

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, en Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak : Overname zorgportefeuille, aanpassing premie en dekking, compensatie
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering
2023, artt. 6:127 en 7:940 BW
Zaaknummer : 202300020
Zittingsdatum : 13 september 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 26 mei 2023 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 23 juni 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 25 juli 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 27 juli 2023 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 13 september 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was tot en met 31 december 2022 verzekerd tegen ziektekosten via One Underwriting B.V., onderdeel van Aon, (hierna: de gevolmachtigde) onder de naam en voor rekening en risico van de ziektekostenverzekeraar. Eind 2022 is verzoekster door deze gevolmachtigde geïnformeerd dat de zorgportefeuille zal worden overgedragen aan de ziektekostenverzekeraar. In vervolg hierop heeft verzoekster van de ziektekostenverzekeraar het aanbod ontvangen zich aldaar te verzekeren op grond van de verzekering Basis Zeker en de aanvullende ziektekostenverzekering Tand 4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar hierna verzocht om financiële compensatie of een overgangsregeling. Bij brief van 5 december 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster meegedeeld hiertoe niet over te gaan.
- 3.2. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormeld standpunt gevraagd. Daarnaast heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar gevraagd het aan haar aangeboden pakket te wijzigen. Bij brief van 29 december 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn standpunt ten aanzien van de financiële compensatie handhaaft. Tevens heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster, eveneens bij brief van 29 december 2022, een nieuw polisblad gestuurd. Hieruit blijkt dat verzoekster in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar is verzekerd op grond van de verzekering Basis Budget en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Vitaal 2, Aanvullend + en Tand 3.

Later heeft verzoekster haar verzekering wederom gewijzigd, waarna de ziektekostenverzekeraar verzoekster op 30 januari 2023 een gewijzigd polisblad heeft gestuurd. Hieruit blijkt dat verzoekster in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar is verzekerd op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Tand 3 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

4. Standpunt verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden haar financieel te compenseren dan wel een overgangsregeling aan te bieden.
- 4.2. Verzoekster heeft hiertoe aangevoerd dat zij door de overname van de zorgportefeuille door de ziektekostenverzekeraar ernstig wordt benadeeld. In haar brief van 26 mei 2023 aan de commissie zet verzoekster uiteen dat zij sinds de overname te maken heeft gekregen met een premieverhoging van ruim 25%. Dit komt neer op een bedrag van € 474,36. Ook als de afschaffing van de collectiviteitskorting niet wordt meegenomen is de premie op jaarbasis met € 395,52 verhoogd. Naast het feit dat de premie bij de ziektekostenverzekeraar veel hoger is, is ook de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering teruggeschoefd. Een verzekerde krijgt voor een hogere premie dus een lagere dekking. Als trouwe klant van de gevolmachtigde valt de overname verzoekster zwaar en zij had verwacht dat ofwel de gevolmachtigde ofwel de ziektekostenverzekeraar haar financieel zou compenseren dan wel een overgangsregeling zou aanbieden. Verzoekster doet hierbij een beroep op redelijkheid en billijkheid.
- 4.3. Dat de ziektekostenverzekeraar haar geen overgangsregeling wil aanbieden vanwege de mogelijke precedentwerking kan verzoekster niet volgen, omdat deze stelling niet gemotiveerd en onderbouwd is. Verzoekster voert aan: *"In alle gevallen waar sprake is van een onredelijke individuele overgang dient [naam ziektekostenverzekeraar] mijn inziens zorg te dragen voor een oplossing of verzachting hiervan door middel van individueel maatwerk of middels een meer collectieve overgangsregeling."* Ook de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat zij met ingang van 1 januari 2023 naar een andere zorgverzekeraar had kunnen overstappen, snijdt volgens verzoekster geen hout. De ziektekostenverzekeraar is de aangewezen contractspartij en deze dient op te komen voor de belangen van zijn klanten. Verder stelt verzoekster dat zij noodgedwongen haar verzekeringspakket bij de ziektekostenverzekeraar heeft moeten bijstellen. Dit om de kosten nog enigszins binnen de perken te houden. Een en ander heeft wel tot gevolg gehad dat zij een voorgenomen implantaatbehandeling heeft moeten uitstellen.
- 4.4. Ter zitting heeft verzoekster nog eens opgemerkt dat niet alleen moet worden gekeken naar de tussen partijen gemaakte afspraken, maar ook, gelet op de omstandigheden van het geval, naar de redelijkheid en billijkheid. In dat kader wordt door verzoekster gedacht aan een overgangsregeling. Als de premies van de ziektekostenverzekeraar en die van de gevolmachtigde met elkaar worden vergeleken scheelt dat tientallen procenten. De door de ziektekostenverzekeraar doorgevoerde premieverhogingen zijn naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid dan ook onaanvaardbaar. Zij moeten om die reden teruggedraaid worden. Daar komt bij dat als de premieverhoging al wordt doorgevoerd de ziektekostenverzekeraar een overgangsmaatregel moet hanteren. Het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt dat dit laatste vanwege de precedentwerking niet kan slagen snijdt geen hout.
- 4.5. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt in zijn brief aan de commissie van 25 juli 2023 dat de gevolmachtigde bevoegd was om namens hem zorgverzekeringen af te sluiten en te beheren. Met ingang van 1 januari 2023 is de volmachtovereenkomst beëindigd en is de gevolmachtigde

gestopt met de activiteiten op het gebied van zorgverzekeringen. De uitvoering van de zorgverzekeringen vindt sindsdien bij de ziektekostenverzekeraar plaats.

- 5.2. Zowel de gevolmachtigde als de ziektekostenverzekeraar heeft de betrokken verzekerden over de stopzetting geïnformeerd. Nadien heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster op 12 en 28 november 2022 polisbladen gestuurd en daarmee een aanbod gedaan om zich in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar te verzekeren tegen ziektekosten. Het stond verzoekster vrij dit aanbod te weigeren en zich elders te verzekeren tegen ziektekosten. Verzoekster heeft er echter voor gekozen het aanbod te accepteren en nadien heeft zij zich beklagd over de hoogte van de premie en de mindere dekking. Met betrekking hiertoe stelt de ziektekostenverzekeraar zich op het standpunt dat het zorgverzekeraars vrij staat eenzijdig de premie en de voorwaarden te wijzigen. Voorwaarde hiervoor is wel dat de verzekeringnemer hierover tijdig moet worden geïnformeerd zodat deze de mogelijkheid heeft de verzekering te beëindigen. Door verzoekster in november 2022 uitgebreid te informeren heeft de ziektekostenverzekeraar aan zijn informatieplicht voldaan. Omdat verzoekster het gedane aanbod heeft geaccepteerd is zij ook gebonden aan de overeengekomen premie en de bijbehorende polisvoorwaarden. De ziektekostenverzekeraar ziet geen aanleiding verzoekster hierin tegemoet te komen.
- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop aangevoerd dat hij het principe van rechtsgelijkheid hoog in het vaandel heeft staan. Gelet op dit principe heeft de ziektekostenverzekeraar ook geprobeerd aan verzoekster een zo eerlijk mogelijk product aan te bieden. Anders dan verzoekster stelt, is dit product haar niet opgelegd, maar had zij de keuze de verzekering op te zeggen en zich elders te verzekeren tegen ziektekosten.
- 5.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. 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 A.18 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'. Genoemd artikel is ook van toepassing op de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepaling uit het Burgerlijk Wetboek (BW) is vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Verzoekster was tot en met 31 december 2022 verzekerd tegen ziektekosten via de gevolmachtigde. Deze voerde onder de naam en voor rekening en risico van de ziektekostenverzekeraar zorgverzekeringen uit. Feitelijk was verzoekster dus ook al vóór 1 januari 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten. De volmachtovereenkomst is met ingang van 1 januari 2023 beëindigd, hetgeen voor verzoekster niet meer inhoudt dan dat de uitvoering door de gevolmachtigde per die datum is gestopt. Hierover zijn partijen niet verdeeld. De bestaande verzekeringsovereenkomst tussen partijen werd in beginsel stilzwijgend verlengd, waarbij de ziektekostenverzekeraar op grond van artikel 7:940 BW het recht had de premie en/of verzekeringsvoorwaarden te wijzigen, en verzoekster gedurende één maand de keuze had deze wijziging te accepteren dan wel de overeenkomst op te zeggen.

- 7.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster op 28 november 2022 een nieuw polisblad gestuurd. In vervolg hierop is verzoekster met de ziektekostenverzekeraar in onderhandeling gegaan. Uiteindelijk heeft de ziektekostenverzekeraar op 30 januari 2023 aan verzoekster een gewijzigd polisblad gestuurd met het door verzoekster gewenste pakket. Door verzoekster is erkend dat zij op grond van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering verzekerd wil zijn. De commissie concludeert dat de hiervoor uiteengezette gang van zaken neerkomt op aanbod en aanvaarding als bedoeld in artikel 6:217 Burgerlijk Wetboek en dat tussen partijen (in elk geval) op 30 januari 2023 wilsovereenstemming bestond en op die datum dan ook een (nieuwe) verzekeringsovereenkomst is tot stand gekomen. Onder deze omstandigheden valt niet in te zien waarom de ziektekostenverzekeraar verzoekster financieel zou moeten compenseren of voor haar een overgangsregeling zou moeten treffen. De beëindiging van de dienstverlening door de gevolmachtigde met ingang van 1 januari 2023 vormt daartoe geen grond. Bovendien geldt dat de ziektekostenverzekeraar gerechtigd is premie en/of voorwaarden van de per het eind van een kalenderjaar aflopende verzekering(overeenkomst) eenzijdig, via zijn aanbod, te wijzigen bij het aangaan van een nieuwe verzekeringsovereenkomst. Dat de nieuwe verzekeringsovereenkomst die verzoekster met ingang van 1 januari 2023 is aangegaan voor haar mogelijk minder gunstig is dan die welke zij in 2022 had, geeft evenmin recht op compensatie, nu zij na onderhandeling met de ziektekostenverzekeraar zelf ervoor heeft gekozen de door de ziektekostenverzekeraar aangeboden dekking en premie te accepteren.

Slotsom

- 7.4. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 2 oktober 2023,

A.I.M. van Mierlo

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 sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Burgerlijk Wetboek Boek 7

Artikel 940

1. Bij opzegging tegen het einde van een verzekeringsperiode teneinde verlenging van de overeenkomst te verhinderen, wordt een termijn van twee maanden in acht genomen.
2. De verzekeringnemer en, tenzij het een persoonsverzekering betreft, de verzekeraar kunnen een overeenkomst die is aangegaan voor een periode van meer dan vijf jaar, of die voor zulk een periode is verlengd, opzeggen tegen het einde van elk vijfde jaar binnen die periode. Daarbij geldt de in lid 1 genoemde termijn.
3. Indien de verzekeraar de bevoegdheid heeft bedongen de overeenkomst tussentijds op te zeggen, komt de verzekeringnemer een gelijke bevoegdheid toe. Tenzij jegens hem is gehandeld met het opzet tot misleiding neemt de verzekeraar onderscheidenlijk de verzekeringnemer daarbij een termijn van twee maanden in acht. Indien een verzekering dekking biedt tegen schade veroorzaakt door risico's als bedoeld in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht, kan, bij de verwezenlijking van een dergelijk risico of bij een dreiging van het ophanden zijn daarvan, de verzekeraar onderscheidenlijk de verzekeringnemer in afwijking van deze termijn van twee maanden, de overeenkomst met inachtneming van een termijn van zeven dagen opzeggen. De verzekeraar kan slechts tussentijds opzeggen op in de overeenkomst vermelde gronden welke van dien aard zijn dat gebondenheid aan de overeenkomst niet meer van de verzekeraar kan worden gevergd.
4. Indien de verzekeraar de voorwaarden van de overeenkomst ten nadele van de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde wijzigt, is de verzekeringnemer gerechtigd de overeenkomst op te zeggen tegen de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging hem is meegedeeld.
5. De verzekeraar kan een persoonsverzekering niet beëindigen of wijzigen op grond van verzwaring van het gezondheidsrisico, voor zover dat is gelegen in de persoon van degeen, die de verzekering betreft.
6. De verzekeringnemer kan de overeenkomst steeds langs elektronische weg opzeggen. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld ten aanzien van de verzending van opzeggingen langs elektronische weg.
7. De voordracht voor een krachtens het zesde lid vast te stellen algemene maatregel van bestuur wordt niet eerder gedaan dan vier weken nadat het ontwerp aan de beide kamers der Staten-Generaal is overgelegd.

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 217

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

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 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.

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 stilzwijgend. 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 de collectiviteit

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 collectiviteit? 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.

13.2 Uw basisverzekering beëindigen

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

- a. Via Mijn Zilveren Kruis op onze website, per brief of telefonisch. Deze opzegging moet uiterlijk 31 december bij ons binnen zijn. De basisverzekering eindigt dan op 1 januari van het daaropvolgende jaar. Heeft u (verzekeringnemer) uw basisverzekering bij ons opgezegd? Dan is deze opzegging onherroepelijk.
- b. U (verzekeringnemer) kunt gebruikmaken van de opzegservice van de nieuwe zorgverzekeraar. Sluit u (verzekeringnemer) uiterlijk 31 december van het lopende kalenderjaar een basisverzekering af voor het daaropvolgende kalenderjaar? Dan zegt de nieuwe zorgverzekeraar namens u (verzekeringnemer) bij ons de basisverzekering op.
- c. Heeft u (verzekeringnemer) een ander dan uzelf verzekerd en heeft deze verzekerde een andere basisverzekering afgesloten? Dit kan bijvoorbeeld wanneer uw zoon/dochter 18 jaar wordt, uit huis gaat, of wanneer er sprake is van beëindiging van een relatie of huwelijk. Dan kunt u (verzekeringnemer) via Mijn Zilveren Kruis op onze website, per brief of telefonisch deze verzekering voor de verzekerde opzeggen. Is deze opzegging bij ons binnen voor de ingangsdatum van de nieuwe basisverzekering? Dan eindigt de basisverzekering met ingang van de dag dat de verzekerde een nieuwe basisverzekering krijgt. In andere gevallen is de einddatum de eerste dag van de tweede kalendermaand die volgt op de dag waarop u (verzekeringnemer) heeft opgezegd.
- d. Het kan zijn dat u (verzekeringnemer) overstapt van de ene naar de andere collectieve basisverzekering, omdat u (verzekeringnemer) een dienstverband heeft beëindigd en/of een nieuw dienstverband bent aangegaan. U (verzekeringnemer) kunt de oude basisverzekering dan opzeggen tot 30 dagen nadat het oude dienstverband is beëindigd. De opzegging vindt niet plaats met terugwerkende kracht en gaat in vanaf de eerste dag van de volgende maand.
- e. Het kan ook zijn dat uw deelname aan een collectieve basisverzekering via een uitkeringsinstantie stopt. De reden van opzegging kan dan ófwel zijn dat u (verzekeringnemer) gaat deelnemen aan een collectieve basisverzekering via een uitkeringsinstantie in een andere gemeente, ófwel dat u (verzekeringnemer) aan een collectieve basisverzekering gaat deelnemen omdat u (verzekeringnemer) een nieuw dienstverband heeft. U (verzekeringnemer) kunt de oude basisverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat uw deelname aan het collectief is gestopt. De opzegging vindt niet plaats met terugwerkende kracht en gaat in vanaf de eerste dag van de volgende maand.

Beëindigen wij uw verzekering op uw verzoek? Dan ontvangt u (verzekeringnemer) daar van ons een bericht van. In dit bericht leest u op welke datum de verzekering eindigt.