



ANONIEM BINDEND ADVIES

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

Zaak : Premie, premieachterstand, aanmelding CAK, toerekening betalingen

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2014-2021, paragraaf 3.3. Zvw, art. 6:32 en 6:43 BW

Zaaknummer : 202100567

Zittingsdatum : 20 oktober 2021

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

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoeker op 26 mei 2021 meegedeeld geen mogelijkheid te zien tot verdere bemiddeling. Op 17 juni 2021 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen telefonisch gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Op 28 juni 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De zorgverzekeraar heeft op 28 juli 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 29 juli 2021 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. De zorgverzekeraar heeft op 14 oktober 2021 per brief verklaard niet te willen worden gehoord. Verzoeker is op 20 oktober 2021 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker is tot op heden bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Op de polis van verzoeker is een betalingsachterstand ontstaan. Aangezien de *premie*achterstand voor de zorgverzekering volgens hem meer dan zes maandpremies bedroeg, heeft de zorgverzekeraar verzoeker met ingang van 1 maart 2021 aangemeld als wanbetaler bij het CAK.
- 3.3. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd, zowel ten aanzien van de gestelde (premie)achterstand als ten aanzien van de aanmelding als wanbetaler bij het CAK. Op 6 april 2021 heeft de zorgverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de zorgverzekeraar:
 - (i) hem ten onrechte met ingang van 1 maart 2021 heeft aangemeld als wanbetaler bij het CAK, en
 - (ii) zich ten onrechte op het standpunt stelt dat sprake is van een *premie*achterstand.
- 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, de gevolgen van het niet betalen van de premie en de aanmelding als wanbetaler bij het CAK zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en de van belang zijnde artikelen uit het Burgerlijk Wetboek (BW) opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Aanmelding CAK met ingang van 1 maart 2021

6.2. De zorgverzekeraar heeft verzoeker met ingang van 1 maart 2021 bij het CAK aangemeld als wanbetaler. Beoordeeld dient te worden of op deze datum voor de zorgverzekering van verzoeker een premieachterstand bestond van zes of meer maanden. Als dat het geval is, heeft de aanmelding bij het CAK terecht plaatsgevonden.

6.3. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker op 1 maart 2021 door hem is aangemeld als wanbetaler bij het CAK omdat op die datum de premies voor de maanden september 2016, januari 2017, mei 2017, juni 2017, maart 2019 en februari 2021 niet waren betaald. Uit het door de zorgverzekeraar overgelegde financieel overzicht naar de stand van 28 juli 2021 blijkt evenwel dat de premie voor de maand februari 2021 op 22 februari 2021, derhalve vóór 1 maart 2021, werd voldaan. Gelet hierop concludeert de commissie dat op 1 maart 2021 géén sprake was van een premieachterstand van ten minste zes maanden, zoals genoemd in artikel 18c Zvw. De commissie is daarom van oordeel dat het de zorgverzekeraar niet vrij stond verzoeker met ingang van 1 maart 2021 als wanbetaler aan te melden bij het CAK.

6.4. Nu de aanmelding als wanbetaler van verzoeker bij het CAK met ingang van 1 maart 2021 ten onrechte heeft plaatsgevonden, dient de zorgverzekeraar hem met terugwerkende kracht tot die datum af te melden. Dit heeft tot gevolg dat het CAK gehouden is de aan hem vanaf 1 maart 2021 betaalde bestuursrechtelijke premies terug te betalen aan verzoeker. Verzoeker, op zijn beurt, dient de premie voor de zorgverzekering met betrekking tot dat zelfde tijdvak alsnog aan de zorgverzekeraar te voldoen. Immers, ingevolge artikel 16, tweede lid, onder b, Zvw was geen premie verschuldigd over de maanden dat verzoeker was aangemeld bij het CAK. Voor deze maanden dient daarom na afmelding met terugwerkende kracht een correctie plaats te vinden, en wel door middel van het alsnog voldoen van de desbetreffende premie aan de zorgverzekeraar.

Bestaan premieachterstand

6.5. Uit eerder genoemd financieel overzicht van de zorgverzekeraar van 28 juli 2021 blijkt dat door verzoeker met betrekking tot de periode van 1 december 2014 tot en met 31 juli 2021 niet alle verschuldigde bedragen zijn betaald en dat per saldo nog een bedrag openstaat van € 2.816,28, exclusief rente en incassokosten. Genoemde vordering bestaat volgens de zorgverzekeraar hoofdzakelijk uit vorderingen ter zake van zorgkosten, maar ook uit vorderingen ter zake van premie.

Verzoeker heeft aangevoerd dat van een *premie*achterstand geen sprake kan zijn omdat hij alle verschuldigde maandpremies, weliswaar te laat, telkens onder vermelding van een betalingskenmerk heeft betaald. De zorgverzekeraar heeft hier tegenin gebracht dat als een vordering niet tijdig wordt voldaan, deze door hem wordt overgedragen aan zijn incassogemachtigde. Na deze overdracht moet worden betaald aan de incassogemachtigde en niet langer aan de zorgverzekeraar. Omdat verzoeker niet betaalde aan de incassogemachtigde

maar aan de zorgverzekeraar, zijn de betalingen niet in mindering gebracht op de openstaande premievorderingen maar op openstaande zorgkosten.

- 6.6. De commissie overweegt dat uit de tussen partijen bestaande verzekeringsovereenkomst verbintenissen voortvloeien. Voor verzoeker gaat het hierbij onder andere om de verplichting tot premiebetaling en betaling van andere verschuldigde bedragen zoals het eigen risico, eigen bijdragen en eventuele zorgkosten die voor rekening van verzoeker blijven. Artikel A.8.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering bepaalt dat de verschuldigde bedragen tijdig moeten worden voldaan. Voor de premiebetalingen betekent dit dat betaling moet plaatsvinden bij vooruitbetaling. Op het moment dat de bedragen niet (tijdig) worden betaald, staat het de zorgverzekeraar in beginsel vrij de vordering over te dragen aan zijn incassogemachtigde. Dat verzoeker de verschuldigde premies niet bij vooruitbetaling voldoet en dat de vorderingen ter zake terecht door de zorgverzekeraar zijn overgedragen aan de incassogemachtigde vormt geen onderwerp van geschil. Wat partijen verdeeld houdt, is of de zorgverzekeraar - na het uit handen geven van de premievorderingen op verzoeker aan de incassogemachtigde - de door verzoeker aan de zorgverzekeraar gedane en gespecificeerde premiebetalingen, mocht toerekenen aan andere vorderingen dan de premievorderingen.
- 6.7. Artikel 6:32 BW bepaalt, kort gezegd, dat een betaling de schuldenaar bevrijdt als de betaling is gedaan aan de schuldeiser of degene die in zijn plaats bevoegd is de betaling te ontvangen. In de onderhavige kwestie betekent dit dat tot het moment waarop de zorgverzekeraar de vorderingen uit handen heeft gegeven, verzoeker bevrijdend kon betalen aan de zorgverzekeraar. Door deze is gesteld dat na de overdracht van de vorderingen aan zijn incassogemachtigde, verzoeker alleen nog bevrijdend kon betalen als de betalingen, onder vermelding van een kenmerk, rechtstreeks aan zijn incassogemachtigde werden gedaan. Dit laatste kan alleen aan de orde zijn als sprake is van een juridische overdracht (cessie) van de vorderingen, inclusief de vereiste mededeling daarvan aan de debiteur. Omdat gesteld noch gebleken is dat vorderingen zijn gecedeerd, houdt de commissie het ervoor dat de incassogemachtigde namens de zorgverzekeraar de vordering bij verzoeker incasseert. Dit betekent dat verzoeker, ook na de overdracht ter incasso van de betreffende vorderingen, zowel aan de zorgverzekeraar als aan de incassogemachtigde bevrijdend kon betalen. Dat de zorgverzekeraar verzoeker tegenwerpt dat hij aan zijn incassogemachtigde diende te betalen, treft dus geen doel en is naar het oordeel van de commissie ook onbegrijpelijk nu de zorgverzekeraar in zijn brief van 22 februari 2021 expliciet heeft vermeld dat de 'bestaande schuld aan de zorgverzekeraar moet worden betaald'.
- 6.8. Verzoeker kon, op grond van artikel 6:43 BW, bij een betaling aanwijzen voor welke verbintenis deze was bedoeld. Uit de door verzoeker overlegde bankafschriften blijkt dat hij bij zijn betalingen op 20 september 2016, 20 januari 2017, 23 mei 2017, 20 juni 2017 en 20 maart 2019 de maand heeft vermeld waarvoor de betreffende premiebetaling was bedoeld. De commissie is dan ook van oordeel dat verzoeker met genoemde betalingen de premies voor de maanden september 2016, januari 2017, mei 2017, juni 2017 en maart 2019 bevrijdend heeft betaald en dat de zorgverzekeraar de uitgevoerde verrekening van de betreffende betalingen met openstaande zorgkosten met terugwerkende kracht ongedaan dient te maken. Dit betekent feitelijk wel dat de totale vordering per saldo in hoogte gelijk blijft, en dat verzoeker de door de gewijzigde toerekening herleefde vorderingen ter zake van de zorgkosten, waarvan de hoogte door verzoeker niet is betwist, alsnog dient te voldoen.
- 6.9. Het voorgaande betekent dat naar de stand van 28 juli 2021 sprake is van een vordering van totaal € 2.816,28, exclusief rente en incassokosten. Deze vordering ziet na correctie uitsluitend op zorgkosten. De ziektekostenverzekeraar en zijn incassogemachtigde dienen dit in hun administratie te corrigeren. Daarnaast geeft de commissie de ziektekostenverzekeraar in overweging met verzoeker een passende betalingsregeling af te spreken. De commissie ziet voorts aanleiding te bepalen dat de zorgverzekeraar de bij verzoeker gevorderde incassokosten (€ 517,20) moet kwijtschelden. Dit omdat in de procedure gesteld noch gebleken is

dat verzoeker voor de nog openstaande vorderingen een correcte brief als bedoeld in artikel 6:96, zesde lid, BW (de zogenoemde veertiendagenbrief) heeft ontvangen.

6.10. Ten overvloede merkt de commissie op dat het in dit soort zaken nuttig en eigenlijk ook noodzakelijk is als partijen tijdens de hoorzitting de dialoog kunnen aangaan en wederzijdse onduidelijkheden kunnen wegnemen. Tegen die achtergrond betreurt de commissie het dat de zorgverzekeraar van de mogelijkheid hiertoe heeft afgezien.

6.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat:

- (i) verzoeker, op basis van het aantal maanden premieachterstand, niet met ingang van 1 maart 2021 had mogen worden aangemeld als wanbetaler bij het CAK, en dat de zorgverzekeraar deze aanmelding daarom met terugwerkende kracht tot genoemde datum ongedaan moet maken;
- (ii) de betalingsachterstand naar de stand van 28 juli 2021 exclusief rente en de na afmelding als wanbetaler met terugwerkende kracht alsnog verschuldigde premies € 2.816,28 bedraagt en dat genoemd bedrag, na correctie door de zorgverzekeraar van de ten onrechte door hem uitgevoerde verrekeningen, uitsluitend betrekking heeft op vorderingen ter zake van zorgkosten;
- (iii) de zorgverzekeraar de bij verzoeker in rekening gebrachte incassokosten van € 517,20 moet kwijtschelden; en
- (iv) de zorgverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden.

Zeist, 27 oktober 2021,

H.A.J. Kroon

BIJLAGEN



1. Polisvoorwaarden

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

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 32

Betaling aan een ander dan de schuldeiser of dan degene die met hem of in zijn plaats bevoegd is haar te ontvangen, bevrijdt de schuldenaar, voor zover degene aan wie betaald moest worden de betaling heeft bekrachtigd of erdoor is gebaat.

Artikel 43

1. Verricht de schuldenaar een betaling die zou kunnen worden toegerekend op twee of meer verbintenissen jegens een zelfde schuldeiser, dan geschiedt de toerekening op de verbintenis welke de schuldenaar bij de betaling aanwijst.
2. Bij gebreke van zodanige aanwijzing geschiedt de toerekening in de eerste plaats op de opeisbare verbintenissen. Zijn er ook dan nog meer verbintenissen waarop de toerekening zou kunnen plaatsvinden, dan geschiedt deze in de eerste plaats op de meest bezwarende en zijn de verbintenissen even bezwarend, op de oudste. Zijn de verbintenissen bovendien even oud, dan geschiedt de toerekening naar evenredigheid.

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 maandelijke 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 aan zien 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 schuldhulpverlening, 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.

7.11 Vrijwillig gekozen eigen risico wijzigen

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

A.8 Wat betaalt u?

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

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

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

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

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

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

8.2 U (verzekeringnemer) betaalt de premie

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

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

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

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

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

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

8.4 Afschrijving 14 dagen van tevoren aangekondigd

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

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

9.1 Er zijn regels voor hoe u de premie betaalt

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

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

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

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 schuldhulpverlening, hoe u (verzekeringnemer) die hulp kunt krijgen en welke schuldhulpverlening 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:

- de verschuldigde premie;
- de vordering op grond van zorgkostennota's;
- de wettelijke rente;
- eventuele incassokosten;
- 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:

- de schulden die uit de basisverzekering voortvloeien, (zullen) zijn afgelost of teniet (zullen) gaan;
- de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, bedoeld in de Faillissementswet, op u (verzekeringnemer) van toepassing wordt;
- 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.

A.12 Wanneer gaat uw basisverzekering in?

12.1 De ingangsdatum staat op het polisblad

De basisverzekering gaat in op de ingangsdatum die op het polisblad staat. Deze ingangsdatum is de dag waarop wij van u (verzekeringnemer) uw verzoek om de basisverzekering af te sluiten, hebben ontvangen. Vanaf 1 januari daaropvolgend verlengen wij de basisverzekering ieder jaar stiltzwijgend. Dat doen wij steeds voor de duur van 1 kalenderjaar.

12.2 Al verzekerd? Dan kan de verzekering later ingaan

Is degene voor wie wij de basisverzekering afsluiten al op grond van een basisverzekering verzekerd op de dag waarop wij uw aanvraag ontvangen? En geeft u (verzekeringnemer) aan dat u de basisverzekering later in wilt laten gaan dan de dag die is genoemd in artikel [12.1](#) van deze algemene voorwaarden? Dan gaat de basisverzekering in op de latere dag die u (verzekeringnemer) aangeeft.

12.3 Afsluiten binnen 4 maanden nadat de verzekeringsplicht ontstaat

Gaat de basisverzekering in binnen 4 maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan? Dan houden wij als ingangsdatum aan de dag waarop de verzekeringsplicht is ontstaan.

12.4 Verzekering kan tot 1 maand gelden met terugwerkende kracht

Gaat de basisverzekering in binnen 1 maand nadat een andere basisverzekering met ingang van 1 januari is geëindigd? Dan werkt deze verzekering terug tot en met de dag na die waarop de eerdere basisverzekering is geëindigd. Hierbij kunnen wij afwijken van wat is bepaald in artikel 925, eerste lid, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek. De terugwerkende kracht van de basisverzekering geldt ook, als u uw vorige verzekering heeft opgezegd, omdat de voorwaarden verslechteren. Dit is bepaald in artikel 940, vierde lid, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

12.5 Uw basisverzekering wijzigen

Heeft u bij ons een basisverzekering afgesloten? Dan kunt u (verzekeringnemer) deze wijzigen per 1 januari van het volgende kalenderjaar. U ontvangt hiervan een schriftelijke bevestiging. Geef de wijziging dan uiterlijk 31 december aan ons door.

12.6 Afspraken over ingangsdatum bij collectiviteitskorting

De collectieve basisverzekering geldt ook voor uw gezin. Zijn er binnen de collectieve overeenkomst beperkende afspraken gemaakt over de leeftijd waarop uw kinderen gebruik kunnen maken van uw collectiviteitskorting? Dan informeren wij uw kinderen daar schriftelijk over.

A.13 Wanneer mag u uw basisverzekering beëindigen?

13.1 Uw basisverzekering herroepen

U (verzekeringnemer) kunt een nieuw gesloten basisverzekering herroepen. Dit betekent dat u (verzekeringnemer) de basisverzekering kunt beëindigen binnen 14 dagen nadat u uw polisblad heeft ontvangen. U kunt dit doen via Mijn Zilveren Kruis op onze website, per brief of telefonisch.

U (verzekeringnemer) hoeft hierbij geen redenen te geven. Wij gaan er dan van uit dat uw basisverzekering niet is ingegaan.

Herroept u (verzekeringnemer) uw basisverzekering bij ons? Dan ontvangt u (verzekeringnemer) de eventueel al betaalde premie terug. Als wij al zorgkosten aan u hebben vergoed, moet u (verzekeringnemer) deze kosten aan ons terugbetalen.