer) en de perso(o)n(en) die u (verzekeringnemer) heeft verzekerd, ontvangen hierover een bericht van ons.

10.7 Is alle premie betaald? Dan melden wij u (verzekeringnemer) af bij het CAK

Wij melden u (verzekeringnemer) af bij het CAK, als u (verzekeringnemer), na tussenkomst van het CAK, de volgende bedragen heeft betaald:

- a. de verschuldigde premie;
- b. de vordering op grond van zorgkostennota's;
- c. de wettelijke rente;
- d. eventuele incassokosten;
- e. eventuele proceskosten.

Als wij u (verzekeringnemer) hebben afgemeld bij het CAK, wordt de bestuursrechtelijke premie-inning stopgezet. In plaats daarvan betaalt u (verzekeringnemer) de nominale premie weer aan ons.

10.8 Wat wij aan u (verzekeringnemer) en het CAK melden

Wij stellen u (verzekeringnemer en verzekerde) en het CAK direct op de hoogte van de datum waarop:

- a. de schulden die uit de basisverzekering voortvloeien, (zullen) zijn afgelost of teniet (zullen) gaan;
- b. de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, bedoeld in de Faillissementswet, op u (verzekeringnemer) van toepassing wordt;
- c. een overeenkomst is gesloten zoals bedoeld in artikel 18c, tweede lid, onderdeel d van de Zorgverzekeringswet. Deze overeenkomst moet zijn gesloten door tussenkomst van een schuldhelpverlener zoals bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet. Of wij stellen u (verzekeringnemer) en het CAK op de hoogte van de datum waarop een schuldregeling tot stand is gekomen. Aan de schuldregeling moet, naast u (verzekeringnemer), tenminste uw zorgverzekeraar deelnemen.

A.11 Wat als uw premie en/of voorwaarden wijzigen?

11.1 Aanpassing premiegrondslag en voorwaarden

Wij kunnen de premiegrondslag en voorwaarden van uw basisverzekering aanpassen. Bijvoorbeeld omdat de samenstelling van het basispakket verandert. Op basis van de nieuwe premiegrondslag en de veranderde voorwaarden doen wij u (verzekeringnemer) een nieuw aanbod.

11.2 Als uw premiegrondslag wijzigt

Een verandering in de premiegrondslag gaat niet eerder in dan 6 weken na de dag waarop wij u (verzekeringnemer) hierover hebben geïnformeerd. U (verzekeringnemer) kunt de basisverzekering opzeggen met ingang van de dag waarop de verandering ingaat (meestal per 1 januari). U (verzekeringnemer) heeft hiervoor in ieder geval 1 maand de tijd nadat wij u hebben geïnformeerd over de verandering.

11.3 Als de voorwaarden wijzigen en/of uw recht op zorg wijzigt

Is een verandering in de voorwaarden en/of het recht op zorg in het nadeel van de verzekerde? Dan mag u (verzekeringnemer) de basisverzekering opzeggen. Dit geldt niet als deze verandering ontstaat, doordat een wettelijke bepaling wijzigt. U (verzekeringnemer) kunt de basisverzekering opzeggen met ingang van de dag waarop de verandering ingaat. U (verzekeringnemer) heeft hiervoor 1 maand de tijd nadat wij u (verzekeringnemer) over de verandering hebben geïnformeerd.

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. een machtiging van de verzekeringnemer aan de zorgverzekeraar tot maandelijkse automatische incasso van nieuw vervallende termijnen van de premie dan wel een opdracht aan een derde van wie de verzekeringnemer periodieke betalingen ontvangt, om namens hem en onder inhouding van de desbetreffende bedragen op deze betalingen, periodiek rechtstreeks aan de zorgverzekeraar het bedrag van nieuw vervallende termijnen van de premie te betalen,
 - 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 machtiging of de opdracht, bedoeld in onderdeel a, niet intrekt en de afspraken, bedoeld in onderdeel 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 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.

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.