

# Anoniem bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.W. Heringa en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

Zaaknummer: 202201873

### Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg
  - 2) OWM CZ groep U.A., te Tilburg
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

### 1. Samenvatting

- 1.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat (i) de brilvergoeding van juli 2021 ten bedrage van € 100,- aan hem wordt uitbetaald, (ii) er geen betalingsachterstand is, (iii) de aanvullende verzekering wordt hersteld en (iv) hem een bedrag van € 250,- toekomt bij wijze van schadevergoeding;  
De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat bij verzoeker een premieachterstand bestond waardoor hij mocht overgaan tot verrekening van de vergoeding van de bril. De ziektekostenverzekeraar heeft dit in de diverse brieven en e-mails aan verzoeker uitgelegd. Gelet op de betalingsachterstand mocht de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering beëindigen.
- 1.2. De commissie overweegt dat uit de overzichten van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat er ten tijde van de behandeling van de nota van de bril een betalingsachterstand was. De ziektekostenverzekeraar mocht dan ook de vergoeding voor de bril verrekenen met de achterstand. Het e-mailbericht van 29 juli 2021, waarin is toegezegd dat de brilvergoeding aan verzoeker zou worden uitbetaald, is onjuist. Verzoeker had, gelet op de eerdere berichten, meer in het bijzonder de brief van 22 juli 2021 over de verrekening, niet erop mogen vertrouwen dat hij het geld daadwerkelijk zou ontvangen. Verzoeker heeft niet aannemelijk gemaakt dat het financiële overzicht van de ziektekostenverzekeraar niet juist is en dat hij, zoals onder andere door hem is gesteld, over 2022 teveel premie heeft betaald. Alle betaalbewijzen die verzoeker heeft overgelegd komen voor op het overzicht van de ziektekostenverzekeraar. Nu sprake is van een betalingsachterstand mocht de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekosten verzekering beëindigen. Voor toekenning van een schadevergoeding bestaat geen aanleiding.
- 1.3. Hierna wordt het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

## 2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 13 juni 2023 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 5 juli 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 9 augustus 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 14 augustus 2023 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker is op 11 oktober 2023 door twee leden van de commissie gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard niet te willen worden gehoord. Partijen zijn over hoorzitting voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

## 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Natura select basisverzekering (hierna: de zorgverzekering). Daarnaast werden ten behoeve van verzoeker de aanvullende ziektekostenverzekeringen CZ aanvullend 5 en CZ tand 1 (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering) afgesloten. De aanvullende ziektekostenverzekering is met ingang van 1 mei 2023 door de ziektekostenverzekeraar beëindigd in verband met een betalingsachterstand.
- 3.2. Verzoeker heeft in juli 2021 bij de ziektekostenverzekeraar een nota ingediend voor een bril. De ziektekostenverzekeraar heeft de vergoeding vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering verrekend met een volgens hem openstaande vordering op verzoeker.
- 3.3. Verzoeker heeft, naar aanleiding van de uitgevoerde verrekening, het bestaan van een betalingsachterstand bestreden en de ziektekostenverzekeraar meerdere malen verzocht de vergoeding aan hem uit te betalen.
- 3.4. In diverse brieven heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing tot verrekening handhaaft. In zijn laatste brief van 31 januari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld niet meer inhoudelijk op de klachten van verzoeker te reageren, tenzij verzoeker betaalbewijzen of nieuwe argumenten inbrengt.

## 4. Standpunt verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat:
  - (i) de brilvergoeding van juli 2021 ten bedrage van € 100,- aan hem wordt uitbetaald;
  - (ii) er geen betalingsachterstand is;
  - (iii) de aanvullende ziektekostenverzekering wordt hersteld;
  - (iv) aan hem een bedrag van € 250,- toekomt bij wijze van schadevergoeding;
- 4.2. Hij heeft hiertoe aangevoerd, zoals verwoord in zijn diverse brieven, dat hij altijd te goeder trouw heeft gehandeld en betaald. De ziektekostenverzekeraar heeft hem op 29 juli 2021 toegezegd de brilvergoeding uit te betalen op zijn bankrekening. Het was de ziektekostenverzekeraar dan ook niet toegestaan om dit bedrag te verrekenen. Verzoeker had in die periode een beperkt budget en had het geld nodig om in zijn levensonderhoud te kunnen voorzien. De ziektekostenverzekeraar was bekend met de problemen die verzoeker op dat moment had met de belastingdienst. De ziektekostenverzekeraar kan een gedane toezegging niet zomaar intrekken. Het was verzoeker

dan ook toegestaan om het bedrag van de brilvergoeding in te houden. Als hij dit van tevoren had geweten, had hij de bril niet aangeschaft.

Verzoeker betwist daarnaast het bestaan van een betalingsachterstand. De ziektekostenverzekeraar berekent volgens verzoeker ten onrechte incassokosten, omdat telefonisch met hem is afgesproken dat dit achterwege zou blijven. De premie voor maart 2022 staat voorts volgens verzoeker niet meer open. Hij is eind maart 2022 namelijk door de ziektekostenverzekeraar geïnformeerd dat er geen betalingsachterstand meer was. Verzoeker stelt dat hij voor 2022 13 keer de maandpremie heeft overgemaakt. De aanvullende ziektekostenverzekering is na onderhandeling hersteld. De ziektekostenverzekeraar is daarom in 2023 ten onrechte overgegaan tot het verrekenen van de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering.

Verzoeker heeft € 50,- overgemaakt aan de ziektekostenverzekeraar bij wijze schikking. Dit bedrag heeft de ziektekostenverzekeraar daarom niet mogen verrekenen met de openstaande vordering.

Verzoeker vordert verder een schadevergoeding van € 150,- vanwege de aangetoonde gebrekkige en onbetrouwbare administratie en het laakbaar handelen aan de zijde van de ziektekostenverzekeraar.

- 4.3. Ter zitting heeft verzoeker een pleitnotitie overgelegd. In aanvulling hierop heeft hij zijn verzoek om schadevergoeding met € 100,- verhoogd naar € 250,-. Het lukt verzoeker niet om tot een goede communicatie te komen met de ziektekostenverzekeraar. Het voelt voor verzoeker alsof de ziektekostenverzekeraar misbruik maakt van de situatie.
- 4.4. 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.

## 5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat de brilvergoeding van juli 2021 terecht is verrekend. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat er op het moment van afhandeling van de nota van de bril een betalingsachterstand was. De opbouw van deze achterstand heeft hij aan verzoeker uitgelegd, onder andere in het e-mailbericht van 25 augustus 2021. Verzoeker is geïnformeerd over de verrekening bij brief van 22 juli 2021. In het e-mailbericht van 29 juli 2021 is door een medewerker van de ziektekostenverzekeraar ten onrechte vermeld dat het bedrag zou worden uitbetaald op de rekening van verzoeker. In e-mailbericht van 6 augustus 2021 is dit hersteld.

De ziektekostenverzekeraar heeft een financieel overzicht naar de stand van 26 juli 2023 overgelegd. Hieruit volgt een betalingsachterstand van totaal € 361,04, exclusief rente en incassokosten. De achterstand betreft een gedeelte van de premie voor januari 2023, de premie voor augustus 2023, incassokosten en vertragingsrente uit 2023, en het openstaande dossier bij het incassobureau voor de premie voor maart 2022. De ziektekostenverzekeraar heeft in het overzicht laten zien hoe alle door verzoeker betaalde bedragen vanaf 1 december 2017 zijn verwerkt. In de heroverweging van 31 maart 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar, onder verwijzing naar de eerdere reacties, toegelicht dat de premie voor maart 2022 nog open staat. De betalingen van 14 november 2022 en 23 november 2022 zijn op verzoek van verzoeker verwerkt op de maanden november 2022 en december 2022. Eerder boekte de ziektekostenverzekeraar deze betalingen op de openstaande maanden maart 2022 respectievelijk november 2022. Door deze correctie kwam de premie voor de maand maart 2022 weer open te staan. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de aanvullende ziektekostenverzekering terecht met ingang van 1 juni 2023 is beëindigd vanwege de toen aanwezige betalingsachterstand. Verzoeker is hierover bij brief van 17 april 2023 geïnformeerd. De premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering die verzoeker in juni en juli 2023 heeft overgemaakt, heeft de ziektekostenverzekeraar verwerkt op de betalingsachterstand.

## 6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A.22 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Dit artikel is ook van toepassing op de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

## 7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), over de verplichting tot premiebetaling en die uit het Burgerlijk Wetboek (BW) over de toerekening van betalingen en over verrekening 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.

### *Verrekening brilvergoeding*

- 7.2. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar een nota ingediend voor een bril. Vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering heeft hij aanspraak op een vergoeding van € 100,-. Hierover bestaat tussen partijen geen verschil van mening. Verzoeker stelt dat hem in het e-mailbericht van 29 juli 2021 is toegezegd dat het bedrag van € 100,- aan hem zou worden uitbetaald op zijn bankrekening. De ziektekostenverzekeraar heeft de brilvergoeding evenwel verrekend met een openstaande vordering. Verzoeker stelt zich op het standpunt dat deze verrekening ten onrechte heeft plaatsgevonden en dat de zorgverzekeraar het bedrag alsnog aan hem moet uitbetalen. De commissie begrijpt van verzoeker dat hij in die periode een beperkt budget had en dat de vergoeding voor hem noodzakelijk was om in zijn eerste levensbehoeften te kunnen voorzien.
- 7.3. De commissie overweegt dat in artikel 6:127 BW de mogelijkheid is opgenomen een openstaande vordering op een persoon te verrekenen met een openstaande schuld aan diezelfde persoon (de eis van wederkerig schuldenaarschap). Hieraan zijn, blijkens het tweede lid van genoemde bepaling, wel bepaalde voorwaarden gesteld. Zo moet, naast het wederkerig schuldenaarschap, de prestatie beantwoorden aan de schuld, dient de schuldenaar die wenst te verrekenen bevoegd te zijn tot betaling en tevens bevoegd te zijn betaling van zijn vordering af te dwingen. In artikel A.8.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering (2021) staat dat de zorgverzekeraar bevoegd is een schuld te verrekenen met het bedrag waarop de verzekerde recht heeft op grond van de verzekering die bij de ziektekostenverzekeraar zijn gesloten.

In het e-mailbericht van 25 augustus 2021 en de brief van 27 februari 2023 legt de ziektekostenverzekeraar uit dat verzoeker op 27 juli 2021 een betalingsachterstand had van € 130,26. Verzoeker heeft dit niet gemotiveerd bestreden. Zo heeft hij niet aannemelijk gemaakt dat sprake is geweest van meer of andere door hem verrichte betalingen dan waarvan in deze procedure is gebleken, waardoor er op deze datum geen sprake zou zijn van een betalingsachterstand. De commissie stelt vast dat aan de eis van wederkerig schuldenaarschap is voldaan, nu de ziektekostenverzekeraar gehouden was de brilvergoeding aan verzoeker uit te keren, terwijl verzoeker nog € 130,26 aan de ziektekostenverzekeraar moest betalen. Ook aan de andere, hiervoor genoemde voorwaarden is voldaan. Op grond van artikel 6:127, eerste lid, BW is in beginsel een verklaring van de schuldenaar - in dit geval de ziektekostenverzekeraar ter zake van de brilvergoeding - vereist. Verzoeker heeft in dit verband op 22 juli 2021 een brief gekregen van de ziektekostenverzekeraar waarin hij is geïnformeerd over de verrekening van deze vergoeding met

de betalingsachterstand. Eerder ontving hij, op zijn verzoek, een financieel overzicht van 15 juli 2022 waarin diezelfde verrekening ook al was opgenomen.

Verzoeker mocht daarom er niet op vertrouwen dat de informatie in het e-mailbericht van 29 juli 2021 zonder meer juist was, zeker gelet op de twee eerdere berichten over de verrekening. De ziektekostenverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 6 augustus 2021 aan de eventueel nog bestaande twijfels een einde gemaakt, door verzoeker nogmaals te informeren over de verrekening van de brilvergoeding. Het was verzoeker niet toegestaan om in de maand augustus 2021 zelf over te gaan tot verrekening door het bedrag van € 100,- in te houden op de te betalen premie. Dit volgt uit artikel A.8.4. van de voorwaarden van de zorgverzekering.

Dat verzoeker de vergoeding goed kon gebruiken vanwege zijn beperkte budget op dat moment, is in zoverre niet relevant dat van de ziektekostenverzekeraar in redelijkheid niet kan worden gevergd dat deze aan verzekerden een kredietfaciliteit biedt. Er bestond destijds een direct en volledig opeisbare vordering van € 130,26. Ook het argument van verzoeker dat hij niet tot aanschaf van de bril zou hebben besloten indien hij wist van de mogelijkheid van verrekening leidt niet tot een ander oordeel, omdat verzoeker ten tijde van het declareren van de nota voor de bril op grond van de verzekeringsvoorwaarden bekend kon zijn met de bevoegdheid tot verrekening door de ziektekostenverzekeraar. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de ziektekostenverzekeraar tot verrekening mocht besluiten.

#### *Bestaan en hoogte actuele betalingsachterstand*

- 7.4. Om inzicht te geven in de hoogte van de actuele betalingsachterstand heeft de ziektekostenverzekeraar een financieel overzicht naar de stand van 26 juli 2023 in de procedure overgelegd. Hieruit blijkt dat verzoeker met betrekking tot de periode van 1 december 2017 tot en met 31 augustus 2023 niet alle verschuldigde bedragen heeft betaald en dat per saldo nog een bedrag open staat van € 361,04. Dit bedrag bestaat uit (een gedeelte van) de premie voor januari en augustus 2023, de vertragingsrente en incassokosten 2023 van respectievelijk € 0,61 en € 40,- en het dossier in behandeling bij de deurwaarder voor de premie voor maart 2022 voor de zorgverzekering (€ 120,75) en voor de aanvullende ziektekostenverzekering (€ 23,85), inclusief vertragingsrente (€ 0,23).
- 7.5. Door verzoeker is in zijn diverse brieven en e-mailberichten aangevoerd dat hem eind maart 2022 door de ziektekostenverzekeraar is meegedeeld dat er geen betalingsachterstand is en dat hij in 2022 13 keer de maandpremie heeft overgemaakt. Verzoeker heeft deze laatste stelling onderbouwd met eigen overzichten.

De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar in de brieven van 16 augustus 2021, 25 augustus 2021 en 27 februari 2021 het eerder genoemde openstaande bedrag van € 130,26 van augustus 2021 aan verzoeker heeft toegelicht. Daarna volgde in de brieven van 31 januari 2023 en 27 februari 2023 uitleg over de premieachterstand van maart 2022. Hieruit volgt dat de premie van maart 2022 weer is opengevallen nadat verzoeker de ziektekostenverzekeraar heeft verzocht betaalde bedragen op een andere premiemaand te verwerken. Verzoeker heeft deze uitleg niet gemotiveerd bestreden en geen betaalbewijzen overgelegd waaruit blijkt dat hij meer of andere betalingen heeft gedaan dan die op het overzicht van de ziektekostenverzekeraar zijn opgenomen. Zo zijn de betalingen van 14 februari 2022 en 23 maart 2022 door de ziektekostenverzekeraar geboekt op de door verzoeker aangewezen premiemaanden februari 2022 en april 2022 (nummers 72 en 75 op het overzicht). Op 5 maart 2022 deed verzoeker een betaling van € 98,45 voor het restant van de premie voor december 2021. Deze premie was al eerder voldaan, waarna de ziektekostenverzekeraar de betaling heeft geboekt op de nog openstaande vordering (nummer 74) op het overzicht. Het bedrag van € 144,60 dat is overgemaakt op 23 maart 2022 is op het overzicht terug te vinden onder nummer 75 voor de premie voor april 2022. Dat hij in 2022 voor dat jaar 13 keer de maandpremie betaalde heeft verzoeker niet aannemelijk gemaakt.

Dit alles leidt ertoe dat de commissie van oordeel is dat niet gebleken is of aannemelijk gemaakt dat het financieel overzicht naar de stand van 26 juli 2023 onjuist is. Dit betekent dat de betalingsachterstand met betrekking tot de periode van 1 december 2017 tot en met 31 augustus 2023 naar de stand van genoemde datum totaal € 361,04, exclusief rente en incassokosten bedraagt. Dat verzoeker werd toegezegd dat geen incassokosten zouden worden berekend, is door hem weliswaar gesteld, maar niet aannemelijk gemaakt, zodat deze kosten terecht zijn berekend.

De commissie begrijpt dat het door de diverse boekingen voor verzoeker niet altijd inzichtelijk was hoe de ziektekostenverzekeraar betalingen had verwerkt en wat er per saldo nog openstond. Dit is echter ook deels aan verzoeker te wijten, doordat hij op diverse momenten verschillende bedragen heeft overgemaakt, waarbij niet altijd een (juist) kenmerk is gebruikt. Het stond de ziektekostenverzekeraar gelet op artikel 6:43 BW vrij deze betalingen toe te rekenen. Dit geldt eveneens voor de betaling van € 50,- die verzoeker naar zijn zeggen bedoelde als een voorstel tot een schikking. Van een zodanig, door de ziektekostenverzekeraar geaccepteerd voorstel is echter niet gebleken, zodat laatstgenoemde het door hem ontvangen, niet gespecificeerde bedrag mocht verrekenen.

#### *Beëindiging aanvullende ziektekostenverzekering*

- 7.6. De ziektekostenverzekeraar kan de aanvullende ziektekostenverzekering beëindigen als de premie niet (op tijd) wordt betaald. Dit volgt uit artikel A.9.1 van de verzekeringsvoorwaarden. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker vanaf januari 2020 een aantal keren beëindigd en weer hersteld. De laatste maal is de verzekering door de ziektekostenverzekeraar hersteld op 24 november 2022, omdat de betalingsachterstand was voldaan. Nadat op verzoek van verzoeker de betalingen van 14 november 2022 en 23 november 2022 waren gecorrigeerd, en de premie van de maand maart 2022 weer was opengevallen - waardoor opnieuw sprake was van een premieachterstand -, heeft de ziektekostenverzekeraar op dat moment ervoor gekozen de aanvullende ziektekostenverzekering niet wederom te beëindigen. Op 17 april 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker echter geïnformeerd dat de aanvullende ziektekostenverzekering per 1 juni 2023 wordt beëindigd vanwege de nieuwe betalingsachterstand in 2023 en bedoelde vordering uit 2022. Hiervoor heeft de commissie al vastgesteld dat verzoeker een betalingsachterstand heeft. De commissie is daarom van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker met ingang van 1 juni 2023 mocht beëindigen.

#### *Schadevergoeding*

- 7.7. Verzoeker heeft verder een schadevergoeding van € 250,- gevorderd, voor de overlast en het langdurig onjuist handelen van de ziektekostenverzekeraar. De commissie merkt hierover op dat, nog daargelaten of onder de gegeven omstandigheden voor een zodanige schadevergoeding enige aanleiding bestaat, de commissie op grond van artikel 21 van het Reglement Ombudsman en Geschillencommissie Zorgverzekeringen enkel kan beslissen dat kosten die gemaakt zijn in het kader van de klachtbehandeling bij de SKGZ voor vergoeding in aanmerking komen. De door verzoeker beschreven schade is niet als zodanig aan te merken, zodat de commissie hiervoor geen vergoeding kan toekennen.

#### *Slotsom*

- 7.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 27 november 2023

J.W. Heringa

**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. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.*

**BIJLAGE - Relevante bepalingen**

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering



---

## Burgerlijk Wetboek Boek 6

---

### Artikel 127

1. Wanneer een schuldenaar die de bevoegdheid tot verrekening heeft, aan zijn schuldeiser verklaart dat hij zijn schuld met een vordering verrekent, gaan beide verbintenissen tot hun gemeenschappelijk beloop teniet.
2. Een schuldenaar heeft de bevoegdheid tot verrekening, wanneer hij een prestatie te vorderen heeft die beantwoordt aan zijn schuld jegens dezelfde wederpartij en hij bevoegd is zowel tot betaling van de schuld als tot het afdwingen van de betaling van de vordering.
3. De bevoegdheid tot verrekening bestaat niet ten aanzien van een vordering en een schuld die in van elkaar gescheiden vermogens vallen.

digde kosten.

### A.8.2. Vooruit betalen

U (verzekeringnemer) moet de verschuldigde kosten vooruit betalen. Wij hebben met u (verzekeringnemer) afgesproken voor welke periode u deze kosten vooruit betaalt. Die periode noemen wij de 'betalingsperiode'. De betalingsperiode kan één maand, één kwartaal, één halfjaar of één jaar zijn. U (verzekeringnemer) hebt tijdig voldaan aan uw betalingsverplichting als het totale verschuldigde bedrag over de met u afgesproken betalingsperiode in ons bezit is:

- uiterlijk op de datum die op de acceptgiro of premienota staat, als u betaalt door middel van een acceptgiro of op basis van een premienota;
- door middel van automatische incasso. Automatische incasso vindt plaats in de 1<sup>e</sup> 7 dagen van de met u afgesproken betalingsperiode. Op uw verzoek kunt u met ons een ander moment voor automatische incasso afspreken;
- uiterlijk vóór de 1<sup>e</sup> dag van de met u afgesproken betalingsperiode, als u op een andere manier betaalt dan door middel of op grond van een acceptgiro, een premienota of automatische incasso.

### A.8.3. Manier van betalen

U (verzekeringnemer) hebt met ons afgesproken hoe u alle verschuldigde kosten betaalt. Dat kan zijn door een automatische incasso, een acceptgirobetaling (op papier of via e-mail), internetbankieren of een premienota. Hebt u met ons afgesproken digitaal te communiceren, dan is alleen automatische incasso, acceptgirobetaling via e-mail of in bepaalde gevallen betaling via internetbankieren mogelijk. Bij een zorgverzekering "Natura JUST" en een zorgverzekering "Natura Direct" is alleen automatische incasso mogelijk.

Als wij via automatische incasso de verschuldigde kosten van uw bankrekening afschrijven, blijft u verantwoordelijk voor tijdige en volledige betaling. U ontvangt een vooraankondiging voordat het bedrag van de bankrekening afgeschreven wordt.

### A.8.4. Verrekening

- U (verzekeringnemer) kunt schulden niet verrekenen met bedragen die u (verzekeringnemer én verzekerden) nog van ons tegoed hebt.
- Wij kunnen uw (verzekeringnemer) schuld wel verrekenen met bedragen waarop u (verzekeringnemer én verzekerde) recht hebt op grond van de verzekeringen die u bij ons hebt gesloten. Wij verrekenen de schuld niet met uitbetalingen van het PGB (Persoons Gebonden Budget).

## A.9. Betalingsachterstand

### A.9.1. Herinnering en opschorting

Als u (verzekeringnemer) niet (tijdig) aan uw betalingsverplichting voldoet, hebt u een betalingsachterstand en sturen wij u een herinnering. Betaalt u daarna niet binnen 14 dagen, dan nemen wij achtereenvolgens de volgende stappen:

- wij verrekenen uw (verzekeringnemer) schuld met bedragen waarop u (verzekeringnemer én verzekerde) recht hebt. Blijft er dan nog een deel van uw schuld over, dan moet u dat nog wel betalen. U hebt pas weer recht op dekking vanuit uw aanvullende verzekering vanaf de dag nadat alle bedragen die u moest betalen bij ons binnen zijn.
- wij schakelen een deurwaarder in (zie artikel A.9.2.).
- wij beëindigen uw aanvullende verzekering(en).
- vanaf 6 maanden melden wij uw betalingsachterstand voor uw zorgverzekering bij het CAK. U moet dan aan het CAK iedere maand een bestuursrechtelijke premie voor uw zorgverzekering betalen in plaats van de premie die u aan ons moet betalen. De hoogte van deze bestuursrechtelijke premie voor uw zorgverzekering wordt door de overheid bepaald. Het CAK int deze bestuursrechtelijke premie totdat u alle verschuldigde bedragen voor uw zorgverzekering hebt betaald. Dit is een wettelijke regeling.
- U bent niet langer verplicht om de bestuursrechtelijke premie aan het CAK te betalen vanaf de 1e dag van de maand volgend op de maand waarin:
  - uw betalingsachterstand niet meer bestaat, of
  - de rechter de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen uit de Faillissementswet op u (verzekeringnemer) van toepassing heeft verklaard, of
  - u (verzekeringnemer) gaat deelnemen aan een schuld(sanerings)regeling. Deze is tot stand gekomen door tussenkomst van een professionele schuldhulpverlener en wij nemen daaraan ten minste ook deel, of
  - wij met u een betalingsregeling hebben getroffen.

Uw (verzekeringnemer) plicht om uw normale kosten aan ons te betalen gaat weer in op de 1e dag van de maand volgend op de maand waarin een van bovenstaande situaties van toepassing is.

Wij melden u opnieuw aan bij het CAK waardoor u weer verplicht bent om de bestuursrechtelijke premie te betalen vanaf de 1e dag van de maand