



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. te Leiden

Zaak : Premie, aanmelding Zorginstituut, opschorting en hervatting aanmelding, hernieuwde opschorting, hoogte betalingsachterstand, schadevergoeding

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2006-2020, paragraaf 3.3 Zvw

Zaaknummer : 202000309

Zittingsdatum : 1 juli 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. drs. J.W. Heringa)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. te Leiden, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij klachtenformulier van 12 februari 2020 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen gevraagd een bindend advies uit te brengen.
 - 2.2. De zorgverzekeraar heeft in de brief van 14 mei 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 19 mei 2020 aan verzoekster gezonden.
 - 2.3. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 1 juli 2020 gehoord.
 - 2.4. Na afloop van de hoorzitting heeft verzoekster de commissie gevraagd nog enkele stukken aan te leveren. De commissie heeft verzoekster hierop meegedeeld dat zij nog tot 21 juli 2020 de gelegenheid krijgt stukken over te leggen. Op 15 juli 2020 heeft verzoekster van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie van deze reactie is 23 juli 2020 aan de zorgverzekeraar gestuurd die daarbij in de gelegenheid is gesteld op de reactie te reageren. Bij brief van 31 juli 2020 heeft de zorgverzekeraar van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan verzoekster gestuurd.
3. Vaststaande feiten
- 3.1. Verzoekster is tot op heden bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Zorg Zeker Polis (hierna: de zorgverzekering).
 - 3.2. Op de polis van verzoekster is een betalingsachterstand ontstaan. Omdat de betalingsachterstand voor de zorgverzekering meer dan zes maandpremies bedroeg heeft de zorgverzekeraar verzoekster met ingang van 1 mei 2010 aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut). Nadat in mei 2019 een betalingsregeling was overeengekomen, is de aanmelding van verzoekster met ingang van 1 juni 2019 opgeschort.
 - 3.3. Omdat verzoekster verzuimde de verschuldigde premies voor de maanden juni en juli 2019 te voldoen, heeft de zorgverzekeraar de aanmelding van verzoekster als wanbetaler met ingang van 1 augustus 2019 hervat.
 - 3.4. Op 27 januari 2020 hebben verzoekster en de zorgverzekeraar voor de op dat moment openstaande schuld een betalingsregeling van € 15,- per maand afgesproken. Verzoekster is deze betalingsregeling niet nagekomen. Daardoor is de betalingsregeling vervallen.

3.5. Op 8 februari 2020 heeft verzoekster zich aangemeld voor een service van de zorgverzekeraar om het verplicht eigen risico en de verschuldigde eigen bijdragen is vaste termijnen automatisch te incasseren. Omdat verzoekster van deze service gebruik ging maken heeft de zorgverzekeraar besloten de aanmelding als wanbetaler bij het CAK uit coulance met ingang van 1 maart 2020 op te schorten.

3.6. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissingen gevraagd. Bij brieven en e-mailberichten van verschillende data heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissingen handhaaft.

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat:

- (i) de aanmelding door de zorgverzekeraar als wanbetaler bij het Zorginstituut met ingang van 1 mei 2010 ten onrechte heeft plaatsgevonden;
- (ii) de zorgverzekeraar de aanmelding als wanbetaler bij het CAK ten onrechte met ingang van 1 juni 2019 heeft opgeschort en met ingang van 1 augustus 2019 heeft hervat;
- (iii) de zorgverzekeraar de aanmelding als wanbetaler bij het CAK ten onrechte met ingang van 1 februari 2020 niet heeft opgeschort;
- (iv) de betalingsachterstand over de periode van 1 januari 2006 tot en met 31 mei 2020 naar de stand van 7 mei 2020 ten onrechte is vastgesteld op € 8.872,06, exclusief rente en incassokosten;
- (v) de zorgverzekeraar aan verzoekster een schadevergoeding moet betalen.

4.2. De zorgverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 4.6 van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) over de verplichting tot premiebetaling, de gevolgen van het niet betalen van de premie en de opschorting van de aanmelding als wanbetaler zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

6.2. De commissie merkt allereerst op dat de zorgverzekeraar in zijn brief van 31 juli 2020 bezwaar maakt tegen het feit dat de commissie verzoekster na afloop van de hoorzitting nog in de gelegenheid heeft gesteld stukken aan te leveren. Daarom dienen deze stukken naar de mening van de zorgverzekeraar buiten beschouwing te worden gelaten. De commissie verwierpt dit verzoek. In de eerste plaats heeft verzoekster tijdens de hoorzitting al te kennen heeft gegeven nadere stukken te willen indienen. Hierop heeft de zorgverzekeraar geen bezwaar gemaakt. Daarnaast voert de zorgverzekeraar aan dat het na de hoorzitting overleggen van stukken niet is toegestaan omdat duidelijk is dat geen sprake is van een toerekenbare tekortkoming aan de zijde van de zorgverzekeraar. Dit argument vormt geen reden de door verzoekster op 15 juli 2020 ingediende stukken buiten beschouwing te laten.

Aanmelding Zorginstituut (met ingang van 1 mei 2010)

6.3. De zorgverzekeraar heeft verzoekster met ingang van 1 mei 2010 bij het toenmalige Zorginstituut (momenteel is de uitvoerder van de regeling het CAK) aangemeld als wanbetaler. Beoordeeld dient te worden of op deze datum voor de zorgverzekering van verzoekster een premieachterstand

bestond van zes of meer maanden. Als dat het geval is, heeft de aanmelding bij het Zorginstituut terecht plaatsgevonden.

- 6.4. De zorgverzekeraar heeft een financieel overzicht overgelegd waaruit blijkt welke openstaande premies naar de stand van 7 mei 2020 nog verschuldigd zijn. Volgens de zorgverzekeraar was ten tijde van de aanmelding van verzoekster als wanbetaler bij het Zorginstituut op 1 mei 2010 sprake van een aanzienlijke betalingsachterstand. Deze achterstand had betrekking op de openstaande premies voor de maanden januari 2006 tot en met juni 2006, en oktober 2006 tot en met maart 2010.

Dat verzoekster deze maandpremies vóór 1 mei 2010 had voldaan, of dat door haar meer of andere betalingen zijn gedaan dan die welke in het overzicht zijn verwerkt, is in de procedure door verzoekster niet aannemelijk gemaakt. Per saldo bestond op 1 mei 2010 derhalve een premieachterstand voor de zorgverzekering van ten minste zes maanden, zoals vereist in artikel 18c Zvw. Dat verzoekster voor de bestaande betalingsachterstand een betalingsregeling was overeengekomen, is niet komen vast te staan. Daarom is zij door de zorgverzekeraar terecht met ingang van 1 mei 2010 aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut.

Opschorting en hervatting aanmelding CAK (juni en augustus 2019)

- 6.5. Een verzekeraar moet de aanmelding van een verzekerde als wanbetaler bij het CAK opschorten als deze een betalingsregeling afsprekt voor de gehele vordering (artikel 18d, tweede lid, onder c, Zvw). Op het moment dat de afgesproken betalingsregeling niet meer wordt nagekomen, kan de verzekeraar de aanmelding als wanbetaler direct hervatten (artikel 18d, vierde lid, onder b, Zvw). Verzoekster en de zorgverzekeraar hebben op 9 mei 2019 een betalingsregeling afgesproken. Daarna is de aanmelding van verzoekster als wanbetaler bij het CAK met ingang van 1 juni 2019 opgeschort. Een onderdeel van de afgesproken betalingsregeling was dat de opkomende maandpremies tijdig en volledig zouden worden betaald. Omdat verzoekster de premies voor de maanden juni en juli 2019 niet voldeed, heeft de zorgverzekeraar de aanmelding van verzoekster als wanbetaler met ingang van 1 augustus 2019 hervat. De aanmelding als wanbetaler bij het CAK is terecht met ingang van 1 juni 2019 opgeschort. Vervolgens heeft verzoekster – in elk geval – de premies voor juni en juli 2019 niet betaald. Daarom mocht de zorgverzekeraar de aanmelding van verzoekster als wanbetaler bij het CAK met ingang van 1 augustus 2019 hervatten.

Hernieuwde opschorting aanmelding CAK (1 maart 2020)

- 6.6. Als gezegd, moet een verzekeraar de aanmelding van een verzekerde als wanbetaler bij het CAK opschorten indien deze een betalingsregeling afsprekt voor de gehele vordering. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij op 27 januari 2020 een nieuwe betalingsregeling van € 15,-- per maand heeft afgesproken en dat om die reden de aanmelding met ingang van 1 februari 2020 had moeten worden opgeschort. De zorgverzekeraar heeft erkend dat met verzoekster een dergelijke betalingsregeling is afgesproken, maar heeft hieraan toegevoegd dat verzoekster de gemaakte afspraken niet is nagekomen en dat de regeling daarom is vervallen. Verzoekster heeft zich vervolgens echter aangemeld voor een service om het eigen risico en de eigen bijdragen in termijnen te voldoen. Gelet hierop heeft de zorgverzekeraar besloten de aanmelding van verzoekster als wanbetaler bij het CAK uit coulance met ingang van 1 maart 2020 op te schorten. Verzoekster heeft niet aannemelijk gemaakt dat zij de op 27 januari 2020 afgesproken betalingsregeling goed is nagekomen. Dit betekent dat de zorgverzekeraar niet verplicht was haar aanmelding als wanbetaler met ingang van 1 februari 2020 op schorten. In de beslissing om de aanmelding van verzoekster uit coulance met ingang van 1 maart 2020 toch op te schorten zal de commissie niet treden.

Hoogte betalingsachterstand

- 6.7. De zorgverzekeraar heeft een financieel overzicht overgelegd waaruit blijkt dat over de periode van 1 januari 2006 tot en met 31 mei 2020 - naar de stand van 7 mei 2020 - een bedrag openstond van € 8.872,06, exclusief opgekomen rente en incassokosten.
- 6.8. Daartoe door de commissie in de gelegenheid gesteld, heeft verzoekster niet aannemelijk gemaakt dat de door de zorgverzekeraar genoemde openstaande bedragen onterechte vorderingen betreffen dan wel dat deze door haar tijdig en volledig zijn voldaan. Daarnaast zijn door verzoekster geen bewijzen overgelegd waaruit blijkt dat zij meer of andere betalingen heeft gedaan dan die blijken uit het overzicht. De commissie komt daarom tot de conclusie dat de door de zorgverzekeraar genoemde openstaande bedragen juist zijn. Dit betekent dat naar de stand van 7 mei 2020 een bedrag open stond van totaal € 8.872,06, exclusief incassokosten en rente.

Schadevergoeding

- 6.9. Verzoekster maakt aanspraak op vergoeding van door haar geleden schade. Uit hetgeen hiervoor overwogen is, blijkt dat de ziektekostenverzekeraar zich niet schuldig heeft gemaakt aan een toerekenbare tekortkoming in de nakoming van haar verbintenis tegenover verzoekster. Daarom bestaat geen reden voor schadevergoeding. Bovendien heeft verzoekster de gevorderde schadevergoeding niet gespecificeerd en/of onderbouwd.
- 6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 5 augustus 2020,



G.R.J. de Groot

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Zorgverzekeringswet

Artikel 16

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

Artikel 18a

1. Uiterlijk tien werkdagen nadat ten aanzien van een zorgverzekering een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van twee maandpremies is geconstateerd, doet de zorgverzekeraar de verzekeringnemer een aanbod tot het treffen van een betalingsregeling.
2. De betalingsregeling bestaat ten minste uit de volgende elementen:
 - a. een machtiging van de verzekeringnemer aan de zorgverzekeraar tot maandelijks automatische incasso van nieuw vervallende termijnen van de premie dan wel een opdracht aan een derde van wie de verzekeringnemer periodieke betalingen ontvangt, om namens hem en onder inhouding van de desbetreffende bedragen op deze betalingen, periodiek rechtstreeks aan de zorgverzekeraar het bedrag van nieuw vervallende termijnen van de premie te betalen,
 - 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 machtiging of de opdracht, bedoeld in onderdeel a, niet intrekt en de afspraken, bedoeld in onderdeel 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 schuldhulpverlening, 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 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.

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.

- 3.4.1 Als u een betalingsachterstand heeft van twee maandpremies, dan bieden wij u een betalingsregeling aan. Dit doen wij uiterlijk binnen 10 werkdagen nadat wij de betalingsachterstand hebben vastgesteld.
- 3.4.2 Als u een betalingsachterstand heeft van vier maanden, dan ontvangt u van ons zo spoedig mogelijk de mededeling dat wij voornemens zijn over te gaan tot melding bij het CAK, zoals bedoeld in artikel 18c van de Zvw. Zodra de premieachterstand zes maanden bedraagt gaan wij de melding ook daadwerkelijk doen. Tenzij u binnen vier weken na mededeling laat weten de premieachterstand of de hoogte ervan te betwisten.
- 3.4.3 Wanneer wij ons standpunt na uw betwisting handhaven, kunt u binnen vier weken na ontvangst van deze mededeling een geschil hierover aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) of een burgerlijk rechter voorleggen. Wanneer uw betalingsregeling als bedoeld in artikel 18a Zvw ingaat, nadat ten aanzien van de zorgverzekering een achterstand in de betaling van de premie van vier maanden is ontstaan, laat de zorgverzekeraar de in artikel 18b eerste lid bedoelde melding achterwege, zolang de nieuw te vervallen termijnen worden voldaan (zie artikel 18.b.3 Zvw).
- 3.4.4 Als u een betalingsachterstand heeft van zes maanden of meer, dan melden wij u aan bij het CAK. Dit doen wij onder vermelding van de voor de heffing van de bestuursrechtelijke premie en de voor de uitvoering van artikel 34a van de Zvw noodzakelijke persoonsgegevens van u als verzekeringnemer en van de eventuele verzekerden. Wij doen geen melding als u:
- de premieachterstand op tijd heeft betwist en wij ons standpunt nog niet aan u kenbaar hebben gemaakt;
 - de in het artikel 18b, tweede lid, Zvw genoemde termijn nog niet is verstreken;
 - op tijd een geschil heeft voorgelegd aan de SKGZ of een burgerlijk rechter, en op het geschil niet onherroepelijk is beslist;
 - zich heeft aangemeld bij een professionele schuldhulpverlener en aantoont dat u een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van uw schulden heeft gesloten.
- 3.4.5 Wij stellen het CAK meteen op de hoogte van de datum waarop:
- de schulden voortvloeiend uit de zorgverzekering volledig zijn of zullen zijn voldaan of tenietgaan;
 - de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, bedoeld in de Faillissementswet op de verzekeringnemer van toepassing wordt;
 - een overeenkomst is gesloten zoals bedoeld in artikel 18c, tweede lid, onderdeel d van de Zvw (dit is een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van de schulden van de verzekeringnemer). Deze overeenkomst moet zijn gesloten door tussenkomst van een schuldhulpverlener zoals bedoeld in artikel 48 Wet op het consumentenkrediet. Of wij stellen u als verzekeringnemer en het CAK op de hoogte van de datum waarop een schuldregeling tot stand is gekomen. Aan deze schuldregeling moet, naast u als verzekeringnemer minstens wij als zorgverzekeraar deelnemen.
- 3.4.6 Als wij een incassobureau inschakelen voor de incasso van onze vordering, dan komen alle kosten van invordering voor uw rekening. Zowel de gerechtelijke als buitengerechtelijke kosten. Het bedrag van de buitengerechtelijke kosten is met ingang van 1 juli 2012 vastgesteld op een minimum bedrag van € 40,00. De buitenrechtelijke kosten bent u verschuldigd vanaf het moment waarop u in gebreke bent.
- 3.4.7 U heeft weer recht op (vergoeding van de kosten voor) zorg op de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de kosten hebben ontvangen.

Voorbeeld

Denk hierbij bijvoorbeeld aan een opname in een ziekenhuis waarbij wij de kosten vergoeden van de opname. U ontvangt van ons vervolgens een rekening voor het betalen van uw verplicht eigen risico en eventueel vrijwillig eigen risico.

3.5 Verplicht eigen risico**3.5.1 Hoogte van het verplicht eigen risico**

Als u 18 jaar of ouder bent, dan heeft u een verplicht eigen risico van € 385,00 per kalenderjaar. De hoogte van het verplicht eigen risico wordt jaarlijks vastgesteld door de overheid en geldt per verzekerde.

Het verplicht eigen risico houdt in dat u de kosten van verzekerde zorg tot dit bedrag zelf moet betalen. Het gaat hierbij om kosten die u in de loop van het kalenderjaar vanuit de basisverzekering maakt.

Artikel 3 Premie en eigen risico

3.1 Premiegrondslag

De premiegrondslag is de premie zonder premiekorting voor een vrijwillig eigen risico en/of korting van een collectieve overeenkomst. Uw eventuele premiekorting vindt u op uw polisblad.

3.1.1 Berekening van de premie

Grondslag van de premie	€ ,-- -
Korting vrijwillig gekozen eigen risico	€ ,-- -
<u>Korting collectiviteit (% van de grondslag van de premie)</u>	<u>€ ,-- -</u>
Subtotaal	
<u>Korting betaaltermijnen (% tussenresultaat)</u>	<u>€ ,-- -</u>
Te betalen premie	€ ,-- -

3.2 Wie betaalt de premie

De verzekeringnemer is verplicht premie te betalen. Een verzekerde die de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, hoeft geen premie te betalen. Premie is pas verschuldigd op de eerste dag van de kalendermaand na de 18e verjaardag. In geval van overlijden van een verzekerde is er premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden.

Voorbeeld

Iemand die op 2 februari 18 jaar wordt, betaalt premie vanaf 1 maart.

De verzekeringnemer is verplicht de premie vooraf te betalen en bijdragen te betalen, die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke bepalingen of regelingen, voor alle verzekerden. Hierbij kan gekozen worden voor maand, kwartaal, half jaar of jaar betaling. Wanneer u ervoor kiest om per half jaar of jaar te betalen, ontvangt u een korting van 1% (bij half jaar) of 2% (bij jaar) over de verschuldigde premie. Wanneer u toetreedt tot een collectiviteit, kan het zijn dat u alleen voor een maandbetaling kunt kiezen. U heeft dan ook geen recht op de termijnkorting.

3.2.1 Premiekorting bij collectieve overeenkomst

Wanneer u gebruik maakt van een collectieve overeenkomst, ontvangt u een korting op de premiegrondslag.

Vanaf de dag dat u geen gebruik meer kunt maken van de collectieve overeenkomst, vervallen de premiekorting en eventueel aangepaste voorwaarden zoals deze zijn overeengekomen in de collectieve overeenkomst.

3.2.2 Aan één collectief tegelijkertijd deelnemen

Wanneer u toetreedt tot een collectiviteit, kan het zijn dat de keuze voor een vrijwillig eigen risico beperkt of uitgesloten is. Wanneer u tussentijds toetreedt, kan dit tot gevolg hebben dat uw eerder gekozen vrijwillig eigen risico wordt aangepast.

3.3 Te ontvangen vergoeding verrekenen met uw premie

Het is niet toegestaan om uw te betalen premie te verrekenen met de vergoedingen die u nog van ons tegoed heeft.

Wanneer een wijziging van uw verzekering plaatsvindt, in de loop van de maand, dan hebben wij het recht de premie met ingang van de eerste dag van de daarop volgende maand te (her)berekenen of aan u terug te betalen.

In het geval van overlijden van de verzekerde vindt verrekening of terugbetaling van de premie plaats met ingang van de dag volgende op de dag van overlijden.

3.4 Achterstand in betalen

Als u de premie, verplicht/vrijwillig eigen risico, eigen bijdragen, onterecht uitbetaalde vergoedingen of wettelijke bijdragen, niet op tijd (terug)betaalt, dan ontvangt u van ons een aanmaning. Bij ontvangst van deze aanmaning heeft u 30 dagen om deze te betalen. Als u niet betaalt binnen de gestelde termijn, dan heeft u geen recht op (vergoeding van kosten voor) medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de eerste dag waarop uw betaling uiterlijk binnen had moeten zijn.