

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, en VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem
Zaak : Verzekeringsplicht, premie, beëindiging EU/EER, Duitsland,
geneeskundige zorg
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2006-2023, artt. 6 en 16 Zvw,
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2006-2023
Zaaknummer : 202201833
Zittingsdatum : 13 september 2023

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. H.A.J. Kroon en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 2 november 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 7 maart 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 8 mei 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 9 mei 2023 aan verzoeker gestuurd. Nadien hebben verzoeker en de ziektekostenverzekeraar de commissie bij e-mailberichten van verschillende data aanvullende informatie gestuurd en haar op de hoogte gebracht van de actuele ontwikkelingen. Afschriften van de door de commissie ontvangen stukken zijn in kopie aan de respectieve wederpartij gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 12 juli 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023022128) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 13 juli 2023 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 13 september 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting en afschriften van de nagekomen stukken zijn op 21 september 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 12 juli 2023 aanpassing behoeft. Bij brief van 26 september 2023 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat de aanvullende informatie en de aantekeningen van de hoorzitting geen nieuwe informatie bevatten, waardoor het Zorginstituut nog steeds geen advies kan uitbrengen.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ Gemeentepakket Compleet en VGZ Herverzekeren Verplicht Eigen Risico € 0 (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Op 13 juli 2021 is de gemeente Venlo een adresonderzoek naar verzoeker gestart. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bij e-mailbericht van 22 november 2021 verzocht telefonisch contact op te nemen vanwege een lopend adresonderzoek. Verzoeker heeft

hieraan geen gevolg gegeven. Eind 2021 zijn de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker door de ziektekostenverzekeraar met terugwerkende kracht beëindigd. Verzoeker is eerst via een zorgverlener erachter gekomen dat zijn beide verzekeringen door de ziektekostenverzekeraar waren beëindigd.

- 3.3. In mei 2022 heeft de toenmalige advocaat van verzoeker de ziektekostenverzekeraar verzocht zowel de zorgverzekering als de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht te herstellen. Dit omdat inmiddels duidelijk was geworden dat door de gemeente Venlo een fout was gemaakt. In vervolg hierop heeft de ziektekostenverzekeraar de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht hersteld. Tevens heeft de ziektekostenverzekeraar de voor de periode van 1 augustus 2021 tot en met 31 juli 2022 verschuldigde premies (totaal € 2.142,18) automatisch geïncasseerd. Genoemd bedrag is vervolgens door verzoeker gestorneerd, waardoor sprake was van een betalingsachterstand. Vanwege het bestaan van deze betalingsachterstand is de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker met ingang van 1 september 2022 beëindigd. Nadat verzoeker voor het openstaande bedrag een betalingsregeling had afgesproken, is de aanvullende ziektekostenverzekering weer hersteld met ingang van 1 november 2022.
- 3.4. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar medische kosten gedeclareerd. Het betreft hierbij een ziekenhuisnota uit Duitsland ten bedrage van € 8.646,13 en een andere ziekenhuisnota, eveneens uit Duitsland.
- 3.5. Nadat verzoeker de SKGZ had benaderd, is de ziektekostenverzekeraar gevraagd een beslissing te nemen op het verzoek om heroverweging. Op 9 december 2022 vond een telefoongesprek plaats dat bij e-mailbericht aan verzoeker is bevestigd. Uit dit e-mailbericht valt af te leiden dat de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt handhaaft. Bij brief van 10 januari 2023 en e-mailbericht van 19 januari 2023 heeft verzoeker hierop gereageerd. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker geantwoord bij e-mailbericht van 30 januari 2023.
- 3.6. Bij brief van 12 juli 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.7. Bij brief van 26 september 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat:
 - (i) de ziektekostenverzekeraar hem onvoldoende heeft geïnformeerd over (a) het beëindigen van de zorgverzekering, en (b) de verrekening van betalingen;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering ten onrechte met ingang van 1 september 2022 heeft beëindigd en dat deze verzekering daarom per die datum (en niet per 1 november 2022) moet worden hersteld;
 - (iii) de ziektekostenverzekeraar hem onder druk heeft gezet bij het afspreken van een betalingsregeling;
 - (iv) de ziektekostenverzekeraar de ingediende ziekenhuisnota's uit Duitsland moet vergoeden.
- 4.2. Verzoeker heeft toegelicht dat hij op 1 oktober 2019 van de gemeente Venlo hoorde dat hij recht had op de 'Gemeentepolis'. Op 26 november 2019 heeft hij zich hiervoor aangemeld bij de ziektekostenverzekeraar. De verzekering werd hem in eerste instantie geweigerd omdat sprake was van een betalingsachterstand van € 1.269,40. Verzoeker heeft vervolgens afspraken gemaakt over het inlopen van deze achterstand in de periode van december 2019 tot augustus 2020. Maandelijks zou hij hiertoe een bedrag voldoen. Toen de verzekering met terugwerkende kracht was beëindigd, is de automatische incasso van de premie voortgezet. De geïnde bedragen zijn in mindering gebracht op de oude schuld. Nadat de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering werden hersteld, ontstond een

nieuwe betalingsachterstand. Volgens verzoeker gaat het hierbij om een bedrag van € 2.234,68. De ziektekostenverzekeraar heeft hem gedwongen hiervoor een betalingsregeling af te spreken. Volgens verzoeker bestaat hiertoe echter nauwelijks ruimte. Als hij - inclusief de lopende premie - meer dan € 200,- per maand moet betalen, wordt de beslagvrije voet namelijk overschreden, zodat een termijnbedrag van € 25,- voor hem niet haalbaar is. Volgens verzoeker is hij door noch de gemeente Venlo noch de ziektekostenverzekeraar behoorlijk geïnformeerd en heeft de ziektekostenverzekeraar aldus gehandeld in strijd met de richtlijn 'Gerede Twijfel'. Naar achteraf is gebleken, is zijn verzekering ten onrechte beëindigd.

Verder stelt verzoeker dat hij aanspraak heeft op de 'Gemeentepolis' zodat het niet kan zijn dat hij gedurende enkele maanden niet (aanvullend) verzekerd is geweest.

Met betrekking tot de ingediende ziekenhuisnota's voert verzoeker aan dat hij alle relevante informatie reeds meerdere keren heeft overgelegd.

- 4.3. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop verklaard dat hij op of kort na 22 november 2021 in zijn spambox een e-mailbericht heeft ontvangen. Hieruit leidde verzoeker af dat het betreffende bericht afkomstig zou kunnen zijn van de ziektekostenverzekeraar. Na contact met de ziektekostenverzekeraar bleek dit te kloppen. Omdat het oorspronkelijke e-mailbericht al was gewist, is tevens afgesproken dat het e-mailbericht nogmaals zou worden verstuurd. Dit is echter nooit gebeurd, maar later ontdekte verzoeker wel dat zowel de zorgverzekering als de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht was beëindigd. Na uitvoerig contact van de advocaat van verzoeker met de ziektekostenverzekeraar zijn de betreffende verzekeringen weliswaar hersteld, maar in de tussenliggende periode is de ziektekostenverzekeraar steeds doorgestaan met het automatisch incasseren van premies. Deze zijn in mindering gebracht op de openstaande schuld.

Verder merkt verzoeker op dat de ziektekostenverzekeraar in september 2022 de aanvullende ziektekostenverzekering opnieuw heeft beëindigd. Ditmaal vanwege het bestaan van een betalingsachterstand. Pas nadat verzoeker ertoe was gedwongen een betalingsregeling van € 20,- af te spreken - hetgeen voor hem een te hoog maandbedrag is -, is de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 november 2022 hersteld. Wat verzoeker met name stoort, is dat de ziektekostenverzekeraar niet wenste in te gaan op de betalingsvoorstellen die door hem waren gedaan. Door dit alles heeft verzoeker over de maanden september en oktober 2022 geen aanvullende dekking gehad en blijft een tandartsnota voor zijn rekening. Om die reden vordert verzoeker herstel van de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 september 2022, zodat de desbetreffende nota alsnog door de ziektekostenverzekeraar kan worden vergoed.

Voorts stelt verzoeker dat hij bij de ziektekostenverzekeraar twee ziekenhuisnota's uit Duitsland heeft gedeclareerd. Ondanks het meerdere keren toezenden van aanvullende informatie, weigert de ziektekostenverzekeraar deze nota's verder in behandeling te nemen, omdat naar zijn zeggen nog steeds informatie zou ontbreken.

- 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 bij brief van 21 december 2022 aan verzoeker verklaard dat het adres van verzoeker vanaf 13 juli 2021 in onderzoek stond in de Basis Registratie Personen (BRP). Dit is destijds gedaan door de gemeente. Omdat van verzoeker geen reactie op de e-mailberichten van 16 en 23 november 2021 werd ontvangen, is conform de richtlijn 'Gerede Twijfel' besloten tot beëindiging van de verzekering met terugwerkende kracht tot 13 juli 2021. Verzoekers advocaat is hierover geïnformeerd, waarbij is toegelicht dat, voor aanspraak op een Nederlandse zorgverzekering, iemand in de BRP ingeschreven moet staan ofwel een schrijven moet hebben ontvangen van de Sociale Verzekeringsbank dat hij of zij verzekerd moet zijn in Nederland, omdat recht bestaat vanwege de Wet langdurige zorg. Nadat door de gemeente in de BRP de melding was geplaatst dat het adres niet meer in onderzoek was, zijn in december 2021 de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht

hersteld. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar op 18 december 2021 bij verzoeker de over de periode 1 augustus 2021 tot en met 31 december 2021 verschuldigde premie voor genoemde verzekeringen in rekening gebracht.

Omdat verzoeker verzuimde de ontstane betalingsachterstand te voldoen, heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 september 2022 opnieuw beëindigd. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar artikel 3.5 van de verzekeringsvoorwaarden, waarin de afspraken staan die gelden bij een betalingsachterstand voor het 'Gemeentepakket'. Op basis van deze verzekeringsvoorwaarden werd de aanvullende ziektekostenverzekering terecht beëindigd.

- 5.2. Over de periode van 1 april 2006 tot en met 31 mei 2023 staat naar de stand van 4 mei 2023 nog een bedrag open van € 2.094,68, exclusief incassokosten en rente. In oktober 2022 is met verzoeker voor het destijds openstaande bedrag een betalingsregeling afgesproken van € 20,- per maand. Met dit termijnbedrag is de ziektekostenverzekeraar afgeweken van zijn beleid dat minimaal € 25,- per maand moet worden afgelost. Het afspreken van de betalingsregeling heeft ervoor gezorgd dat de aanvullende ziektekostenverzekering, conform de toepasselijke voorwaarden, met ingang van 1 november 2022 kon worden hersteld. Tot op heden komt verzoeker deze betalingsregeling na.
- 5.3. Met betrekking tot de door verzoeker indiende ziekenhuisnota's uit Duitsland stelt de ziektekostenverzekeraar dat hij hierover uitvoerig met verzoeker heeft gecorrespondeerd. Om de declaraties goed te kunnen beoordelen, heeft de ziektekostenverzekeraar meer informatie nodig. Tot op heden heeft verzoeker de gevraagde informatie echter niet overgelegd.
- 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop aangevoerd dat hij niet alleen op 22 november 2021 aan verzoeker een e-mailbericht heeft gestuurd, maar ook op andere data. Daarnaast zijn brieven aan verzoeker gestuurd met het verzoek contact op te nemen en duidelijkheid te verschaffen over de vraag of verzoeker nog in Nederland verzekeringsplichtig is. Ongeacht of deze correspondentie verzoeker heeft bereikt, geldt dat de ziektekostenverzekeraar nadien zowel de zorgverzekering als de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht heeft hersteld.
Daarnaast is door de ziektekostenverzekeraar herhaald dat in september 2022 sprake was van een betalingsachterstand en dat als gevolg hiervan de aanvullende ziektekostenverzekering opnieuw is beëindigd. Dit was op grond van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering toegestaan. Nadat verzoeker in oktober 2022 een betalingsregeling afsprak, is de betreffende verzekering, conform de toepasselijke voorwaarden, op de eerstvolgende premievervaldag na totstandkoming van deze regeling, met ingang van 1 november 2022 weer hersteld.
Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar dat hij geen aanleiding ziet de door verzoeker ingediende declaraties uit Duitsland te beoordelen. Dit omdat nog steeds informatie ontbreekt.
- 5.5. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 12 juli 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"U heeft Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) op 5 juni 2023 om advies gevraagd in het geschil tussen verzoeker en verweerder. In overleg met u is deze adviesaanvraag door het Zorginstituut aangehouden in afwachting van aanvullende informatie. Op 10 juli 2023 heeft u aangegeven dat er geen aanvullende informatie is toegevoegd aan het dossier en heeft u het Zorginstituut gevraagd een advies uit te brengen. Vervolgens heeft het Zorginstituut het dossier beoordeeld. De conclusie is dat het Zorginstituut in dit geschil geen advies kan uitbrengen omdat het dossier onvoldoende informatie bevat. Het Zorginstituut licht dit nader toe.

Het geschil gaat over de vergoeding van een ziekenhuisnota uit Duitsland ten bedrage van € 8.646,13, en een ziekenhuisnota uit Duitsland, nota's ter zake van hulpmiddelen, fysiotherapie, farmaceutische zorg en mondzorg ten bedrage van in totaal € 5.941,47. Van laatstgenoemd bedrag werd € 117,05 door verweerder vergoed. Verder heeft het geschil betrekking op het beëindigen van de zorgverzekering en de verrekening van betalingen door verweerder.

Gelet op artikel 114, derde lid, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) adviseert het Zorginstituut in geschillen die betrekking hebben op de te verzekeren prestaties, zoals vermeld in artikel 11 Zvw. Het Zorginstituut heeft geen adviesbevoegdheid voor wat betreft het beëindigen van de zorgverzekering of de verrekening van betalingen door verweerder.

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is onduidelijk waarom verweerder de door verzoeker ingediende nota's (deels) niet heeft vergoed. Het is onduidelijk of verweerder van mening is dat geen sprake is van verzekerde zorg, of dat verzoeker niet redelijkerwijs is aangewezen op de zorg, of dat de zorg om een andere reden niet voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de basisverzekering. Deze informatie dient aan het dossier toegevoegd te worden alvorens het Zorginstituut een advies kan uitbrengen. Afhankelijk van de afwijgrond van verweerder is voor een advies mogelijk ook informatie nodig over de behandeling en indicatie van verzoeker."

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. 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 7 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 10 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. De commissie stelt vast dat het verzoek mede betrekking heeft op twee door verzoeker ingediende Duitse ziekenhuisnota's. Uit de stukken blijkt dat door de ziektekostenverzekeraar om aanvullende informatie is verzocht. Verzoeker heeft hierop gereageerd met de mededeling dat alle relevante informatie reeds is verstrekt en dat hij geen kosten declareert die niet onder de dekking van de zorgverzekering of de aanvullende ziektekostenverzekering vallen. Ter zitting is komen vast te staan dat de ziektekostenverzekeraar ter zake van deze beide nota's nog geen inhoudelijke beslissing heeft genomen. Van een afwijzende beslissing door de ziektekostenverzekeraar is dan ook geen sprake zodat de commissie, gelet op artikel 114 van de Zorgverzekeringswet en het toepasselijke reglement, niet bevoegd is in behandeling te nemen het deel van het verzoek (hiervoor in 4.1 onder (iv) weergegeven) met betrekking tot de vergoeding van de twee ziekenhuisnota's.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over de verzekeringsplicht en de verschuldigdheid van premie 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.

Beëindiging zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering 2021

- 8.2. Het is niet in geschil dat het adres van verzoeker, zoals vermeld in de BRP, vanaf 13 juli 2021 in onderzoek was. De beslissing hiertoe werd genomen door de gemeente Venlo en in die beslissing kan de commissie niet treden. Op het moment dat een adres gedurende vier maanden in onderzoek is, volgt uit de richtlijn 'Gerede Twijfel' dat de zorgverzekeraar moet aannemen dat niet langer sprake is van verzekeringsplicht op grond van de Zvw. Door de

ziektekostenverzekeraar is gesteld dat hij vanaf het najaar van 2021 aan verzoeker brieven en e-mailberichten heeft gestuurd met daarin de mededeling dat als verzoeker niet staat ingeschreven in de BRP de zorgverzekering met terugwerkende kracht zal worden beëindigd. Omdat de ziektekostenverzekeraar vervolgens bij herhaling geen reactie van verzoeker ontving, is zowel diens zorgverzekering als aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht beëindigd.

Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar genoemde verzekeringen niet met terugwerkende kracht mocht beëindigen. Dit omdat (i) hij van de ziektekostenverzekeraar alleen op 22 november 2021 een e-mailbericht heeft ontvangen dat ook nog in de spambox terecht was gekomen, en (ii) de ziektekostenverzekeraar ook na beëindiging van beide verzekeringen is doorgegaan met het incasseren van premies. Hiertoe overweegt de commissie als volgt.

- 8.3. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld dat hij verzoeker, voorafgaand aan de beëindiging van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering, brieven en e-mailberichten heeft gestuurd met het verzoek duidelijkheid te verschaffen over de verzekeringsplicht. Deze brieven en e-mailberichten zijn door de ziektekostenverzekeraar niet in deze procedure overgelegd, hoewel dit gelet op artikel 3:37 BW wél op zijn weg had gelegen. In de overgelegde stukken bevindt zich alleen een e-mailbericht van 22 november 2021, waarvan verzoeker onweersproken heeft gesteld dat dit in zijn spambox terecht was gekomen. Of dit e-mailbericht voldoende was om tot beëindiging van de verzekering te mogen besluiten kan naar het oordeel van de commissie in het midden blijven, omdat de ziektekostenverzekeraar, na contact met de advocaat van verzoeker, in december 2021 zowel de zorgverzekering als de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht tot 1 augustus 2021 heeft hersteld. Hierdoor heeft verzoeker geen belang meer bij een uitspraak of de ziektekostenverzekeraar de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering al dan niet terecht heeft beëindigd. Hetzelfde geldt voor de stelling van verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar na de beëindiging is doorgegaan met het incasseren van premies. Los van het feit dat verzoeker deze stelling niet met stukken heeft onderbouwd, geldt dat verzoeker, nadat de beide verzekeringen waren hersteld, de premie voor de tussenliggende periode wederom verschuldigd was. Uit het financieel overzicht van 4 mei 2023 blijkt dat het hierbij met betrekking tot het tijdvak van augustus 2021 tot en met mei 2022 gaat om een bedrag van totaal € 1.842,60 ((€ 894,- (5 x € 178,80) + € 948,60 (5 x 189,72))). De commissie ziet geen aanleiding te bepalen dat dit bedrag door de ziektekostenverzekeraar dient te worden kwijtgescholden of gematigd.

Beëindiging aanvullende ziektekostenverzekering per 1 september 2022

- 8.4. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker, na het aanvankelijke herstel hiervan met terugwerkende kracht, opnieuw beëindigd, en wel met ingang van 1 september 2022. Hierbij is door hem verwezen naar artikel 3.5 van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden. Op grond van dit artikel mag de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering beëindigen, indien sprake is van (i) een premieachterstand, en (ii) de verzekerde voor deze achterstand een aanmaning heeft ontvangen. Om inzicht te verschaffen in de hoogte van de betalingsachterstand, heeft de ziektekostenverzekeraar een financieel overzicht naar de stand van 4 mei 2023 in het geding gebracht. Uit dit overzicht blijkt dat verzoeker met betrekking tot de periode van 1 april 2006 tot en met 31 mei 2023 niet alle verschuldigde bedragen heeft betaald en dat per saldo nog een bedrag openstaat van € 2.094,68, exclusief incassokosten en rente. Hoewel daartoe door de commissie in de gelegenheid gesteld, heeft verzoeker niet aannemelijk gemaakt dat hij meer of andere betalingen heeft gedaan dan die in het overzicht zijn vermeld. De commissie gaat om die reden uit van de juistheid van dit financieel overzicht. Dit betekent dat de betalingsachterstand over de periode van 1 april 2006 tot en met 31 mei 2023 naar de stand van 4 mei 2023 € 2.094,68, exclusief incassokosten en rente, bedraagt. Gelet op de ná 1 september 2022 door verzoeker verschuldigde en door de ziektekostenverzekeraar ontvangen betalingen stelt de commissie vast dat op 1 september 2022 al sprake was van een betalingsachterstand. Daarmee is aan de eerste, in artikel 3.5 genoemde voorwaarde - een aanwezige premieachterstand - voldaan.

- 8.5. Wat betreft de tweede, in artikel 3.5 genoemde voorwaarde - ontvangst van een aanmaning - stelt de commissie vast dat de ziektekostenverzekeraar, hoewel daartoe door de commissie in de gelegenheid te zijn gesteld, geen kopie van de door hem verzonden aanmaning heeft overgelegd. Daarom moet het er in procesrechtelijk opzicht, bij gebrek aan een voldoende feitelijke onderbouwing, voor worden gehouden dat geen aanmaning is verstuurd en dat de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering ten onrechte met ingang van 1 september 2022 heeft beëindigd. Het voorgaande leidt ertoe dat de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker met terugwerkende kracht tot 1 september 2022 moet worden hersteld, zoals door hem verzocht. De ziektekostenverzekeraar dient met betrekking tot de maanden september en oktober 2022 alsnog dekking te verlenen en de door verzoeker ter zitting genoemde tandartsnota, voor zover vallend onder de dekking, te vergoeden. Daar staat tegenover dat verzoeker, zoals hij tijdens de mondelinge behandeling ook volmondig bevestigde, voor deze maanden de overeengekomen premie is verschuldigd. Een en ander brengt met zich dat het onder 8.4. vermelde achterstallige bedrag nog met deze premie moet worden verhoogd.

Afspraak betalingsregeling

- 8.6. Verzoeker heeft gesteld dat hij door de ziektekostenverzekeraar is gedwongen tot het aangaan van de betalingsregeling van € 20,- per maand. De aanvullende ziektekostenverzekering zou namelijk niet worden hersteld als er geen betalingsregeling tot stand kwam. De commissie merkt hierover op dat het uitgangspunt is dat sprake is van een - ook door verzoeker erkende - direct en volledig opeisbare vordering. Er bestaat voor de ziektekostenverzekeraar geen verplichting een betalingsregeling aan te bieden. Wordt in dit verband een aanbod gedaan, dan geldt dat voor de totstandkoming aanvaarding door de wederpartij is vereist. Ontbreekt de noodzakelijke wilsovereenstemming, dan komt geen betalingsregeling tot stand. De stelling van verzoeker dat hij werd gedwongen om een betalingsregeling af te spreken, omdat anders de aanvullende ziektekostenverzekering niet zou worden hersteld, waarmee hij lijkt te suggereren dat sprake is van een wilsgebrek, volgt de commissie niet bij gebrek aan voldoende feitelijke onderbouwing dienaangaande door verzoeker. Waar het gaat om de aangeboden betalingsregeling is door de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij, juist met het oog op de beperkte financiële middelen van verzoeker, is afgeweken van zijn beleid om een minimaal termijnbedrag van € 25,- af te spreken. Aan verzoeker stond het vrij om op het aldus gedane aanbod al dan niet in te gaan en daarmee in te stemmen met de voorgestelde betalingsregeling. De commissie stelt vast dat partijen overeenstemming hebben bereikt over een termijnbedrag van € 20,- per maand. Dat verzoeker hiermee onder de zogenoemde beslagvrije voet komt is gesteld noch gebleken. De commissie ziet, gelet op het voorgaande, geen aanleiding te beslissen dat de overeengekomen betalingsregeling vanwege een wilsgebrek moet worden beëindigd.

Slotsom

- 8.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie beslist dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker met betrekking tot de maanden september en oktober 2022 moet herstellen.
- (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het betaalde entreegeld van € 37,- moet vergoeden.
- (iii) het meer of anders door verzoeker gevorderde wordt afgewezen.

Zeist, 16 oktober 2023,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

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.

Zorgverzekeringswet

Artikel 2

1. Degene die ingevolge de Wet langdurige zorg en de daarop gebaseerde regelgeving van rechtswege verzekerd is, is verplicht zich krachtens een zorgverzekering te verzekeren of te laten verzekeren tegen het in artikel 10 bedoelde risico.
2. In afwijking van het eerste lid is niet verzekeringsplichtig:
 - a. de militaire ambtenaar in werkelijke dienst als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel a juncto onderdeel b, van de Wet ambtenaren defensie, alsmede de militair aan wie buitengewoon verlof met behoud van militaire inkomsten is verleend;
 - b. de natuurlijke persoon die op grond van artikel 64, eerste lid, van de Wet financiering sociale verzekeringen is ontheven van de verplichtingen, opgelegd op grond van de Wet langdurige zorg.
3. Degene die het gezag over een minderjarige, jonger dan achttien jaar, uitoefent, een curator, een bewindvoerder of een mentor als bedoeld in de titels 16, 19 of 20 van Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek, zorgt ervoor dat de minderjarige verzekeringsplichtige, dan wel de onder curatele, bewind of mentorschap gestelde verzekeringsplichtige krachtens een zorgverzekering verzekerd is.

Artikel 6

1. De zorgverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag volgende op de dag waarop:
 - a. de verzekeraar ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden;
 - b. de verzekerde ten gevolge van wijziging van het werkgebied buiten het werkgebied van de zorgverzekeraar komt te wonen;
 - c. de verzekerde overlijdt;
 - d. de verzekeringsplicht van de verzekerde eindigt.
2. De zorgverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de eerste dag van de tweede maand volgende op de dag waarop de verzekerde, zonder dat zijn verzekeringsplicht eindigt, ten gevolge van verhuizing komt te wonen buiten een provincie waarin zijn zorgverzekeraar de ten behoeve van hem gesloten variant van de zorgverzekering aanbiedt of uitvoert.
3. De zorgverzekeraar stelt de verzekeringnemer uiterlijk twee maanden voordat een zorgverzekering op grond van het eerste lid, onderdeel a of b, eindigt, van dit einde op de hoogte, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt.
4. De verzekeringnemer stelt de zorgverzekeraar uit eigen beweging of op diens verzoek onverwijld op de hoogte van alle feiten en omstandigheden over de verzekerde die op grond van het eerste lid, onderdeel c of d, dan wel het tweede lid tot het einde van de zorgverzekering hebben geleid of kunnen leiden.
5. De Sociale verzekeringsbank gaat op basis van vergelijking van bij ministeriële regeling aan te wijzen bestanden na voor welke personen in weerwil van het ontbreken van hun verzekeringsplicht een zorgverzekering wordt uitgevoerd en informeert hun zorgverzekeraar daarover.
6. Indien de zorgverzekeraar op grond van de in het vierde of vijfde lid bedoelde gegevens tot de conclusie komt dat de zorgverzekering zal eindigen of geëindigd is, deelt hij dit, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt of geëindigd is, onverwijld aan de verzekeringnemer mede.

7. Bij ministeriële regeling kunnen nadere regels worden gesteld over de feiten en omstandigheden, bedoeld in het vierde lid, over de wijze waarop de zorgverzekeraar van die feiten en omstandigheden kennisneemt alsmede over de wijze waarop de zorgverzekeraar tot de conclusie, bedoeld in het zesde lid komt.

2.7. Lidmaatschap van de Coöperatie

Bij de totstandkoming van deze aanvullende verzekering(en) wordt u als verzekeringnemer ook lid van de Coöperatie VGZ U.A., tenzij u schriftelijk aangeeft dit niet te willen. De Coöperatie behartigt het belang van haar leden op het terrein van de (zorg)verzekering(en). U kunt het lidmaatschap op elk gewenst moment opzeggen. De opzegtermijn is één maand. Het lidmaatschap eindigt in ieder geval zodra de verzekeringsovereenkomst eindigt.

2.8. Bedenkperiode

Bij het aangaan van de aanvullende verzekering, heeft u als verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. U kunt de aanvullende verzekering schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

2.9. Nederlands recht

Op de aanvullende verzekering(en) is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 3. Premie

3.1. Wie betaalt premie?

De verzekeringnemer is verplicht premie te betalen. Voor een verzekerde jonger dan 18 jaar hoeft tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de 18e verjaardag geen premie te worden betaald. Voorbeeld: iemand die op 1 juli 18 jaar wordt, betaalt premie vanaf 1 augustus.

Bij overlijden van een verzekerde is premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden. Bij wijziging van de aanvullende verzekering berekenen wij de premie opnieuw met ingang van de datum van wijziging.

3.2. Premiekorting bij collectieve overeenkomst

- 3.2.1. De premies en voorwaarden van de collectieve overeenkomst gelden vanaf de dag dat u deelneemt aan de collectieve overeenkomst.
- 3.2.2. Vanaf de dag dat u niet meer in aanmerking komt voor de voordelen uit de collectieve overeenkomst, vervallen de premiekorting en voorwaarden van de collectieve overeenkomst. Vanaf deze dag bieden wij u een andere aanvullende verzekering van VGZ aan. Wilt u deze aanvullende verzekering(en) wijzigen of opzeggen? Dan kunt u dit binnen 30 dagen na de ingangsdatum van de andere aanvullende verzekering(en) aan ons doorgeven.
- 3.2.3. U kunt maar aan 1 collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen.

3.3. Betaling van premie, wettelijke bijdragen en kosten

- 3.3.1. U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdragen maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is afgesproken.
- 3.3.2. Als u geen gebruikmaakt van digitale post, dan betaalt u kosten voor papieren post. U betaalt geen kosten voor de polis. Meer informatie en de hoogte van de kosten voor papieren post vindt u op onze website.
- 3.3.3. U betaalt de premie, eigen bijdragen, kosten voor papieren post en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen op de betalingswijze zoals met ons is afgesproken.

Kosteloze betaalmogelijkheden

- a. U machtigt ons voor automatische incasso van verschuldigde bedragen (zie ook artikel 3.3.4).
 - b. U maakt gebruik van de mogelijkheid om via uw Mijn Omgeving gratis een digitale factuur te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling. Dit kan – als u wilt – direct via iDeal.
- Aan deze betaalmogelijkheden zijn geen extra kosten verbonden.

Kosten voor betaling per papieren factuur (acceptgiro)

Als u geen gebruikmaakt van de kosteloze betaalmogelijkheden dan betaalt u € 1,50 per papieren factuur. Dit bedrag is voor alle kosten die wij maken voor het in stand houden, vervaardigen en aanbieden van een papieren factuur en het verwerken van uw betaling. Ook als u voor de betaling geen gebruikmaakt van de papieren factuur. U ontvangt ook een papieren factuur als een automatische incasso niet kan worden uitgevoerd of als u een betalingsregeling

met ons aangaat en u kiest voor betaling per papieren factuur. Ook dan betaalt u per papieren factuur € 1,50. Betaalt u uw premie per kwartaal of jaar en kiest u voor betaling per papieren factuur? Dan zijn hieraan voor u geen extra kosten verbonden.

- 3.3.4. Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing op de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen. Deze toestemming geldt tijdens en zo nodig ook na afloop van de verzekeringsovereenkomst. Op uw polisblad informeren wij u over de datum van automatisch incasso van de premie voor het gehele kalenderjaar. Voor de overige kosten informeren wij u minimaal 3 dagen voor de datum waarop de afschrijving plaatsvindt over het af te schrijven bedrag en de datum. Bent u het niet eens met een afschrijving? Dan kunt u het bedrag laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met uw bank.

3.4. Verrekening

- 3.4.1. U mag de verschuldigde bedragen niet verrekenen met een bedrag dat u nog van ons verwacht.

3.5. Niet-tijdig betalen

- 3.5.1. Als wij de door u verschuldigde premie gedurende een periode van 2 maanden niet kunnen incasseren, ondanks dat u een machtiging voor automatische incasso heeft afgegeven, zal de gemeente daarvan op de hoogte worden gesteld. Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen bijdragen, het eigen risico en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen niet op tijd betaalt, dan sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, dan kunnen wij de dekking van deze aanvullende verzekering(en) schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg vanaf de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen. Wij mogen de aanvullende verzekering(en) beëindigen als u niet op tijd betaalt. Bij beëindiging van de verzekeringsovereenkomst kan de aanvullende verzekering weer aangevraagd worden na betaling van het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten. Als wij u accepteren dan gaat de aanvullende verzekering in per de 1e dag van de 2e maand, volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen. Als de volledige betalingsachterstand wordt omgezet in een aflossingsafpraak of betalingsregeling, dan is er weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg op grond van de aanvullende verzekering per de 1e dag van de 2e maand, aansluitend op de maand waarin de betalingsregeling is overeengekomen en vastgelegd.
- 3.5.2. Wij brengen de volgende kosten bij u in rekening als u niet tijdig betaalt:
- wettelijke rente vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de oorspronkelijke factuur;
 - incassokosten vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de aanmaning.
- 3.5.3. Als u al bent aangemaand voor het niet op tijd betalen van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen of onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen, dan hoeven wij u bij het niet op tijd voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.
- 3.5.4. Wij hebben het recht om opeisbare premie, kosten en wettelijke rente te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere bedragen die u van ons moet ontvangen.
- 3.5.5. Als wij de aanvullende verzekering(en) beëindigen omdat u de premie niet op tijd heeft betaald, dan hebben wij het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.

Artikel 4. Overige verplichtingen

U bent verplicht:

- ons te informeren over feiten, die ervoor (kunnen) zorgen dat kosten kunnen worden verhaald op (mogelijk) aansprakelijke derden en ons in dat verband de benodigde inlichtingen te verstrekken. Denk aan kosten die wij zouden kunnen verhalen op de aansprakelijkheidsverzekering van de veroorzaker van een ongeval. U mag geen enkele regeling treffen met een derde, zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring. U moet zich onthouden van handelingen waardoor onze belangen kunnen worden geschaad;
- medewerking te verlenen aan onze medisch adviseur of medewerkers tot het verkrijgen van alle benodigde informatie die zij nodig hebben voor de controle op de uitvoering van de aanvullende verzekering(en);
- de zorgverlener te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur;

Beëindiging verzekering(en)

Als u fraude pleegt, beëindigen wij uw zorgverzekering. U kunt dan 5 jaar geen zorgverzekering bij ons sluiten. Wij beëindigen ook uw aanvullende zorgverzekering(en). U kunt dan 8 jaar geen aanvullende verzekering sluiten bij de verzekeraars van Coöperatie VGZ.

2.5. Bescherming van uw persoonsgegevens

Bij het uitvoeren van uw verzekeringen verwerken wij uw persoonsgegevens. Wij doen dit in overeenstemming met de wet- en regelgeving, zoals de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG). In de privacyverklaring op onze website leest u hier meer over. Ook leest u in de privacyverklaring welke rechten u heeft. Als u vragen heeft over de omgang met uw persoonsgegevens, dan kunt u deze richten aan de functionaris voor de gegevensbescherming. Kijk voor meer informatie op de pagina over privacy op onze website.

2.6. Mededelingen

Mededelingen gericht aan het laatst bij ons bekende adres, worden geacht u te hebben bereikt. Als u alle mededelingen van ons langs elektronische weg wilt ontvangen, dan kunt u dit aangeven in de Mijn-omgeving of in de Zorg app.

2.7. Lidmaatschap van de Coöperatie VGZ

Bij de totstandkoming van deze zorgverzekering wordt u als verzekeringnemer ook lid van de Coöperatie VGZ U.A., tenzij u schriftelijk aangeeft daar geen prijs op te stellen. De Coöperatie behartigt het belang van haar leden op het terrein van de (zorg)verzekering. U kunt het lidmaatschap op elk gewenst moment opzeggen, met inachtneming van een opzegtermijn van één maand. Het lidmaatschap eindigt in ieder geval op het moment dat de verzekeringsovereenkomst eindigt.

2.8. Bedenkperiode

Bij het aangaan van de zorgverzekering heeft u als verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. U kunt de verzekering schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

2.9. Voorrangsbepaling

Voor zover het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringswet bepaalde van invloed is of moet zijn op de zorgverzekering, geldt dit als in deze verzekeringsvoorwaarden opgenomen. Is het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringswet bepaalde strijdig met de bepalingen van deze overeenkomst? Dan gaat hetgeen is bepaald in de Zorgverzekeringswet voor en daarna hetgeen is bepaald bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek en daarna het bepaalde in deze zorgverzekering.

2.10. Nederlands recht

Op de zorgverzekering is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 3. Premie

3.1. Premiegrondslag en premiekortingen

De premiegrondslag is de premie zonder premiekorting voor een vrijwillig eigen risico en/of een korting die in een collectieve overeenkomst is overeengekomen. De premiegrondslag en premiekortingen die voor u gelden, vindt u op uw polisblad.

Premiekorting bij vrijwillig eigen risico

Als u kiest voor een vrijwillig eigen risico, ontvangt u een korting op de premie. De premiegrondslag en de premiekorting voor het vrijwillig eigen risico vindt u op de jaarlijks aan te passen premiebijlage. U vindt de premiebijlage op onze website.

Premiekorting bij collectieve overeenkomst

Als u deelneemt aan een collectieve overeenkomst, dan ontvangt u een korting op de premiegrondslag. U kunt maar aan één collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen.

Vanaf de dag dat u niet meer kunt deelnemen aan de collectieve overeenkomst, vervallen de premiekorting en voorwaarden zoals bepaald in de collectieve overeenkomst. Vanaf deze dag wordt de zorgverzekering op individuele basis voortgezet.

3.2. Wie betaalt premie?

De verzekeringnemer is verplicht premie te betalen. Voor een verzekerde jonger dan 18 jaar hoeft tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de 18e verjaardag geen premie te worden betaald. Bij overlijden van een verzekerde is premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden. Bij wijziging van de zorgverzekering berekenen wij de premie opnieuw met ingang van de datum van wijziging.

Voorbeeld

Iemand die op 1 juli 18 jaar wordt, betaalt premie vanaf 1 augustus.

3.3. Betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico en kosten

- 3.3.1. U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdrage maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen. Als u de premie per jaar vooraf betaalt, dan ontvangt u een termijnbetalingskorting op de te betalen premie. De hoogte van de korting is op het polisblad vermeld.
- 3.3.2. Als u geen gebruik maakt van digitale post, dan betaalt u kosten voor papieren post. U betaalt geen kosten voor de polis en de Europese gezondheidskaart (EHIC). Meer informatie en de hoogte van de kosten voor papieren post vindt u op onze website.
- 3.3.3. U betaalt de premie, eigen risico, eigen bijdragen, kosten voor papieren post en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen op de betalingswijze zoals met ons is overeengekomen.

Kosteloze betaalmogelijkheden

- a. U machtigt ons voor automatische incasso van verschuldigde bedragen (zie ook artikel 3.3.4).
- b. U maakt gebruik van de mogelijkheid om via uw Mijn-omgeving gratis een digitale factuur te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling. Dit kan desgewenst direct via iDeal.
- c. Uw werkgever houdt de premie in op uw salaris en draagt deze aan ons af. Deze betaalmogelijkheid heeft alleen betrekking op de premie.

Aan deze betaalmogelijkheden zijn geen extra kosten verbonden.

Kosten voor betaling per papieren factuur (acceptgiro)

Als u geen gebruik maakt van de kosteloze betaalmogelijkheden dan betaalt u € 1,50 per papieren factuur. Dit bedrag is voor alle kosten die wij maken voor het in stand houden, vervaardigen en aanbieden van een papieren factuur en het verwerken van uw betaling. Ook als u voor de betaling geen gebruik maakt van de papieren factuur. U ontvangt ook een papieren factuur als een automatische incasso niet kan worden uitgevoerd of als u een betalingsregeling met ons aangaat en u kiest voor betaling per papieren factuur. Ook dan betaalt u per papieren factuur € 1,50. Betaalt u uw premie per kwartaal of jaar en kiest u voor betaling per papieren factuur? Dan zijn hieraan voor u geen extra kosten verbonden.

- 3.3.4. Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing op de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen. Deze toestemming geldt tijdens, en zo nodig ook na afloop van, de verzekeringsovereenkomst. Op uw polisblad informeren wij u over de datum van automatische incasso van de premie voor het gehele kalenderjaar. Voor de overige kosten informeren wij u ten minste 3 dagen voor de datum waarop de afschrijving plaatsvindt over het af te schrijven bedrag en de datum. Bent u het niet eens met een afschrijving? Dan kunt u het bedrag laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met uw bank.

3.4. Verrekening

U mag de verschuldigde bedragen niet verrekenen met een bedrag dat u nog van ons verwacht.

3.5. Niet-tijdig betalen

- 3.5.1.** Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen niet op tijd betaalt, dan sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, dan kunnen wij de dekking van deze zorgverzekering schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premieervaldag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg vanaf de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen. Wij hebben het recht de zorgverzekering te beëindigen als u niet op tijd betaalt. De verzekering wordt in dat geval niet met terugwerkende kracht beëindigd.
- 3.5.2.** Wij brengen de volgende kosten bij u in rekening in geval van niet-tijdig betalen:
- Wettelijke rente vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de oorspronkelijke factuur
 - Incassokosten vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de aanmaning.
- 3.5.3.** Als u al bent aangemaand voor het niet op tijd betalen van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen of onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen, dan hoeven wij u bij het niet op tijd voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.
- 3.5.4.** Wij hebben het recht om opeisbare premie, kosten en wettelijke rente te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere bedragen die u van ons moet ontvangen.
- 3.5.5.** Als wij de verzekering beëindigen omdat u de premie niet op tijd heeft betaald, dan hebben wij het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.
- 3.5.6.** Gevolgen van het niet betalen van 2 maandpremies of meer
- a. Heeft u als verzekeringnemer een premieachterstand ter hoogte van 2 maandpremies? Dan bieden wij u een betalingsregeling aan. U heeft 4 weken de tijd om deze betalingsregeling te accepteren. Ook informeren wij u over de gevolgen als u ons aanbod niet accepteert en de achterstand oploopt tot 6 of meer maandpremies.
 - b. Heeft u als verzekeringnemer een premieachterstand ter hoogte van 4 maandpremies? Dan ontvangt u een waarschuwing dat wij u bij het CAK aanmelden voor de regeling wanbetalers bij een betalingsachterstand van 6 maandpremies, tenzij wij alsnog met u een betalingsregeling aangaan.
 - c. Heeft u als verzekeringnemer een premieachterstand ter hoogte van 6 maandpremies of meer? Dan melden wij u aan bij het CAK voor de regeling wanbetalers en bent u verplicht een bestuursrechtelijke premie aan het CAK te betalen. Voor de periode dat u een bestuursrechtelijke premie aan het CAK verschuldigd bent, bent u geen premie aan ons verschuldigd. De bestuursrechtelijke premie aan het CAK is hoger dan de premie die u normaal gesproken aan ons zou moeten betalen.
- Heeft u anderen op uw polis verzekerd en is er voor hen een betalingsachterstand ontstaan? Zij ontvangen dan kopieën van onze berichten aan u over de premieachterstand.
- U vindt de gevolgen van het niet betalen van de premie en de bestuursrechtelijke premie in de artikelen 18a tot en met artikel 18g Zorgverzekeringswet.
- 3.5.7.** U bent geen premie aan ons verschuldigd over de periode bedoeld in artikel 18e Zorgverzekeringswet.

Artikel 4. Overige verplichtingen

U bent verplicht:

- Ons te informeren over feiten, die ervoor (kunnen) zorgen dat kosten verhaald kunnen worden op (mogelijk) aansprakelijke derden en ons in dat verband de benodigde inlichtingen te verstrekken. U mag geen enkele regeling treffen met een derde, zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring. U moet zich onthouden van handelingen waardoor onze belangen kunnen worden geschaad;
- Medewerking te verlenen aan onze medisch adviseur of medewerkers tot het verkrijgen van alle benodigde informatie die zij nodig hebben voor (de controle op) de uitvoering van de zorgverzekering;
- De zorgaanbieder te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur;
- Ons zo spoedig mogelijk feiten en omstandigheden te melden die voor een juiste uitvoering van de verzekering van belang zijn. Dat zijn onder meer einde verzekeringsplicht, begin en einde detentie, (echt)scheiding, geboorte, adoptie of wijziging rekeningnummer. Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde, dragen wij geen enkel risico.

Als u uw verplichtingen niet nakomt en onze belangen worden hierdoor geschaad, dan kunnen wij uw recht op (vergoeding van de kosten van) de verzekerde zorg schorsen.

Artikel 5. Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden

5.1. Wijziging voorwaarden

Wij hebben het recht de voorwaarden en premie(grondslag) van de zorgverzekering op elk moment te wijzigen. Wij zullen u als verzekeringnemer hierover schriftelijk informeren. Een wijziging van de premiegrondslag treedt niet eerder in werking dan 7 weken na de dag waarop deze aan u is meegedeeld. Een wijziging in de voorwaarden treedt niet eerder in werking dan 1 maand na de dag waarop deze aan u is meegedeeld.

5.2. Opzeggingsrecht

Als wij de voorwaarden en/of premiegrondslag van de zorgverzekering in uw nadeel wijzigen, dan kunt u als verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. U kunt de overeenkomst opzeggen, in ieder geval gedurende 1 maand nadat de wijziging aan u is meegedeeld. Dit opzeggingsrecht heeft u niet, als een wijziging in de verzekerde zorg rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van de bij of krachtens de artikelen 11 tot en met 14a Zorgverzekeringswet gestelde regels.

Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de zorgverzekering

6.1. Begin en duur

- 6.1.1. De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop wij uw aanvraag(formulier) ontvangen. U ontvangt een ontvangstbevestiging met de datum waarop uw aanvraag is ontvangen. Bent u verzekeringsplichtig, maar heeft u nog geen burgerservicenummer (BSN)? Dan kunt u toch als verzekerde worden ingeschreven.
- 6.1.2. Soms kunnen wij niet uit uw aanvraag afleiden of wij verplicht zijn een zorgverzekering voor de te verzekeren persoon af te sluiten. In dit geval vragen wij u om informatie waaruit blijkt dat wij verplicht zijn een zorgverzekering te sluiten. De zorgverzekering gaat pas in op de dag dat wij de genoemde informatie ontvangen. U ontvangt een ontvangstbevestiging met de datum waarop de aanvullende informatie is ontvangen.
- 6.1.3. Als u al een andere zorgverzekering heeft op de dag zoals bedoeld in artikel 6.1.1 of 6.1.2, dan gaat de zorgverzekering in op de door u aangegeven latere datum.
- 6.1.4. Als de vorige verzekering met ingang van 1 januari van een kalenderjaar of door wijziging van de voorwaarden is beëindigd, dan gaat de verzekering bij de nieuwe verzekeraar in per de beëindigingsdatum van de oude verzekering. U moet zich dan binnen 1 maand nadat de vorige verzekering is beëindigd aanmelden bij de nieuwe zorgverzekeraar.
- 6.1.5. Als de verzekeringsovereenkomst ingaat binnen 4 maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, dan gaat de zorgverzekering in op de dag dat de verzekeringsplicht is ontstaan.

Voorbeeld

U bent verplicht uw kind binnen 4 maanden na de geboorte te verzekeren, zodat uw kind vanaf de datum van geboorte is verzekerd.

- 6.1.6. De Zorgverzekeringswet kent een verzekeringsplicht. Wij zijn niet verplicht een zorgverzekering te sluiten met of voor een verzekeringsplichtige die al verzekerd is op grond van de Zorgverzekeringswet.

6.2. Einde van rechtswege

De zorgverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop:

- De zorgverzekeraar door wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren. Wij informeren u hierover uiterlijk 2 maanden van tevoren;
- De verzekerde overlijdt;
- De verzekeringsplicht van de verzekerde eindigt.

U als verzekeringnemer bent verplicht ons zo snel als mogelijk te informeren over het overlijden van een verzekerde of het einde van de verzekeringsplicht van een verzekerde. Als u het einde van de verzekeringsplicht niet op tijd meedeelt en wij kosten van zorg betalen aan een zorgaanbieder, dan zullen wij deze kosten bij u (terug)vorderen. Als wij vaststellen dat de zorgverzekering is geëindigd, sturen wij u zo spoedig mogelijk een bewijs van einde.