



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Premie, betalingsachterstand, beëindiging collectiviteit gemeente
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020 en 2021, artt. 16 en 18 Zvw, Voorwaarden aanvullende
ziektekostenverzekering 2020 en 2021
Zaaknummer : 202001498
Zittingsdatum : 28 juli 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 29 januari 2021 heeft verzoekster per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,-- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoekster heeft haar verzoek aan de commissie op 10 februari 2021 en 24 februari 2021 per brief verduidelijkt. Op 1 maart 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Verzoekster heeft vervolgens op 3 maart 2021, 12 mei 2021 en 2 juni 2021 nog aanvullende informatie aan de commissie gezonden.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 8 juni 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 9 juni 2021 aan verzoekster gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren.
- 2.3. Verzoekster heeft op 10 juni 2021 per brief haar verzoek aan de commissie gewijzigd. Een afschrift van deze brief is op 15 juni 2021 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren.
- 2.4. De ziektekostenverzekeraar heeft - naar aanleiding van het gewijzigde verzoek - zijn standpunt op 18 juni 2021 per brief aan de commissie uitgelegd. Een afschrift van deze brief is op 21 juni 2021 aan verzoekster gezonden, waarbij zij is gevraagd hierop te reageren.
- 2.5. Op 23 juni 2021 heeft verzoekster per brief meegedeeld dat zij haar verzoek aan de commissie handhaaft. Een afschrift van deze brief is op 24 juni 2021 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.6. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn in de gelegenheid gesteld om te worden gehoord. Beide partijen hebben verklaard dat zij van deze gelegenheid geen gebruik wensen te maken.
- 2.7. De commissie heeft op 7 september 2021 per brief aanvullende vragen gesteld aan de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft op 1 oktober 2021 per brief gereageerd en een voorstel gedaan aan verzoekster om het onderhavige geschil tot een goed einde te brengen.
- 2.8. Een afschrift van de brief en van het voorstel van de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 oktober 2021 aan verzoekster gezonden, waarbij zij is verzocht op dit voorstel te reageren. Op 7 oktober 2021 en 26 oktober 2021 heeft verzoekster per brief gereageerd en heeft zij het voorstel verworpen. Afschriften van deze brieven zijn ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2019 en 2020 bij de ziektekostenverzekeraar collectief verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ Gemeentepakket Compleet en Herverzekeren verplicht eigen risico € 0,- (hierna samen te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering). Verzoekster ontving een premiekorting op de voornoemde verzekeringen op basis van haar deelname aan de collectiviteit van de Sociale Dienst Drechtsteden.
- 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering aanvankelijk beëindigd vanaf respectievelijk 29 december 2019 en 29 februari 2020.
- 3.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar op 1 mei 2020 per brief verzocht de verzekeringen met terugwerkende kracht te herstellen. Op 15 mei 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de verzekeringen met terugwerkende kracht worden hersteld en dat de premie voor beide verzekeringen met terugwerkende kracht in rekening wordt gebracht. Op 23 mei 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat zij in dit verband een bedrag van € 880,15 moet voldoen.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 16 juni 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft en dat de vordering op dat moment nog € 559,75 bedraagt.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 september 2021 opnieuw beëindigd. Tevens is de deelname aan de collectiviteit beëindigd en daarmee is ook de premiekorting voor de zorgverzekering komen te vervallen.
- 3.6. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar op 7 oktober 2020 verzocht om heroverweging van zijn beslissing. Uit de stukken in het dossier blijkt niet dat de ziektekostenverzekeraar hierop schriftelijk heeft gereageerd.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de openstaande vordering overgedragen aan zijn incassopartner. Op 10 november 2020 heeft deze aan verzoekster per brief een aanmaning gezonden, waaruit blijkt dat zij nog een bedrag van € 375,65 moet voldoen, inclusief incassokosten.
- 3.8. Verzoekster is hertegen opgekomen bij zowel de ziektekostenverzekeraar als zijn incassopartner. Op 18 december 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen verklaard dat het incassodossier wordt gesloten en dat hiermee de incassokosten en rente komen te vervallen. Voort volgt uit de brief dat volgens de ziektekostenverzekeraar nog een vordering van € 299,25 bestaat.
- 3.9. Verzoekster is in 2021 verzekerd tegen ziektekostenkosten bij de ziektekostenverzekeraar op grond van de zorgverzekering.
- 3.10. De ziektekostenverzekeraar heeft op 1 oktober 2021 per brief een voorstel gedaan om het geschil tot een goed einde te brengen. In dit verband heeft de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat hij bereid is de betalingsachterstand zoals die op dat moment bestond (€ 209,95, exclusief de premie van oktober 2021) te laten vervallen. Verder blijkt uit de brief dat hij bereid is de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht te herstellen tot 1 januari 2020 en dat verzoekster hiervoor geen premie hoeft te voldoen. Daarnaast dient verzoekster uiterlijk 31 december 2021 door te geven op welke wijze zij in 2022 verzekerd wenst te zijn.

3.11. Verzoekster heeft op 7 oktober 2021 per brief meegedeeld dat zij niet akkoord gaat met het voorstel van de ziektekostenverzekeraar en dat zij haar verzoek aan de commissie handhaaft. Op 25 oktober 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief verklaard dat zijn voorstel daarmee komt te vervallen.

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie, na wijziging van haar verzoek, gevraagd te beslissen dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering en haar deelname aan de collectiviteit van de Sociale Dienst Drechtsteden moet herstellen met terugwerkende kracht tot 1 september 2020;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar aan haar een schadevergoeding moet toekennen.

4.2. De ziektekostenverzekeraar 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, 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.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) over de verschuldigdheid van premie zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunt verzoekster

6.2. Verzoekster heeft toegelicht dat zij al geruime tijd bij de ziektekostenverzekeraar is verzekerd en deelneemt aan de collectiviteit van de Sociale Dienst Drechtsteden. Zij betaalt de verschuldigde premie maandelijks met een automatische overschrijving van de bank. Verzoekster stelt dat zij nog nooit premiebetalingen heeft gemist, maar dat de ziektekostenverzekeraar deze betalingen ten onrechte heeft geboekt op andere posten. Door administratieve fouten van de ziektekostenverzekeraar heeft hij ten onrechte betalingsherinneringen en aanmaningen aan verzoekster gezonden. Tevens heeft hij ten onrechte de aanvullende ziektekostenverzekering en de deelname aan de voornoemde collectiviteit beëindigd. Verzoekster heeft verder aangevoerd dat zij de communicatie met de ziektekostenverzekeraar als een strijd heeft ervaren en dat zij door een hel is gegaan. Zij heeft door deze gang van zaken emotionele en geestelijke schade geleden. Hiervoor eist zij een schadevergoeding. Daarnaast heeft zij kosten gemaakt voor het verzenden van (aangetekende) brieven. Ook deze kosten vordert zij van de ziektekostenverzekeraar.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat in het verleden mogelijk betalingen van verzoekster anders zijn verwerkt dan dat zij had bedoeld. Volgens de ziektekostenverzekeraar is dit te verklaren doordat verzoekster met een automatische overboeking van haar bank meer betaalde dan dat zij was verschuldigd en doordat zij bij de betalingen geen betalingskenmerk vermeldde. Hierdoor werden ontvangen bedragen automatisch op de oudste openstaande vordering geboekt.

Om dit in de toekomst te voorkomen adviseert de ziektekostenverzekeraar verzoekster in het vervolg het betalingskenmerk te vermelden bij haar betaling, welke kenmerk is vermeld op de factuur en op de acceptgiro die zij maandelijks toegezonden krijgt.

Hoewel de ziektekostenverzekeraar van mening is dat naar de stand van 8 juni 2021 nog een vordering bestaat van € 222,50, heeft hij besloten dit bedrag af te boeken, zodat verzoekster met ingang van 1 juli 2021 met een schone lei kan beginnen. De ziektekostenverzekeraar ziet geen aanleiding aan verzoekster een schadevergoeding te betalen. Indien verzoekster opnieuw wenst deel te nemen aan de collectiviteit van de Sociale Dienst Drechtsteden, dient zij zelf contact op te nemen met de gemeente of zich aan te melden via de website www.zorgverzekerd.nl. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij bereid is verzoekster hierbij te ondersteunen. Volgens de ziektekostenverzekeraar bedraagt de betalingsachterstand naar de stand van 1 oktober 2021 nog € 209,95, exclusief de maandpremie van oktober 2021. Nu verzoekster zijn voorstel heeft verworpen, moet zij dit bedrag nog aan hem voldoen.

Overwegingen commissie


- 6.4. Uit het financieel overzicht van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat door hem op 1 maart 2020, 10 maart 2020, 14 maart 2020, 17 maart 2020, 20 maart 2020 en 27 maart 2020 betalingen zijn ontvangen van verzoekster, telkens voor een bedrag van € 160,50, maar dat deze betalingen zijn teruggestort. Hetzelfde geldt voor de betalingen ten bedrage van € 320,70 die op 1 april 2020, 10 april 2020, 21 april 2020 en 28 april 2020 door de ziektekostenverzekeraar zijn ontvangen. Tevens geldt dit voor de betalingen van € 160,20 die op 1 mei 2020, 9 mei 2020 en 15 mei 2020 door de ziektekostenverzekeraar zijn ontvangen. Deze gang van zaken is terug te voeren op het feit dat de ziektekostenverzekeraar aanvankelijk heeft besloten de zorgverzekering per 29 december 2019 en de aanvullende ziektekostenverzekering per 29 februari 2020 te beëindigen. Dit betekent dat verzoekster vanaf de genoemde data niet langer premie was verschuldigd voor deze verzekeringen en dat de betalingen die door verzoekster aan de ziektekostenverzekeraar zijn gedaan, werden teruggestort.
- 6.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar op 1 mei 2020 per brief verzocht de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht te herstellen. De ziektekostenverzekeraar heeft overeenkomstig dit verzoek de verzekeringen hersteld en verzoekster hierover geïnformeerd per brief op 15 mei 2020. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar op 23 mei 2020 per brief aan verzoekster meegedeeld dat het gevolg van het herstellen van de verzekeringen is dat de premie met terugwerkende kracht bij haar in rekening wordt gebracht. Uit de specificatie bij deze brief blijkt dat verzoekster een bedrag van € 703,25 aan premie voor de zorgverzekering moest voldoen vanaf 29 december 2019 en dat zij € 175,40 aan premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering moest voldoen vanaf 29 februari 2020. Verder is een bedrag van € 1,50 in rekening gebracht voor het verzenden van de factuur en een acceptgiro. Verzoekster moest daarmee een bedrag van totaal € 880,15 voldoen. Uit het financieel overzicht van de ziektekostenverzekeraar van 24 september 2021 blijkt dat op 29 mei 2020 en op 1 juni 2020 betalingen door hem zijn ontvangen van verzoekster van elk € 160,20. Deze betalingen zijn in mindering gebracht op het voornoemde bedrag, zodat een vordering van € 559,75 resteerde. Dit blijkt tevens uit de betalingsherinnering die de ziektekostenverzekeraar op 15 juni 2020 per brief aan verzoekster heeft gezonden.
- 6.6. Bij het uitblijven van betaling van voornoemde vordering heeft de ziektekostenverzekeraar besloten de aanvullende ziektekostenverzekering per 1 september 2020 te beëindigen. Op grond van artikel 3.5 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering stond het de ziektekostenverzekeraar vrij dit te doen. Uit dit artikel volgt namelijk dat indien sprake is van (i) een premieachterstand van twee maanden én (ii) niet wordt betaald binnen 14 dagen nadat een aanmaning is verzonden, de aanvullende ziektekostenverzekering kan worden beëindigd en dat de gemeente hierover kan worden geïnformeerd. Aan de genoemde voorwaarden werd voldaan op 1 september 2020.

Verzoekster heeft het tegendeel niet aannemelijk gemaakt. Zo is niet gebleken dat zij de betalingsachterstand van € 559,75 alsnog volledig had voldaan, dan wel dat zij hiervoor een betalingsregeling had getroffen. Dit volgt in ieder geval niet uit de betaalbewijzen die verzoekster heeft overgelegd of het financieel overzicht van de ziektekostenverzekeraar. Ook anderszins is dit door verzoekster niet aannemelijk gemaakt.


- 6.7. Blijkbaar werd tevens niet langer voldaan aan de voorwaarden om deel te nemen aan de collectiviteit van de Sociale Dienst Drechtsteden, omdat met ingang van 1 september 2020 tevens de premiekorting die hiermee samenhangt is komen te vervallen. Voor de goede orde tekent de commissie aan dat het niet aan de ziektekostenverzekeraar, maar aan de gemeente is te beoordelen of verzoekster mag deelnemen aan de genoemde collectiviteit. Of de gemeente haar deelname aan de collectiviteit terecht heeft beëindigd, kan geen onderdeel zijn van deze procedure. In de eerste plaats is de gemeente geen partij in de onderhavige procedure. In de tweede plaats is de commissie op grond van haar reglement niet bevoegd een oordeel te geven over het handelen van de gemeente.
- 6.8. De ziektekostenverzekeraar heeft op 1 oktober 2021 per brief verklaard dat naar de stand van dat moment nog een betalingsachterstand bestond van € 209,95, exclusief de premie voor de maand oktober 2021. De commissie kan de ziektekostenverzekeraar hierin niet volgen. Reeds op 8 juni 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief verklaard dat hij de betalingsachterstand die op dat moment bestond - te weten € 222,50 - zou laten vervallen, zodat verzoekster vanaf 1 juli 2021 met een schone lei kon beginnen. Uit het financieel overzicht van de ziektekostenverzekeraar van 24 september 2021 blijkt dat verzoekster op 30 juni 2021, 30 juli 2021 en 31 augustus 2021 de premie heeft voldaan voor de maanden juli t/m september 2021. Voorts heeft verzoekster een betaalbewijs overgelegd waaruit blijkt dat zij op 30 september 2021 de premie voor de maand oktober 2021 heeft voldaan. Van een betalingsachterstand is momenteel dan ook geen sprake.
- 6.9. Wellicht ten overvloede hecht de commissie er aan verzoekster erop te wijzen dat nu niet langer sprake is van een betalingsachterstand zij zich opnieuw kan aanmelden bij de gemeente voor deelname aan de collectiviteit van de Sociale Dienst Drechtsteden. De ziektekostenverzekeraar heeft aangeboden haar hierbij te ondersteunen. Tevens heeft verzoekster de mogelijkheid de ziektekostenverzekeraar te vragen de aanvullende ziektekostenverzekering te herstellen. Op grond van artikel 3.5.1 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is dit namelijk mogelijk vanaf de eerste dag van de tweede maand vanaf het moment dat de volledige achterstand is voldaan.

Schadevergoeding


- 6.10. De commissie overweegt dat zij op grond van artikel 15 van haar reglement kan bepalen dat de ziektekostenverzekeraar een schadevergoeding moet toekennen aan verzoekster. In die situatie moet echter komen vast te staan dat sprake is van een toerekenbare tekortkoming door de ziektekostenverzekeraar in de nakoming van zijn verplichtingen uit hoofde van de verzekeringsovereenkomst of dat de ziektekostenverzekeraar onrechtmatig heeft gehandeld jegens verzoekster en zij als gevolg hiervan schade heeft geleden. Daarnaast moet het gaan om kosten die redelijkerwijs door verzoekster zijn gemaakt en waarvan ook de omvang redelijk is. De commissie kent geen vergoeding toe voor immateriële schade. Zoals uit het voorgaande blijkt, is niet gebleken dat sprake is van een toerekenbare tekortkoming door de ziektekostenverzekeraar of dat de ziektekostenverzekeraar onrechtmatig heeft gehandeld jegens verzoekster. Dit vormt reeds een grond om het verzoek om schadevergoeding af te wijzen. Los daarvan heeft verzoekster aangevoerd dat zij emotionele en geestelijke schade heeft geleden, hetgeen als immateriële schade moet worden aangemerkt. Hiervoor kan de commissie op grond van het reglement geen vergoeding toekennen.



Voorts heeft verzoekster aangevoerd dat zij kosten heeft gemaakt voor het verzenden van (aangetekende) brieven, maar nagelaten om met stukken te onderbouwen waaruit deze kosten bestaan en om welk bedrag het gaat. Ook dit zijn redenen dit onderdeel van het verzoek af te wijzen.



6.11. De commissie ziet echter wel aanleiding te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoekster moet voldoen. De ziektekostenverzekeraar heeft immers ten onrechte gesteld dat op 1 oktober 2021 nog een betalingsachterstand bestond, zodat verzoekster gedeeltelijk in het gelijk wordt gesteld.




6.12. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies



7.1. De commissie beslist dat:

- 
- (i) Verzoekster naar de stand van 1 oktober 2021 geen betalingsachterstand heeft bij de ziektekostenverzekeraar;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar niet is gehouden de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht tot 1 september 2020 te herstellen;
 - (iii) de ziektekostenverzekeraar niet is gehouden aan verzoekster een schadevergoeding te betalen;
 - (iv) de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoekster moet voldoen.



Zeist, 8 november 2021



H.A.J. Kroon

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 17

1. De zorgverzekeraar stelt voor iedere variant van de zorgverzekering die hij aanbiedt, de grondslag van de premie en de bij die variant behorende premiekorting of premiekortingen vast en neemt deze in de modelovereenkomst op.
2. De grondslag van de premie is gelijk voor varianten die wat betreft de te verzekeren prestaties als bedoeld in artikel 11, eerste lid, of de keuzemogelijkheden tussen aanbieders van zorg of van overige diensten als bedoeld in dat lid, niet van elkaar verschillen.
3. Indien de zorgverzekeraar gebruik maakt van zijn bevoegdheid, bedoeld in artikel 11, vijfde lid, is de grondslag van de premie gelijk aan de grondslag die hij heeft of zou hebben vastgesteld voor een modelovereenkomst met volledige dekking.
4. De grondslag van de premie is de premie indien geen premiekorting als bedoeld in artikel 18, vierde lid, of artikel 20 geldt of zou gelden.
5. De verschuldigde premie is gelijk aan de grondslag van de premie behorende bij de variant van de zorgverzekering die de verzekeringnemer gekozen heeft, verminderd met de premiekortingen, bedoeld in de artikelen 18, vierde lid, of 20, indien deze van toepassing zijn.
6. De zorgverzekeraar geeft de wijze waarop de verschuldigde premie van de grondslag van de premie wordt afgeleid in de modelovereenkomst weer, en neemt de wijze waarop de door de verzekeringnemer verschuldigde premie van de grondslag van de premie is afgeleid in de zorgpolis op.
7. Een wijziging in de grondslag van de premie treedt niet eerder in werking dan zeven weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer is medegedeeld.

Artikel 18

1. De zorgverzekeraar kan met een werkgever overeenkomen dat hij een geldelijk voordeel verstrekt indien diens werknemers, voormalige werknemers of hun gezinsleden verzekerd worden op basis van een in die overeenkomst aan te wijzen modelovereenkomst.
2. Het voordeel bedraagt, per persoon die op basis van de desbetreffende modelovereenkomst verzekerd wordt, niet meer dan 10% van de grondslag van de bij die modelovereenkomst behorende premie.
3. In de overeenkomst, bedoeld in het eerste lid, wordt ten minste bepaald:
 - a. de hoogte van het voordeel, waarbij die hoogte mag variëren al naar gelang het aantal volgens de desbetreffende modelovereenkomst verzekerde personen;
 - b. de verdeling van het voordeel over de werkgever en de volgens de desbetreffende modelovereenkomst verzekerde personen.

4. Indien het voordeel of een deel daarvan aan de verzekeringnemer wordt verstrekt, geschiedt dit in de vorm van een korting op de grondslag van de premie.
5. Het eerste tot en met vierde lid zijn tevens van toepassing ten aanzien van een rechtspersoon, niet zijnde een werkgever, met betrekking tot de verzekering van natuurlijke personen wier belangen die rechtspersoon behartigt.
6. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen, om te voorkomen dat afbreuk wordt gedaan aan het sociale karakter van de verzekering, nadere en zonodig afwijkende regels worden gesteld.
7. De zorgverzekeraar en de werkgever, bedoeld in het eerste lid, vermelden bij de verstrekking van persoonsgegevens aan elkaar met betrekking tot een werknemer die verzekeringnemer en een verzekerde is van een zorgverzekering op basis van de modelovereenkomst, bedoeld in het eerste lid, waarvoor die werkgever de verschuldigde premie aan die zorgverzekeraar betaalt, het burgerservicenummer van die werknemer.

2.7. Lidmaatschap van de Coöperatie

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

2.8. Bedenkperiode

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

2.9. Nederlands recht

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

Artikel 3. Premie

3.1. Wie betaalt premie?

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

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

3.2. Premiekorting bij collectieve overeenkomst

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

3.3. Betaling van premie, wettelijke bijdragen en kosten

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

Kosteloze betaalmogelijkheden

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

Kosten voor betaling per papieren factuur (acceptgiro)

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

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

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

3.4. Verrekening

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

3.5. Niet-tijdig betalen

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

Artikel 4. Overige verplichtingen

U bent verplicht:

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

Beëindiging verzekering(en)

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

2.5. Bescherming van uw persoonsgegevens

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

2.6. Mededelingen

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

2.7. Lidmaatschap van de Coöperatie VGZ

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

2.8. Bedenkperiode

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

2.9. Voorrangsbepaling

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

2.10. Nederlands recht

Op de zorgverzekering is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 3. Premie

3.1. Premiegrondslag en premiekortingen

De premiegrondslag is de premie zonder premiekorting voor een vrijwillig eigen risico en/of een korting die in een collectieve overeenkomst is overeengekomen. De premiegrondslag en de premiekorting voor het vrijwillig eigen risico vindt u op de jaarlijks aan te passen premiebijlage. U vindt de premiebijlage op onze website.

De premiegrondslag en premiekortingen die voor u gelden, vindt u op uw polisblad.

3.2. Premiekorting bij collectieve overeenkomst

3.2.1. Als u deelneemt aan een collectieve overeenkomst, dan ontvangt u een korting op de premiegrondslag.

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

3.2.3. U kunt maar aan één collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen.

3.3. Wie betaalt premie?

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

Voorbeeld

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

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

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

Kosteloze betaalmogelijkheden

- U machtigt ons voor automatische incasso van verschuldigde bedragen (zie ook artikel 3.4.4).
- U maakt gebruik van de mogelijkheid om via uw Mijn-omgeving gratis een digitale factuur te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling. Dit kan desgewenst direct via iDeal.
- Uw werkgever houdt de premie in op uw salaris en draagt deze aan ons af. Deze betaalmogelijkheid heeft alleen betrekking op de premie.

Aan deze betaalmogelijkheden zijn geen extra kosten verbonden.

Kosten voor betaling per papieren factuur (acceptgiro)

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

- 3.4.4. Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing op de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen. Deze toestemming geldt tijdens, en zo nodig ook na afloop van, de verzekeringsovereenkomst. Op uw polisblad informeren wij u over de datum van automatische incasso van de premie voor het gehele kalenderjaar. Voor de overige kosten informeren wij u ten minste 3 dagen voor de datum waarop de afschrijving plaatsvindt over het af te schrijven bedrag en de datum. Bent u het niet eens met een afschrijving? Dan kunt u het bedrag laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met uw bank. Het automatisch te incasseren bedrag voor eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen is gemaximeerd tot € 220 per maand. Voor bedragen boven de € 220 sturen wij u een papieren factuur. Als wij ervoor kiezen u een (papieren) factuur te sturen, dan zijn hieraan voor u geen extra kosten verbonden.

3.5. Verrekening

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

3.6. Niet-tijdig betalen

3.6.1. Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen niet op tijd betaalt, dan sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, dan kunnen wij de dekking van deze zorgverzekering schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste 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.

3.6.2. Wij brengen de volgende kosten bij u in rekening in geval van niet-tijdig betalen:

- Wettelijke rente vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de oorspronkelijke factuur
- Incassokosten vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de aanmaning.

3.6.3. Als u al bent aangemaand voor het niet op tijd betalen van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen of onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen, dan hoeven wij u bij het niet op tijd voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.

3.6.4. Wij hebben het recht om opeisbare premie, kosten en wettelijke rente te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere bedragen die u van ons moet ontvangen.

3.6.5. Als wij de verzekering beëindigen omdat u de premie niet op tijd heeft betaald, dan hebben wij het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.

3.6.6. Gevolgen van het niet betalen van 2 maandpremies of meer

- a. Heeft u als verzekeringnemer een premieachterstand ter hoogte van 2 maandpremies? Dan bieden wij u een betalingsregeling aan. U heeft 4 weken de tijd om deze betalingsregeling te accepteren. Ook informeren wij u over de gevolgen als u ons aanbod niet accepteert en de achterstand oploopt tot 6 of meer maandpremies.
- b. Heeft u als verzekeringnemer een premieachterstand ter hoogte van 4 maandpremies? Dan ontvangt u een waarschuwing dat wij u bij het CAK aanmelden voor de regeling wanbetalers bij een betalingsachterstand van 6 maandpremies, tenzij wij alsnog met u een betalingsregeling aangaan.
- c. Heeft u als verzekeringnemer een premieachterstand ter hoogte van 6 maandpremies of meer? Dan melden wij u aan bij het CAK voor de regeling wanbetalers en bent u verplicht een bestuursrechtelijke premie aan het CAK te betalen. Voor de periode dat u een bestuursrechtelijke premie aan het CAK verschuldigd bent, bent u geen premie aan ons verschuldigd. De bestuursrechtelijke premie aan het CAK is hoger dan de premie die u normaal gesproken aan ons zou moeten betalen.

Heeft u anderen op uw polis verzekerd en is er voor hen een betalingsachterstand ontstaan? Zij ontvangen dan kopieën van onze berichten aan u over de premieachterstand.

U vindt de gevolgen van het niet betalen van de premie en de bestuursrechtelijke premie in de artikelen 18a tot en met artikel 18g Zorgverzekeringswet.

3.6.7. U bent geen premie aan ons verschuldigd over de periode bedoeld in artikel 18e Zorgverzekeringswet.

Artikel 4. Overige verplichtingen

U bent verplicht:

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

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