

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Onderlinge Waarborgmaatschappij
Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. te Leiden
Zaak : Premie, premieachterstand, afmelding, opschorting, detentie, wilsovereenstemming
betalingsregeling
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019-2021, artt. 18d en 24 Zvw, 6.5.4 en 6.5.7. Rzv
Zaaknummer : 202101144
Zittingsdatum : 1 december 2021

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,

tegen

Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. te Leiden, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 28 mei 2021 heeft verzoeker per klachtenformulier de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een niet-bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoeker heeft hieraan voldaan; op 27 juli 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De zorgverzekeraar heeft op 3 september 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 6 september 2021 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 1 december 2021 gehoord. Tijdens deze hoorzitting heeft verzoeker verklaard toch een bindend advies van de commissie te willen.
- 2.4. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie partijen in de gelegenheid gesteld gezamenlijk te zoeken naar een mogelijke oplossing voor het geschil en de commissie over de uitkomst van dit overleg te berichten. Bij e-mailbericht van 23 december 2021 heeft verzoeker de commissie bericht dat partijen geen overeenstemming hebben bereikt, waarna is besloten de procedure naar de stand van dat moment voort te zetten.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker is tot op heden bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Zeker Polis (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Begin 2017 is verzoeker gedetineerd geworden. Naar aanleiding van de melding van zijn detentie is de zorgverzekering opgeschort en betaalde hij geen premie meer. Nadat de einde detentieverklaring, waaruit als einddatum van de detentie 15 november 2017 blijkt, alsnog werd overgelegd, is hem met terugwerkende kracht premie in rekening gebracht voor de zorgverzekering over de periode van november 2017 tot en met april 2020. Vanaf maart 2019 staat verzoeker onder bewind.
- 3.3. Op 30 oktober 2019 heeft de bewindvoerder van verzoeker hierover een brief geschreven aan de klachtencommissie van de zorgverzekeraar. Bij die gelegenheid is verzocht om heroverweging en kwijtschelding van een deel van de vorderingen, en is een voorstel gedaan voor een betalingsregeling tegen finale kwijting.

Hierna is per e-mail en gewone post over en weer gecorrespondeerd. Uiteindelijk heeft de klachtencommissie met een brief van 30 april 2021 (gedateerd 30 april 2020) geantwoord, daarbij verwijzend naar een eerdere brief van de zorgverzekeraar, gedateerd 7 december 2020. Samengevat is de reactie dat de bestaande vorderingen worden gehandhaafd en dat de zorgverzekeraar bereid is onder voorwaarden in te stemmen met een betalingsregeling tegen finale kwijting.

4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de zorgverzekeraar:

- (i) een nieuwe polis moet afgeven;
- (ii) gelet op zijn handelen/nalaten, de openstaande vorderingen moet verminderen;
- (iii) hem moet afmelden als wanbetaler bij het CAK;
- (iiii) hem de kosten van rechtsbijstand en het betaalde entreegeld moet vergoeden.

4.2. De zorgverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 4.6.1. van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over de afmelding en opschorting van de aanmelding als wanbetaler bij het CAK, en die over de opschorting van de zorgverzekering bij detentie, 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.

Standpunt verzoeker

6.2. Verzoeker stelt dat zijn bewindvoerder in maart 2019 het bewind via de site van de zorgverzekeraar heeft aangemeld. Er is vervolgens verzocht om een saldo-opgave. Hierbij bleek dat sprake was van een vordering die was overgedragen aan de deurwaarder en waarvan de exacte hoogte niet bekend was bij de zorgverzekeraar. Twee vorderingen die nog bij de zorgverzekeraar open stonden werden door de bewindvoerder voldaan. Tevens is gevraagd of verzoeker gebruik kon maken van de uitstroom wanbetalersregeling voor onderbewindgestelden. Volgens verzoeker bleef de zorgverzekeraar nalatig in zijn beantwoording, waardoor bepaalde kosten onnodig zijn doorgelopen. Verzoeker geeft aan dat hij niet in staat was de einde detentieverklaring tijdig aan te leveren. Zijn bewindvoerder was niet bekend met de opschorting van de verzekering wegens detentie. Zij werd hier door de zorgverzekeraar niet over geïnformeerd toen zij het bewind in maart 2019 aanmeldde. Pas in november 2019 kwam de bewindvoerder hier achter, toen zij voor verzoeker elders een verzekering tegen ziektekosten wilde afsluiten. Verzoeker concludeert dat het ontstaan van een vordering nadat hij onder bewind werd gesteld noch aan hem noch aan zijn bewindvoerder kan worden verweten zodat kwijtschelding is aangewezen. Op de vraag van de bewindvoerder de vordering met betrekking tot de periode van maart 2019 tot en met april 2020 kwijt te schelden kwam echter geen inhoudelijke reactie. Ook op het voorstel voor een betalingsregeling van € 35,- per maand werd door de zorgverzekeraar niet adequaat gereageerd. Verder bevreemdt het verzoeker dat de zorgverzekeraar vasthoudt aan de eis van een stabilisatieovereenkomst en een opgave van het VTLB. Zijn bewindvoerder heeft

meermaals uitgelegd dat geen sprake is van een minnelijk schuldtraject. De aanvraag voor schuldhulpverlening werd door de gemeente afgewezen.

Tot slot wijst verzoeker erop dat de klachtprocedure onevenredig lang heeft geduurd, namelijk van 30 oktober 2019 tot 30 april 2021.

Bovendien is de (financiële) afhandeling van de zorgverzekering nog steeds niet voltooid. Zo is er geen sprake van een nieuwe polis en is niet gebleken dat verzoeker is afgemeld bij het CAK.

- 6.3. Ter zitting is door verzoeker verklaard dat hij begin november 2020 van de zorgverzekeraar een gewijzigd polisblad heeft ontvangen. Dit betekent dat hij hierover geen uitspraak van de commissie meer vraagt. Hetzelfde geldt voor de door de zorgverzekeraar geconstateerde betalingsachterstand over de periode van 1 april 2016 tot 1 oktober 2016. Het is juist dat deze vordering is voldaan.

Verzoeker wil daarentegen nog wél een uitspraak over de achterstand met betrekking tot de periode van november 2017 tot en met april 2020. Voor een deel van deze achterstand is om kwijtschelding verzocht. De zorgverzekeraar heeft verklaard hiermee akkoord te gaan op voorwaarde dat een betalingsregeling van € 35,- per maand gedurende 36 maanden wordt afgesproken. Verzoeker heeft zich bereid verklaard hiermee in te stemmen, maar volgens de zorgverzekeraar zou deze regeling al zijn ingegaan op 1 mei 2021. Hiervan is noch verzoeker noch de bewindvoerder echter op de hoogte gesteld. Een en ander bevreemdt verzoeker te meer nu de aanmelding als wanbetaler pas met ingang van 1 augustus 2021 is opgeschort.

Standpunt zorgverzekeraar

- 6.4. De zorgverzekeraar verklaart dat al vóór aanvang van de detentieperiode een achterstand bestond. Deze betalingsachterstand had betrekking op de periode van 1 april 2016 tot 1 oktober 2016 en bedroeg € 1.669,98, inclusief incassokosten en rente. Genoemde vordering was door de zorgverzekeraar ook overgedragen aan zijn incassogemachtigde, maar is inmiddels volledig betaald zodat het dossier is gesloten.

Verder stelt de zorgverzekeraar dat het aan de verzekerde is het begin en einde van een detentieperiode te melden. Hij merkt op dat verzoeker op 7 februari 2017 zelf contact opnam om door te geven dat hij in detentie verbleef. De zorgverzekeraar wijst er in dit verband op dat al sprake was van detentie toen de onderbewindstelling aanving. Van verzoeker kon worden verwacht dat hij ermee bekend was dat ook het einde van de detentie moest worden gemeld. Hetzelfde geldt voor de bewindvoerder van verzoeker. Pas op 11 februari 2020 heeft de bewindvoerder aan de zorgverzekeraar een officiële detentieverklaring overgelegd waaruit blijkt dat de detentie van verzoeker al op 15 november 2017 was geëindigd. Zoals ook blijkt uit jurisprudentie van de Hoge Raad (HR 19 april 1996, LJN ZC2047, NJ 1996/727) mag van een bewindvoerder een actieve houding worden verwacht. Volgens de zorgverzekeraar had het op de weg van de bewindvoerder gelegen bij de penitentiaire inrichting een detentieverklaring op te vragen. Doordat de bewindvoerder en verzoeker dit hebben nagelaten is de opschorting van de zorgverzekering langer doorgelopen en moest achteraf premie worden berekend. Gelet op de actievere houding die van een bewindvoerder mag worden verwacht valt een en ander de zorgverzekeraar niet aan te rekenen. Voor kwijtschelding van de vordering die vanaf maart 2019 is ontstaan bestaat dan ook geen grond.

- 6.5. Desalniettemin is de zorgverzekeraar bereid tot kwijtschelding van de vordering betreffende de periode van 1 april 2019 tot en met 30 april 2020. Voorwaarde is hierbij wel dat een stabilisatieovereenkomst moet worden aangeleverd alsmede een voorstel tot betaling tegen finale kwijting. Bij het voorstel moet voorts een VTLB-berekening worden gevoegd, en het voorstel moet door de zorgverzekeraar worden geaccepteerd. Verder is een definitief akkoord van alle schuldeisers vereist dat aan alle voorwaarden en plichten van het MSNP traject is voldaan. Na contact met de bewindvoerder heeft de zorgverzekeraar besloten eerder genoemde voorwaarden te laten vervallen. In plaats daarvan stelt de zorgverzekeraar nog als enige voorwaarde dat verzoeker een betalingsregeling van € 35,- per maand afspreekt voor de nog openstaande vordering over de periode van 1 november 2017 tot en met 31 maart 2019. Verzoeker is met dit voorstel akkoord gegaan, waarna is afgesproken dat deze betalingsregeling op 1

mei 2021 zou ingaan. Ter zitting is door de zorgverzekeraar toegelicht dat aan verzoeker een bevestiging van de gemaakte afspraken is gestuurd, maar dat sindsdien nog geen betaling van € 35,- is ontvangen. Daarnaast is door de zorgverzekeraar verklaard dat de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het CAK, vanwege de totstandkoming van deze betalingsregeling, met ingang van 1 augustus 2021 is opgeschort.

Verder stelt de zorgverzekeraar dat hij verzoeker op 31 oktober 2020 een gewijzigd polisblad heeft gestuurd.

Overwegingen commissie

- 6.6. De commissie overweegt in de eerste plaats dat verzoeker ter zitting heeft verklaard dat hij geen uitspraak (meer) wil van de commissie over het toezenden van een gewijzigd polisblad en over de (aanvankelijk) openstaande vordering met betrekking tot de periode van 1 april 2016 tot 1 oktober 2016. Deze onderdelen van het verzoek behoeven daarom geen verdere bespreking.
- 6.7. Waar het gaat om het tweede onderdeel van het verzoek moet een tweedeling worden gemaakt. Allereerst betreft het de openstaande vordering over de periode van 1 november 2017 tot en met 31 maart 2019. Dat het bedrag van de vordering over dit tijdvak onjuist is, is in de procedure niet gebleken. Hetgeen partijen verdeeld houdt is de vraag of, en zo ja met ingang van welke datum voor deze schuld een betalingsregeling is afgesproken. Hiertoe overweegt de commissie dat de zorgverzekeraar aan verzoeker en zijn bewindvoerder heeft voorgesteld om ter voldoening van de vordering over voornoemde periode gedurende 36 maanden maandelijks een bedrag van € 35,- te betalen. Nadat verzoeker en zijn bewindvoerder hiermee akkoord waren gegaan, is de betalingsregeling volgens de zorgverzekeraar op 1 mei 2021 ingegaan en is dit ook aan de bewindvoerder bevestigd. Verzoeker betwist dat hij en zijn bewindvoerder zijn geïnformeerd en voert aan dat de betalingsregeling in zijn beleving niet eerder dan op 1 augustus 2021 kan zijn ingegaan, de datum van opschorting van de aanmelding bij het CAK.
- 6.8. De commissie overweegt dat over de ingangsdatum van de betalingsregeling geen overeenstemming bestaat. Tegen die achtergrond is ter zitting aan de zorgverzekeraar gevraagd of hij bereid is de betalingsregeling op een latere datum dan 1 mei 2021 te laten ingaan. Het antwoord hierop luidde ontkennend. Verzoeker was, daarnaar gevraagd, niet bereid in te stemmen met de ingangsdatum van 1 mei 2021. Voor de totstandkoming van een betalingsregeling is wilsovereenstemming tussen partijen vereist. Deze bestaat ten aanzien van het termijnbedrag en het aantal termijnen, maar niet waar het gaat om de ingangsdatum. Daarom kan de conclusie geen andere zijn dan dat tussen partijen geen regeling tot stand is gekomen. Het voorgaande heeft tot gevolg dat de vordering over de periode van 1 november 2017 tot en met 31 maart 2019 thans direct en volledig opeisbaar is. Tevens is de grondslag voor de opschorting van de aanmelding als wanbetaler bij het CAK met ingang van 1 augustus 2021 hiermee vervallen, zodat ook het derde onderdeel van het verzoek moet worden afgewezen.
- 6.9. Verder is door verzoeker bij de zorgverzekeraar verzocht om kwijtschelding van de vordering met betrekking tot de periode van 1 april 2019 tot en met 30 april 2020. De commissie begrijpt het aldus dat verzoeker de zorgverzekeraar tegenwerpt dat deze zijn bewindvoerder niet heeft ingelicht over de detentie, toen zij het bewind in maart 2019 aanmeldde. Doordat de opschorting voortduurde tot de ontvangst van de einde detentieverklaring, en hierna met terugwerkende kracht door de zorgverzekeraar premie werd berekend, is deze tweede vordering ontstaan. De commissie overweegt dat in artikel 24, derde lid, Zvw is geregeld dat de aanvang van de detentie moet worden gemeld bij de verzekeraar. Dit is kennelijk ook gebeurd, en wel door verzoeker, op 7 februari 2019. Het moet hem duidelijk zijn geweest dat het directe gevolg van deze actie de opschorting van de zorgverzekering en de hieraan verbonden verplichting tot premiebetaling was. Evenzo had hij kunnen bedenken dat bij het einde van de detentieperiode een einde moest komen aan deze opschorting, en had hij zich kunnen laten informeren over de alsdan te ondernemen stappen. Dat hij niet in staat was een verklaring omtrent het einde van

de detentie over te leggen, is door verzoeker weliswaar gesteld, maar verder op geen enkele wijze onderbouwd. Daarnaast wekt het bevreemding dat de bewindvoerder bij aanvang van het bewind niet heeft geconstateerd dat door verzoeker al geruime tijd geen premie meer werd betaald. Hierbij neemt de commissie aan dat zij in ieder geval heeft nagevraagd of verzoeker een zorgverzekering had afgesloten, en zo ja, bij welke verzekeraar.

Onder de gegeven omstandigheden treft het verwijt dat de zorgverzekeraar de bewindvoerder van verzoeker in maart 2019 niet heeft ingelicht over de (opschorting van de zorgverzekering vanwege) detentie, geen doel.

- 6.10. Aansluitend is de vraag of anderszins sprake is van verwijtbaarheid aan de kant van de zorgverzekeraar, waardoor de vordering over voornoemde periode onnodig is opgelopen en gedeeltelijke kwijtschelding aan de orde zou kunnen zijn. Hiervan is niet gebleken. Door de zorgverzekeraar zijn de diverse contactmomenten genoemd en ook is toegelicht welke informatie toen is verstrekt. Voor vermindering van de vordering wegens handelen of nalaten van de zorgverzekeraar - het tweede onderdeel van het verzoek - bestaat daarom geen grond. Los van het voorgaande heeft de zorgverzekeraar indertijd aangeboden de vordering over de periode van 1 april 2019 tot en met 30 april 2020 kwijt te schelden. Dit op voorwaarde dat verzoeker een betalingsregeling van € 35,- per maand afspreekt voor de duur van 36 maanden. Hiervoor heeft de commissie geoordeeld dat tussen verzoeker en de zorgverzekeraar geen betalingsregeling bestaat. Dit betekent dat de zorgverzekeraar niet is gehouden tot kwijtschelding van de openstaande schuld met betrekking tot de periode van 1 april 2019 tot en met 30 april 2020, en dat deze thans eveneens direct en volledig opeisbaar is.
- 6.11. Onder de gegeven omstandigheden bestaat geen aanleiding te bepalen dat de zorgverzekeraar de kosten van rechtsbijstand of het betaalde entreegeld aan verzoeker dient te vergoeden.
- 6.12. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 januari 2022,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Zorgverzekeringswet

Artikel 16

1. Krachtens de zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd.
2. In afwijking van artikel 925 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek en van het eerste lid:
 - a. is geen premie verschuldigd tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin een verzekerde de leeftijd van achttien jaren heeft bereikt;
 - b. is geen premie verschuldigd over de periode, bedoeld in artikel 18d of 18e.

Artikel 18a

1. Uiterlijk tien werkdagen nadat ten aanzien van een zorgverzekering een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van twee maandpremies is geconstateerd, doet de zorgverzekeraar de verzekeringnemer een aanbod tot het treffen van een betalingsregeling.
2. De betalingsregeling bestaat ten minste uit de volgende elementen:
 - a. afspraken over de betaling van nieuw vervallende termijnen van de premie,
 - b. afspraken inzake de afwikkeling van de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden van de verzekeringnemer aan de zorgverzekeraar, inclusief rente en incassokosten, en de termijnen waarbinnen betaling zal plaatsvinden, en
 - c. een toezegging van de zorgverzekeraar, inhoudende dat hij de zorgverzekering of de dekking daarvan gedurende de looptijd van de betalingsregeling niet om reden van het bestaan van de schulden, bedoeld in onderdeel b, zal beëindigen, schorsen of opschorten, zolang de verzekeringnemer de afspraken, bedoeld in de onderdelen a en b, nakomt.
3. Indien de verzekeringnemer een ander heeft verzekerd en ten aanzien van diens verzekering een premie-achterstand als bedoeld in het eerste lid is ontstaan, omvat het aanbod, bedoeld in het eerste lid, tevens een bereidverklaring opzegging van deze verzekering met ingang van de dag waarop de betalingsregeling van kracht wordt, te aanvaarden, mits:
 - a. de verzekerde zichzelf uiterlijk met ingang van dezelfde dag krachtens een andere zorgverzekering verzekerd heeft, en
 - b. deze, indien deze zorgverzekering bij dezelfde zorgverzekeraar is gesloten, terzake van de premie voor deze verzekering een volmacht of opdracht als bedoeld in het tweede lid, onderdeel a, heeft gegeven.
4. Tegelijk met het aanbod deelt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer schriftelijk mee dat deze een termijn van vier weken heeft om het te aanvaarden, waarbij de verzekeraar bovendien aangeeft wat de gevolgen zullen zijn indien het aanbod niet wordt aanvaard en de premieschuld, rente en incassokosten buiten beschouwing gelaten, tot zes of meer maandpremies zal zijn opgelopen, en wijst hij de verzekeringnemer op de mogelijkheid van schuldhelpverlening, waarbij hij tevens informatie verstrekt over de vormen hiervan en wijze waarop deze kan worden verzocht.
5. Indien het derde lid van toepassing is, zendt de zorgverzekeraar de verzekerde tegelijk met de verzending van de in het eerste tot en met vierde lid bedoelde stukken aan de verzekeringnemer, afschriften van deze stukken.

Artikel 18aa

1. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat in daarbij aan te wijzen gevallen een aan de verzekeringnemer of zijn partner uit te betalen zorgtoeslag als bedoeld in de Wet op de zorgtoeslag of een voorschot daarop, in afwijking van artikel 25, eerste lid, van de Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen, als tegemoetkoming in de premie en, voor zover de zorgtoeslag of het voorschot daarop dan nog toereikend is, het eigen risico, geheel of gedeeltelijk, direct of door tussenkomst van het CAK aan de zorgverzekeraar wordt uitbetaald indien ten aanzien van een zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend,

een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van drie maandpremies is ontstaan.

2. Bij ministeriële regeling kunnen regels worden gesteld met betrekking tot het eerste lid.

Artikel 18b

1. Zo spoedig mogelijk nadat ten aanzien van een zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van vier maandpremies is geconstateerd, deelt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde mee dat hij voornemens is over te gaan tot de melding, bedoeld in artikel 18c, zodra de premieschuld de daar bedoelde hoogte zal hebben bereikt, tenzij de verzekeringnemer of de verzekerde hem uiterlijk vier weken na ontvangst van de mededeling heeft laten weten, het bestaan van de schuld of de hoogte ervan te betwisten.
2. Ingeval van tijdige betwisting als bedoeld in het eerste lid deelt de zorgverzekeraar, indien deze na onderzoek zijn standpunt handhaaft, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde mee dat hij het voornemen tot melding tot uitvoering zal brengen zodra de premieschuld de in artikel 18c, eerste lid, bedoelde hoogte zal hebben bereikt, tenzij de verzekeringnemer of de verzekerde binnen een termijn van vier weken na ontvangst van de in dit lid bedoelde mededeling een geschil hierover heeft voorgelegd aan een onafhankelijke instantie als bedoeld in artikel 114 of aan de burgerlijke rechter.
3. Indien een betalingsregeling als bedoeld in artikel 18a ingaat nadat ten aanzien van de zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van vier maandpremies is ontstaan, laat de zorgverzekeraar de in het eerste lid bedoelde melding achterwege zolang de nieuw vervallende termijnen van de premie worden voldaan.

Artikel 18bb

1. Naast de op incasso gerichte inspanningen, bedoeld in de artikelen 18a en 18b, verricht de zorgverzekeraar aantoonbaar voldoende inspanningen tot inning van de premie voorafgaand aan de melding, bedoeld in artikel 18c, eerste lid.
2. Bij ministeriële regeling wordt bepaald wanneer sprake is van het verrichten van aantoonbaar voldoende inspanningen als bedoeld in het eerste lid.

Artikel 18c

1. Indien ten aanzien van een zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een premieschuld ter hoogte van zes of meer maandpremies is ontstaan, meldt de zorgverzekeraar dit, onder vermelding van de voor de heffing van de bestuursrechtelijke premie alsmede voor de uitvoering van artikel 34a noodzakelijke persoonsgegevens van de verzekeringnemer en de verzekerde, aan het CAK, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, aan de verzekerde.
2. De melding geschiedt niet:
 - a. in geval van tijdige betwisting als bedoeld in artikel 18b, eerste lid, zolang de zorgverzekeraar zijn standpunt dienaangaande niet aan de verzekeringnemer en, indien dit een ander dan de verzekeringnemer is, aan de verzekerde heeft kenbaar gemaakt;
 - b. gedurende de termijn, genoemd in artikel 18b, tweede lid;
 - c. ingeval van tijdige voorlegging van het geschil aan een onafhankelijke instantie of aan de burgerlijke rechter als bedoeld in artikel 18b, tweede lid, zolang op het geschil niet onherroepelijk is beslist;
 - d. ingeval de verzekeringnemer zich heeft aangemeld bij een schuldhulpverlener als bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet en aantoont dat hij in het kader daarvan een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van zijn schulden heeft gesloten;
 - e. ingeval het adres van de verzekeringnemer en, indien dit een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde, niet in de basisregistratie personen voorkomt of het adres

zoals dat is opgenomen in de administratie van de zorgverzekeraar afwijkt van het adres waaronder deze persoon of personen in de basisregistratie personen als ingezetene staat of staan ingeschreven, tenzij deze afwijking het gevolg is van een omstandigheid als bedoeld in artikel 4a, derde lid, onderdeel a tot en met c.

3. Onderdeel van de melding vormt een verklaring van de zorgverzekeraar, inhoudende dat hij artikel 18b en het tweede lid in acht heeft genomen.
4. Na de melding verleent de zorgverzekeraar aantoonbaar voldoende medewerking aan activiteiten van de verzekeringnemer of derden, gericht op aflossing van de jegens de zorgverzekeraar bestaande, uit de zorgverzekering voortvloeiende schuld.
5. Bij ministeriële regeling wordt bepaald wanneer sprake is van het verrichten van aantoonbaar voldoende medewerking als bedoeld in het vierde lid.

Artikel 18d

1. De verzekeringnemer is vanaf de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin het CAK de melding, bedoeld in artikel 18c, heeft ontvangen aan het CAK een bij ministeriële regeling te bepalen, bestuursrechtelijke premie van ten minste 110% en ten hoogste 130% van de gemiddelde premie verschuldigd.
2. De premie, bedoeld in het eerste lid, is niet meer verschuldigd met ingang van de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin:
 - a. de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden zijn of zullen zijn afgelost of tenietgaan,
 - b. de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, bedoeld in de Faillissementswet, op de verzekeringnemer van toepassing wordt,
 - c. door tussenkomst van een schuldhulpverlener als bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet een overeenkomst als bedoeld in artikel 18c, tweede lid, onderdeel d, is gesloten, door diens tussenkomst een buitengerechtelijke schuldregeling tot stand is gekomen waarin, naast de verzekeringnemer, ten minste zijn zorgverzekeraar deelneemt, of de zorgverzekeraar met de verzekeringnemer een betalingsregeling is overeengekomen, of
 - d. de verzekeringnemer aan bij ministeriële regeling te bepalen voorwaarden voldoet.
3. Ten behoeve van de toepassing van het tweede lid stelt de zorgverzekeraar het CAK, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde, onverwijld op de hoogte van de datum waarop een situatie als bedoeld in onderdeel a, b of c van dat lid van toepassing wordt.
4. In afwijking van het eerste en tweede lid is de verzekeringnemer wederom aan het CAK bestuursrechtelijke premie verschuldigd vanaf de eerste dag van de maand volgende op de maand:
 - a. waarin de toepassing van de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen op grond van artikel 350, derde lid, onderdeel c, d, e, f, of g, van de Faillissementswet, is beëindigd,
 - b. waarin hij zich, blijkens een melding van zijn zorgverzekeraar, aan deelname aan een op hem van toepassing zijnde overeenkomst of regeling als bedoeld in het tweede lid, onderdeel c, heeft onttrokken voordat hij de in de desbetreffende overeenkomst of regeling neergelegde afspraken jegens zijn zorgverzekeraar volledig is nagekomen of
 - c. waarin hij niet meer voldoet aan bij de ministeriële regeling, bedoeld in het tweede lid, te bepalen voorwaarden.
5. Indien in het in het vierde lid, onderdeel b, bedoeld geval een door tussenkomst van een schuldhulpverlener als bedoeld in het tweede lid, onderdeel c, tot stand gekomen overeenkomst of regeling betreft, dient de melding, bedoeld in dat onderdeel mede door een schuldhulpverlener te zijn ondertekend.
6. Bij ministeriële regeling wordt bepaald hoe de gemiddelde premie, bedoeld in het eerste lid, wordt berekend.

Regeling zorgverzekering

Artikel 6.5.6

1. Onverminderd artikel 18d, tweede lid, onderdelen a, b en c, van de Zorgverzekeringswet is de bestuursrechtelijke premie, bedoeld in artikel 18d, eerste lid, van die wet niet meer verschuldigd met ingang van de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin de verzekeringnemer aan de volgende voorwaarden voldoet:
 - a. de verzekeringnemer ontvangt algemene bijstand als bedoeld in artikel 5 van de Participatiewet;
 - b. de verzekeringnemer heeft gedurende een periode van ten minste twaalf aaneengesloten maanden algemene bijstand ontvangen of de schulden van de verzekeringnemer voortvloeiende uit de zorgverzekering bedragen in totaal minder dan € 600;
 - c. de verzekeringnemer is verzekerd op basis van een modelovereenkomst als bedoeld in artikel 18 van de Zorgverzekeringswet die is aangewezen in een in dat artikel bedoelde overeenkomst die het college van burgemeester en wethouders heeft gesloten ten behoeve van of mede ten behoeve van ontvangers van algemene bijstand, tenzij de verzekeringnemer een zorgverzekering heeft bij een zorgverzekeraar die geen deel uitmaakt van een groep in de zin van artikel 24b van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek met de zorgverzekeraar waarmee de overeenkomst is gesloten;
 - d. de verzekeringnemer heeft het verplicht eigen risico van de zorgverzekering verzekerd of zorgt voor gespreide dan wel tijdige betaling van het verplicht eigen risico;
 - e. de verzekeringnemer heeft een zorgverzekering zonder vrijwillig eigen risico;
 - f. de zorgverzekeraar heeft het bedrag van de schulden van de verzekeringnemer voortvloeiende uit de zorgverzekering dat eventueel resteert na afloop van de in onderdeel g bedoelde termijn, kwijtgescholden onder voorwaarde van de betalingen, bedoeld in onderdeel g, de toezegging, bedoeld in onderdeel h, en de betalingen, bedoeld in het tweede lid;
 - g. onder gebruikmaking van de bevoegdheid die het college van burgemeester en wethouders heeft op grond van artikel 57 van de Participatiewet wordt in overeenstemming met de zorgverzekeraar of zorgverzekeraars gedurende maximaal 36 maanden de premie van de zorgverzekering en de aflossing van de schulden van de verzekeringnemer voortvloeiende uit de zorgverzekering of zorgverzekeringen ingehouden op de algemene bijstand van de verzekeringnemer en aan de zorgverzekeraar of zorgverzekeraars betaald;
 - h. de verzekeringnemer zegt toe vanaf het moment dat geen algemene bijstand wordt verleend zorg te dragen voor voortzetting van de betalingen, bedoeld in onderdeel g;
 - i. de verzekeringnemer stemt er mee in aan de voorwaarden, bedoeld onder c, d, e en h te blijven voldoen gedurende de periode, bedoeld onder g, onder voorbehoud van de toepassing van artikel 18d, tweede lid, onderdelen b en c, van de Zorgverzekeringswet.
2. De bestuursrechtelijke premie, bedoeld in artikel 18d, eerste lid, van die wet is wederom verschuldigd met ingang van de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin niet meer wordt voldaan aan de voorwaarde, bedoeld in het eerste lid, onderdeel c, d, e of g, of waarin de verzekeringnemer waaraan geen algemene bijstand meer wordt verleend niet meer zorg draagt voor voortzetting van de betalingen, bedoeld in het eerste lid, onderdeel g.

Artikel 6.5.7

1. Onverminderd artikel 18d, tweede lid, onderdelen a, b en c, van de Zorgverzekeringswet is de bestuursrechtelijke premie, bedoeld in artikel 18d, eerste lid, van die wet niet meer verschuldigd met ingang van de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin de verzekeringnemer aan de volgende voorwaarden voldoet:
 - a. ten aanzien van de verzekeringnemer is een bewind als bedoeld in artikel 431, eerste lid, onderdeel a of b, van Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek ingesteld;
 - b. de verzekeringnemer heeft het verplicht eigen risico van de zorgverzekering verzekerd of zorgt voor gespreide dan wel tijdige betaling van het verplicht eigen risico;
 - c. de verzekeringnemer heeft een zorgverzekering zonder vrijwillig eigen risico;

- d. de zorgverzekeraar heeft het bedrag van de schulden van de verzekeringnemer voortvloeiende uit de zorgverzekering dat eventueel resteert na afloop van de in onderdeel e bedoelde termijn, kwijtgescholden onder voorwaarde van de betalingen, bedoeld in onderdeel e, de toezegging, bedoeld in onderdeel f, en de betalingen, bedoeld in het tweede lid;
 - e. onder gebruikmaking van zijn bevoegdheden op grond van Titel 19 van Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek draagt de bewindvoerder er in overeenstemming met de zorgverzekeraar of zorgverzekeraars zorg voor dat gedurende maximaal 36 maanden de premie van de zorgverzekering en de aflossing van de schulden van de verzekeringnemer voortvloeiende uit de zorgverzekering of zorgverzekeringen aan de zorgverzekeraar of zorgverzekeraars worden betaald;
 - f. de verzekeringnemer zegt toe vanaf het moment dat het bewind eindigt zorg te dragen voor voortzetting van de betalingen, bedoeld in onderdeel e;
 - g. de bewindvoerder en de verzekeringnemer stemmen er mee in aan de voorwaarden, bedoeld onder b, c en f, te blijven voldoen gedurende de periode, bedoeld onder e, onder voorbehoud van de toepassing van artikel 18d, tweede lid, onderdelen b en c, van de Zorgverzekeringswet.
2. De bestuursrechtelijke premie, bedoeld in artikel 18d, eerste lid, van die wet is wederom verschuldigd met ingang van de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin niet meer wordt voldaan aan de voorwaarde, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, c of f, of waarin het bewind is geëindigd niet meer zorg draagt voor voortzetting van de betalingen, bedoeld in het eerste lid, onderdeel e.

Zorgverzekeringswet

Artikel 24

- 1 De rechten en plichten uit de zorgverzekering zijn van rechtswege opgeschort gedurende de periode waarover Onze Minister van Justitie in het kader van de uitvoering van een rechterlijke uitspraak verantwoordelijk is voor de verstrekking van geneeskundige zorg aan een verzekerde.
- 2 Het eerste lid is niet van toepassing gedurende de periode waarover iemand die geen gedetineerde is in de zin van de Wet forensische zorg, forensische zorg als bedoeld in die wet geniet.
- 3 De rechten en plichten uit de zorgverzekering zijn eveneens van rechtswege opgeschort gedurende de periode dat een verzekerde blijkens een verklaring van de Minister van Buitenlandse Zaken of een verklaring van Reclassering Nederland buiten Nederland in detentie is genomen.
- 4 De verzekeringnemer, de verzekerde, of de gemachtigde van de verzekeringnemer of verzekerde meldt de zorgverzekeraar de dag waarop de periode, bedoeld in het eerste of derde lid, aanvangt, waarbij hij indien het derde lid van toepassing is, tevens de daar bedoelde verklaring aan de zorgverzekeraar overlegt.

28.3 Overige uitsluitingen

U heeft geen recht op vergoeding of verstrekking als de kosten zijn ontstaan door ziekten en of ongevallen en de verzekerde krachtens een wettelijke geregelde verzekering, een verzekering van overheidswege, enigerlei subsidieregeling of - ware de onderhavige verzekeringsovereenkomst niet gesloten - een andere dan deze overeenkomst voor de daaruit voortvloeiende kosten aanspraken kan doen gelden.

28.4 Aansprakelijkheid

- a. Zorg en Zekerheid is niet aansprakelijk voor schade die u lijdt als gevolg van enig handelen of nalaten van een zorgverlener van wiens zorg u gebruik heeft gemaakt.
- b. De eventuele aansprakelijkheid van Zorg en Zekerheid voor schade als gevolg van eigen tekortkomingen is beperkt tot het bedrag van de kosten die bij juiste uitvoering van de verzekering voor rekening van Zorg en Zekerheid zouden zijn gekomen, tenzij sprake is van opzet of grove schuld.

Rubriek D Verzekeringsvoorwaarden

Artikel 29 Verzekeringsvoorwaarden

29.1 Algemeen

Vergoeding van de kosten van andere zorg dan in de polis omschreven: in voorkomende gevallen kan aanspraak worden gemaakt op vergoeding van de kosten van andere vormen van zorg dan genoemd in deze polis. Of op de vergoeding van de kosten van deze zorg, als vaststaat dat de betreffende behandeling naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leidt, en Zorg en Zekerheid voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft verleend en voor zover deze vormen van zorg niet bij of krachtens de wet zijn uitgesloten.

29.2 Opname in een ziekenhuis

Bij opname in een ziekenhuis wordt vergoeding verleend op basis van het tarief van de laagste klasse.

29.3 Begin en einde van de vergoeding c.q. aanspraak op zorg

Als de verzekerde op grond van de eerdere bepalingen in deze zorgpolis aanspraak heeft op zorg dan wel recht heeft op vergoeding van door hem gemaakte kosten, geldt dat slechts voor zover hij zorg heeft genoten tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is. Ten aanzien van de toerekening van een DOT en een DBC (DBC-zorgproduct) geldt hetgeen is aangegeven in artikel 3.4.

29.4 Persoonsregistratie

- a. De bij de aanvraag, wijziging of beëindiging van de verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens worden opgenomen in de door Zorg en Zekerheid gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is de Wet Bescherming Persoonsgegevens en de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing;
- b. Zorg en Zekerheid verstrekt in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst informatie aan zorgverleners of zorginstellingen omtrent uw verzekeringsstatus. Zorg en Zekerheid behoudt zich in het kader van de uitvoering van de zorgverzekering het recht voor persoonsgegevens aan derden te verstrekken, met inachtneming van de Wet Bescherming Persoonsgegevens. Als u niet wenst dat uw adres daarbij getoond wordt, kunt u dit schriftelijk doorgeven aan Zorg en Zekerheid;
- c. In het kader van een verantwoord acceptatie-, risico- en fraudebeleid voert Zorg en Zekerheid conform de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars een Gebeurtenissenadministratie. Conform het Protocol Incidentenwaarschuwing Financiële Instellingen wordt een Incidentenregister gevoerd en kunnen wij uw gegevens raadplegen bij en/of vastleggen in het Extern Verwijzingsregister dat beheerd wordt door de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in Den Haag.

Artikel 30 Verplichtingen verzekerde/verzekeringnemer

30.1 Algemene verplichtingen

De verzekerde/verzekeringnemer is verplicht:

- a. Bij het inroepen van zorg in een ziekenhuis of polikliniek zich te legitimeren met een geldig legitimatiebewijs;
- b. De behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur van Zorg en Zekerheid als de medisch adviseur daarom vraagt;
- c. Aan de medisch adviseur of anderen die bij Zorg en Zekerheid met de controle zijn belast, medewerking te verlenen tot verkrijgen van alle gewenste informatie, met inachtneming van privacyregelgeving. Hieronder wordt tevens verstaan het, op verwijzing van Zorg en Zekerheid, verlenen van medewerking aan het verkrijgen van een second opinion door een onafhankelijk specialist. De kosten van een dergelijk second opinion komen voor rekening van Zorg en Zekerheid;
- d. Zorg en Zekerheid te informeren omtrent feiten die met zich mee kunnen brengen dat de kosten verhaald kunnen worden op (mogelijke) aansprakelijke derden en verstrekt Zorg en Zekerheid kosteloos in dat verband alle benodigde inlichtingen en/of medewerking; het is hem niet toegestaan om, zonder schriftelijke akkoordverklaring van Zorg en Zekerheid, een regeling te (laten) treffen met de aansprakelijke derde of diens verzekeraar met betrekking tot de kosten die door Zorg en Zekerheid zijn of worden vergoed;
- e. Binnen 30 dagen aan Zorg en Zekerheid te melden dat de verzekerde is gedetineerd en/of dat de detentie van verzekerde is afgelopen, in verband met de wettelijke bepaling inzake de opschorting van dekking en premieplicht tijdens de duur van de detentie;
- f. De originele en duidelijk gespecificeerde nota's bij Zorg en Zekerheid in te dienen vóór 31 december van het derde jaar volgend op het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. In het geval de nota betrekking heeft op een DOT en/of een DBC worden alle kosten die met

deze DOT en/of DBC-verband houden toegerekend aan het jaar waarin deze is geopend. Als de nota's later worden ingediend dan heeft u geen recht meer op vergoeding van deze zorgkosten.. Alleen originele nota's, of computernota's die zijn gewaarmerkt door de zorgverlener, worden in behandeling genomen. Bij het declareren van kosten buitenland of zittend ziekenvervoer dient gebruik te worden gemaakt van een door Zorg en Zekerheid te verstrekken declaratieformulier buitenland/zittend ziekenvervoer, zie hiervoor ook zorgzekerheid.nl;

- g. Voor zover een verwijzing in de polis voor het inroepen van de zorg is vereist, de verwijzing van de desbetreffende zorgverlener te overleggen Als Zorg en Zekerheid hierom vraagt.

30.2 Tijdig aanvragen van toestemming

De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht toestemming van Zorg en Zekerheid, zoals die is vereist voor een aantal behandelingen en verstrekkingen en instellingen, vooraf op een zodanig tijdstip aan te vragen dat Zorg en Zekerheid de gelegenheid heeft alle gewenste inlichtingen te verkrijgen en zonodig nadere voorwaarden te stellen aan de voorgenomen behandeling of verstrekking.

30.3 Niet nakomen van verplichtingen

Bij niet nakoming van de verplichting zoals geformuleerd in 30.2, komen de eventuele (financiële) gevolgen in beginsel voor rekening van verzekerde. Dit laat onverlet dat deze verzekerde in beginsel geen recht heeft op zorg dan wel behoeft Zorg en Zekerheid geen kosten te vergoeden, als de vereiste toestemming (nog) niet is verleend door Zorg en Zekerheid.

30.4 Verjaring

- Uw rechtsvordering, met betrekking tot het recht op vergoeding van zorgkosten, op Zorg en Zekerheid verjaart in principe door verloop van drie jaren na de aanvang van de dag, volgende op de dag dat de betreffende zorg is geleverd;
- Om te voorkomen dat uw vordering op Zorg en Zekerheid verjaart, moet u Zorg en Zekerheid binnen de verjaringstermijn schriftelijk mededelen dat u uitdrukkelijk aanspraak maakt op uitkering. Ook het instellen van een rechtsvordering tegen de afwijzing voorkomt dat uw vordering op Zorg en Zekerheid verjaart.

Artikel 31 Onwaarachtige weergave van feiten

Verlies van uitkering en einde verzekeringsovereenkomst:

- Iedere aanspraak op zorg dan wel vergoeding van kosten vervalt als door of namens verzekeringnemer en/of verzekerde wordt gefraudeerd dan wel opzettelijk enige verkeerde voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn overlegd of opzettelijk enige onjuiste opgave is gedaan;
- Zorg en Zekerheid vordert alle reeds uitgekeerde kosten per datum dat sprake is van handelingen als bedoeld onder a. bij verzekeringnemer terug;
- Zorg en Zekerheid heeft het recht per datum dat sprake is van handelingen als bedoeld onder a., de verzekeringsovereenkomst te beëindigen;
- Als Zorg en Zekerheid voor de vaststelling van handelingen als bedoeld onder a, onderzoekskosten maakt, worden deze kosten op de verzekeringnemer verhaald;
- Fraudeonderzoek vindt plaats conform het Protocol Verzekeraars en Criminaliteit en hetgeen daarover bij of krachtens de Zorgverzekeringwet is bepaald. Bij vastgestelde fraude zal Zorg en Zekerheid de verzekeringnemer en/of verzekerde registreren in het Extern Verwijzingsregister. Bij vastgestelde fraude of een sterk vermoeden van fraude kan aangifte worden gedaan bij de politie.

Artikel 32 Onrechtmatige inschrijving

- Als ten behoeve van u een verzekeringsovereenkomst tot stand is gekomen op grond van de Zorgverzekeringwet en later blijkt dat u geen verzekeringsplicht had of vanaf enig moment niet meer heeft, vervalt de verzekeringsovereenkomst met terugwerkende kracht tot het moment waarop geen verzekeringsplicht (meer) bestaat;
- Zorg en Zekerheid zal de premie die u vanaf de dag dat uw verzekeringsplicht niet (meer) bestaat, verrekenen met de door u sindsdien voor rekening van Zorg en Zekerheid genoten zorg en het saldo aan u uitbetalen dan wel bij u in rekening brengen.

Artikel 33 Premie

33.1 Grondslag van de premie

De grondslag van de premie is de premie van een individueel verzekerde met een verplicht eigen risico en een vrijwillig gekozen eigen risico van € 0,00 en een betaling per maand. Zie voor de grondslag van de premie uw polisblad van het desbetreffende jaar.

33.2 Berekening van de premie

Grondslag van de premie	
Korting vrijwillig gekozen eigen risico	-
Korting collectiviteit (% van de grondslag van de premie)	-
<u>Tussenresultaat (te betalen premie)</u>	

<u>Korting betaaltermijnen (% tussen resultaat)</u>	-
Te betalen premie	

33.3 Korting op de premie voor vrijwillig gekozen eigen risico

U heeft de keuze uit een jaarlijks vrijwillig gekozen eigen risico van € 0,00, € 100,00, € 200,00, € 300,00, € 400,00 en € 500,00. Dit eigen risico geldt per individuele verzekerde van 18 jaar en ouder. Kinderen tot 18 jaar hebben bij de wet een eigen risico van € 0,00. Voor de korting met betrekking tot het eigen risico kunt u de offertemodule op zorgzekerheid.nl raadplegen.

Toetreding tot een collectiviteit kan, gelet op de daaraan gestelde eisen, tot gevolg hebben dat bovenstaande keuze voor een jaarlijks vrijwillig gekozen eigen risico wordt beperkt of zelfs is uitgesloten. Dit kan op haar beurt weer tot gevolg hebben, dat bij toetreding tot een collectiviteit gedurende het kalenderjaar uw eerder gekozen vrijwillig eigen risico op dat moment wordt aangepast. Aanpassing van het gekozen vrijwillig eigen risico gedurende het kalenderjaar is voor het overige niet mogelijk, behoudens de situatie zoals opgenomen in artikel 34.2.

33.4 Korting op de premie voor collectiviteiten

Collectiviteiten hebben de mogelijkheid tot het aanvragen van een korting. De maximale korting is 10% van de grondslag van de premie.

33.5 Korting op de premie voor vooruitbetaling

Bij vooruitbetaling van de premie per halfjaar of jaar krijgt u respectievelijk 1% of 2% korting over de verschuldigde premie inclusief het vrijwillig gekozen eigen risico.

33.6 Premiebetaling

- De verzekeringnemer is verplicht de premie en de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen, op de overeengekomen wijze, dat wil zeggen per maand, kwartaal, halfjaar of jaar, bij vooruitbetaling te voldoen;
- Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand is Zorg en Zekerheid gerechtigd de premie met ingang van de eerste van de daarop volgende maand te (her) berekenen c.q. te restitueren;
- Het is verzekeringnemer/verzekerde niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met de van Zorg en Zekerheid te vorderen vergoeding;
- In geval van overlijden van de verzekerde vindt verrekening c.q. restitutie van de premie plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum.

33.7 Betalingsachterstand

- Als de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen en kosten kan Zorg en Zekerheid na de premievervaldag de verzekeringnemer schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen, te rekenen vanaf de dag na de aanmaning, onder de mededeling dat bij niet voldoening binnen de gestelde termijn de dekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de vervaldag van de premie. De verzekeringnemer blijft verplicht de premie te voldoen;
- Uiterlijk 10 werkdagen nadat ten aanzien van de zorgverzekering een achterstand in de betaling van de premie ter hoogte van twee maandpremies is geconstateerd, doet Zorg en Zekerheid de verzekeringnemer een aanbod tot het treffen van een betalingsregeling (artikel 18a.lid 1 Zvw). Het aanbod bestaat in ieder geval uit de in artikel 18a, tweede lid, Zvw opgenomen elementen (artikel 18a. lid 2 Zvw);
- Zo spoedig mogelijk nadat de premieachterstand vier maandpremies is gaan bedragen (rente en incassokosten buiten beschouwing latend) deelt Zorg en Zekerheid de verzekeringnemer en de verzekerde

mede dat zij voornemens is over te gaan tot melding, zoals bedoeld in artikel 18a. Zvw, zodra de premieachterstand zes maanden bedraagt, tenzij de verzekeringnemer of de verzekerde met uiterlijk vier weken na ontvangst van de mededeling laat weten de premieachterstand of de hoogte er van te betwisten (artikel 18b. lid 1 Zvw);

- d. Als Zorg en Zekerheid haar standpunt op de betwisting handhaaft, kan de verzekerde of verzekeringnemer binnen een termijn van vier weken na ontvangst van die mededeling een geschil hierover voorleggen aan de SKGZ of de burgerlijke rechter (artikel 18b.2 Zvw). Als een betalingsregeling als bedoeld in artikel 18a Zvw ingaat, nadat ten aanzien van de zorgverzekering een achterstand in de betaling van de premie van vier maanden is ontstaan, laat de zorgverzekeraar de in artikel 18b eerste lid bedoelde melding achterwege, zolang de nieuw te vervallen termijnen worden voldaan (zie artikel 18b, derde lid, Zvw);
- e. Als een premieachterstand (zonder incassokosten en rente) is ontstaan van zes maanden meldt Zorg en Zekerheid dit, onder vermelding van de voor de heffing van de bestuursrechtelijke premie alsmede voor de uitvoering van artikel 34a Zvw noodzakelijke persoonsgegevens van de verzekeringnemer en de verzekerde, aan het Zorginstituut Nederland, de verzekeringnemer en de verzekerde (artikel 18c. lid 1 Zvw). De melding geschiedt niet als:
 - de premieachterstand tijdig is betwist en de zorgverzekeraar zijn standpunt nog niet aan de verzekeringnemer kenbaar heeft gemaakt;
 - gedurende de in artikel 18b, tweede lid, Zvw genoemde termijn;
 - in geval van tijdige voorlegging van het geschil aan de SKGZ of de burgerlijke rechter, zolang op het geschil niet onherroepelijk is beslist;
 - Als de verzekeringnemer zich heeft gemeld bij een schuldhulpverlener en aantoonde dat hij in het kader daarvan een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van zijn schulden heeft gesloten (Zie artikel 18c, tweede lid, Zvw).
- f. Zorg en Zekerheid stelt het Zorginstituut Nederland, de verzekeringnemer en de verzekerde onverwijld op de hoogte van de datum waarop:
 1. De uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden zijn of zullen zijn afgelost of tenietgaan;
 2. De schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, als bedoeld in de Faillissementswet, op de verzekeringnemer van toepassing wordt;
 3. Door tussenkomst van een schuldhulpverlener als bedoeld in artikel 48 Wet op het consumentenkrediet een overeenkomst als bedoeld in artikel 18c, tweede lid, onderdeel d, is gesloten of een schuldregeling tot stand is gekomen waarin, naast de verzekeringnemer, tenminste zijn zorgverzekeraar deelneemt (artikel 18d. lid 3 Zvw);
- g. Als Zorg en Zekerheid maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer. De buitengerechtelijke kosten worden tenminste gesteld op een minimum bedrag van € 15,00. De buitengerechtelijke kosten zijn verschuldigd vanaf het moment waarop degene die de premie is verschuldigd, in gebreke is;
- h. De dekking wordt eerst weer van kracht op de dag volgend op die, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door Zorg en Zekerheid zijn ontvangen.

33.8 Betaling verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico

- a. Met inachtneming van hetgeen is bepaald in artikel 3 en 4 komt het eigen risico per kalenderjaar voor rekening van de verzekeringnemer/verzekerde;
- b. Als Zorg en Zekerheid de op grond van deze polis gedekte kosten rechtstreeks heeft vergoed aan een zorgverlener of instelling en hierop nog een eigen risico van toepassing is dan moet de verzekeringnemer/verzekerde het opgelegde eigen risico terugbetalen bij het eerste schriftelijke verzoek van Zorg en Zekerheid;
- c. Als de verzekeringnemer/verzekerde niet tijdig voldoet aan deze verplichting gelden de volgende bepalingen:
 1. Zorg en Zekerheid kan schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen met de mededeling dat bij niet voldoening binnen de gestelde termijn de dekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden vanaf de 31ste dag na de aanmaning. U blijft verplicht de betaling van het opgelegde eigen risico te voldoen;
 2. Aanspraken op vergoedingen en/of verstrekkingen herleven weer op de dag volgend op die waarop het verschuldigde bedrag inclusief de kosten door Zorg en Zekerheid is ontvangen. Bij beëindiging van de verzekering zal invordering onmiddellijk plaatsvinden;
 3. Als Zorg en Zekerheid maatregelen treft tot incasso van haar vordering komen de daaruit voortvloeiende kosten, zowel in als buiten rechte, voor rekening van degene die het eigen risico verschuldigd is. De buitengerechtelijke kosten worden ten minste gesteld op een minimum bedrag van € 15,00. De buitengerechtelijke kosten zijn verschuldigd vanaf het moment waarop degene die het eigen risico verschuldigd is, in gebreke is.

Artikel 34 Kennisgeving relevante gebeurtenissen

34.1 Kennisgeving

- a. De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht ervoor te zorgen dat iedere wijziging die invloed kan hebben op de rechten en plichten die uit de verzekeringsovereenkomst voortvloeit zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 30 dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan Zorg en Zekerheid wordt meegedeeld. Dergelijke wijzigingen zijn onder meer:
 - vervallen van de wettelijke verzekeringsplicht;
 - adreswijziging;
 - echtscheiding, einde duurzaam samenwonen of einde geregistreerd partnerschap;
 - overlijden;
 - geboorte;
 - wijziging IBAN;
 - aanvang en einde detentie;
 - aanvang en einde postadres;
 - wijziging huisarts.
 Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn laatst bekende adres worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.
- b. Wanneer de wijziging niet binnen 30 dagen aan Zorg en Zekerheid is gemeld, gaat de wijziging pas in per de meldingsdatum en niet met terugwerkende kracht op de wijzigingsdatum. Wanneer een geboorte niet binnen vier maanden aan Zorg en Zekerheid is gemeld, gaat de verzekering pas in per meldingsdatum en niet met terugwerkende kracht vanaf de geboortedatum.

34.2 Bereiken van de 18-jarige leeftijd door een verzekerde

Zorg en Zekerheid benadert de verzekerde dan wel zijn verzekeringnemer tenminste 4 weken voor de eerste van de maand volgend op de kalendermaand waarin de verzekerde de leeftijd van 18 jaar bereikt met de vraag voor welk vrijwillig gekozen eigen risico wordt gekozen in relatie tot de vanaf dat moment verschuldigde premie. Als de verzekeringnemer dan wel de verzekerde zijn keuze niet schriftelijk aan Zorg en Zekerheid kenbaar maakt binnen de in de mededeling genoemde termijn, wordt een premie berekend, overeenkomend met het vrijwillig gekozen eigen risico van de verzekeringnemer. De verzekerde is echter geen premie verschuldigd tot de eerste dag van de kalendermaand waarin verzekerde de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt, zie art. 1.7.

Artikel 35 Herziening van premie of voorwaarden

- a. Zorg en Zekerheid heeft het recht de voorwaarden en/of de grondslag van de premie van de bij Zorg en Zekerheid lopende verzekering en bloc dan wel groepsgewijs te wijzigen. Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere verzekering op een door Zorg en Zekerheid vast te stellen datum, doch tenminste zes weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer/verzekerde is meegedeeld. Zorg en Zekerheid maakt, eventueel op premienota's, de wijzigingen bekend;
- b. De verzekeringnemer/verzekerde die zich met de gewijzigde voorwaarden en of wijziging premiegrondslag niet kan verenigen, kan door opzegging de verzekering beëindigen. De verzekeringnemer/verzekerde moet dit verzoek tot beëindiging van de verzekering schriftelijk en aangetekend bij Zorg en Zekerheid indienen binnen zes weken nadat de wijziging door Zorg en Zekerheid bekend is gemaakt. Zorg en Zekerheid beëindigt de verzekering met ingang van de datum van de wijziging met restitutie van de reeds voldane vooruitbetaalde premie;
- c. Heeft Zorg en Zekerheid voor de dag van inwerkingtreding van de gewijzigde voorwaarden en of wijziging premiegrondslag geen schriftelijk verzoek tot beëindiging van de verzekering van de verzekeringnemer/verzekerde ontvangen dan wordt de verzekering gecontinueerd op de nieuwe voorwaarden;
- d. De mogelijkheid tot tussentijdse opzegging van de verzekering is niet van toepassing bij een herziening van de voorwaarden en/of premie, die voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen (artikelen 11 tot en met 14a uit de Zorgverzekeringswet), daaronder begrepen een wijziging van de omvang van de zorg waarop krachtens de Wlz-aanspraak bestaat.

Artikel 36 Begin en einde van de verzekering

- a. Begin van de verzekering:
 1. De verzekering gaat in principe in op de dag waarop Zorg en Zekerheid het volledig ingevulde aanvraagformulier van de verzekeringnemer heeft ontvangen;
 2. Als Zorg en Zekerheid op basis van de gegevens op het aanvraagformulier niet kan vaststellen of zij verplicht is voor de te verzekeren persoon een verzekering te sluiten en zij in verband daarmee nadere informatie heeft opgevraagd, gaat de verzekering in op de dag waarop de laatst bedoelde persoon de benodigde informatie heeft verschaft;