

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. L. Ritzema en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202501146

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 30 december 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 26 januari 2026 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 25 februari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 26 februari 2026 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 april 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering). Daarnaast had verzoekster tot en met 31 augustus 2025 bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ Aanvullend Beter en VGZ Tand Beter afgesloten. Vanaf 1 september 2025 is verzoekster toegetreden tot een collectiviteit van de gemeente waardoor zij met ingang van genoemde datum bij de ziektekostenverzekeraar aanvullend is verzekerd op grond van het VGZ Gemeentepakket en Gemeentepakket Herverzekeren Verplicht Eigen Risico € 0,- (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster op meerdere contactmomenten meegedeeld dat sprake is van een betalingsachterstand.
- 2.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormeld standpunt gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft haar bij brieven van 21 mei 2025 en 10 juni 2025 meegedeeld dat hij het ingenomen standpunt handhaaft.
- 2.4. Bij brief van 28 december 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvullende ziektekostenverzekering vanwege het bestaan van een betalingsachterstand met ingang van 1 februari 2026 zal worden beëindigd.

3. Standpunt verzoekster

3.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar:

- (i) de hoogte van de door hem vastgestelde betalingsachterstand moet corrigeren,
- (ii) de aanvullende ziektekostenverzekering ten onrechte heeft beëindigd, en dat deze daarom met terugwerkende kracht tot 1 februari 2026 moet worden hersteld.

3.2. Verzoekster heeft in dit verband aangevoerd dat zij alle aan de ziektekostenverzekeraar verschuldigde bedragen heeft betaald. Zij verwijst hierbij naar de door haar overgelegde rekeningafschriften. Hierop is te zien dat de ziektekostenverzekeraar bedragen vordert ter zake van premie en eigen risico, die echter al in een eerder stadium door verzoekster zijn voldaan. Dit betekent ook dat de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering ten onrechte met ingang van 1 februari 2026 heeft beëindigd. Daartoe bestond immers geen aanleiding.

3.3. Ter zitting heeft verzoekster herhaald dat uit de door haar overgelegde betaalbewijzen blijkt dat alle door haar verschuldigde bedragen zijn betaald. In het verleden heeft verzoekster weliswaar problemen gehad met de gemeente, waardoor de betalingen aan de ziektekostenverzekeraar niet altijd even netjes zijn betaald. Inmiddels zijn deze problemen opgelost en worden de bedragen weer volledig voldaan.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de betalingen die verzoekster doet al langere tijd niet in overeenstemming zijn met het bepaalde in de verzekeringsvoorwaarden. Zo staat in de verzekeringsvoorwaarden vermeld dat de premie en andere verschuldigde bedragen bij vooruitbetaling moeten worden voldaan. Verzoekster heeft in het verleden weliswaar betalingen gedaan, maar de omschrijvingen die zij daarbij vermeldde kwamen niet overeen met de verschuldigde bedragen. Zo betaalde verzoekster in juli 2025 de nog niet verschuldigde premie voor oktober 2025 en in september 2025 alvast de premie voor december 2025. Toen er nog geen sprake was van een betalingsachterstand heeft de ziektekostenverzekeraar de te veel betaalde bedragen aan verzoekster teruggestort. Later, nadat een betalingsachterstand was ontstaan, heeft de ziektekostenverzekeraar de ontvangen betalingen verrekend met openstaande vorderingen. Verzoekster is door de ziektekostenverzekeraar bij diverse gelegenheden erop gewezen dat de omschrijvingen niet corresponderen met de verschuldigde bedragen.

4.2. Op de polis van verzoekster is uiteindelijk een betalingsachterstand ontstaan. Naar de stand van 16 februari 2026 bestaat met betrekking tot de periode van 1 januari 2006 tot en met 28 februari 2026 een achterstand van totaal € 676,05, exclusief incassokosten en rente. Deze betalingsachterstand ziet op onbetaald gebleven premie voor de maanden september 2025 (€ 43,65), oktober 2025 (€ 157,70), november 2025 (€ 199,85) en december 2025 (€ 199,85), alsmede op een vordering ter zake van het verplicht eigen risico 2025 (€ 75,-). Voor alle hiervoor genoemde openstaande vorderingen zijn aan verzoekster betalingsherinneringen gestuurd. Desondanks heeft zij de verschuldigde bedragen niet voldaan, waarna de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 februari 2026 heeft beëindigd. Na de beëindiging heeft verzoekster geen extra betalingen meer gedaan. De ziektekostenverzekeraar heeft vorderingen ten bedrage van totaal € 556,75 ter incasso aan zijn incassogemachtigde overgedragen. Tot op heden heeft verzoekster het openstaande bedrag niet voldaan.

4.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar voor zijn standpunt verwezen naar het nader commentaar van 25 februari 2026. Ter aanvulling hierop is door de ziektekostenverzekeraar

toegelicht dat zijn systeem niet is ingericht om betalingen te verwerken die ver vooruit zijn gedaan, ook al vermeldt de verzekerde hierop een kenmerk. In de situatie van verzoekster speelde dit ook en om die reden zijn de door haar gedane betalingen in mindering gebracht op andere nog openstaande vorderingen.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. 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 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 7 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) over de verschuldigdheid van premie en het verplicht eigen risico zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke bepalingen uit het Burgerlijk Wetboek (BW) en de verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Hoogte betalingsachterstand

- 6.2. Door de ziektekostenverzekeraar is een financieel overzicht naar de stand van 16 februari 2025 overgelegd. Uit dit overzicht blijkt dat door verzoekster met betrekking tot de periode van 1 januari 2006 tot en met 28 februari 2026 niet alle verschuldigde bedragen zijn betaald en dat per saldo nog een bedrag openstaat van € 676,05, exclusief rente en incassokosten. Verzoekster heeft het door de ziektekostenverzekeraar genoemde openstaande bedrag bestreden en onder overlegging van bankafschriften aangevoerd dat zij de door de ziektekostenverzekeraar genoemde achterstallige bedragen onder vermelding van een betalingskenmerk heeft voldaan.
- 6.3. De commissie merkt allereerst op dat alle betalingen waarvan verzoekster betaalbewijzen heeft overgelegd voorkomen in het door de ziektekostenverzekeraar aangeleverde financieel overzicht van 16 februari 2026. Dat door verzoekster meer of andere betalingen zijn gedaan is door haar niet aannemelijk gemaakt zodat naar de stand van 16 februari 2026 sprake was van een openstaande vordering van € 676,05, exclusief rente en incassokosten.
Uit de overlegde bankafschriften en uit hetgeen door de ziektekostenverzekeraar onweersproken is gesteld, blijkt dat verzoekster al jaren de verschuldigde premies en het verplichte eigen risico ver vooruit, dat wil zeggen voor het daadwerkelijk verschuldigd zijn, voldoet. De ziektekostenverzekeraar heeft aanvankelijk deze gespecificeerde, maar nog niet verschuldigde bedragen aan verzoekster teruggestort, hetgeen in lijn is met het bepaalde in artikel 6:203 BW. Het gevolg hiervan was wel dat op de polis van verzoekster op enig moment een betalingsachterstand kon ontstaan, waarna de ziektekostenverzekeraar heeft besloten de door hem van verzoekster ontvangen gespecificeerde, maar nog niet verschuldigde bedragen af te boeken op de oudst openstaande vordering of op de premies van de maanden waarin de betalingen werden gedaan. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar de door verzoekster gedane betalingen van 14 juni 2025 (gespecificeerd als “Premie Sep 2025”), 15 juli 2025 (gespecificeerd als “Premie Okt 2025”), 16 augustus 2025 (gespecificeerd als “Premie NOV 2025”) en 16 september 2025 (gespecificeerd als “Premie Dec 2025”) niet aan verzoekster heeft teruggestort, maar heeft geboekt op de premie voor de maanden juni tot en met september 2025. Aangezien de ziektekostenverzekeraar ten aanzien van de verwerking van betalingen geen specifieke regeling heeft opgenomen in zijn polisvoorwaarden, is het bepaalde in de artikelen

6:203 en 6:43 BW van toepassing. Dit betekent in de eerste plaats dat de ziektekostenverzekeraar de door verzoekster betaalde, nog niet verschuldigde bedragen - net als in het verleden - aan haar had moeten terugstorten conform artikel 6:203 BW. De commissie acht correctie hiervan echter niet wenselijk, aangezien verzoekster dan weliswaar bedragen terugkrijgt, maar er ook weer vorderingen open komen te vallen. Daarom beslist de commissie dat de ziektekostenverzekeraar de van verzoekster ontvangen, op dat moment nog niet verschuldigde bedragen niet hoeft terug te storten.

- 6.4. De volgende vraag is die naar de toerekening. Hierbij geldt als uitgangspunt dat toerekening eerst geschiedt op de meest bezwarende verbintenis, zoals is bepaald in artikel 6:43, tweede lid, BW. Hiervoor is toegelicht dat in afwijking van deze bepaling de ontvangen, op dat moment nog niet verschuldigde bedragen, zijn geboekt op – willekeurige – openstaande maandpremies. De commissie houdt daarom rekening ermee dat bij een juiste toerekening overdracht aan de incassogemachtigde mogelijk (deels) had kunnen worden voorkomen. Om die reden wordt besloten dat de ziektekostenverzekeraar de overgedragen vordering van totaal € 598,90 dient terug te halen bij zijn incassogemachtigde en dat de bij verzoekster in verband met deze vordering in rekening gebrachte incassokosten en rente komen te vervallen. Tevens dient hij verzoekster een redelijke termijn te gunnen om het achterstallige bedrag van totaal € 676,05 alsnog te voldoen. Daarnaast bepaalt de commissie dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de met ingang van 1 februari 2026 beëindigde aanvullende ziektekostenverzekering te herstellen. Daar staat tegenover dat verzoekster de vanaf deze datum verschuldigde premie alsnog dient te voldoen.

Slotsom

- 6.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie beslist dat de ziektekostenverzekeraar:
- (i) de hoogte van de betalingsachterstand met betrekking tot de periode van 1 januari 2006 tot en met 28 februari 2026 naar de stand van 16 februari 2026 correct heeft vastgesteld op € 676,05, zodat verzoekster gehouden is dit bedrag aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen;
 - (ii) de aan zijn incassogemachtigde overgedragen vordering van totaal € 598,90 dient terug te halen en dat de bij verzoekster in verband met deze vordering in rekening gebrachte incassokosten en rente komen te vervallen. Tevens dient hij verzoekster een redelijke termijn te gunnen om het achterstallige bedrag van totaal € 676,05 alsnog te voldoen.
 - (iii) de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht tot 1 februari 2026 dient te herstellen, waardoor verzoekster enerzijds dekking heeft en anderzijds premie voor deze verzekering is verschuldigd vanaf genoemde datum;
 - (iv) aan verzoekster het aan de commissie betaalde het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden.

Zeist, 18 mei 2026,

S.M.L.M. Schneiders-Spoor

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 er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Voorwaarden zorgverzekering
2. Wetgeving

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 VGZ](#) of in de [VGZ 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. De verzekeringsvoorwaarden zijn gemaakt in de Nederlandse taal. Als er verschil is tussen de inhoud en uitleg van de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden en een vertaling, dan gelden de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden.

Artikel 3. Premie

3.1. Premiegrondslag en premiekortingen

De premiegrondslag is de premie zonder premiekorting voor een vrijwillig eigen risico. De premiegrondslag vindt u op uw polisblad en op de premiebijlage op onze website.

Premiekorting bij vrijwillig eigen risico

Als u kiest voor een vrijwillig eigen risico, ontvangt u een korting op de premie. U vindt deze korting op uw polisblad en op de premiebijlage op onze website.

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.

Aan welke eisen moet het rekeningnummer voldoen?

De tenaamstelling van het rekeningnummer moet overeenkomen met de naam van de verzekeringnemer. Ook moet het een rekeningnummer zijn van een land dat deelneemt aan de Single Euro Payments Area (SEPA).

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.
- 3.3.2. Als u geen gebruikmaakt van digitale post, dan betaalt u kosten voor papieren post. De kosten zijn € 1,40 per maand. U betaalt geen kosten voor de polis en de Europese gezondheidskaart (EHIC). Meer informatie over 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.

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 VGZ](#) 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 en mogelijke kosten voor papieren post in op uw salaris en draagt deze aan ons af.
 - d. U maakt gebruik van de mogelijkheid om een papieren factuur te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling.
- 3.3.4. Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing op de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen, kosten voor papieren post 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, kosten voor papieren post 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 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 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. Als u al bent aangemaand voor het niet op tijd betalen van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen, kosten voor papieren post 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.
- 3.5.3. 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.
- 3.5.4. 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.

3.5.5. 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 betalingsachterstand zorgpremie 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 betalingsachterstand zorgpremie 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. Het eventuele vrijwillig eigen risico vervalt per datum aanmelding bij het CAK.

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.

3.5.6. 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 7. Verplicht eigen risico

7.1. Hoogte verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, dan heeft u een verplicht eigen risico van € 385 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Als u in de loop van een kalenderjaar 18 jaar wordt, dan geldt het verplicht eigen risico vanaf de eerste dag van de kalendermaand na de 18e verjaardag. De hoogte van het verplicht eigen risicobedrag wordt in dat geval berekend volgens de berekeningswijze als vermeld in artikel [7.4. Berekening hoogte verplicht eigen risico](#).

7.2. Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico?

Het verplicht eigen risico geldt voor alle zorgvormen zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, behalve voor:

- Huisartsenzorg. Het eigen risico geldt wel voor geneesmiddelen. Het eigen risico geldt ook voor onderzoek en diagnostiek die op verzoek van de huisarts door een andere zorgaanbieder worden uitgevoerd en in rekening worden gebracht. Zie artikel [11. Huisartsenzorg](#);
- Het meedenkadvies en meekijkconsult. Het advies van of het consult met een zorgaanbieder (zoals een medisch specialist) als de huisarts dit heeft gevraagd om u een passende diagnose, behandeling of verwijzing te kunnen bieden zoals omschreven in artikel [11. Huisartsenzorg](#) en artikel [16. Medisch specialistische zorg](#);
- Zorg vanwege overgewicht en obesitas zoals omschreven in artikel [13. Zorg vanwege overgewicht en obesitas](#);
- Verpleging en verzorging zoals omschreven in artikel [14. Verpleging en verzorging \(wijkverpleging\)](#);
- Verloskundige zorg door een verloskundige, huisarts of gynaecoloog. Het eigen risico geldt wel voor de met verloskundige zorg samenhangende kosten zoals geneesmiddelen, bloedonderzoek en ziekenvervoer. Zie artikel [15.1. Verloskundige zorg](#) en artikel [16. Medisch specialistische zorg](#);
- Plaatsen en verwijderen van een spiraaltje door een huisarts of verloskundige. Het eigen risico geldt wel voor het spiraaltje. Zie artikel [34. Geneesmiddelen](#) en het Reglement hulpmiddelen voor de vergoeding van het spiraaltje;
- Kraamzorg. Zie artikel [15.2. Kraamzorg](#);
- Het stoppen-met-rokenprogramma zoals omschreven in artikel [24. Stoppen-met-rokenprogramma](#);
- De door ons aangewezen voorkeursgeneesmiddelen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg. Houdt u er rekening mee dat de dienstverlening van de apotheek, bijvoorbeeld de terhandstellingskosten, het begeleidingsgesprek bij een nieuw geneesmiddel of een inhalatie instructie niet zijn vrijgesteld van dit eigen risico. Zie artikel [34. Geneesmiddelen](#);
- De als voorkeursproduct geselecteerde drinkvoedingen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg. Zie artikel [35. Dieetpreparaten](#);
- Oefentherapie bij artrose aan een heup- of kniegewricht onder toezicht van een gecontracteerd fysiotherapeut of gecontracteerd oefentherapeut zoals omschreven in artikel [26. Fysiotherapie en Oefentherapie](#);
- Hulpmiddelen in bruikleen. Zie artikel [36. Hulpmiddelen en verbandmiddelen](#);
- Zorg die verband houdt met een donatie bij leven, nadat de periode zoals genoemd in artikel [22. Transplantatie van weefsels en organen](#) onder d is verstreken;
- Vervoer van een donor zoals genoemd in artikel [22. Transplantatie van weefsels en organen](#) onder e en f, als de donor een zorgverzekering heeft afgesloten;
- De kosten voor afstemming ten behoeve van samenwerking van een zorgaanbieder met andere partijen voor een bepaalde groep verzekerden. De afstemming moet verband houden met zorg die valt onder de zorgverzekering. De zorgaanbieder mag de kosten alleen in rekening brengen als wij hiervoor een contract hebben met de zorgaanbieder;
- Het verkennend gesprek, zie artikel [25. Geestelijke gezondheidszorg \(GGZ\) voor verzekerden van 18 jaar en ouder](#);
- Eventuele eigen bijdragen en/of eigen betalingen.

7.3. Voor welke zorgaanbieders en zorgarrangementen geldt het verplicht eigen risico niet?

Wij hebben de mogelijkheid om zorgaanbieders of zorgarrangementen aan te wijzen waarbij u geen of maar een gedeeltelijk bedrag aan verplicht eigen risico verschuldigd bent. Dit geldt ook voor nader aan te wijzen gezondheidsbevorderende of op preventie gerichte zorgarrangementen.

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.

Fraude door zorgverleners

Zorgverleners die fraude plegen, laten wij opnemen in het Externe Verwijzingsregister (EVR). Wij vergoeden geen zorg van zorgverleners die in dit register staan en zullen deze zorgverleners hierover informeren. De zorgverlener is verplicht om u voorafgaand aan de zorgverlening te informeren dat wij hun zorg niet vergoeden.

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 al onze mededelingen elektronisch wilt ontvangen, dan kunt u dit aangeven in de [Mijn VGZ](#) of in de [VGZ app](#).

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.

De verzekeringsvoorwaarden zijn gemaakt in de Nederlandse taal. We hebben ook vertalingen. Als er verschil is tussen de inhoud en uitleg van de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden en een vertaling, dan gelden de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden.

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.

Aan welke eisen moet het rekeningnummer voldoen?

De tenaamstelling van het rekeningnummer moet overeenkomen met de naam van de verzekeringnemer. Ook moet het een rekeningnummer zijn van een land dat deelneemt aan de Single Euro Payments Area (SEPA).

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 kunt deelnemen aan de collectieve overeenkomst, vervallen de premiekorting en voorwaarden van de collectieve overeenkomst. Vanaf deze dag wordt de aanvullende verzekering op individuele basis voortgezet.
- 3.2.3. U kunt maar aan 1 collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen.

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.
- 3.3.2. Als u geen gebruik maakt van digitale post, dan betaalt u kosten voor papieren post. De kosten zijn € 1,40 per maand. U betaalt geen kosten voor de polis en de Europese gezondheidskaart (EHIC). Meer informatie over 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.

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 [Mijn VGZ](#) 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 en mogelijke kosten voor papieren post in op uw salaris en draagt deze aan ons af.
 - d. U maakt gebruik van de mogelijkheid om een papieren factuur te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling.
- 3.3.4. Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing op de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen, kosten voor papieren post 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 bijdragen, het eigen risico, kosten voor papieren post 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. Heeft u een actieve schuldregeling en zijn alle schuldeisers akkoord (MSNP/ WSNP)? Dan kunt u een aanvraag doen voor een aanvullende verzekering. Als wij de aanvraag accepteren gaat de aanvullende verzekering in per 1 januari van het eerstvolgende kalenderjaar.
- 3.5.2. Als u al bent aangemaand voor het niet op tijd betalen van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen, kosten voor papieren post 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.

- 3.5.3. 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.
- 3.5.4. 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;
- ons zo spoedig mogelijk feiten en omstandigheden te melden die voor een juiste uitvoering van de aanvullende verzekering(en) van belang zijn. Dat zijn onder meer 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) zorg schorsen.

Artikel 5. Wijziging premie en voorwaarden

5.1. Wijziging premie en voorwaarden

Wij mogen de voorwaarden en premie van de aanvullende verzekering(en) op elk moment te wijzigen. Wij zullen u als verzekeringnemer hierover schriftelijk informeren. Een dergelijke wijziging gebeurt op een door ons vast te stellen datum.

5.2. Opzeggingsrecht

Als wij de voorwaarden en/of premie van de aanvullende verzekering(en) 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 van de verzekeringsvoorwaarden rechtstreeks voortvloeit uit wettelijke maatregelen, regelingen of bepalingen.

Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de aanvullende verzekering(en)

6.1. Begin en duur

De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop wij aangeven dat de zorgverzekering aanvangt, per datum waarop u deelneemt aan de collectieve overeenkomst of op 1 januari van een kalenderjaar. De aanvullende verzekering wordt gesloten voor het kalenderjaar waarin de aanvullende verzekering is ingegaan. Na afloop van deze termijn wordt de aanvullende verzekering telkens stilzwijgend verlengd voor de periode van een kalenderjaar.

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.

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 43

1. Verricht de schuldenaar een betaling die zou kunnen worden toegerekend op twee of meer verbintenissen jegens een zelfde schuldeiser, dan geschiedt de toerekening op de verbintenis welke de schuldenaar bij de betaling aanwijst.
2. Bij gebreke van zodanige aanwijzing geschiedt de toerekening in de eerste plaats op de opeisbare verbintenissen. Zijn er ook dan nog meer verbintenissen waarop de toerekening zou kunnen plaatsvinden, dan geschiedt deze in de eerste plaats op de meest bezwarende en zijn de verbintenissen even bezwarend, op de oudste. Zijn de verbintenissen bovendien even oud, dan geschiedt de toerekening naar evenredigheid.

Artikel 44

1. Betaling van een op een bepaalde verbintenis toe te rekenen geldsom strekt in de eerste plaats in mindering van de kosten, vervolgens in mindering van de verschenen rente en ten slotte in mindering van de hoofdsom en de lopende rente.
2. De schuldeiser kan, zonder daardoor in verzuim te komen, een aanbod tot betaling weigeren, indien de schuldenaar een andere volgorde voor de toerekening aanwijst.
3. De schuldeiser kan volledige aflossing van de hoofdsom weigeren, indien daarbij niet tevens de verschenen en lopende rente alsmede de kosten worden voldaan.

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 203

1. Degene die een ander zonder rechtsgrond een goed heeft gegeven, is gerechtigd dit van de ontvanger als onverschuldigd betaald terug te vorderen.
2. Betreft de onverschuldigde betaling een geldsom, dan strekt de vordering tot teruggave van een gelijk bedrag.
3. Degene die zonder rechtsgrond een prestatie van andere aard heeft verricht, heeft eveneens jegens de ontvanger recht op ongedaanmaking daarvan.