

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. drs. J.W. Heringa, mr. J.J.M. Linders en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202402208

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, en

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft op 27 februari 2025 de Ombudsman Zorgverzekeringen telefonisch gevraagd de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) een uitspraak te laten doen. Op 4 maart 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. De commissie heeft de ontvangst van het verzoek eveneens op 4 maart 2025 aan verzoeker bevestigd.
- 1.2. Bij brief van 28 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 30 april 2025 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Verzoeker heeft bij brief van 18 mei 2025 gereageerd op de brief van 30 april 2025 van de ziektekostenverzekeraar. Een kopie van zijn reactie is op 22 mei 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 1.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 18 juni 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 29 juni 2025 meegedeeld dat in het hoorzittingsverslag een onderdeel niet juist is verwoord. Een kopie hiervan is op 1 juli 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop bij brief van 4 juli 2025 gereageerd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering VGZ Universeel Compleet (hierna: de ziektekostenverzekering).
- 2.2. Verzoeker heeft op 13 november 2024 een aanbod voor het jaar 2025 van de ziektekostenverzekeraar ontvangen. Hierop heeft hij de ziektekostenverzekeraar meegedeeld het niet eens te zijn met de hoogte van de premie voor 2025.

- 2.3. Bij e-mailbericht van 13 november 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat voor 2025 eenmalig en onverplicht de premie van 2024 wordt aangeboden en dat deze is vastgesteld op € 825,-- per persoon per maand.
- 2.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 3 december 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 voor 2025 het premiebedrag van € 655,-- (eventueel verhoogd met 3% tot 7%) in plaats van € 825,-- per persoon per maand in rekening te brengen.
- 3.2. Verzoeker heeft in zijn e-mailbericht van 13 november 2024, gericht aan de ziektekostenverzekeraar, verklaard dat in 2010 zijn verzekering 'Zorgzaam Univé' werd opgeheven. Verzoeker kon een andere verzekering afsluiten met hetzelfde polisnummer. Ook werd toen gesteld dat de premie tussen de 3% en 7% per jaar zou kunnen stijgen. De premie is echter in 6 jaren tijd van € 259,-- naar € 572,-- per persoon per maand verhoogd. De commissie heeft in 2015 en 2016 bindende adviezen uitgebracht, waarna in 2017 een bedrag van € 7.424,22 door de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker is terugbetaald. De premie werd in 2017 verlaagd naar € 420,-- per persoon per maand. Per 1 januari 2018 is de verzekering wederom opgeheven en kon verzoeker, gezien zijn leeftijd, enkel de ziektekostenverzekering - met hetzelfde polisnummer - bij de ziektekostenverzekeraar afsluiten. De premie bedroeg op dat moment € 572,-- per persoon per maand. De commissie besliste destijds dat dit rechtmatig was, omdat het een andere verzekering betrof.
- 3.3. Volgens verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar de premies voor de jaren 2023 en 2024 zonder rechtsgeldige onderbouwing van € 710,-- verhoogd naar € 825,-- per persoon per maand. Naar aanleiding van een ingediende klacht heeft de ziektekostenverzekeraar de premie voor 2024 uit coulance verlaagd naar € 665,-- per persoon per maand. Verzoeker meent echter dat deze verlaging geen onverplicht karakter had, maar had moeten plaatsvinden vanwege een door de ziektekostenverzekeraar gemaakte fout.
- 3.4. Verzoeker heeft verder verklaard dat de premie voor 2025 door de ziektekostenverzekeraar, op grond van artikel 5.1 van de voorwaarden van de ziektekostenverzekering, eenmalig en onverplicht is gesteld op de premie voor 2024, die € 665,-- per persoon per maand bedroeg. Daarbij is hem op voorhand meegedeeld dat de premie per 1 januari 2026 wordt verhoogd naar € 825,-- per persoon per maand. Verzoeker verwijst daarnaast naar een mededeling die hem in 2010 werd gedaan, te weten dat de premie tussen de 3% en 7% per jaar zou kunnen stijgen. Dit betekent dat als deze stijging wordt toegepast op de maandpremie van € 665,-- per persoon, de premie voor 2025 maximaal € 698,-- per persoon per maand moet worden.
- 3.5. Bij e-mailbericht van 27 november 2024 heeft verzoeker het voorstel van de ziektekostenverzekeraar om de premie van 2024 ook in rekening te brengen voor de verzekering in 2025 geaccepteerd. Hij is het echter niet eens met de hoogte van de door hem verschuldigde premie. Verzoeker gaat uit van het in 2024 - naar aanleiding van zijn klacht - uit coulance verlaagde premiebedrag van € 665,-- per persoon per maand, terwijl de ziektekostenverzekeraar het oorspronkelijke premiebedrag voor 2024 van € 825,-- per persoon per maand hanteert. In zijn e-mailbericht van 11 december 2024 heeft hij gesteld dat hij de verklaringen van de ziektekostenverzekeraar over de premiestijging onduidelijk en niet rechtsgeldig vindt.
- 3.6. Verzoeker heeft in zijn e-mailbericht van 18 mei 2025, gericht aan de commissie, gesteld dat de stelling van de ziektekostenverzekeraar, dat de 3% tot 7% premiestijging alleen voor het volgende jaar gold, onjuist is. Verzoeker heeft toegelicht dat in de brief uit 2010 stond: "Normaal gesproken ligt dit in de lijn tussen 3% tot 7%". Bij de door de commissie in 2015 en 2016 uitgebrachte bindend adviezen is dit ook gevolgd, wat resulteerde in een terugbetaling van € 7.424,22. Verder heeft verzoeker verklaard dat

Hospital Clinica Benidorm al 10 jaren is gecontracteerd door de ziektekostenverzekeraar. Artsen en tandartsen hanteren de Nederlandse tarieven. Als de prijzen hoger zijn, wordt door de ziektekostenverzekeraar het Nederlandse tarief vergoed.

- 3.7. Ter zitting heeft verzoeker verklaard dat hij in de oorlog is geboren. Zijn vrouw is geboren in een Jappenkamp. Hij wordt door de ziektekostenverzekeraar telkens gewezen op het opzeggingsrecht, maar vanwege zijn leeftijd kan hij zich niet meer elders verzekeren. Hij heeft verklaard dat hij in 2006, ten tijde van de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet, naar Spanje is verhuisd. Hij heeft zich destijds in Nederland verzekerd tegen ziektekosten. Toen de polis met ingang van 2011 werd ondergebracht bij een andere verzekeraar, heeft verzoeker gevraagd naar de premie. Hem is in 2010 meegedeeld dat de premie jaarlijks 3% tot 7% zou stijgen. In 2015 werd de premie evenwel verhoogd met € 235,- per persoon per maand. Verzoeker heeft toen een klacht ingediend bij de ziektekostenverzekeraar en vervolgens de procedure bij de commissie doorlopen. Er is destijds een bindend advies uitgebracht, waarbij verzoeker een groot deel van de premieverhoging heeft teruggekregen. Later is de verzekering opgeheven en kon verzoeker overstappen. In 2018 werd de premie wederom verhoogd. In een volgend bindend advies is beslist dat het een nieuwe verzekeraar betrof, die onafhankelijk van zijn rechtsvoorgangers een ziektekostenverzekering kon aanbieden. Met ingang van 2024 werd de premie wederom verhoogd naar een bedrag van € 825,- per persoon per maand. Naar aanleiding van een klacht hierover bij de ziektekostenverzekeraar is de premie voor de jaren 2023 en 2024 verlaagd naar € 665,- per persoon per maand. Per 1 januari 2025 is de premie verhoogd naar € 880,- per persoon per maand. Verzoeker heeft coulancehalve het aanbod van de ziektekostenverzekeraar gekregen om voor dat jaar de premie van 2024 te betalen. De ziektekostenverzekeraar gaat hierbij uit van een bedrag van € 825,- per persoon per maand, terwijl dit volgens verzoeker een bedrag van € 665,- per persoon per maand dient te zijn. De overgang naar verschillende verzekeringsmaatschappijen en het feit dat de verzekering inmiddels niet meer actief wordt aangeboden vormen volgens hem niet het probleem. Als de populatie ouder wordt, moet de ziektekostenverzekeraar bijbetalen. Voor jongeren hoeft hij minder bij te betalen. Volgens verzoeker dient de ziektekostenverzekeraar daarom de populatie van de verzekering met jongeren aan te vullen. De stijging van de premie is meer dan 7%. Er is hem nooit uitgelegd waarom de premie zo hoog is geworden. Er wordt alleen gezegd dat de zorgkosten stijgen. Verzoeker verwacht van de ziektekostenverzekeraar een juridische en cijfermatige onderbouwing.
- 3.8. Verzoeker heeft in zijn e-mailbericht van 29 juni 2025 meegedeeld dat uit het hoorzittingsverslag volgt dat de ziektekostenverzekeraar met het staatsziekenhuis een contract heeft. De ziektekostenverzekeraar heeft echter al 10 jaren een contract met Hospital Clinica Benidorm. Dit is een privéziekenhuis.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brieven van 21 maart 2024, 13 november 2024, 25 november 2024, en 3 december 2024, gericht aan verzoeker, en bij brief van 28 april 2025, gericht aan de commissie, verklaard dat hij op 13 december 2023 van verzoeker een klacht ontving over de premieverhoging voor 2024. In 2010 was aan verzoeker door verzekeraar Zorgzaam de verwachting uitgesproken dat de premie jaarlijks 3% tot 7% zou stijgen. Die verwachting zag echter uitsluitend op de premie voor het daaropvolgende jaar. Uit coulance is aan verzoeker eenmalig en onverplicht de premie van 2022 (€ 665,- per persoon per maand) ook voor de jaren 2023 en 2024 aangeboden. Hierbij is aan hem meegedeeld dat de premie voor 2025 hoger zou uitvallen. Verzoeker heeft destijds met dit aanbod ingestemd en hij heeft in de jaren 2023 en 2024 een premie van € 665,- per persoon per maand betaald.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verder verklaard dat hij op 13 november 2024 en 14 november 2024 aan verzoeker voor 2025 een polis met een maandelijks premie van € 880,- per persoon per maand heeft aangeboden. Daarnaast is per e-mailbericht, naar aanleiding van de eerder overeengekomen maandpremie, eenmalig en onverplicht de premie voor 2024, te weten € 825,- per persoon per maand, aangeboden voor het jaar 2025. Verzoeker is hierbij gewezen op de opzegmogelijkheid tot 31 december 2024. Hij heeft van die mogelijkheid vervolgens geen gebruik gemaakt.

De ziektekostenverzekeraar verwijst naar de artikelen 5.1 en 5.2 van de voorwaarden van de ziektekostenverzekering en artikel 7:940, vierde lid, van het Burgerlijk Wetboek.

Ook is aan verzoeker meegedeeld dat vanaf 2026 door hem de reguliere premie dient te worden betaald. Volgens de ziektekostenverzekeraar is een verdere premieverhoging onvermijdelijk, vanwege de stijgende zorgkosten en andere kosten als gevolg van inflatie. Dat de zorgkosten in Spanje eventueel lager liggen, rechtvaardigt volgens de ziektekostenverzekeraar niet een verlaging van de premie voor alle verzekerden met dezelfde polis die in Spanje wonen. Er zijn namelijk ook andere relevante factoren. Verzoeker is volgens de ziektekostenverzekeraar akkoord gegaan met het aanbod van € 825,-- per persoon per maand voor het jaar 2025.

- 4.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat in maart 2024 uit coulance een aanbod is gedaan om voor de jaren 2023 en 2024 de premie van € 665,-- per persoon per maand te hanteren. Destijds is verzoeker ook meegedeeld dat in 2025 de reguliere premie moet worden betaald. Op 13 november 2024 is de polis inclusief de nieuwe premie van € 880,-- per persoon per maand voor 2025 aan verzoeker gestuurd. Ook is aan hem een e-mailbericht gezonden met hierin een eenmalig aanbod voor een premie van € 825,-- voor 2025. In 2026 dient verzoeker de reguliere premie te betalen. Tevens is aan verzoeker meegedeeld waarom de premie is verhoogd en dat de grondslag daarvoor in artikel 5.1 van de voorwaarden van de ziektekostenverzekering is te vinden. Dit hoeft niet juridisch en cijfermatig te worden onderbouwd. Verzoeker is daarnaast gewezen op zijn opzeggingsrecht.

De ziektekostenverzekeraar heeft verder verklaard dat verzoeker refereert aan een mededeling die hem in 2010 is gedaan voor het premiejaar 2011. Er zijn inmiddels 15 jaren verstreken en er is sprake van opvolgende verzekeraars. Het ziekenhuis in Benidorm is weliswaar gecontracteerd, maar dat betekent niet dat sprake kan zijn van een lagere premie voor mensen die in Spanje wonen. Dit is een verzekering, bedoeld voor Nederlanders die over de hele wereld wonen, en die zich niet op grond van de Zorgverzekeringswet hoeven te verzekeren. Er zijn weinig mensen die deze verzekering hebben afgesloten en met elkaar moeten zij zorgen voor betaling van de gemaakte zorgkosten. De zorgkosten in andere landen kunnen veel hoger liggen. Daarnaast gevraagd door de commissie, heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat er vorig jaar 103 verzekerden waren met deze polis. Met zo weinig verzekerden, met over het algemeen een hogere leeftijd, is het risico op zorgkosten hoog. Alle zorgkosten en bedrijfskosten zijn gestegen, en daarmee ook de premie voor dit product. De verzekering wordt niet langer actief aangeboden. Het is een verliesgevende portefeuille.

De ziektekostenverzekeraar heeft voorts opgemerkt dat de bindend adviezen die in het verleden door de commissie zijn gewezen gingen over de informatievoorziening. Dat is nu wel goed gegaan. Desondanks is aan verzoeker voor het jaar 2025 onverplicht de premie van 2024 aangeboden.

- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 4 juli 2025 verklaard dat het Hospital Clinica Benidorm een gecontracteerd privé-ziekenhuis is. De vergoeding voor de betrokken verzekerden ligt echter anders dan bij de zorgverzekering. Dit is terug te vinden in artikel 10 van de voorwaarden van de ziektekostenverzekering. De vergoeding van kosten van zorg in het woonland, niet zijnde Nederland, vindt plaats tot maximaal de in dat land van toepassing zijnde wettelijke tarieven. Als voor een vorm van zorg geen wettelijk tarief is vastgesteld, vindt vergoeding plaats tot maximaal het voor het betreffende woonland geldende marktconforme bedrag, tenzij anders is bepaald. Doordat de verzekerden die de ziektekostenverzekering hebben afgesloten over de hele wereld wonen, is het niet mogelijk voor alle woonlanden en woonplaatsen zorgaanbieders te contracteren. Er wordt zodoende geen onderscheid gemaakt in gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg of tarieven. Er wordt vergoed op basis van de in het woonland toepasselijke wettelijke of marktconforme tarieven.

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 9.1.3. van de voorwaarden van de 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 bepaling uit het Burgerlijk Wetboek (hierna: BW) en de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 6.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij e-mailberichten van 13 en 14 november 2024 aan verzoeker een aanbod tot verlenging van de ziektekostenverzekering gestuurd. Hij heeft in zijn e-mailbericht van 13 november 2024 aangeboden voor 2025 eenmalig en onverplicht dezelfde premie als in 2024, te weten een maandelijks premiebedrag van € 825,- per persoon, in rekening te brengen in plaats van € 880,-. Verzoeker heeft in reactie hierop gesteld dat de premie voor 2024 volgens hem niet € 825,- per persoon per maand bedroeg, maar - naar aanleiding van een door hem ingediende klacht - € 665,- per persoon per maand. De commissie stelt in dit verband vast dat van dwaling over de hoogte van de aangeboden premie voor 2025 geen sprake kan zijn. De ziektekostenverzekeraar is hier duidelijk in geweest, heeft verklaard dat het aanbod niet onderhandelbaar is, en verzoeker in dat verband, conform artikel 7:940 BW, expliciet gewezen op de mogelijkheid de ziektekostenverzekering op te zeggen. Van die mogelijkheid heeft verzoeker vervolgens geen gebruik gemaakt. Hieruit volgt dat verzoeker voor 2025 een premie van € 825,- per persoon per maand is verschuldigd.
- 6.3. Verzoeker heeft aangevoerd dat, niettegenstaande het voorgaande, hij een lagere premie voor de ziektekostenverzekering is verschuldigd, aangezien de ziektekostenverzekeraar bij de berekening van de premie voor 2025 is uitgegaan van onjuiste grondslagen, hetgeen niet rechtmatig is. Zo bedroeg de door hem te betalen premie in 2024 uiteindelijk € 665,- per persoon en werd hem in 2010 door een rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat de premie naar schatting 3% tot 7% per jaar zou stijgen. Dit zou betekenen dat de premie voor 2025 maximaal € 698,- per persoon per maand mag bedragen, aldus verzoeker. Volgens de ziektekostenverzekeraar had de mededeling over de percentuele premiestijging echter uitsluitend betrekking op het daaropvolgende jaar, dat wil zeggen 2011.
De commissie merkt op dat de ziektekostenverzekeraar duidelijk is geweest in de door hem gehanteerde premie voor het jaar 2024 als grondslag voor het aanbod voor 2025, en dit was niet € 665 per persoon per maand. Voor de percentuele premiestijging verwijst verzoeker naar een mededeling die hem 15 jaren geleden is gedaan. Het is een feit van algemene bekendheid dat de zorgkosten jaarlijks toenemen. Die toename kan ook meer dan 7% bedragen, zodat de verwijzing naar de mededeling - die overigens ook toen naar zijn aard niet meer dan een schatting vormde - geen doel treft. De ziektekostenverzekeraar heeft de achtergronden van de recente premiestijging voldoende toegelicht. Indien verzoeker twijfelde aan de rechtmatigheid hiervan dan wel zich om een andere reden niet met de premieverhoging kon verenigen had hij, zoals eerder is overwogen, van de mogelijkheid tot opzegging met ingang van 1 januari 2025 gebruik kunnen maken. Dit heeft hij evenwel niet gedaan. De enkele stelling van verzoeker dat hij zich vanwege zijn leeftijd niet meer elders kan verzekeren, leidt op zichzelf genomen niet tot de conclusie dat de premieverhoging voor 2025 onrechtmatig is.

Slotsom

- 6.4. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 24 juli 2025,

J.J.M. Linders,

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 7:504 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Voorwaarden verzekering

Artikel 3. Overige verplichtingen

3.1. Verplichtingen

De verzekeringnemer en de verzekerde zijn verplicht:

- bij het inroepen van zorg zich te legitimeren aan de hand van een paspoort;
- de behandelaar te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur van VGZ;
- aan VGZ, zijn medisch adviseur of hen die met de controle zijn belast medewerking te verlenen tot het verkrijgen van de informatie, welke nodig is voor de uitvoering van de VGZ Universeel compleet;
- VGZ te informeren over feiten, die met zich mee (kunnen) brengen dat kosten verhaald kunnen worden op (mogelijk) aansprakelijke derden en verstrekt VGZ in dat verband de benodigde inlichtingen. In dit verband treft de verzekerde geen enkele regeling met een derde, zonder voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring van VGZ. De verzekerde onthoudt zich van handelingen waardoor VGZ in zijn belangen kan worden geschaad;
- VGZ onverwijld op de hoogte te brengen van alle feiten en omstandigheden die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals bijvoorbeeld verhuizing, geboorte, overlijden, wijziging bank- of gironummer of beëindiging van het recht op deelname aan een collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering. Als door verzuim van de verzekeringnemer of de verzekerde ten onrechte een premie of een te hoge premie in rekening wordt gebracht, bestaat geen aanspraak op terug betaling;
- ingeval van vergoeding van kosten van zorg de originele nota's binnen 3 jaar na dagtekening bij VGZ in te dienen. Deze nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding VGZ is gehouden. Met behulp van de computer vervaardigde nota's dienen te zijn geparafeerd door de zorgverlener. Ingediende nota's waarop uitkering wordt gedaan worden niet geretourneerd aan de verzekerde;
- een op grond van deze verzekeringsvoorwaarden vereiste verwijzing over te (laten) leggen, als VGZ hierom vraagt;
- onze alarmcentrale die uitgevoerd wordt door de ANWB in te schakelen in de volgende situaties:
 - opname en verblijf in een ziekenhuis;
 - medisch noodzakelijke repatriëring naar het woonland;
 - bij opname in een ziekenhuis moet onze alarmcentrale vooraf ingeschakeld worden. Bij medisch noodzakelijke onvoorzienbare zorg moet onze alarmcentrale zo snel als mogelijk ingeschakeld worden. Als het inschakelen van onze alarmcentrale in deze gevallen achterwege blijft, bedraagt de maximale vergoeding hetgeen naar Nederlandse marktomstandigheden als redelijk en passend is te beschouwen.

3.2. Belangen

Wanneer de belangen van VGZ worden geschaad door het niet nakomen van de in lid [3.1. Verplichtingen](#) genoemde verplichtingen kan VGZ de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg, zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden, schorsen.

Artikel 4. Wijziging premie en voorwaarden

4.1. Wijziging premie en voorwaarden

VGZ heeft het recht deze verzekeringsvoorwaarden en premie voor de daarin geregelde verzekering te wijzigen. VGZ doet van de voorgenomen wijziging mededeling aan de verzekeringnemer. Een dergelijke wijziging geschiedt voor iedere VGZ Universeel compleet op een door VGZ vast te stellen datum.

4.2. Opzeggingsrecht

Als VGZ de premie verhoogt of de voorwaarden van de verzekering ten nadele van de verzekeringnemer of verzekerde wijzigt, is de verzekeringnemer gerechtigd de overeenkomst op te zeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging hem is meegedeeld. Dit opzeggingsrecht heeft de verzekeringnemer echter niet, als een wijziging in de verzekeringsvoorwaarden rechtstreeks voortvloeit uit wettelijke maatregelen, regelingen of bepalingen.

Artikel 5. **Begin, duur en beëindiging van de VGZ Universeel compleet**

5.1. **Begin en duur**

De verzekering gaat in op de op het polisblad vermelde datum en wordt gesloten voor het kalenderjaar waarin de verzekering is ingegaan. Met ingang van 1 januari van het daaropvolgende jaar wordt de verzekering stilzwijgend verlengd, steeds voor de periode van een kalenderjaar.

5.2. **Einde van rechtswege**

De VGZ Universeel compleet eindigt van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop:

- 5.2.1. VGZ ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen verzekeringen meer mag aanbieden;
- 5.2.2. VGZ stopt met het aanbieden en uitvoeren van de VGZ Universeel compleet;
- 5.2.3. de verzekerde overlijdt;
- 5.2.4. de verzekerde verzekeringplichtig wordt volgens de Zorgverzekeringswet of aanspraak kan doen gelden op een andere sociale verzekering;
- 5.2.5. de collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering eindigt of het dienstverband met een werkgever die een collectieve overeenkomst van ziektekostenverzekering met VGZ heeft afgesloten eindigt, tenzij vooraf anders is overeengekomen.

VGZ stelt de verzekeringnemer uiterlijk 2 maanden voordat een VGZ Universeel compleet op grond van het onder [5.2.1](#) gestelde eindigt, van dit einde op de hoogte, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt. Als een VGZ Universeel compleet eindigt op grond van het onder [5.2.2](#) gestelde verplicht VGZ zich de verzekeringnemer uiterlijk 6 maanden voordat de VGZ Universeel compleet eindigt, van dit einde op de hoogte te stellen. De verzekeringnemer stelt VGZ onverwijld op de hoogte van alle feiten en omstandigheden over de verzekerde die op grond van het onder lid [5.2.3](#) tot en met [5.2.5](#) gestelde, tot het einde van de VGZ Universeel compleet hebben geleid of kunnen leiden. Als VGZ op grond van de hiervoor bedoelde gegevens tot de conclusie komt dat de VGZ Universeel compleet 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 mee.

5.3. **Opzegging door de verzekeringnemer**

De verzekeringnemer kan de VGZ Universeel compleet opzeggen:

- uiterlijk 31 december van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar;
- in de situaties vermeld in artikel [4.2. Opzeggingsrecht](#).

5.4. **Opzegging door VGZ**

VGZ kan de VGZ Universeel compleet opzeggen, ontbinden of schorsen:

- als er sprake is van het niet op tijd betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel [2.4. Niet-tijdig betalen](#);
- als er sprake is van fraude (zie artikel [1.3. Fraude](#));
- als u ons opzettelijk geen, niet-volledige of onjuiste inlichtingen of stukken heeft verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;
- als u gehandeld heeft met het opzet ons te misleiden of als wij geen aanvullende verzekering(en) zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken.

In die gevallen kunnen wij binnen 2 maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang de aanvullende verzekering(en) opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen. Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen;

- als u ongewenst gedrag vertoont tegen ons, onze medewerkers of zorgverleners of onze eigendommen beschadigt. Ongewenst gedrag is bijvoorbeeld agressie, het uiten van bedreigingen, het gebruik van geweld of intimidatie of mogelijke andere gedragingen. Wij bepalen wanneer er sprake is van ongewenst gedrag. Wij kunnen hiervan aangifte doen bij de politie en u (laten) registreren in ons Incidentenregister en het Externe Verwijzingsregister (EVR). Wij nemen bij opzegging een opzegtermijn van 2 maanden in acht. Als wij uw aanvullende verzekering(en) hebben beëindigd, kunt u 8 jaar geen aanvullende verzekering sluiten bij de verzekeraars van Coöperatie VGZ.

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 degenen, 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.