



# ANONIEM BINDEND ADVIES

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

Zaak : Premie, verzekeringsplicht, hoogte betalingsachterstand, beëindiging aanvullende  
ziektekostenverzekering

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, art. 6 Zvw, voorwaarden aanvullende  
ziektekostenverzekering 2020

Zaaknummer : 202100167

Zittingsdatum : 23 juni 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 28 februari 2021 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 mei 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 18 mei 2021 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 juni 2021 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend WENB-WWb\*\* en Aanvullend Tand\*\*\* (hierna samen te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Op 11 juni 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail aan verzoeker meegedeeld dat aan zijn verzekeringsplicht wordt getwijfeld. Verzoeker is om die reden verzocht binnen 4 weken zijn adres op de juiste wijze bij de gemeente te laten registreren, waarover de ziektekostenverzekeraar dan automatisch zou worden geïnformeerd. Uit de brief volgt verder dat de zorgverzekering wordt beëindigd met terugwerkende kracht tot 5 juni 2020 als niet aan het verzoek wordt voldaan.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft per e-mail twee betalingsherinneringen gestuurd aan verzoeker, waarin hem wordt gevraagd de premie voor de maanden juli 2020 en augustus 2020 alsnog te voldoen. Op 8 september 2020 stuurde de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een derde betalingsherinnering per brief. Hierin is vermeld dat dit de laatste betalingsherinnering is en dat de vordering wordt overgedragen aan een deurwaarder als de premie niet binnen 14 dagen alsnog wordt voldaan.
- 3.4. Op 3 december 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 januari 2021 wordt beëindigd, vanwege het niet (tijdig) voldoen van de premie voor de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

- 3.5. Op 4 februari 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail aan verzoeker meegedeeld dat het onderzoek naar zijn verzekeringsplicht is hervat, waarbij is toegelicht dat dit tijdelijk heeft stilgelegen in verband met de coronacrisis. Verder wordt verzoeker verzocht binnen 2 weken informatie aan te leveren waaruit blijkt dat hij met een adres staat ingeschreven bij de gemeente.
- 3.6. Op 5 februari 2021 heeft verzoeker aan de ziektekostenverzekeraar per e-mail een printscreen gestuurd van zijn inschrijving bij de gemeente met een briefadres. Tevens heeft hij kopieën van salarisstroken en een arbeidsovereenkomst overgelegd.
- 3.7. Op 19 februari 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar, in reactie op een klacht van verzoeker van 30 januari 2021, aan hem meegedeeld dat (i) de zorgverzekering in 2020 niet is beëindigd, (ii) verzoeker de premie voor de maanden juli 2020 en augustus 2020 nog moet voldoen en (iii) dat het afsluiten van een aanvullende ziektekostenverzekering mogelijk is tot uiterlijk 31 januari van het lopende jaar, mits verzoeker dan de betalingsachterstand heeft voldaan.

#### 4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissiegevraagd te beslissen dat:

- (i) hij geen betalingsachterstand heeft bij de ziektekostenverzekeraar;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering niet mocht beëindigen.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

#### 5. Bevoegdheid van de commissie

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

#### 6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), over het begin en einde van de zorgverzekering zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

#### **Zorgverzekering**

- 6.2. In artikel 6, eerste lid, onder d, Zvw is bepaald dat de zorgverzekering van rechtswege eindigt op het moment dat de verzekeringsplicht van een verzekerde eindigt. Uit artikel 6, vierde lid, Zvw volgt dat het een zorgverzekeraar vrij staat onderzoek te doen naar de verzekeringsplicht van zijn verzekerden. In dat verband kan hij een verzekerde vragen informatie aan te leveren, waaruit blijkt dat hij/zij verzekeringsplichtig is. Als hieruit naar voren komt dat de verzekeringsplicht is komen te vervallen, dan wordt de zorgverzekering beëindigd. Een zorgverzekeraar moet de verzekeringnemer hierover onverwijld informeren. Dit is geregeld in artikel 6, zesde lid, Zvw.
- 6.3. Uit de stukken in het dossier blijkt dat de ziektekostenverzekeraar op 11 juni 2020 per e-mail aan verzoeker heeft meegedeeld dat hij een onderzoek is gestart naar zijn verzekeringsplicht. Dit naar aanleiding van een melding van de gemeente. In dit verband is verzoeker in de gelegenheid gesteld binnen 4 weken informatie aan te leveren om aan te tonen dat hij nog steeds verzekeringsplichtig was.

Verder is aan hem meegedeeld dat een gebrek aan medewerking ertoe kon leiden dat de zorgverzekering met terugwerkende kracht tot 5 juni 2020 zou worden beëindigd. Verzoeker heeft niet op dit bericht gereageerd.

6.4. De ziektekostenverzekeraar is hierop echter niet overgegaan tot het beëindigen van de zorgverzekering. Als de ziektekostenverzekeraar dit wel had gedaan, dan had hij verzoeker hierover moeten informeren, overeenkomstig artikel 6, zesde lid, Zvw. Omdat de ziektekostenverzekeraar verzoeker evenmin heeft geïnformeerd dat de zorgverzekering niet zou worden beëindigd, verbindt verzoeker hieraan de conclusie dat hij er - op basis van de inhoud van het e-mailbericht van 11 juni 2020 - redelijkerwijs van mocht uitgaan dat de zorgverzekering per 5 juni 2020 was beëindigd. Om die reden zou hij niet langer premie zijn verschuldigd.


De commissie kan verzoeker hierin niet volgen. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker immers betalingsherinneringen gestuurd om de premie voor de maanden juli 2020 en augustus 2020 te voldoen. Reeds hieruit kon verzoeker opmaken dat de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering niet waren beëindigd en dat hij hiervoor nog premie was verschuldigd. Dit laatste is hem overigens ook in een telefoongesprek op 15 september 2020 door de ziektekostenverzekeraar meegedeeld, zodat in ieder geval vanaf dat moment iedere onduidelijkheid hierover is weggenomen. Verder neemt de commissie in overweging dat de ziektekostenverzekeraar in zijn e-mail van 4 februari 2021 aan verzoeker heeft meegedeeld dat het onderzoek naar zijn verzekeringsplicht nog niet kon worden afgerond in verband met de coronacrisis. In reactie hierop heeft verzoeker alsnog stukken aangeleverd, waaruit blijkt dat hij al die tijd verzekeringsplichtig was. Blijkbaar bestond over deze verzekeringsplicht geen twijfel bij verzoeker, althans dat heeft hij niet aannemelijk gemaakt.

6.5. Verzoeker heeft de verschuldigde premie voor de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering voor de maanden juli 2020 en augustus 2020 niet (tijdig) voldaan. Dit heeft tot gevolg gehad dat de ziektekostenverzekeraar de vorderingen heeft overgedragen aan een incassobureau en dat incassokosten in rekening zijn gebracht. Hierover is verzoeker door het incassobureau per brief geïnformeerd op 28 oktober 2020 en 18 november 2020. De commissie overweegt dat het de ziektekostenverzekeraar vrij stond de vorderingen over te dragen aan het incassobureau en dat de incassokosten terecht in rekening zijn gebracht. De ziektekostenverzekeraar heeft daarmee namelijk gehandeld overeenkomstig artikel A.9.4 van algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. In dit artikel zijn de gevolgen beschreven van het niet tijdig betalen van premie, waaronder het in rekening brengen van incassokosten en rente.


6.6. Uit het financieel overzicht van de ziektekostenverzekeraar van 14 mei 2021 volgt dat verzoeker - naast de premie voor de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering voor de maanden juli en augustus 2020 - de premie voor de zorgverzekering voor de maanden februari 2021 tot en met mei 2021 evenmin heeft voldaan. Hierdoor is de totale premieachterstand inmiddels opgelopen tot € 859,69, exclusief invorderingskosten en rente. Verzoeker dient zowel de premie als de kosten en de rente te voldoen.

#### **Aanvullende ziektekostenverzekering**

6.7. De ziektekostenverzekeraar heeft besloten de aanvullende ziektekostenverzekering te beëindigen met ingang van 1 januari 2021. Hierover is verzoeker geïnformeerd per brief van 3 december 2020. De ziektekostenverzekeraar heeft hiermee gehandeld overeenkomstig artikel C.8. van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Uit dit artikel volgt dat de aanvullende ziektekostenverzekering wordt beëindigd als de verschuldigde bedragen niet worden voldaan binnen de betalingstermijn die in de tweede schriftelijke aanmaning is gesteld. De laatste aanmaning is op 8 september 2020 aan verzoeker gestuurd en hij had vervolgens 14 dagen de tijd om te betalen. Dit heeft hij niet gedaan. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering mocht beëindigen.




6.8. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar besloten de aanvullende ziektekostenverzekering niet opnieuw af te sluiten lopende het jaar 2020 of met ingang van 1 januari 2021. Hiertoe was de ziektekostenverzekeraar ook niet verplicht. De aanvullende ziektekostenverzekering gaat - ook na het beëindigen hiervan lopende het jaar - pas in met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar. Dit is vermeld in artikel C.6.1. van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Verder is het niet mogelijk de aanvullende ziektekostenverzekering af te sluiten als er sprake is van een premieachterstand. Dit is opgenomen in artikel C.4.2. van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Aangezien er sprake is van een premieachterstand, was de ziektekostenverzekeraar niet verplicht de aanvullende ziektekostenverzekering (opnieuw) af te sluiten met ingang van 1 januari 2021.




6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.




7. Bindend advies



7.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 1 juli 2021



G.R.J. de Groot

# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

### 7.9 Vrijwillig gekozen eigen risico bij een diagnose-behandelcombinatie

Wordt een behandeling gedeclareerd in de vorm van een diagnose-behandelcombinatie (DBC)? 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 leest u in artikel A.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 betaalsovereenkomst 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 A.12.5.

## A.8 Wat betaalt u?

### 8.1 Wij stellen uw premie vast

**8.1.1** 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.

**8.1.2** 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.

**8.1.3** 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 A.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:

- a dat u (verzekeringnemer) ons machtigt om automatisch nieuwe maandpremies bij u (verzekeringnemer) of derden te incasseren;
- b dat u (verzekeringnemer) met ons afspraken maakt om uw betalingsachterstand en schulden uit de zorgverzekering aan ons in termijnen terug te betalen;
- c 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:

- a de verzekerde voor zichzelf een andere basisverzekering heeft afgesloten op de datum dat de betalingsregeling gaat gelden; én
- b 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 A.10.2 van deze algemene voorwaarden van toepassing is, sturen wij de verzekerde(n) kopieën van de stukken zoals genoemd in artikel A.10.1, A.10.2 en A.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 A.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 A.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 schuldhulpverlener 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.





Er is geen dekking uit hoofde van deze aanvullende verzekeringen indien en voor zover de geneeskundige kosten worden gedekt vanuit enige wet of andere voorziening of door een andere verzekering (waaronder een reisverzekering), al dan niet van oudere datum, of daaronder gedekt zouden zijn indien deze aanvullende verzekeringen niet zou hebben bestaan.

#### 2.4 Kosten die voortvloeien uit terrorisme

Is er sprake van kosten als gevolg van terrorisme? Dan vergoeden wij vanuit de aanvullende verzekeringen maximaal de uitkering zoals omschreven in het clauseblad terrorismedekking van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V.. Dit clauseblad en het bijbehorende Protocol afwikkeling claims maken deel uit van deze polis. U kunt het protocol vinden op [www.terrorisneverzekeerd.nl](http://www.terrorisneverzekeerd.nl). Het clauseblad kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

#### 2.5 Vergoedingsvolgorde bij meerdere verzekeringen

Heeft u meerdere verzekeringen bij ons afgesloten? Dan vergoeden wij de nota's die u bij ons indient achtereenvolgens vanuit:

- de basisverzekering;
- de aanvullende tandartsverzekering;
- de aanvullende verzekering;
- Extra Vitaal.

### C.3 Is er een verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico?

Uw verplicht eigen risico en uw eventuele vrijwillig gekozen eigen risico zijn alleen van toepassing op de basisverzekering. Voor de aanvullende verzekeringen geldt dus geen eigen risico voor de vergoedingen.

### C.4 Wat betaalt u?

#### 4.1 Hoogte van uw premie

Hoeveel premie u betaalt, hangt af van uw leeftijd. Stijgt uw premie doordat u een leeftijdsgrens overschrijdt? Dan wijzigt de premie per 1 januari van het volgende jaar waarin u die leeftijd bereikt.

Heeft één van de ouders bij ons een basisverzekering en aanvullende verzekering afgesloten? Dan is de persoon jonger dan 18 jaar die is meeverzekerd, geen premie verschuldigd voor de aanvullende verzekering. Wordt deze persoon 18 jaar? Dan bent u (verzekeringnemer) premie verschuldigd per de eerste van de maand die volgt op de kalendermaand waarin deze persoon 18 jaar wordt.

#### 4.2 Als u de premie niet op tijd betaalt

Betaalt u (verzekeringnemer) uw premie niet op tijd? Dan gebeurt in aanvulling op artikel A.9 en A.10 het volgende. Wij beëindigen uw aanvullende verzekering(en), als u (verzekeringnemer) uw premie niet betaalt binnen de gestelde betalingstermijn in onze tweede schriftelijke aanmaning. Uw recht op vergoeding vervalt dan automatisch met ingang van de eerste dag van de maand nadat de genoemde betalingstermijn is verstreken. De betalingsplicht blijft bestaan.

Is uw premieachterstand voldaan? Dan kunt u per 1 januari van het volgende jaar opnieuw een aanvullende verzekering afsluiten. Hier kan wel een medische beoordeling aan voorafgaan.

### C.5 Wat als uw premie en/of voorwaarden wijzigen?

#### 5.1 Wij kunnen uw premie en/of voorwaarden wijzigen

Wij hebben het recht de voorwaarden en/of de premie van de bij ons lopende aanvullende verzekeringen en bloc of groepsgewijs te wijzigen. Een dergelijke wijziging voeren wij door op een datum die wij vaststellen. Deze wijzigingen gelden voor uw verzekering(en), ook als u al verzekerd was.

#### 5.2 Als u niet akkoord gaat met de wijzigingen

Gaat u niet akkoord met de hogere premie of de beperking van de voorwaarden? Dan kunt u dit binnen 30 dagen nadat wij de wijziging bekend hebben gemaakt per brief, e-mail, telefonisch of via Mijn Zilveren Kruis op onze website aan ons doorgeven. Wij beëindigen uw verzekering dan op de dag waarop de premie en/of voorwaarden wijzigen.

#### 5.3 Soms is opzeggen na wijzigingen niet mogelijk

In een aantal gevallen kunt u niet tussentijds opzeggen, als wij de premie en/of voorwaarden aanpassen. Namelijk als:

- de premieverhoging en/of de beperkingen van de voorwaarden en/of vergoedingen het gevolg zijn van wettelijke regelingen;
- uw premie stijgt, doordat u een leeftijdsgrens overschrijdt.

In deze gevallen geldt voor beëindigen de procedure zoals omschreven in artikel C.7 van deze algemene voorwaarden.

### C.6 Wanneer gaat uw aanvullende verzekering in? En hoe wijzigt u deze?

#### 6.1 Uw aanvullende verzekering gaat in op 1 januari

U (verzekeringnemer) kunt een al bij ons lopende basisverzekering uitbreiden met een aanvullende verzekering. Dit kan tot en met 31 januari van het lopende kalenderjaar. U sluit deze aanvullende verzekering dan, met terugwerkende kracht, af per 1 januari. Wij moeten hier schriftelijk mee akkoord gaan. Wanneer het een aanvullende tandartsverzekering betreft, kan hier een medische beoordeling aan voorafgaan. Daarnaast kan voor de vergoeding van kosten van orthodontie een wachttijd gelden van 1 jaar.

#### 6.2 Uw aanvullende verzekering wijzigen

Wilt u (verzekeringnemer) een al bij ons lopende aanvullende verzekering wijzigen? Dan kan dat tot en met 31 januari van het lopende kalenderjaar. Wij wijzigen uw verzekering dan, met terugwerkende kracht, per 1 januari. Wij moeten hier schriftelijk mee akkoord gaan. Hier kan een medische beoordeling aan voorafgaan.

Heeft u (verzekeringnemer) een lopende aanvullende verzekering gewijzigd? Dan tellen de door u ontvangen vergoedingen mee voor uw nieuwe aanvullende verzekering. Dit geldt voor zowel de termijnen van de zorgaanspraken als het bepalen van de (maximum) vergoeding. Daarnaast kan voor de vergoeding van kosten van orthodontie een wachttijd gelden van 1 jaar.

Heeft u eerder dan in dit kalenderjaar een uitneembare volledige gebitsprothese laten plaatsen? En heeft u het lopende kalenderjaar nog geen kosten gedeclareerd op de aanvullende tandartsverzekering? Dan heeft u het recht om uw aanvullende tandartsverzekering te wijzigen of te beëindigen. Dan gaat de wijziging in op de eerste dag van de maand die volgt op de kalendermaand waarin wij het verzoek tot wijziging/beëindiging hebben ontvangen.



### C.7 Hoe beëindigt u uw aanvullende verzekering?

U (verzekeringnemer) kunt op de volgende manieren uw aanvullende verzekering beëindigen:

a Per brief, e-mail, telefonisch of via Mijn Zilveren Kruis op onze website. Deze opzegging moet uiterlijk 31 december bij ons binnen zijn.

De aanvullende verzekering eindigt dan op 1 januari van het volgende jaar. Heeft u opgezegd? Dan is deze opzegging onherroepelijk.

b Door gebruik te maken van de opzegservice van de nieuwe zorgverzekeraar. Sluit u (verzekeringnemer) uiterlijk 31 december van het lopende kalenderjaar een aanvullende verzekering af voor het daaropvolgende kalenderjaar? Dan zegt de nieuwe zorgverzekeraar namens u (verzekeringnemer) bij ons de aanvullende verzekering op. Als u (verzekeringnemer) niet van deze service gebruik wilt maken, moet u (verzekeringnemer) dat aangeven op het aanvraagformulier van uw nieuwe zorgverzekeraar.

### C.8 Wanneer beëindigen wij uw aanvullende verzekering?

Wij beëindigen uw aanvullende verzekering op een door ons te bepalen tijdstip. Dit is zowel de aanvullende verzekering van uzelf als die van de verzekerden die op uw aanvullende verzekering zijn meeverzekerd. Dit doen wij als u (verzekeringnemer) de verschuldigde bedragen niet heeft betaald binnen de betalingstermijn die wij hiervoor in onze tweede schriftelijke aanmaning hebben gesteld.

Wij beëindigen uw aanvullende verzekering op een door ons te bepalen tijdstip als wij vanwege voor ons van belang zijnde redenen besluiten de aanvullende verzekering niet langer te voeren.

Daarnaast beëindigen wij uw aanvullende verzekering met onmiddellijke ingang in de volgende gevallen:

a als u niet op tijd voldoet aan een verzoek om inlichtingen (eventueel schriftelijk), terwijl die inlichtingen nodig zijn om de aanvullende verzekering goed uit te voeren;

b als achteraf blijkt dat u het aanvraagformulier onjuist of onvolledig heeft ingevuld. Of als blijkt dat u omstandigheden heeft verzwegen die voor ons van belang zijn;

c als u fraude pleegt en dit is aangetoond. Wat wij onder fraude verstaan, staat in artikel A.20.

**Let op!** Op het moment dat uw deelname aan een collectiviteit wordt beëindigd, vervallen, naast de collectiviteitskorting, ook de overige voordelen. Dit zijn bijvoorbeeld extra vergoedingen die uit de collectiviteit voortkomen.

### C.9 Hoe gaan wij om met materiële controle?

Wij onderzoeken de rechtmatigheid en doelmatigheid van ingediende declaraties. Bij rechtmatigheid controleren wij of de zorgverlener de prestatie ook daadwerkelijk heeft geleverd. Bij doelmatigheid controleren wij of de geleverde prestatie de meest aangewezen prestatie is gezien uw gezondheidstoestand. In dit onderzoek houden wij ons aan dat wat hierover voor de basisverzekering is bepaald bij of krachtens de Zorgverzekeringswet.

### C.10 Begripsbepalingen

In onderstaande lijst vindt u een uitleg van specifieke begrippen die in deze voorwaarden voor de aanvullende verzekeringen staan. Wat verstaan wij onder de volgende begrippen?

#### **Aanvullende verzekering**

De aanvullende verzekeringen die u heeft afgesloten als aanvulling op uw basisverzekering. Dit zijn:

- de aanvullende tandartsverzekering;
- de aanvullende verzekering;
- Extra Vitaal.

#### **Ongeval**

Een plotselinge inwerking van geweld op het lichaam van de verzekerde, van buitenaf en buiten diens wil, waardoor medisch aantoonbaar lichamelijke letsel is veroorzaakt.

#### **Wij/ons**

Achmea Zorgverzekeringen N.V.

#### **Zorgverzekeraar**

Achmea Zorgverzekeringen N.V. is de zorgverzekeraar voor uw aanvullende verzekeringen. Die voert de aanvullende verzekeringen dus voor u uit.

Achmea Zorgverzekeringen N.V. is geregistreerd bij de Kamer van Koophandel (KvK) onder nummer 28080300 en bij de AFM onder nummer 12000647.



---

## Zorgverzekeringswet

---

### Artikel 6

1. De zorgverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag volgende op de dag waarop:
  - a. de verzekeraar ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden;
  - b. de verzekerde ten gevolge van wijziging van het werkgebied buiten het werkgebied van de zorgverzekeraar komt te wonen;
  - c. de verzekerde overlijdt;
  - d. de verzekeringsplicht van de verzekerde eindigt.
2. De zorgverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de eerste dag van de tweede maand volgende op de dag waarop de verzekerde, zonder dat zijn verzekeringsplicht eindigt, ten gevolge van verhuizing komt te wonen buiten een provincie waarin zijn zorgverzekeraar de ten behoeve van hem gesloten variant van de zorgverzekering aanbiedt of uitvoert.
3. De zorgverzekeraar stelt de verzekeringnemer uiterlijk twee maanden voordat een zorgverzekering op grond van het eerste lid, onderdeel a of b, eindigt, van dit einde op de hoogte, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt.
4. De verzekeringnemer stelt de zorgverzekeraar uit eigen beweging of op diens verzoek onverwijld op de hoogte van alle feiten en omstandigheden over de verzekerde die op grond van het eerste lid, onderdeel c of d, dan wel het tweede lid tot het einde van de zorgverzekering hebben geleid of kunnen leiden.
5. De Sociale verzekeringsbank gaat op basis van vergelijking van bij ministeriële regeling aan te wijzen bestanden na voor welke personen in weerwil van het ontbreken van hun verzekeringsplicht een zorgverzekering wordt uitgevoerd en informeert hun zorgverzekeraar daarover.
6. Indien de zorgverzekeraar op grond van de in het vierde of vijfde lid bedoelde gegevens tot de conclusie komt dat de zorgverzekering zal eindigen of geëindigd is, deelt hij dit, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt of geëindigd is, onverwijld aan de verzekeringnemer mede.
7. Bij ministeriële regeling kunnen nadere regels worden gesteld over de feiten en omstandigheden, bedoeld in het vierde lid, over de wijze waarop de zorgverzekeraar van die feiten en omstandigheden kennisneemt alsmede over de wijze waarop de zorgverzekeraar tot de conclusie, bedoeld in het zesde lid komt.