

NIET-BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten
Zaak : Premie, declaraties, schadevergoeding
Regelgeving : Voorwaarden ziektekostenverzekering 2010-2021, Vo.nr. 883/2004, art. 150 Rv
Zaaknummer : 202002554
Zittingsdatum : 12 januari 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen

ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 6 en 8 juni 2021 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een niet-bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoeker heeft hieraan voldaan; op 28 juni 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Op 26 juli 2021 heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar per brief in de gelegenheid gesteld zijn standpunt kenbaar te maken. Binnen de gestelde termijn heeft de commissie geen reactie ontvangen. Daarom heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar op 16 september 2021 per brief nogmaals gevraagd naar zijn standpunt binnen een termijn van tien dagen. Ook hierop heeft de commissie van de ziektekostenverzekeraar geen reactie mogen ontvangen.
- 2.3. Nadat verzoeker op 17 oktober 2021 de commissie had meegedeeld in persoon te willen worden gehoord, heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar op 11 oktober 2021 verzocht kenbaar te maken hoe hij wenst te worden gehoord. Binnen de gestelde termijn heeft de commissie geen reactie ontvangen. Daarom heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar zowel op 26 oktober 2021 als op 19 november 2021 nogmaals in de gelegenheid gesteld kenbaar te maken hoe hij wil worden gehoord. Laatstgenoemde brieven zijn zowel digitaal via de berichtenbox als per fysieke post aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Ook ditmaal heeft de commissie van de ziektekostenverzekeraar geen reactie mogen ontvangen.
- 2.4. Op 22 december 2021 heeft de commissie partijen per brief uitgenodigd voor het bijwonen van een fysieke hoorzitting op 12 januari 2022 om 15:00 uur. De brief aan de ziektekostenverzekeraar is zowel digitaal als aangetekend per fysieke post verzonden. Op 27 december 2021 heeft verzoeker de commissie meegedeeld niet in persoon, maar via videobellen te willen worden gehoord. Deze wijziging is op 29 december 2021 zowel digitaal via de berichtenbox als per fysieke post aan de ziektekostenverzekeraar meegedeeld. In reactie hierop heeft de ziektekostenverzekeraar op 5 januari 2022 verklaard niet te willen worden gehoord.
- 2.5. Verzoeker is op 12 januari 2022 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker en zijn echtgenote, woonachtig op Cyprus, zijn bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering ONVZ Basisfit Internationaal (hierna: de ziektekostenverzekering). Naar de commissie begrijpt is de ziektekostenverzekering van de echtgenote van verzoeker met ingang van 1 juni 2021 beëindigd.

- 3.2. In vervolg op de aangekondigde premieverhoging voor 2021 heeft verzoeker vanaf november 2020 met de ziektekostenverzekeraar een uitgebreide correspondentie gevoerd. Vervolgens heeft verzoeker zich op het standpunt gesteld dat de vanaf 2010 door hem ingediende declaraties niet correct zijn afgehandeld, hetgeen aanleiding heeft gegeven tot verdere correspondentie.
- 3.3. Uiteindelijk heeft de ziektekostenverzekeraar zich bereid verklaard de premieverhoging voor 2021 te laten vervallen. Tevens heeft hij verzoeker een overzicht gezonden van de ingediende declaraties over de jaren 2015-2021. De ziektekostenverzekeraar heeft toegezegd verzoeker zo mogelijk nog te zullen voorzien van een zelfde overzicht betreffende de jaren 2010-2015.

4. Geschil

- 4.1. Aan het begin van de hoorzitting op 12 januari 2022 uitdrukkelijk daarnaar gevraagd, heeft verzoeker te kennen gegeven dat hij de commissie bij wege van niet-bindend advies verzoekt te beslissen dat:

- (i) vanaf 2018 geen premieverhoging had mogen plaatsvinden, en dat het teveel betaalde moet worden gerestitueerd;
- (ii) tussen 2010 en 2021 door de ziektekostenverzekeraar diverse ingediende declaraties niet correct zijn afgehandeld, en dat dit moet worden gecorrigeerd;
- (iii) de ziektekostenverzekeraar gehouden is hem een schadevergoeding te verlenen voor de tijd en moeite die hij aan de zaak heeft moeten besteden.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is, gezien artikel 10 van 'Deel A' van de voorwaarden van de ziektekostenverzekering, bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, gelet op het reglement en het feit dat het geschil niet een zorgverzekering betreft, een niet-bindend advies uit te brengen.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit Vo. nr. 883/2004 en het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (Rv) zijn vermeld in de bijlage bij dit advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het niet-bindend advies.

Standpunt verzoeker

- 6.2. Verzoeker komt in de eerste plaats op tegen de premieverhoging voor 2021. Hij stelt dat onduidelijk is hoeveel de jaarpremie nu precies bedraagt omdat hem eerst een bedrag van € 11.484,12 werd meegedeeld, hetgeen enkele weken later € 11.776,68 bleek te zijn. Verzoeker tekent aan dat hij in 2014 nog € 5.930,04 betaalde. Een stafmedewerker van de ziektekostenverzekeraar deelde hem mee dat vanaf de leeftijd van 70 jaar geen premieverhoging meer plaatsvindt vanwege de leeftijd. Verzoeker bereikte deze leeftijd in 2018. Om die reden zijn alle verhogingen na 2018 onrechtmatig.
- Verzoeker stelt dat hij daarnaast nog € 700,- per jaar aan het CAK moet voldoen. Hij zou graag in aanmerking komen voor de door de ziektekostenverzekeraar aangeboden verzekering met een premie van € 132,- per maand, doch dit blijkt niet mogelijk. Volgens verzoeker wordt hij achtergesteld bij andere verzekerden, voor wie de premiestijging op jaarbasis een kleine € 240,- bedraagt.
- Verzoeker merkt op dat hij tussen 1988 en 2010 via zijn werkgever was verzekerd tegen ziektekosten. De ziektekostenverzekering liep toen door, en hier werd niet op geclaimd. Dit gegeven vormde destijds echter geen aanleiding hem een korting te verlenen.

Verzoeker kan niet zonder de ziektekostenverzekering, omdat het voor hem en zijn echtgenote niet mogelijk is zich elders te verzekeren. Hij vraagt zich af of de premieverhoging moreel en juridisch wel correct is, met name omdat de vergoeding van kosten beperkt is tot het Nederlands tarief. Deze beperking kan in de tijd van Covid-19 voor hem tot extra kosten leiden. Vanwege de reisbeperkingen zal hij zich bij voorkeur op Cyprus moeten laten behandelen. De kosten zijn daar hoger dan in Nederland, en het meerdere blijft voor eigen rekening.

- 6.3. Volgens verzoeker is sprake van een gekortwiekte verzekering en is hem ten onrechte vergoeding van bepaalde kosten geweigerd. Als voorbeeld noemt hij profylactische medicijnen, een splint en een brace, en voorts de 'stamps', die door de ziektekostenverzekeraar niet worden geaccepteerd. Ook een betalingsherinnering wordt geweigerd. Verder is verzoeker een aantal 'invoices' kwijt geraakt. Hij heeft zijn medisch dossier over de periode 1988-2010 ooit bij de ziektekostenverzekeraar achter gelaten, en aan de hand hiervan had men kunnen nagaan dat de kosten zijn gemaakt. Het betreft immers chronisch gebruik. Het desbetreffende dossier lijkt inmiddels te zijn zoekgeraakt.
- Verzoeker wenst inzage in de door hem ingediende en afgehandelde declaraties. Dit lukt hem niet door in te loggen in de 'Mijnomgeving'. Zijn verzoek om toezending per gewone post of koerier is door de ziektekostenverzekeraar geweigerd. In reactie op het door de ziektekostenverzekeraar opgestelde overzicht van declaraties over de periode 2015-2021 heeft verzoeker aangetekend dat sommige 'goed' of 'waarschijnlijk goed' zijn verwerkt, en andere 'fout', 'vermoedelijk fout' of 'waarschijnlijk fout'.
- Vanwege de tijd en moeite die hij aan de zaak heeft moeten besteden acht verzoeker een schadevergoeding op zijn plaats.
- 6.4. Ter zitting heeft verzoeker verklaard dat de ziektekostenverzekeraar de vanaf 2018 gerealiseerde premieverhogingen ongedaan heeft gemaakt. Verder is door hem toegelicht dat zijn echtgenote met ingang van 1 juni 2021 niet meer bij de ziektekostenverzekeraar is verzekerd tegen ziektekosten. De voor haar reeds vooruitbetaalde premies over de periode van 1 juni 2021 tot en met 31 december 2021 heeft verzoeker nog niet van de ziektekostenverzekeraar teruggekregen. Zelf is verzoeker met ingang van 1 januari 2022 niet meer bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten. Dit omdat de ziektekostenverzekeraar de ziektekostenverzekering niet meer aanbiedt in 2022.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.5. Met betrekking tot de premieverhoging heeft de ziektekostenverzekeraar eerder gesteld dat het hier geen zorgverzekering betreft, maar een particuliere ziektekostenverzekering. Voor deze verzekering wordt geen vereveningsbijdrage ontvangen, dus moet de schade worden omgeslagen over de verzekerden. Er worden geen nieuwe verzekerden tot de verzekering toegelaten, dus zal de - hogere - schadelast moeten worden verdeeld over een steeds kleiner aantal verzekerden. Dit heeft de premiestijging voor 2021 tot gevolg.
- De ziektekostenverzekeraar heeft eerder toegelicht dat vanaf de leeftijd van 70 jaar geen leeftijdsgebonden premieverhoging meer plaatsvindt. Deze verhoging staat los van de reguliere premieverhoging, waar het in dit geval om gaat.
- Ten aanzien van de aankondiging van de premieverhoging voor 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij geen toegevoegde waarde ziet in het hierbij vermelden van de premie voor 2020. Die is immers bij de verzekeringnemer bekend. Door het niet vermelden van de grondslag van de premieverhoging wordt de verzekeringnemer niet in zijn belangen geschaad. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar de regeling van de Nederlandse Zorgautoriteit TH/NR-017, waaruit blijkt dat dit soort informatie moet kunnen worden achterhaald via de website. Wordt hiernaar gevraagd, dan geeft de ziektekostenverzekeraar vanzelfsprekend antwoord. De ziektekostenverzekeraar haalt in dit verband een aantal bindende adviezen van de commissie aan, met name die van 22 juli 2020 (201901111), 22 mei 2019 (201900238), en 21 maart 2018 (201701944), waarin hij zijn standpunt bevestigd ziet. Het vermelden van de opzegmogelijkheid is volgens de ziektekostenverzekeraar evenmin relevant. Deze mogelijkheid is opgenomen in de verzekeringsvoorwaarden, die zijn te raadplegen op de website.

Uiteindelijk heeft de ziektekostenverzekeraar zich bereid verklaard de premieverhoging voor 2021, ten bedrage van € 1.676,04, te laten vervallen. Verzoeker heeft op dit aanbod niet gereageerd, maar de ziektekostenverzekeraar vertrouwt hem hiermee akkoord.

- 6.6. Waar het gaat om de afwikkeling van de nota's, heeft de ziektekostenverzekeraar aanvankelijk verwezen naar de mogelijkheid in te loggen in de 'Mijnomgeving'. Verzending van bestanden per e-mail werd door hem om privacyredenen geweigerd. Later heeft hij geopperd dat met accountgegevens kon worden ingelogd, waarbij hij verzoeker heeft aangeboden hiermee te helpen. Door de ziektekostenverzekeraar zijn declaratiegegevens uit de jaren 2015-2021 overgelegd. De oudere jaren zijn vooralsnog niet toegankelijk. De ziektekostenverzekeraar ziet tot slot geen grond voor een schadevergoeding.

Overwegingen commissie

Vo.nr. 883/2004

- 6.7. De commissie merkt allereerst op dat verzoeker en zijn echtgenote woonachtig zijn in een andere EU-lidstaat. Gelet op het bepaalde in de Zorgverzekeringswet, de Wet langdurige zorg, en het Besluit uitbreiding en beperking kring der verzekerden volksverzekeringen, behoren zij beiden niet tot degenen die gehouden zijn een zorgverzekering af te sluiten of waarvoor - vanuit de optiek van de zorgverzekeraar - acceptatieplicht bestaat. De verwijzing, door verzoeker, naar een door de ziektekostenverzekeraar aangeboden zorgverzekering met een premie van € 132,- per maand behoeft om deze reden geen bespreking. Uit de beschikbare informatie blijkt voorts niet dat verzoeker en zijn echtgenote vallen onder de sociale ziektekostenverzekering van hun woonland. Teneinde te voorkomen dat personen zoals verzoeker en zijn echtgenote zowel in het land van herkomst als in het woonland binnen de EU verstoken blijven van medische zorg, is in Vo.nr. 883/2004 een regeling opgenomen voor verdragsgerechtigden (zie artikel 11, derde lid, sub e). Voor hen geldt de sociale ziektekostenverzekering van het woonland. Omdat zij aldaar niet verzekerd zijn, wordt op Cyprus geen premie betaald. In de Nederlandse situatie is dit opgelost doordat het CAK een premieervangende bijdrage int. Dit is het door verzoeker genoemde bedrag van € 700,-. Het CAK geeft ook de EHIC af. Uitgangspunt is dat de verdragsgerechtigde zich inschrijft bij het uitvoeringsorgaan van de sociale ziektekostenverzekering in het woonland. De commissie begrijpt dat verzoeker dit wel heeft gedaan, maar zijn echtgenote niet. Dit dient alsnog op korte termijn te gebeuren, nu zij - voor zover bekend - inmiddels onverzekerd is geraakt. Op vertoon van het inschrijvingsbewijs van het lokale 'ziekenfonds' hebben beiden toegang tot de verzekerde zorg volgens de Cypriotische sociale ziektekostenverzekering. Bij verblijf in het buitenland kan voor noodzakelijke zorg gebruik worden gemaakt van de EHIC. Of de EHIC al dan niet terecht door zorgaanbieders is of wordt geweigerd valt buiten de bevoegdheid van de commissie.

Premieverhoging ziektekostenverzekering

- 6.8. Het is de keuze van verzoeker of hij daarnaast de ziektekostenverzekering wenst aan te houden voor hem en zijn echtgenote, met name ter dekking van niet of slechts gedeeltelijk verzekerde zorg onder de plaatselijke sociale ziektekostenverzekering. Voor de echtgenote speelde hierbij mee dat zij sowieso van die verzekering geen gebruik kon maken, aangezien zij tot op heden niet is ingeschreven, zoals hiervoor is geconstateerd. Ten aanzien van de premie voor de ziektekostenverzekering heeft verzoeker zich er aanvankelijk op beroepen dat elke verhoging na 2018 onrechtmatig was omdat hij toen de leeftijd van 70 jaar bereikte. Ter zitting heeft verzoeker evenwel verklaard dat de ziektekostenverzekeraar alle premieverhogingen vanaf 2018 "heeft gladgestreken". Met deze verklaring is het belang van verzoeker bij een uitspraak van de commissie over dit onderdeel komen te vervallen. Verzoeker heeft ter zitting verklaard dat zijn echtgenote met ingang van 1 juni 2021 niet meer bij de ziektekostenverzekeraar is verzekerd tegen ziektekosten. De reeds betaalde premies over

de periode van 1 juni 2021 tot en met 31 december 2021 heeft verzoeker, naar zijn zeggen, nog niet teruggekregen. Met betrekking hiertoe merkt de commissie op dat voor zover deze stelling juist is, op de ziektekostenverzekeraar de verplichting rust ervoor zorg te dragen dat verzoeker de reeds betaalde premies over voornoemde periode terug krijgt, nu immers in dat geval door laatstgenoemde na 1 juni 2021 geen risico meer is gelopen.

Afhandeling declaraties

- 6.9. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij vanaf 2010 ieder jaar zijn declaraties persoonlijk heeft afgegeven op het verzekeringskantoor van de ziektekostenverzekeraar. Dit met het verzoek de desbetreffende declaraties te vergoeden. Volgens verzoeker zijn sindsdien niet alle ingediende declaraties correct afgehandeld. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdens de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen stukken overgelegd inzake de afhandeling van declaraties die door verzoeker zijn ingediend over de jaren 2015-2021. Verzoeker heeft bij de declaraties geen voor de commissie inzichtelijke toelichting gegeven, maar volstaan met de aanduiding 'fout', 'vermoedelijk fout' en 'waarschijnlijk fout'. In een dergelijk geval is het voor de commissie, zonder een specifieke verdere toelichting en/of redengeving, die ontbreekt, niet mogelijk een beslissing te geven over de vraag of de desbetreffende declaraties al dan niet (geheel of gedeeltelijk) correct zijn afgehandeld, zodat het verzoek tot correctie van de desbetreffende declaraties om deze reden afstuit. Dit geldt evenzeer voor de declaraties waarover door verzoeker in de stukken in het geheel geen opmerking (als hiervoor weergegeven of anderszins), is geplaatst, omdat het - ook in een procedure, zoals thans, waarin om een niet-bindend advies wordt verzocht - aan verzoeker is om gemotiveerd uiteen te zetten waaraan het bij ieder van deze declaraties individueel aan de afhandeling door de ziektekostenverzekeraar schort (bijv. door uiteen te zetten dat voor de desbetreffende declaratie dekking bestaat onder de verzekering en dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte niet tot vergoeding hiervan is overgegaan). De stelplicht ligt dienaangaande bij verzoeker en deze heeft hieraan niet voldaan, met als gevolg dat het verzoek zoals hiervoor in 4.1 onder (ii) weergegeven zal worden afgewezen.

Schadevergoeding

- 6.10. Uit het vorenstaande volgt dat de beide andere onderdelen van het verzoek voor afwijzing gereed liggen. Het verzoek tot schadevergoeding deelt ditzelfde lot, omdat verzoeker ook hier - waarbij de commissie opmerkt dat door verzoeker de grondslag voor een verplichting tot schadevergoeding niet is uiteengezet - niet heeft voldaan aan zijn stelplicht, meer in het bijzonder zijn vordering daartoe niet (afdoende) heeft onderbouwd en gesubstantieerd.

- 6.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Niet-bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 26 januari 2022,

A.I.M. van Mierlo

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

3. Europese wet- en regelgeving
(bron: <https://eur-lex.europa.eu/homepage.html?locale=nl>)

Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (geldt in geval van niet-digitaal procederen)

Artikel 150

De partij die zich beroept op rechtsgevolgen van door haar gestelde feiten of rechten, draagt de bewijslast van die feiten of rechten, tenzij uit enige bijzondere regel of uit de eisen van redelijkheid en billijkheid een andere verdeling van de bewijslast voortvloeit.

▼ C1

TITEL II

VASTSTELLING VAN DE TOEPASSELIJKE WETGEVING

*Artikel 11***Algemene regels**

1. Degenen op wie deze verordening van toepassing is, zijn slechts aan de wetgeving van één lidstaat onderworpen. Welke die wetgeving is, wordt overeenkomstig deze titel vastgesteld.

2. Voor de toepassing van deze titel worden de personen die een uitkering ontvangen omdat of als gevolg van het feit dat zij een werkzaamheid uitvoeren in loondienst of een werkzaamheid anders dan in loondienst, beschouwd als personen die die werkzaamheid verrichten. Deze regel geldt niet voor uitkeringen bij invaliditeit, ouderdom of aan nabestaanden, prestaties in verband met arbeidsongevallen en beroepsziekten, of prestaties bij ziekte voor behandeling voor onbepaalde tijd.

3. Behoudens de artikelen 12 tot en met 16:

a) geldt voor degene die werkzaamheden al dan niet in loondienst verricht in een lidstaat, de wetgeving van die lidstaat;

b) geldt voor ambtenaren de wetgeving van de lidstaat waaronder de dienst waarbij zij werkzaam zijn, ressorteert;

c) geldt voor degene die een werkloosheidsuitkering ontvangt overeenkomstig artikel 65 volgens de wetgeving van de lidstaat van zijn woonplaats, de wetgeving van die lidstaat;

d) geldt voor degene die wordt opgeroepen of opnieuw wordt opgeroepen voor militaire dienst of vervangende burgerdienst in een lidstaat, de wetgeving van die lidstaat;

e) geldt voor eenieder op wie de bepalingen van de onderdelen a) tot en met d) niet van toepassing zijn, de wetgeving van de lidstaat van zijn woonplaats, onverminderd andere bepalingen van deze verordening die hem prestaties garanderen krachtens de wetgeving van een of meer andere lidstaten.

4. Voor de toepassing van deze titel worden al dan niet in loondienst verrichte werkzaamheden die normaliter plaatsvinden aan boord van een zeeschip dat onder de vlag van een lidstaat vaart, beschouwd als werkzaamheden die worden verricht in die lidstaat. Niettemin geldt voor degene die werkzaamheden in loondienst verricht aan boord van een zeeschip dat onder de vlag van een lidstaat vaart en voor die werkzaamheden wordt betaald door een onderneming of een persoon die zijn zetel of domicilie in een andere lidstaat heeft, de wetgeving van laatstgenoemde lidstaat, indien hij zijn woonplaats in die lidstaat heeft. De onderneming of de persoon die het loon betaalt, wordt voor de toepassing van genoemde wetgeving als werkgever aangemerkt.

▼ M3

5. Werkzaamheden van een lid van het cockpit- of het cabinepersoneel dat met betrekking tot luchtpassagiers of luchtvrachtvervoer diensten verricht, worden beschouwd als werkzaamheden die worden verricht in de lidstaat waar het lid zijn thuisbasis heeft zoals omschreven in bijlage III bij Verordening (EEG) nr. 3922/91.

- lid 3 Bij vaststelling van fraude:
- bestaat geen recht op vergoeding van kosten van zorg. Dit geldt ook voor die onderdelen van een declaratie waarover geen onware opgave is gedaan of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven;
 - vordert ONVZ alle bedragen die ten onrechte zijn uitgekeerd en kosten die door de fraude zijn ontstaan – waaronder ook onderzoekskosten – terug;
 - kan ONVZ daarvan aangifte doen bij de politie;
 - kan ONVZ de verzekeringnemer of verzekerde registreren in de registers bedoeld in artikel 10, lid 3;
 - heeft ONVZ het recht om de verzekering te beëindigen per de datum waarop fraude werd gepleegd.
- lid 4 Als met kennis van de werkelijke stand van zaken geen verzekering was gesloten, bestaat geen recht op uitkering. Dat is ook het geval als is gehandeld om ONVZ te misleiden bij het sluiten van de verzekering. Als bij het sluiten van de verzekering of een aanvullende verzekering met kennis van de werkelijke stand van zaken een (aanvullende) verzekering met minder dekking was aangeboden, wordt een schadeclaim beoordeeld volgens deze dekking.

Artikel 5 **Betalingsverplichtingen**

- lid 1 De verzekeringnemer is premie voor de (aanvullende) verzekering(en) verschuldigd. De premie is leeftijdsafhankelijk, en wordt verhoogd als u in een hogere leeftijdscategorie komt te vallen. De wijziging gaat in op de 1e dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin men de betreffende leeftijd bereikt. De premie is vermeld op de premietabel, die onderdeel uitmaakt van de voorwaarden van de verzekering. De verzekeringnemer moet de premie en de in lid 3 bedoelde toeslag op de overeengekomen wijze vooruit te betalen. De verzekeringnemer mag de te betalen premie niet verrekenen met van ONVZ te vorderen vergoedingen.
- lid 2 Als de verzekeringnemer niet – tijdig – de premie, niet verzekerde kosten, eigen risico's of eigen bijdragen betaalt, kan ONVZ hem na de (premie)vervaldag schriftelijk aanmanen tot betaling. Daarbij wijst ONVZ erop dat bij het niet betalen binnen de gestelde termijn de (aanvullende) verzekering wordt beëindigd. De verzekeringnemer blijft verplicht het verschuldigde te voldoen. Als ONVZ maatregelen treft tot incasso van haar vordering komen alle redelijke kosten daarvan – al dan niet via een rechtszaak – voor rekening van de verzekeringnemer.
- lid 3 Als in het land waar u of de verzekeringnemer woont een heffing of belasting wordt opgelegd, brengt ONVZ een toeslag in rekening op de premie ter hoogte van bedoelde heffing of belasting.
- lid 4 Niet verzekerde kosten, eigen risico's en eigen bijdragen die als gevolg van rechtstreekse betaling aan een zorgverlener zijn voorgeschoten, moet de verzekeringnemer terugbetalen.
- lid 5 ONVZ kan een jaarlijks te bepalen toeslag in rekening brengen op de premie. De hoogte van de toeslag is vermeld op de premietabel, die onderdeel uitmaakt van de voorwaarden van de verzekering.
- lid 6 Als de verzekeringnemer bij een betalingstermijn van een kwartaal, halfjaar of jaar de premie niet – tijdig – betaalt, kan ONVZ de termijn wijzigen in een maand.

Artikel 6 **Melding relevante gebeurtenissen**

Voor u of de verzekeringnemer geldt de verplichting de gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de (aanvullende) verzekering(en) van betekenis kunnen zijn binnen 30 dagen aan ONVZ te melden. Voorbeelden hiervan zijn verhuizing, echtscheiding en overlijden.

Schriftelijke berichten aan u of de verzekeringnemer verzendt ONVZ naar het laatst bekende adres.

Artikel 7 Herziening van premie of voorwaarden

- lid 1 ONVZ kan de voorwaarden en/of de premie van de (aanvullende) verzekering(en) voor alle verzekeringnemers of groepsgewijs wijzigen. Deze wijziging gaat in op een door ONVZ te bepalen datum. ONVZ stelt de verzekeringnemer schriftelijk op de hoogte van een wijziging.
- lid 2 Als de verzekeringnemer niet akkoord gaat met de wijziging, kan hij de (aanvullende) verzekering(en) per de wijzigingsdatum beëindigen. ONVZ moet de melding van beëindiging schriftelijk ontvangen uiterlijk 1 maand nadat de verzekeringnemer de mededeling van de wijziging heeft ontvangen. Als ONVZ dan niets heeft vernomen, loopt (lopen) de (aanvullende) verzekering(en) door op de nieuwe voorwaarden en/of tegen de nieuwe premie.
- lid 3 Een collectiviteitkorting op de (aanvullende) verzekering(en) vervalt als niet meer wordt voldaan aan de voorwaarden in de collectieve verzekeringsovereenkomst. De (aanvullende) verzekering(en) loopt dan door op individuele voorwaarden. De voorwaarden van de collectieve verzekeringsovereenkomst zijn op te vragen bij de contractant (bijvoorbeeld de werkgever).

Artikel 8 Wijziging van de aanvullende verzekering

- lid 1 De verzekeringnemer kan met ingang van 1 januari van ieder volgend jaar een andere aanvullende verzekering kiezen. Hierbij kan een acceptatieprocedure gelden. Een verzoek voor het wijzigen van de aanvullende verzekering moet worden ingediend vóór het kalenderjaar ingaat of uiterlijk 30 dagen nadat de gewijzigde polisvoorwaarden voor het nieuwe kalenderjaar zijn ontvangen.
- lid 2 Als u 18 jaar wordt, kan de verzekeringnemer de verzekering wijzigen met ingang van de 1e dag van de maand volgend op uw 18e verjaardag. Hierbij kan een acceptatieprocedure gelden.
- lid 3 Bij wijziging zoals bedoeld in lid 1 en 2 geldt het volgende. Een vergoeding volgens een andere aanvullende verzekering wordt in mindering gebracht op de vergoeding van de betreffende aanspraak volgens de gekozen verzekering.

Artikel 9 Begin en einde van de (aanvullende) verzekering(en)

- lid 1 De ingangsdatum van de verzekering is de dag waarop ONVZ het verzoek tot het sluiten van de verzekering heeft ontvangen. Op verzoek van de verzekeringnemer kan dit ook een latere dag zijn. De ingangsdatum is op het polisblad vermeld.
- De ingangsdatum van een aanvullende verzekering is 1 januari na ontvangst van de aanvraag (indien gezondheidsvragen worden gesteld als acceptatie akkoord is).
- Vanaf 1 januari volgend op de ingangsdatum vindt ieder jaar verlenging plaats voor de duur van 1 kalenderjaar, tenzij ONVZ uiterlijk op 31 december een schriftelijke opzegging heeft ontvangen.
- lid 2 ONVZ heeft niet het recht de (aanvullende) verzekering(en) te beëindigen, tenzij sprake is van verzwijging of fraude (artikel 4) of wanbetaling (artikel 5, lid 2).
- lid 3 Als de (aanvullende) verzekering(en) ingaat binnen 1 maand nadat de vorige verzekering is geëindigd door opzegging per 1 januari of door wijziging van de voorwaarden of premie, is de ingangsdatum de dag waarop de vorige verzekering is geëindigd.
- lid 4 De verzekeringnemer heeft het recht de verzekering(en) voor een verzekerde te beëindigen met ingang van de dag waarop die verzekerde verzekeringsplichtig wordt volgens de Zorgverzekeringswet.
- De verzekeringnemer heeft het recht de verzekering(en) te beëindigen als de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft laten weten dat ONVZ medische gegevens over de verzekeringnemer of verzekerde hebben bekeken die niet voor ONVZ bestemd waren, zoals in een elektronisch patiëntendossier. De opzegging moet binnen 6 weken na het bericht van de NZa door ONVZ zijn ontvangen.