

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, en Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen  
Zaak : Premie, premieachterstand, hoogte betalingsachterstand, hervatting aanmelding CAK  
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2011-2022, paragraaf 3.3. Zvw  
Zaaknummer : 202200816  
Zittingsdatum : 8 maart 2023

## 1. Partijen

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

en

Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

## 2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij brief van 3 december 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 30 december 2022 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 26 januari 2023 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 31 januari 2023 aan verzoeker gestuurd. Bij brief van 22 februari 2023 heeft verzoeker hierop gereageerd. Een kopie van deze reactie is aan de zorgverzekeraar gestuurd.
- 2.3. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 8 maart 2023 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.4. Op basis van hetgeen bij die gelegenheid is besproken, heeft de commissie partijen na afloop van de hoorzitting de mogelijkheid geboden alsnog gezamenlijk te zoeken naar een oplossing. Bij brief van 23 maart 2023 heeft de zorgverzekeraar de commissie bericht over de uitkomst van het met verzoeker gevoerde gesprek. Een afschrift hiervan heeft de commissie bij brief van eveneens 23 maart 2023 aan verzoeker gezonden die daarbij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Bij brief van 2 april 2023 heeft verzoeker gereageerd, waarbij hij de commissie tevens heeft verzocht een bindend advies uit te brengen. Een kopie van deze reactie is aan de zorgverzekeraar gestuurd.

## 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker is tot op heden bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis Vrij (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Op de polis van verzoeker is een betalingsachterstand ontstaan. Omdat de betalingsachterstand voor de zorgverzekering meer dan zes maandpremies bedroeg, heeft de zorgverzekeraar verzoeker met ingang van 1 december 2013 aangemeld als wanbetaler bij het College voor Zorgverzekeringen (hierna: het CVZ), nu het CAK. Nadat in juli 2020 een betalingsregeling met verzoeker was overeengekomen, is de aanmelding bij het CAK met ingang van 1 augustus 2020 opgeschort.
- 3.3. Omdat verzoeker verzuumde de nieuw opgekomen vorderingen ter zake van het verplicht eigen risico 2022 tijdig te voldoen, heeft de zorgverzekeraar de aanmelding van verzoeker als wanbetaler met ingang van 1 mei 2022 hervat.

3.4. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Daarnaast heeft verzoeker de zorgverzekeraar verzocht duidelijkheid te verschaffen over de nog openstaande bedragen. Bij brieven van verschillende data heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing om de aanmelding te hervatten, handhaaft. Daarnaast heeft de zorgverzekeraar verzoeker uitleg gegeven over de volgens hem bestaande betalingsachterstand.

#### 4. **Standpunt verzoeker**

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar

(i) ten onrechte de aanmelding als wanbetaler bij het CAK met ingang van 1 mei 2022 heeft hervat, en

(ii) de hoogte van de betalingsachterstand correct moet berekenen.

4.2. Verzoeker stelt in dit verband dat het door de zorgverzekeraar genoemde openstaande bedrag niet juist is. Hiertoe voert verzoeker aan dat hij in 2021 met de zorgverzekeraar had afgesproken dat hij maandelijks een bedrag van € 38,50 extra zou betalen. Dit om het in 2021 maximaal verschuldigde verplicht eigen risico in termijnen te voldoen. Verzoeker is ervan uitgegaan dat hij ook in 2022 het verplicht eigen risico in termijnen mocht betalen. Thans stelt de zorgverzekeraar zich echter op het standpunt dat het gespreid betalen van het eigen risico alleen kan als een incassomachtiging wordt afgegeven en de correspondentie loopt via e-mail. Omdat verzoeker tegen het gebruik van incassomachtigingen is, en hij daarnaast niet beschikt over een e-mailadres, is onnodig een betalingsachterstand ontstaan. Nadien heeft verzoeker de zorgverzekeraar meerdere keren verzocht om uitleg, maar tot de onderhavige procedure bij de commissie heeft hij deze duidelijkheid niet gekregen. Sterker nog, de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het CAK is weer hervat.

4.3. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop aangevoerd dat hij tot op heden geen duidelijkheid heeft waar het door zorgverzekeraar genoemde openstaande bedrag betrekking op heeft. Op 19 januari 2023 is een nieuw financieel overzicht gestuurd, maar dit overzicht geeft geen inzicht in waar alle betaalde bedragen zijn gebleven. Volgens berekeningen van verzoeker zelf heeft hij de afgelopen jaren aan de zorgverzekeraar en dienst incassogemachtigde ruim € 20.000,- betaald. Het is dan ook onduidelijk waarop de zorgverzekeraar zich op het standpunt stelt dat nog ruim € 3.000,- openstaat.

Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoeker te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

4.4. Na de hoorzitting, buiten de commissie om, heeft verzoeker met een medewerker van de zorgverzekeraar gesproken waarna de zorgverzekeraar aan verzoeker een voorstel heeft gedaan. Met dit voorstel leek verzoeker aanvankelijk akkoord te gaan, maar verzoeker heeft bij brief van 2 april 2023 aan de commissie laten weten niet akkoord te zijn met het voorstel van de zorgverzekeraar.

#### 5. **Standpunt zorgverzekeraar**

5.1. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker in 2013 is aangemeld als wanbetaler bij het toenmalige CVZ. Nadien is met verzoeker een betalingsregeling afgesproken en is de aanmelding opgeschort geweest. Begin 2022 is ter zake van het verschuldigde verplicht eigen risico 2022 een nieuwe betalingsachterstand ontstaan. Ondanks meerdere verzoeken daartoe is de betalingsachterstand niet voldaan. Ook heeft verzoeker voor deze achterstand geen betalingsregeling afgesproken. Om die reden is de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het CAK met ingang van 1 mei 2022 hervat.

- 5.2. Verzoeker stelt zich op het standpunt dat hij maandelijks een bedrag van € 38,50 betaalt. Dit om het verschuldigde eigen risico gespreid te betalen. Voor het vóóraf betalen van het eigen risico geldt dat dit alleen mogelijk is als wordt gekozen voor de zogenoemde Gespreid Betalen Eigen Risico (GBER) regeling. Alle correspondentie over deze GBER-regeling verloopt via e-mail en de Mijnomgeving. Wanneer een verzekerde zich aanmeldt voor de GBER-regeling wordt in de maanden februari tot en met november een bedrag van € 38,50 automatisch geïncasseerd. Verzoeker heeft weliswaar een aanvraag gedaan voor een dergelijke GBER-regeling, maar dit verzoek is door de zorgverzekeraar afgewezen omdat (i) verzoeker geen e-mailadres heeft, en (ii) hij niet wil dat bedragen automatisch worden geïncasseerd. Na deze afwijzing heeft verzoeker zowel in 2021 als in 2022 meerdere keren zelf een bedrag van € 38,50 overgemaakt. Omdat bij deze betalingen geen betalingskenmerk was vermeld én er sprake is van een schuld, zijn deze betalingen in mindering gebracht op de al bestaande betalingsachterstand.
- 5.3. De betalingsachterstand over de periode van 1 januari 2011 tot en met 31 december 2022 bedraagt naar de stand van 19 januari 2023 totaal € 3.758,90. Op het moment dat verzoeker de laatste (ter incasso overgedragen) vordering met het dossiernummer 30318477, die ontstaan is tijdens de opschorting bij het CAK, volledig voldoet is de zorgverzekeraar bereid de aanmelding van verzoeker bij het CAK weer op te schorten. In dit dossier staat naar de stand van 20 juli 2022 nog een bedrag open van € 321,22.
- 5.4. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt herhaald en toegelicht dat hij altijd bereid is met verzoeker te zoeken naar een passende oplossing. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de zorgverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.
- 5.5. In vervolg op de hoorzitting is contact met verzoeker geweest. Tijdens dit contact is met verzoeker afgesproken dat de zorgverzekeraar alle openstaande vorderingen bij de incassogemachtigde samenvoegt tot één dossier. Verder is met verzoeker afgesproken dat hij als aflossing van voornoemde vordering maandelijks een bedrag van € 40,- betaalt. Omdat zodoende sprake is van een betalingsregeling voor de gehele schuld zal de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het CAK met ingang van 1 maart 2023 worden opgeschort. Tot slot is met verzoeker een betalingsregeling van € 38,50 afgesproken voor het aflossen van de openstaande vordering ter zake het verplicht eigen risico.
6. **Bevoegdheid van de commissie**
- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.17 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 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 bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) over de verplichting tot premiebetaling, de gevolgen van het niet betalen van de premie, en de opschorting van de aanmelding als wanbetaler 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.

### *Hervatting aanmelding CAK*

- 7.2. De zorgverzekeraar heeft verzoeker met ingang van 1 december 2013 aangemeld als wanbetaler bij het toenmalige College voor Zorgverzekeringen (CVZ), thans het CAK. Dat verzoeker destijds terecht bij het CVZ is aangemeld als wanbetaler vormt geen onderwerp van geschil. Voor zover verzoeker de aanmelding wel betwist, geldt dat de commissie bij bindend advies van 16 december 2015 heeft geoordeeld dat deze terecht heeft plaatsgevonden.
- 7.3. De zorgverzekeraar heeft de aanmelding van verzoeker bij het CAK met ingang van 1 augustus 2020 opgeschort. De reden daarvoor was dat verzoeker met de zorgverzekeraar een betalingsregeling voor de toen aanwezige volledige achterstand had afgesproken. Een voorwaarde van de betalingsregeling was dat verzoeker, naast de termijnen voor de betalingsregeling, ook de andere opkomende bedragen op tijd betaalde. De zorgverzekeraar heeft verzoeker bij brief van onder andere 26 maart 2022 gewezen op een openstaande nieuwe vordering ter zake het verplicht eigen risico 2022. Nadat betaling van deze vordering uitbleef heeft de zorgverzekeraar verzoeker bij brief van 21 april 2022 erop gewezen dat de aanmelding bij het CAK wordt hervat, als het openstaande bedrag niet op tijd wordt voldaan. Niet in geschil is dat verzoeker eerder genoemde brieven heeft ontvangen. Door verzoeker is enkel gesteld dat de vordering van de zorgverzekeraar "niet klopt" en dat hij ter zake het verplicht eigen risico in 2022 maandelijks een bedrag van € 38,50 betaalde. Van een nieuwe openstaande vordering ter zake het verplicht eigen risico 2022 is aldus verzoeker geen sprake. De commissie constateert dat verzoeker in februari, maart en april 2022 inderdaad een bedrag van € 38,50 heeft betaald, maar de commissie tekent hierbij aan dat deze betalingen niet zijn overgemaakt in het kader van een tussen partijen overeengekomen betalingsregeling of de door de zorgverzekeraar aangeboden GBER-regeling. Het moet er dan ook voor worden gehouden dat op 1 mei 2022 sprake was van een nieuwe, direct en volledig opeisbare vordering die niet tijdig en volledig was voldaan. Gelet hierop stond het de zorgverzekeraar vrij de aanmelding van verzoeker als wanbetaler met ingang van 1 mei 2022 te hervatten.

### *Hoogte betalingsachterstand*

- 7.4. Om inzicht te geven in de hoogte van de betalingsachterstand, heeft de zorgverzekeraar een financieel overzicht overgelegd. Dit overzicht geeft de stand weer per 19 januari 2023. Uit het overzicht blijkt dat verzoeker over de periode van 1 januari 2011 tot en met 31 december 2022 niet alle verschuldigde bedragen heeft betaald. In totaal staat volgens de zorgverzekeraar nog een bedrag open van € 3.758,90, exclusief kosten. Verzoeker heeft niet aannemelijk gemaakt dat hij meer of andere betalingen heeft gedaan dan die in het overzicht zijn vermeld. Weliswaar heeft verzoeker bij brief van 22 februari 2023 een zelf gemaakt overzicht van zijn betalingen overgelegd, maar deze kunnen zonder nadere onderbouwing met betaalbewijzen - die ontbreken - niet dienen als bewijs van betaling van de genoemde bedragen. Alle betalingen waarvan verzoeker wél bewijzen heeft overgelegd, komen voor in het overzicht van zorgverzekeraar. De commissie acht dit overzicht daarom juist. De enkele stelling van verzoeker dat het financiële overzicht niet klopt maakt het voorgaande niet anders. Het lag op zijn weg duidelijk te maken wat er dan precies niet klopt of welke betaalde bedragen hij in het overzicht mist. Dit heeft hij nagelaten. Het voorgaande leidt ertoe dat de betalingsachterstand over de periode van 1 januari 2011 tot en met 31 december 2022 naar de stand van 19 januari 2023 € 3.758,90, exclusief kosten, bedraagt.
- 7.5. Tot slot heeft verzoeker aangevoerd dat de nieuwe betalingsachterstand is ontstaan doordat de zorgverzekeraar de maandelijkse betalingen van € 38,50 heeft verrekend. Zoals onder 7.3. is geconcludeerd werd tussen verzoeker en de zorgverzekeraar geen betalingsregeling voor het eigen risico 2022 overeengekomen en was geen sprake van deelname aan de GBER-regeling. Het voldoen in termijnen, van de nieuwe achterstand, was daarom niet aan de orde en de stelling van verzoeker treft dus geen doel. Aangezien verzoeker de bedragen heeft betaald zonder

betalingskenmerk hoefde de zorgverzekeraar deze niet terug te storten, maar stond het hem op grond van artikel A12 van de voorwaarden van de zorgverzekering vrij deze in mindering te brengen op de op dat moment oudst openstaande vorderingen.

- 7.6. De zorgverzekeraar heeft na de hoorzitting een voorstel gedaan om het geschil alsnog, buiten de commissie om, op te lossen. Hoewel verzoeker aanvankelijk met het gedane voorstel akkoord leek te gaan, volgt uit de brief van 2 april 2023 van verzoeker aan de commissie dat hij niet akkoord is met het door de zorgverzekeraar gedane voorstel. De commissie komt dan ook tot de conclusie dat er tussen partijen geen overeenstemming is bereikt met betrekking tot het door verzoeker bij de commissie aanhangig gemaakte geschil. Gelet op deze conclusie zal de commissie de op 2 april 2023 inhoudelijk door verzoeker overgelegde stukken voor kennisgeving aannemen.

Slotsom

- 7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 20 april 2023,

L. Ritzema

### **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](http://www.rechtspraak.nl).*

### **BIJLAGE - Relevante bepalingen**

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

---

# 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.

- u niet langer voldoet aan de voorwaarden om deel te nemen aan een collectiviteit,
- uw verzekeringsplicht voor de Basisverzekering eindigt.

U bent ook verplicht te melden wie uw nieuwe zorgverzekeraar is als u de verzekering bij Menzis heeft opgezegd. Als Menzis op grond van de door u verstrekte gegevens tot de conclusie komt dat uw Basisverzekering eindigt of geëindigd is, informeert Menzis u daarover direct.

- U bent verplicht de informatie te verstrekken die Menzis bij u opvraagt, voor zover u dit kunt. Bijvoorbeeld informatie over de reden van een opname, voor een onderzoek naar fraude, of voor controle. Als u niet meewerkt, kan het zijn dat uw recht op zorg of vergoeding van kosten vervalt.
- U bent verplicht Menzis informatie te verstrekken over ziektekosten die door iemand anders zijn veroorzaakt. Bijvoorbeeld ziektekosten door een verkeersongeval of een medische fout. U kunt daarover contact opnemen met onze Klantenservice of onze afdeling Verhaal op 088 222 44 99. U kunt ook online informatie verstrekken via [menzis.nl/klantenservice/schade-melden](https://menzis.nl/klantenservice/schade-melden). Menzis kan u adviseren en de schade verhalen op de aansprakelijke partij. U mag zelf geen regeling treffen met de aansprakelijke partij of zijn verzekeraar als dit nadelig is voor Menzis.

## **A12 Premie, manier van betalen en betaling eigen risico**

### **1 Premie**

- Per 1 januari 2022 is de premiegrondslag voor de Basisverzekering € 143,75 per kalendermaand. De premie die u moet betalen is de premiegrondslag verminderd met kortingen. U kunt korting krijgen bij deelname aan een collectiviteit en als u kiest voor een vrijwillig eigen risico. De premie die u moet betalen staat op uw zorgpolis.
- Tot 18 jaar hoeft u voor de Basisverzekering geen premie te betalen. Vanaf de 1e dag van de maand na de maand waarin u 18 wordt, moet u wél premie betalen.
- Menzis moet uw premie hebben ontvangen voor het begin van de periode waarop de premie betrekking heeft.
- U mag de premie niet verrekenen met een betaling die u van Menzis verwacht.
- Als u een betaling doet zonder vermelding van het betalingskenmerk van Menzis, bepaalt Menzis waarop de betaling wordt afgeboekt.
- Als u niet per automatische incasso of accept-e-mail betaalt, brengt Menzis u € 2 in rekening.
- Als u met Menzis een betalingsregeling heeft afgesproken, kan Menzis kosten in rekening brengen.

### **2 Manier van betalen**

Als u Menzis toestemming geeft om uw premie automatisch te incasseren, geldt die toestemming ook voor alle andere betalingen die u aan Menzis moet doen. Bijvoorbeeld betalingen voor het eigen risico en eigen bijdragen. Over automatische incasso van eigen risico en eigen bijdragen krijgt u tijdig bericht. Uiterlijk 5 werkdagen voordat de incasso plaatsvindt. De zorgpolis geldt als aankondiging voor de automatische incasso van de premie voor het gehele kalenderjaar.

### **3 Betaling eigen risico en eigen bijdrage**

- Het eigen risico en de eigen bijdragen van alle personen die u heeft verzekerd, worden door Menzis bij u in rekening gebracht.
- Als u het eigen risico en de eigen bijdrage niet per automatische incasso of accept-e-mail betaalt, brengt Menzis u € 2 in rekening.

## **A13 Wat er gebeurt als u de premie niet betaalt**

### **A13.1 Basisverzekering en aanvullende verzekering**

1. Menzis stuurt u een aanmaning. Als u binnen 14 dagen alsnog de premie betaalt, blijft dit verder zonder gevolg.
2. Betaalt u niet binnen 14 dagen na deze aanmaning dan heeft dat de volgende gevolgen:
  - Menzis kan de dekking van alle verzekeringen schorsen. U krijgt dan geen vergoeding meer vanaf het begin van de periode waarop de niet door u betaalde premie betrekking heeft,
  - u blijft verplicht de premie te voldoen,
  - betalingskortingen vervallen,
  - u moet de incassokosten betalen, wegens de extra werkzaamheden van Menzis, zoals het sturen van een acceptgiro en de aanmaningen, en wegens de werkzaamheden van de deurwaarder,
  - u moet wettelijke rente betalen over de totale vordering.
3. Als Menzis de premie, incassokosten en de wettelijke rente heeft ontvangen, wordt de dekking de dag na ontvangst van de betaling weer van kracht. Kosten die zijn gemaakt tijdens de schorsing krijgt u niet vergoed. Ook niet als u van Menzis toestemming had voor een behandeling of verstrekking.
4. Als u, zelfs na aanmaning, de premie niet betaalt, kan Menzis de verzekeringen van alle verzekerden beëindigen.
5. Menzis kan het sturen van een aanmaning en het innen van een vordering overdragen aan een incassopartner. Mocht de vordering zijn overgedragen aan een incassopartner, dan kan Menzis ook nieuwe openstaande vorderingen overdragen zonder dat u hiervoor een aanmaning heeft ontvangen.

### **A13.2 Basisverzekering**

Als u, zelfs na aanmaning, de premie niet betaalt, kan Menzis op grond van de Zorgverzekeringswet uw Basisverzekering bij het Centraal Administratiekantoor (CAK) aanmelden voor bronheffing. Er wordt u dan een bestuursrechtelijke premie van ten minste 110% en ten hoogste 130% van de gemiddelde marktpremie opgelegd. Die premie wordt ingehouden op bijvoorbeeld uw salaris of uitkering. U kunt hieronder lezen wanneer de melding bij het CAK plaatsvindt. De regels hierover vindt u in artikel 18a tot en met 18g van de Zorgverzekeringswet. Daar staat ook beschreven welke regels van toepassing zijn als het CAK de bestuursrechtelijke premie bij u gaat innen.

#### ***Wat gebeurt er als u 2 maanden geen premie heeft betaald***

1. Nadat is vastgesteld dat u 2 maanden geen premie heeft betaald, kan Menzis u een betalingsregeling aanbieden. Die betalingsregeling houdt in:
  - a. dat u Menzis machtigt om automatisch bij u te incasseren,
  - b. dat u met Menzis afspraken maakt om uw betalingsachterstand in termijnen terug te betalen,
  - c. dat Menzis de Basisverzekering niet zal beëindigen of de dekking van de Basisverzekering zal schorsen of opschorten zolang de betalingsregeling loopt. Dit geldt niet als u de machtiging genoemd onder a intrekt, of als u de gemaakte afspraken over de betalingen niet nakomt.
2. Heeft u iemand anders verzekerd? En heeft u de premie voor de Basisverzekering van die verzekerde 2 maanden niet betaald? Dan houdt de betalingsregeling ook in dat wij u aanbieden om deze verzekering te beëindigen. Dit aanbod geldt alleen als:
  - a. de verzekerde voor zichzelf een Basisverzekering heeft afgesloten op de datum dat de betalingsregeling gaat gelden, en
  - b. in het geval de verzekerde bij Menzis blijft, hij een machtiging heeft gegeven als bedoeld onder a van 1.
3. In de brief waarin Menzis u een betalingsregeling aanbiedt staat dat u 4 weken de tijd heeft om de regeling te accepteren. In de brief zullen wij u ook uitleggen wat er gebeurt als u de premie 6 maanden niet betaalt. In de brief zullen wij u ook vertellen dat u schuldhelpverlening kunt krijgen en hoe u die hulp kunt krijgen en welke schuldhelpverlening mogelijk is.

4. Als u (ook) iemand anders heeft verzekerd, krijgt die persoon dezelfde brief over de betalingsregeling als u heeft gekregen.

#### ***Wat gebeurt er als u 4 maanden geen premie heeft betaald***

5. Als u 4 maanden geen premie heeft betaald, informeren wij u en uw medeverzekerden dat Menzis van plan is u te melden bij het CAK, zodra u 6 maanden of langer geen premie heeft betaald. Als Menzis u meldt bij het CAK betekent dit dat het CAK over zal gaan tot heffing van de bestuursrechtelijke premie.
  - a. Menzis zal de melding (nog) niet doen als u op tijd laat weten dat u vindt dat u geen schuld heeft bij Menzis. Of als u op tijd laat weten dat u vindt dat de hoogte van de schuld niet juist is. U bent op tijd als u Menzis daarover een brief stuurt, maximaal 4 weken nadat u door ons geïnformeerd bent. Menzis zal dan onderzoeken of zij uw schuld goed heeft berekend. Als Menzis vindt dat zij uw schuld goed heeft berekend dan informeert Menzis u daarover. Als u het niet eens bent met dat oordeel van Menzis dan kunt u dit voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen of aan de burgerlijke rechter. Als u dat doet binnen 4 weken nadat u de brief van Menzis heeft ontvangen, zal Menzis u niet melden bij het CAK, totdat de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen of de burgerlijke rechter heeft beslist of Menzis de hoogte van uw schuld juist heeft berekend.
  - b. U kunt ook vragen of Menzis met u een betalingsregeling wil aangaan. Wat die betalingsregeling inhoudt kunt u hierboven lezen onder 1 en 2. Als Menzis met u een betalingsregeling afsprekt zal Menzis u niet melden bij het CAK zolang u de nieuwe premies op tijd betaalt.

#### ***Wat gebeurt er als u 6 maanden geen premie heeft betaald***

6. Als Menzis heeft vastgesteld dat u 6 maanden geen premie heeft betaald zal Menzis u aanmelden bij het CAK. Menzis zal aan het CAK uw persoonsgegevens doorgeven en die van de personen die u heeft verzekerd. Menzis geeft alleen die persoonsgegevens aan het CAK die ze nodig hebben om bij u de bestuursrechtelijke premie in rekening te brengen. U en de persoon die u heeft verzekerd, worden hierover ook door Menzis geïnformeerd.
7. Een eventueel gekozen vrijwillig eigen risico komt te vervallen, evenals de bijbehorende korting op de premie.

#### **A14 Mag Menzis de voorwaarden en premie wijzigen?**

Menzis mag de voorwaarden, de premie en de kortingen op elk moment wijzigen. Als Menzis de grondslag van de premie van de Basisverzekering wijzigt, dan gaat die wijziging pas in na 7 weken nadat de wijziging aan u is meegedeeld.

#### **A15 Collectieve verzekering**

Menzis kan met uw werkgever of belangenbehartigers afspraken maken over collectieve verzekeringen. U kunt aan een collectieve verzekering deelnemen als u voldoet aan de voorwaarden. Vanaf het moment dat u niet meer voldoet aan de voorwaarden voor deelname aan de collectieve verzekering, vervallen voor u een eventuele premiekorting en afwijkende collectieve afspraken. De premiekorting en de afwijkende collectieve afspraken vervallen ook vanaf het moment dat de overeenkomst tussen uw werkgever of belangenbehartiger en Menzis is beëindigd. Uw verzekeringen blijven dan zonder premiekorting en afwijkende collectieve afspraken doorlopen.

#### **A16 Als u een nota indient**

Vaak betaalt Menzis rechtstreeks aan de zorgaanbieder. Soms komt het voor dat u zelf een nota ontvangt.

U kunt een nota online indienen: