

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. L. Ritzema en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202401262

### Partijen

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

en

IZA Ziektekostenverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

### 1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij brief van 21 december 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 6 januari 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 18 februari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar meegedeeld verzoeker een bedrag van € 491,52 te willen vergoeden. Deze brief is op 19 februari 2025 aan verzoeker gezonden, met de vraag of hiermee het geschil is opgelost. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 9 maart 2025 verklaard dat het geschil niet is opgelost, waarop de procedure is voortgezet.
- 1.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 13 april 2025 respectievelijk 22 april 2025 verklaard niet te willen worden gehoord.

### 2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker is vanaf 1 januari 2014 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd geweest op grond van verschillende verzekeringen tegen ziektekosten als bedoeld in de Zorgverzekeringswet. In 2024 was hij verzekerd op basis van de verzekering IZA Eigen Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen IZA Extra Zorg 3 en IZA Extra Tand 3 (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 2.2. Verzoeker kwam er in 2022 achter dat hij sinds 30 juli 2014 geen collectiviteitskorting meer ontving, terwijl hij die in de jaren daarvoor wel had ontvangen. Met ingang van 2023 ontvangt verzoeker deze korting weer. Hij heeft van de ziektekostenverzekeraar het verschil gevorderd tussen de premie die hij sinds 30 juli 2014 heeft betaald en de premie die hij had moeten betalen onder aftrek van de collectiviteitskorting. De ziektekostenverzekeraar heeft op enig moment telefonisch aan verzoeker meegedeeld dat hij ter compensatie een half jaar restitutie zou

ontvangen van de teveel betaalde premie. Verzoeker maakt echter aanspraak op het gehele bedrag. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch meegedeeld dit verzoek af te wijzen.

- 2.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 15 maart 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

### 3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden hem met terugwerkende kracht tot 30 juli 2014 de helft van het bedrag terug te betalen dat vanwege de niet toegepaste collectiviteitskorting ten onrechte is geïnd.
- 3.2. Verzoeker heeft hiertoe in het klachtenformulier van 29 juni 2024 aangevoerd dat hij werkzaam is voor de Schouwborg, die valt onder de gemeente. In 2014 vond een overgang plaats, waardoor de betaling van de premie niet langer door de gemeente gebeurde, maar door de werknemer zelf. De gemeente heeft meegedeeld dat zij de gegevens van alle medewerkers correct heeft overgedragen aan de ziektekostenverzekeraar. Het premiebedrag dat de gemeente tot 2014 direct van het loon aftrok, was vermeld op de loonstrook. Vanaf 2014 ontving verzoeker een 'eigen' polis, die hem in orde leek. In de brief bij de polis stond dat er iets was gewijzigd, maar niet dat hij voortaan geen collectiviteitskorting meer zou ontvangen. Uit navraag is gebleken dat de wijziging bij alle andere medewerkers wel goed is verlopen. Verzoeker heeft de polisbladen elk jaar nagekeken, en door de jaren heen staat er soms op de polis wel het woord 'collectiviteit', en soms niet. Verzoeker interpreteerde dit zo dat het contract doorliep, omdat hij bij dezelfde werkgever in dienst bleef, die een contract heeft met de ziektekostenverzekeraar. Achteraf bleek hem dat de ziektekostenverzekeraar al die jaren een verkeerd collectiviteitsnummer hanteerde. Op de polisbladen staat namelijk "collectiviteit: IZA individueel / 42319" in plaats van "Gemeente (...) collectiviteit nummer 43739". Waarom het woord "collectiviteit" wel staat vermeld op het polisblad 2021 is verzoeker een raadsel. Hij vindt dit verwarrend zo niet misleidend.
- 3.3. Bij het nalopen van de aangeboden polis voor 2023 keek verzoeker op de website van de ziektekostenverzekeraar naar de voorwaarden en vergoedingen. Hij zag op de website advertenties met collectieve kortingen. Er stond ook een zoekfunctie waarmee kan worden nagekeken welke werkgevers daar onder vallen. Verzoeker vergeleek het nummer dat stond bij de gemeente waar hij werkzaam is met het nummer van het polisblad 2021. Dit bleek een ander nummer te zijn. Vervolgens wijzigde verzoeker het nummer via "Mijn IZA". Op 22 november 2022 kreeg hij een nieuw polisblad voor het jaar 2023, waarop kortingsbedragen waren vermeld. De premie bleek € 74,67 per maand lager dan voorheen. Verzoeker is van mening dat de fout bij de ziektekostenverzekeraar ligt. Hij is niet tevreden met de wijze waarop zijn klacht door de ziektekostenverzekeraar is afgehandeld, en vindt het aanbod van compensatie van een half jaar collectiviteitskorting te laag. Hij is niet bekend met de hoogte van het totaalbedrag dat hij onterecht heeft betaald, omdat de ziektekostenverzekeraar hierin geen inzage wil geven. Hij schat dit bedrag tussen de € 5.000.-- en € 7.000.--.
- 3.4. In zijn brief aan de commissie van 21 december 2024 heeft verzoeker aanvullend verklaard dat de ziektekostenverzekeraar geen stukken kan overleggen waaruit blijkt hoe de verzekering "collectiviteit: IZA individueel/42319" tot stand is gekomen. De terminologie die op het polisblad wordt gebruikt vindt verzoeker verwarrend. Hij kon niet weten dat bij zijn polis in 2014 een fout is gemaakt. Vanaf die datum is geen collectiviteitskorting meer toegepast op de premie, wat hij overigens niet kon zien aan de bedragen, omdat de betaling van de premie tot de overgang direct via de gemeente liep. Gezien de onduidelijkheden stelt verzoeker voor de gemiste collectiviteitskorting te delen tussen hem en de ziektekostenverzekeraar.

- 3.5. Bij e-mailbericht van 7 maart 2025 heeft verzoeker desgevraagd verklaard dat het geschil niet is opgelost met de betaling, door de ziektekostenverzekeraar, van € 491,51. De ziektekostenverzekeraar blijft bij zijn standpunt dat de oorzaak van het probleem volledig bij verzoeker ligt, en daarmee is hij het niet eens.

#### 4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker geen aanspraak heeft op restitutie van het bedrag dat hij teveel heeft betaald doordat geen collectiviteitskorting is toegepast in de jaren 2014 tot en met 2022. Hij heeft hiertoe in de heroverweging van 15 maart 2024 aangevoerd dat de werkgever van verzoeker in 2014 iets heeft gewijzigd. Het was aan verzoeker te controleren of die wijziging correct werd verwerkt. Aan verzoeker is op 30 juli 2014 een nieuwe polis gestuurd, met daarbij de mededeling dat de collectiviteit en betaalgegevens waren aangepast. Vanaf dat moment ontving verzoeker geen collectiviteitskorting meer. Het premiebedrag werd hierdoor hoger dan in de maanden daarvoor. Daarna is aan verzoeker ieder jaar een nieuw polisblad gestuurd, waarop ook geen collectiviteitskorting is vermeld. Om verzoeker tegemoet te komen, heeft de ziektekostenverzekeraar aangeboden het verschil tussen de premie met en zonder collectiviteitskorting over een periode van zes maanden te vergoeden. Het gaat hierbij voor 2022 om een bedrag van € 40,96 per maand, zodat de vergoeding totaal € 245,76 bedraagt. Dit aanbod is door verzoeker niet geaccepteerd.
- 4.2. In zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 21 augustus 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat verzoeker van 2009 tot en met 30 juli 2014 was verzekerd via zijn werkgever. In die jaren is altijd het juiste collectief gebruikt en de juiste korting toegepast. In juli 2014 is er telefonisch contact opgenomen door (of namens) verzoeker. Op diens verzoek is een wijziging doorgevoerd naar "IZA Individueel/42319". Hierbij bestaat geen aanspraak op een korting. In zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 4 september 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard dat de enige documentatie die hij heeft over de wijziging van de polis bestaat uit het daadwerkelijk wijzigen hiervan door een medewerker. Daarnaast ziet de ziektekostenverzekeraar op die dag een wijziging van de bankgegevens. Dit maakt het voor hem aannemelijk dat verzoeker zelf telefonisch contact heeft opgenomen. De ziektekostenverzekeraar heeft geen documentatie meer van de polisbladen van vóór 2014. Vanwege de transparantie zijn op het polisblad altijd kolommen met "korting", "korting vrijwillig eigen risico" en/of "overige korting" opgenomen. Deze kolommen zijn bij verzoeker niet gevuld. Het is vervelend dat de benaming "collectiviteit" op het polisblad 2021 een andere suggestie heeft gewekt bij verzoeker. De ziektekostenverzekeraar neemt dit punt mee ter verdere verbetering van zijn dienstverlening.
- 4.3. In zijn brief aan de commissie van 18 februari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat met ingang van 1 augustus 2014 een wijziging heeft plaatsgevonden in de betaling van de zorgpremie van verzoeker, waarbij ook zijn collectiviteit is aangepast. In de brief, gedateerd op 1 augustus 2014, heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker hierover geïnformeerd. In deze brief staat vermeld dat zowel zijn collectiviteit als zijn betaalgegevens zijn aangepast. Tevens heeft de ziektekostenverzekeraar zijn nieuwe polis toegezonden. Op het polisblad staat hoe verzoeker verzekerd is en welke premie hij dient te betalen. Ook eventuele premiekortingen worden hier vermeld. Conform artikel 3.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering zijn de premiegrondslag en de premiekortingen terug te vinden op het polisblad. Echter, op het polisblad van verzoeker is geen korting vermeld, enkel de premiegrondslag. Op basis van deze informatie had verzoeker kunnen zien dat er bij hem geen collectiviteitskorting wordt toegepast. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker sindsdien jaarlijks een nieuw polisblad toegestuurd. Het is aan verzoeker om de juistheid van de gegevens op het polisblad te controleren. Uit eerdere

bindende adviezen van de commissie, te weten 20 juni 2018, SKGZ201800103 en 5 januari 2023, SKGZ202200120, volgt dat het bestaan van collectieve contracten - en de hieraan verbonden voordelen, met name in de vorm van premiekorting - algemeen bekend is. Het is de verantwoordelijkheid van de verzekerde om bij het aangaan van de verzekeringsovereenkomst, alsmede aan het einde van elk kalenderjaar, te beoordelen of de premie en dekking nog steeds aansluiten bij de verzekeringsbehoefte. Dit geldt ook voor de keuze voor deelname aan een bepaalde collectiviteit. Indien een verzekerde dit nalaat, kan hij de zorgverzekeraar hiervoor geen verwijt maken. Uit deze bindende adviezen volgt tevens dat van een zorgverzekeraar niet in redelijkheid kan worden verwacht dat hij zijn verzekerden jaarlijks individueel benadert om te verifiëren of zij nog steeds op de juiste wijze zijn verzekerd en of zij mogelijk kunnen deelnemen aan een collectiviteit. Wanneer een verzekerde van mening is dat de zorgverzekeraar bepaalde zaken administratief niet correct heeft verwerkt, ligt het op de weg van de verzekerde om hiervan melding te maken op basis van de jaarlijks toegezonden polisbladen.

- 4.4. Verzoeker is er gemakshalve van uitgegaan dat de collectiviteitskorting automatisch werd toegepast zonder te verifiëren of deze aanname juist was. Pas in november 2022, bij het controleren van de polis voor 2023, viel het verzoeker op dat er sinds 2014 geen collectieve korting was toegepast. Aangezien verzoeker heeft nagelaten om dit eerder te onderzoeken, kan hij de ziektekostenverzekeraar hiervan geen verwijt maken. Op het polisblad uit 2014, en de polisbladen uit de jaren daaropvolgend, wordt namelijk geen melding gemaakt van een toegepaste collectiviteitskorting of enige andere korting. Tevens wil de ziektekostenverzekeraar het standpunt van verzoeker weerleggen dat sprake zou zijn van een administratieve fout bij de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker is niet in staat geweest schriftelijk bewijs te overleggen waaruit blijkt dat de overdracht van gegevens in 2014 correct is verlopen. Het is aan verzoeker om dergelijke beweringen met concrete feiten en bewijsstukken te onderbouwen, hetgeen in dit geval niet is gebeurd. Op basis van bovenstaande overwegingen handhaaft de ziektekostenverzekeraar het standpunt niet te zijn gehouden het verschil in premie met terugwerkende kracht, vanaf 1 augustus 2014, te vergoeden.
- 4.5. Desalniettemin is de ziektekostenverzekeraar bereid verzoeker in deze kwestie tegemoet te komen. Eerder heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker een voorstel gedaan om het verschil in premie met en zonder collectiviteitskorting voor een periode van zes maanden te vergoeden. Verzoeker kon zich niet in dit voorstel vinden. Met het oog op een pragmatische oplossing doet de ziektekostenverzekeraar nu een laatste en definitief aanbod om verzoeker tegemoet te komen met een vergoeding voor een periode van twaalf maanden. In het kalenderjaar 2022 bedraagt het verschil € 40,96 per maand. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een totaalbedrag van € 491,52 wil uitkeren. Dit betreft een eenmalig en onverplicht aanbod teneinde het geschil op te lossen en geschiedt onder voorbehoud van alle rechten en wettelijke bepalingen. De ziektekostenverzekeraar hoopt dat verzoeker akkoord kan gaan met dit voorstel. Mocht dit niet het geval zijn, dan vervalt het aanbod.

## 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 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 7 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

## 6. Beoordeling

- 6.1. De relevante artikelen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Burgerlijk Wetboek (BW) alsmede de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 6.2. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden hem met terugwerkende kracht tot 30 juli 2014 de helft van het bedrag terug te betalen dat vanwege de niet toegepaste collectiviteitskorting ten onrechte is geïnd. Met ingang van 2023 is bedoelde korting weer toegepast. Inmiddels is de korting vanwege deelname aan een collectiviteit door de wetgever echter afgeschaft.
- De commissie merkt in de eerste plaats op dat een rechtsvordering normaliter verjaart, in een situatie als de onderhavige na verloop van vijf jaren. Gelet op artikel 3:332 BW mag het middel van verjaring niet ambtshalve worden toegepast. De commissie stelt vast dat door de ziektekostenverzekeraar geen beroep op verjaring is gedaan. Kennelijk is de wijziging met ingang van 1 augustus 2014 geëffectueerd, zodat de navolgende beoordeling de periode van 1 augustus 2014 tot 1 januari 2023 betreft.
- 6.3. In artikel 17, zesde lid, Zvw is bepaald dat de zorgverzekeraar de wijze waarop de verschuldigde premie van de grondslag van de premie wordt afgeleid in de modelovereenkomst weergeeft, en de wijze waarop de door de verzekeringnemer verschuldigde premie van de grondslag van de premie is afgeleid in de zorgpolis opneemt. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband verwezen naar de kolommen die op het polisblad staan. Bij "Korting vrijwillig eigen risico" en "Overige korting" is niets vermeld.
- De commissie stelt vast dat verzoeker vóór 1 augustus 2014 werkzaam was bij de Schouwburg en dat toen sprake was van een verzekering waarop een collectiviteitskorting van toepassing was. Uit de stellingen van partijen valt op te maken dat met ingang van genoemde datum alleen de wijze van incasso is veranderd, in die zin dat de premiebetaling niet meer via de gemeente liep, maar voortaan rechtstreeks door de verzekeringnemer diende plaats te vinden. Zou dit anders zijn geweest, dan had de ziektekostenverzekeraar zijn verzekeringnemers over de tussentijdse wijziging van de premie op de hoogte moeten stellen, met de daaraan verbonden opzeggemogelijkheid, en had het op zijn weg gelegen hiervan in de onderhavige procedure documentatie over te leggen, hetgeen niet is gebeurd. Door verzoeker is in dit kader onweersproken gesteld dat zijn collega's bij de overgang wél collectief verzekerd zijn gebleven, dus inclusief de hieraan verbonden korting. Dat, zoals de ziektekostenverzekeraar heeft gesteld, verzoeker zelf het initiatief tot de wijziging heeft genomen – hetgeen de commissie zo begrijpt dat verzoeker met ingang van 1 augustus 2014 heeft gekozen voor een individuele verzekering zonder collectiviteitskorting – is onwaarschijnlijk. Niet alleen zou dit voor hem financieel nadeliger zijn, maar daarnaast valt niet in te zien waarom de ziektekostenverzekeraar met een dergelijke wijziging van de overeenkomst lopende het kalenderjaar zou instemmen. Dat het bankrekeningnummer destijds is gewijzigd is in die zin voor de hand liggend, nu – zoals hiervoor is overwogen – de achtergrond van de wijziging juist was dat de verzekeringnemer de premie voortaan zelf zou moeten betalen. Aan dit alles kan nog worden toegevoegd dat de vermelding "VNG" (2014) en "collectiviteit" (2021) niet aan duidelijkheid hebben bijgedragen. Het verwijt aan verzoeker dat hij de afgegeven polisbladen beter had moeten controleren treft onder deze omstandigheden geen doel.
- De commissie concludeert dat aannemelijk is dat de ziektekostenverzekeraar, bij de wijziging van de wijze van incasso met ingang van 1 augustus 2014, de deelname van verzoeker aan de collectieve verzekeringsovereenkomst van de gemeente met de hieraan verbonden korting, ten onrechte heeft beëindigd en hiervoor in de plaats een individuele verzekering zonder collectiviteitskorting heeft geadministreerd.

- 6.4. Gedurende de periode van 1 augustus 2014 tot 1 januari 2023 heeft verzoeker te goeder trouw de hogere premie voor zijn individuele verzekering betaald. De commissie stelt vast dat, met betrekking tot dit tijdvak, voor de betaling van het verschil tussen die premie en de premie in het kader van de collectieve verzekering van de gemeente een rechtsgrond ontbreekt. Aldus is sprake van onverschuldigde betaling in de zin van artikel 6:203 BW en komt verzoeker het recht toe het teveel betaalde terug te vorderen. Verzoeker heeft nadrukkelijk in zijn verzoek aan de commissie als oplossing voorgesteld de gemiste collectiviteitskorting bij helfte te delen tussen hem en de ziektekostenverzekeraar. Dit verzoek dient te worden toegewezen. Tevens ziet de commissie aanleiding te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het betaalde entreegeld van € 37,- aan verzoeker moet vergoeden.

*Slotsom*

- 6.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

## **7. Bindend advies**

- 7.1. De commissie beslist dat:

- de ziektekostenverzekeraar met betrekking tot de periode van 1 augustus 2014 tot 1 januari 2023 aan verzoeker moet vergoeden de helft van het verschil tussen de door hem betaalde individuele premie en de premie die hij in het kader van de collectieve verzekering van de gemeente verschuldigd zou zijn geweest;
- de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het betaalde entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 19 juni 2025,

A. de Ruijter

## **Informatie voor partijen**

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

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

## **BIJLAGE – Relevante bepalingen**

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

---

## Zorgverzekeringswet

---

### Artikel 17

1. De zorgverzekeraar stelt voor iedere variant van de zorgverzekering die hij aanbiedt, de grondslag van de premie en de bij die variant behorende premiekorting of premiekortingen vast en neemt deze in de modelovereenkomst op.
2. De grondslag van de premie is gelijk voor varianten die wat betreft de te verzekeren prestaties als bedoeld in artikel 11, eerste lid, of de keuzemogelijkheden tussen aanbieders van zorg of van overige diensten als bedoeld in dat lid, niet van elkaar verschillen.
3. Indien de zorgverzekeraar gebruik maakt van zijn bevoegdheid, bedoeld in artikel 11, vijfde lid, is de grondslag van de premie gelijk aan de grondslag die hij heeft of zou hebben vastgesteld voor een modelovereenkomst met volledige dekking.
4. De grondslag van de premie is de premie indien geen premiekorting als bedoeld in artikel 20 geldt of zou gelden.
5. De verschuldigde premie is gelijk aan de grondslag van de premie behorende bij de variant van de zorgverzekering die de verzekeringnemer gekozen heeft, verminderd met de premiekorting, bedoeld in artikel 20, indien deze van toepassing is.
6. De zorgverzekeraar geeft de wijze waarop de verschuldigde premie van de grondslag van de premie wordt afgeleid in de modelovereenkomst weer, en neemt de wijze waarop de door de verzekeringnemer verschuldigde premie van de grondslag van de premie is afgeleid in de zorgpolis op.
7. Een wijziging in de grondslag van de premie treedt niet eerder in werking dan zeven weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer is medegedeeld.



---

## Burgerlijk Wetboek Boek 6

---

### Artikel 203

1. Degene die een ander zonder rechtsgrond een goed heeft gegeven, is gerechtigd dit van de ontvanger als onverschuldigd betaald terug te vorderen.
2. Betreft de onverschuldigde betaling een geldsom, dan strekt de vordering tot teruggave van een gelijk bedrag.
3. Degene die zonder rechtsgrond een prestatie van andere aard heeft verricht, heeft eveneens jegens de ontvanger recht op ongedaanmaking daarvan.

---

## Burgerlijk Wetboek Boek 6

---

### Artikel 212

1. Hij die ongerechtvaardigd is verrijkt ten koste van een ander, is verplicht, voor zover dit redelijk is, diens schade te vergoeden tot het bedrag van zijn verrijking.
2. Voor zover de verrijking is verminderd als gevolg van een omstandigheid die niet aan de verrijkte kan worden toegerekend, blijft zij buiten beschouwing.
3. Is de verrijking verminderd in de periode waarin de verrijkte redelijkerwijze met een verplichting tot vergoeding van de schade geen rekening behoefde te houden, dan wordt hem dit niet toegerekend. Bij de vaststelling van deze vermindering wordt mede rekening gehouden met uitgaven die zonder de verrijking zouden zijn uitgebleven.

### **Beëindiging verzekering(en)**

Als u fraude pleegt, beëindigen wij uw zorgverzekering. U kunt dan 5 jaar geen zorgverzekering bij ons sluiten. Wij beëindigen ook uw aanvullende zorgverzekering(en). U kunt dan 8 jaar geen aanvullende verzekering sluiten bij de verzekeraars van Coöperatie VGZ.

### **Fraude door zorgaanbieders**

Zorgaanbieders die fraude plegen, laten wij registreren in het Extern Verwijzings Register (EVR). Wij vergoeden geen zorg van zorgaanbieders die in dit register staan en informeren deze zorgaanbieders hierover. De zorgaanbieder is verplicht om u voorafgaand aan de zorgverlening te informeren dat wij hun zorg niet vergoeden.

## **2.5. Bescherming van uw persoonsgegevens**

Bij het uitvoeren van uw verzekeringen verwerken wij uw persoonsgegevens. Wij doen dit in overeenstemming met de wet- en regelgeving, zoals de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG). In de privacyverklaring op onze website leest u hier meer over. Ook leest u in de privacyverklaring welke rechten u heeft. Als u vragen heeft over de omgang met uw persoonsgegevens, dan kunt u deze richten aan de functionaris voor de gegevensbescherming. Kijk voor meer informatie op de pagina over privacy op onze website.

## **2.6. Mededelingen**

Mededelingen gericht aan het laatst bij ons bekende adres, worden geacht u te hebben bereikt. Als u alle mededelingen van ons langs elektronische weg wilt ontvangen, dan kunt u dit aangeven in de Mijn-omgeving of in de app.

## **2.7. Lidmaatschap van de Coöperatie VGZ**

Bij de totstandkoming van deze zorgverzekering wordt u als verzekeringnemer ook lid van de Coöperatie VGZ U.A., tenzij u schriftelijk aangeeft daar geen prijs op te stellen. De Coöperatie behartigt het belang van haar leden op het terrein van de (zorg)verzekering. U kunt het lidmaatschap op elk gewenst moment opzeggen, met inachtneming van een opzegtermijn van één maand. Het lidmaatschap eindigt in ieder geval op het moment dat de verzekeringsovereenkomst eindigt.

## **2.8. Bedenkperiode**

Bij het aangaan van de zorgverzekering heeft u als verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. U kunt de verzekering schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

## **2.9. Voorrangsbepaling**

Voor zover het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringswet bepaalde van invloed is of moet zijn op de zorgverzekering, geldt dit als in deze verzekeringsvoorwaarden opgenomen. Is het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringswet bepaalde strijdig met de bepalingen van deze overeenkomst? Dan gaat hetgeen is bepaald in de Zorgverzekeringswet voor en daarna hetgeen is bepaald bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek en daarna het bepaalde in deze zorgverzekering.

## **2.10. Nederlands recht**

Op de zorgverzekering is het Nederlands recht van toepassing.

# **Artikel 3. Premie**

## **3.1. Premiegrondslag en premiekortingen**

De premiegrondslag is de premie zonder premiekorting voor een vrijwillig eigen risico. De premiegrondslag vindt u op uw polisblad en op de premiebijlage op onze website.

### **Premiekorting bij vrijwillig eigen risico**

Als u kiest voor een vrijwillig eigen risico, ontvangt u een korting op de premie. U vindt deze korting op uw polisblad en op de premiebijlage op onze website.

## 3.2. Wie betaalt premie?

De verzekeringnemer is verplicht premie te betalen. Voor een verzekerde jonger dan 18 jaar hoeft tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de 18e verjaardag geen premie te worden betaald. Bij overlijden van een verzekerde is premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden. Bij wijziging van de zorgverzekering berekenen wij de premie opnieuw met ingang van de datum van wijziging.

### Voorbeeld

Iemand die op 1 juli 18 jaar wordt, betaalt premie vanaf 1 augustus.

## 3.3. Betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico en kosten

- 3.3.1. U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdrage maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen.
- 3.3.2. Als u geen gebruik maakt van digitale post, dan betaalt u kosten voor papieren post. De kosten zijn € 1,25 per maand. U betaalt geen kosten voor de polis en de Europese gezondheidskaart (EHIC). Meer informatie over de kosten voor papieren post vindt u op onze website.
- 3.3.3. U betaalt de premie, eigen risico, eigen bijdragen, kosten voor papieren post en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen op de betalingswijze zoals met ons is overeengekomen.

### Betaalmogelijkheden

- a. U machtigt ons voor automatische incasso van verschuldigde bedragen (zie ook artikel 3.3.4).
  - b. U maakt gebruik van de mogelijkheid om via uw Mijn-omgeving gratis een digitale factuur te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling. Dit kan desgewenst direct via iDeal.
  - c. Uw werkgever houdt de premie en mogelijke kosten voor papieren post in op uw salaris en draagt deze aan ons af.
  - d. U maakt gebruik van de mogelijkheid om een papieren factuur te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling. U ontvangt ook een papieren factuur als een automatische incasso niet kan worden uitgevoerd.
- 3.3.4. Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing op de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen, kosten voor papieren post en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen. Deze toestemming geldt tijdens, en zo nodig ook na afloop van, de verzekeringsovereenkomst. Op uw polisblad informeren wij u over de datum van automatische incasso van de premie voor het gehele kalenderjaar. Voor de overige kosten informeren wij u ten minste 3 dagen voor de datum waarop de afschrijving plaatsvindt over het af te schrijven bedrag en de datum. Bent u het niet eens met een afschrijving? Dan kunt u het bedrag laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met uw bank.

## 3.4. Verrekening

U mag de verschuldigde bedragen niet verrekenen met een bedrag dat u nog van ons verwacht.

## 3.5. Niet-tijdig betalen

- 3.5.1. Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen, kosten voor papieren post en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen niet op tijd betaalt, dan sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, dan kunnen wij de dekking van deze zorgverzekering schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg vanaf de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen.  
Wij hebben het recht de zorgverzekering te beëindigen als u niet op tijd betaalt. De verzekering wordt in dat geval niet met terugwerkende kracht beëindigd.
- 3.5.2. Als u al bent aangemaand voor het niet op tijd betalen van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen, kosten voor papieren post of onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen, dan hoeven wij u bij het niet op tijd voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.
- 3.5.3. Wij hebben het recht om opeisbare premie, kosten en wettelijke rente te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere bedragen die u van ons moet ontvangen.

- 3.5.4. Als wij de verzekering beëindigen omdat u de premie niet op tijd heeft betaald, dan hebben wij het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.
- 3.5.5. Gevolgen van het niet betalen van 2 maandpremies of meer:
- Heeft u als verzekeringnemer een premieachterstand ter hoogte van 2 maandpremies? Dan bieden wij u een betalingsregeling aan. U heeft 4 weken de tijd om deze betalingsregeling te accepteren. Ook informeren wij u over de gevolgen als u ons aanbod niet accepteert en de achterstand oploopt tot 6 of meer maandpremies.
  - Heeft u als verzekeringnemer een premieachterstand ter hoogte van 4 maandpremies? Dan ontvangt u een waarschuwing dat wij u bij het CAK aanmelden voor de regeling wanbetalers bij een betalingsachterstand van 6 maandpremies, tenzij wij alsnog met u een betalingsregeling aangaan.
  - Heeft u als verzekeringnemer een premieachterstand ter hoogte van 6 maandpremies of meer? Dan melden wij u aan bij het CAK voor de regeling wanbetalers en bent u verplicht een bestuursrechtelijke premie aan het CAK te betalen. Voor de periode dat u een bestuursrechtelijke premie aan het CAK verschuldigd bent, bent u geen premie aan ons verschuldigd. De bestuursrechtelijke premie aan het CAK is hoger dan de premie die u normaal gesproken aan ons zou moeten betalen.
- Heeft u anderen op uw polis verzekerd en is er voor hen een betalingsachterstand ontstaan? Zij ontvangen dan kopieën van onze berichten aan u over de premieachterstand.
- U vindt de gevolgen van het niet betalen van de premie en de bestuursrechtelijke premie in de artikelen 18a tot en met artikel 18g Zorgverzekeringswet.
- 3.5.6. U bent geen premie aan ons verschuldigd over de periode bedoeld in artikel 18e Zorgverzekeringswet.

## Artikel 4. Overige verplichtingen

U bent verplicht:

- Ons te informeren over feiten, die ervoor (kunnen) zorgen dat kosten verhaald kunnen worden op (mogelijk) aansprakelijke derden en ons in dat verband de benodigde inlichtingen te verstrekken. U mag geen enkele regeling treffen met een derde, zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring. U moet zich onthouden van handelingen waardoor onze belangen kunnen worden geschaad;
- Medewerking te verlenen aan onze medisch adviseur of medewerkers tot het verkrijgen van alle benodigde informatie die zij nodig hebben voor (de controle op) de uitvoering van de zorgverzekering;
- De zorgaanbieder te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur;
- Ons zo spoedig mogelijk feiten en omstandigheden te melden die voor een juiste uitvoering van de verzekering van belang zijn. Dat zijn onder meer einde verzekeringsplicht, begin en einde detentie, (echt)scheiding, geboorte, adoptie of wijziging rekeningnummer. Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde, dragen wij geen enkel risico.

Als u uw verplichtingen niet nakomt en onze belangen worden hierdoor geschaad, dan kunnen wij uw recht op (vergoeding van de kosten van) de verzekerde zorg schorsen.

## Artikel 5. Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden

### 5.1. Wijziging voorwaarden

Wij hebben het recht de voorwaarden en premie(grondslag) van de zorgverzekering op elk moment te wijzigen. Wij zullen u als verzekeringnemer hierover schriftelijk informeren. Een wijziging van de premiegrondslag treedt niet eerder in werking dan 7 weken na de dag waarop deze aan u is meegedeeld. Een wijziging in de voorwaarden treedt niet eerder in werking dan 1 maand na de dag waarop deze aan u is meegedeeld.

### 5.2. Opzeggingsrecht

Als wij de voorwaarden en/of premiegrondslag van de zorgverzekering in uw nadeel wijzigen, dan kunt u als verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. U kunt de overeenkomst opzeggen, in ieder geval gedurende 1 maand nadat de wijziging aan u is meegedeeld. Dit opzeggingsrecht heeft u niet, als een wijziging in de verzekerde zorg rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van de bij of krachtens de artikelen 11 tot en met 14a Zorgverzekeringswet gestelde regels.