Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen
mr. drs. J.W. Heringa, mr. B.L.A. van Drunen en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202501438

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

1) OHRA Zorgverzekeringen NV te Tilburg,
2) OWM CZ groep U.A. te Tilburg,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

1.1. Verzoeker heeft bij klachtenformulier van 1 september 2025 zijn zaak voorgelegd aan SKGZ. In eerste instantie heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen hierin bemiddeld. In aansluiting op een telefonisch onderhoud op 21 januari 2026 met een medewerker van de Ombudsman Zorgverzekeringen, heeft verzoeker bij bericht van 5 februari 2026 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Bij brief van 17 maart 2026 heeft hij zijn verzoek aan de commissie verder toegelicht en uitgebreid. Op deze datum was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die in de fase van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.

1.2. Bij brief van 30 juni 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 1 juli 2026 aan verzoeker gestuurd.

1.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker heeft op 8 augustus 2026 verklaard via videobellen te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 18 augustus 2026 verklaard niet te willen worden gehoord.
Verzoeker is op 23 september 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

2. Vaststaande feiten

2.1. Verzoeker was vanaf 1 januari 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de OHRA Zorgverzekering Restitutie tezamen met de aanvullende ziektekostenverzekering OHRA Gezond (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Met ingang van 1 januari 2022 is eerstgenoemde verzekering gewijzigd in de OHRA Zorgverzekering Combinatie (hierna: de zorgverzekering).

2.2. Verzoeker heeft in december 2024 de ziektekostenverzekeraar telefonisch verzocht de zorgverzekering met ingang van 1 januari 2025 te beëindigen. Bij brief van 31 december 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar de opzegging geweigerd.

2.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar bij e-mailbericht van 11 februari 2025 om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 28 februari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

2.4. Bij e-mailbericht van 28 februari 2025 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar nogmaals om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Bij brief van 2 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker laten weten zijn afwijzende beslissing te handhaven.

2.5. Verzoeker heeft hierop bij e-mailbericht van 15 april 2025 gereageerd.

2.6. Bij e-mailbericht van 20 november 2025 is verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar opgekomen tegen de aanmelding bij het CAK.

3. Standpunt verzoeker

3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen:

(i) primair dat de wijziging van restitutiepolis naar combinatiepolis met ingang van 1 januari 2022 geen rechtsgevolgen heeft gehad;

(ii) subsidiair dat de ziektekostenverzekeraar zich niet met succes op het opzegverbod van artikel 8a van de Zorgverzekeringswet kan beroepen;

(iii) meer subsidiair dat voortzetting van de verzekeringsovereenkomst naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is, zodat deze met ingang van 1 januari 2025 moet worden ontbonden dan wel zodanig moet worden aangepast dat nakoming, gelet op draagkracht en premielast, voor verzoeker mogelijk is;

(iv) nog meer subsidiair dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is een betalingsregeling naar werkelijke draagkracht overeen te komen;

(v) dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is tot restitutie van alle, sinds 1 juli 2020 ten onrechte in rekening gebrachte incassokosten en te veel betaalde premie te restitueren, althans het hiermee gemoeide bedrag in mindering te brengen op de openstaande schuld;

(vi) dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de onderhavige procedure dient te vergoeden.

In latere correspondentie heeft verzoeker zijn verzoek uitgebreid, in die zin dat hij de commissie verzoekt ook in te gaan op de navolgende punten:

(vii) is de door de ziektekostenverzekeraar gepresenteerde vordering voldoende inzichtelijk en controleerbaar opgebouwd;

(viii) op welke contractuele en wettelijke grondslag zijn de in rekening gebrachte incassokosten gebaseerd;

(viiii) in hoeverre zijn de gehanteerde incassokosten in overeenstemming met het Besluit vergoeding buitengerechtelijke incassokosten;

(ix) op welke juridische grondslag zijn de opgevoerde gerechtelijke kosten berekend;

(x) welke polisvoorwaarden zijn op de verzekering van toepassing en welke betekenis hebben deze voor de beoordeling van het geschil;

(xi) welke betekenis heeft de toepassing van de wanbetalersregeling voor de opbouw van de vordering?

3.2. Bij e-mailbericht van 11 februari 2025 is verzoeker opgekomen tegen de weigering, bij brief van 31 december 2024, van de ziektekostenverzekeraar om de opzegging van de verzekering te accepteren vanwege een bestaande betalingsachterstand. Verzoeker heeft zich hierbij beroepen op dwaling in de zin van artikel 6:228 van het Burgerlijk Wetboek. Indertijd heeft hij expliciet gekozen voor een restitutiepolis, met het oog op de hieraan verbonden keuzevrijheid. Daarnaast is volgens verzoeker, gezien de disproportionele premiestijging, sprake van onvoorziene

omstandigheden als bedoeld in artikel 6:258 van het Burgerlijk Wetboek. De premie was in 2023 4,53% en in 2024 7,71% van het inkomen. Dit betekent een toename van 70,42%. Voor 2025 is de toename 39,07%. Tevens is het vasthouden aan de contractuele verplichtingen in strijd met de redelijkheid en billijkheid. Verzoeker verwijst naar artikel 6:248, tweede lid, van het Burgerlijk Wetboek en naar de Parlementaire geschiedenis, waaruit blijkt dat verzekerden niet onevenredig zwaar mogen worden belast door premieverhogingen (Kamerstukken II 2003/04, 30 296, nr. 7, p 12). Verder kan worden gesproken van ongerechtvaardigde verrijking in de zin van artikel 6:212 van het Burgerlijk Wetboek, nu de wetgever heeft benadrukt dat de zorgverzekering geen mechanisme mag worden waarmee verzekeraars zich ten koste van verzekerden kunnen verrijken (Kamerstukken II 2004/05, 29 689, nr. 19, p 8).

3.3. In zijn e-mailbericht van 28 februari 2025 heeft verzoeker zijn standpunten herhaald en nader onderbouwd. Zo heeft hij ten aanzien van het opzegverbod van artikel 8a, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet gesteld dat deze bepaling niet absoluut is en dient te worden afgewogen tegen de specifieke omstandigheden van het geval. Een bestaande premieschuld mag geen middel zijn om een verzekerde gedwongen te binden aan een financieel onhoudbare overeenkomst. Het artikel is bedoeld om misbruik van het zorgstelsel te voorkomen, niet om een verzekerde structureel in een schuldenval te houden. Het vasthouden aan het opzegverbod zonder rekening te houden met de onderliggende oorzaken van de achterstand, leidt tot een onredelijke en onaanvaardbare uitkomst.
De brief van 23 september 2021 werd door verzoeker niet ontvangen. Hij verwijst in dit kader naar artikel 3:37, derde lid, van het Burgerlijk Wetboek en tekent hierbij aan dat het aan de ziektekostenverzekeraar is om bewijs te leveren van de daadwerkelijke ontvangst. Er is sprake van dwaling, omdat de restitutiepolis volledige keuzevrijheid biedt zonder extra kosten. Hij zou een combinatiepolis nooit hebben geaccepteerd bij het afsluiten van een verzekering. Dat vervolgens jaarlijks kon worden opgezegd doet niet af aan het feit dat de overeenkomst onder een verkeerde voorstelling van zaken is aangegaan. Verzoeker vordert daarom ontbinding van de verzekeringsovereenkomst met ingang van 1 januari 2025.
Verzoeker herhaalt dat kan worden gesproken van onvoorziene omstandigheden, gelet op de impact van de premiestijging. De disproportionele stijging van de premielasten rechtvaardigt een heroverweging van de contractuele verplichtingen, met als logisch gevolg ontbinding dan wel beëindiging van de verzekeringsovereenkomst met ingang van 1 januari 2025.
Volgens verzoeker negeert de ziektekostenverzekeraar het bredere juridische kader van de redelijkheid en billijkheid (artikel 6:248 van het Burgerlijk Wetboek). Voortzetting van de zorgverzekering betekent namelijk dat de schuld verder oploopt zonder dat hij hier invloed op heeft. Daarbij verkeert de ziektekostenverzekeraar in een machtspositie, omdat verzoeker verplicht is verzekerd te blijven en hij geen realistische mogelijkheid heeft om zijn financiële situatie te herstellen. Het gevolg hiervan is dat de ziektekostenverzekeraar zich ongerechtvaardigd verrijkt, ten koste van de verzekerde die niet in staat is de premie te voldoen.

3.4. Bij e-mailbericht van 15 april 2025 heeft verzoeker zijn stellingen herhaald. Hierbij heeft hij ten aanzien van de gestelde dwaling verwezen naar een arrest van de Hoge Raad (HR 1 oktober 1993, NJ 1994/173 (Van Geest/Nederlof)) en een bindend advies van de commissie (GC 2022-043). Verzoeker concludeert op basis hiervan dat de verzekeringsovereenkomst met ingang van 1 januari 2022 dient te worden vernietigd. In geval van vernietiging is de premie zonder rechtsgrond en daarmee onverschuldigd betaald. Deze dient dan ook te worden gerestitueerd (HR 10 oktober 2003, NJ 2003/691 (Van de Steeg/Waterlandziekenhuis)).
Indien de poliswijziging als rechtsgeldig wordt beschouwd, moet de verzekeringsovereenkomst met ingang van 1 januari 2025 worden ontbonden wegens onvoorziene omstandigheden. In 2023 was verzoeker werkzaam in loondienst. Toen hij vervolgens in de WW kwam, viel zijn inkomen met 40,8% terug. Sinds hij een bijstandsuitkering geniet is zijn inkomen met 8,4% verlaagd. Intussen is de premie voor de zorgverzekering verder gestegen. Verzoeker verwijst naar een arrest van de Hoge Raad (HR 27 april 2007, NJ 2007/262).

Met betrekking tot de derogerende werking van de redelijkheid en billijkheid stelt verzoeker dat een zorgverzekeraar die zich bewust is van de onbetaalbaarheid van de premie voor een verzekerde met een inkomen op bijstandsniveau, de overeenkomst niet koste wat kost mag afdwingen. Hij verwijst hiervoor naar HR 10 juni 1983, NJ 1986/796 (Saladin/HBU) en GC 2018-019.
Verder is volgens verzoeker sprake van misbruik van recht in de zin van artikel 3:13 van het Burgerlijk Wetboek, nu het beroep op het wettelijk opzegverbod disproportioneel en ondoelmatig is. Artikel 8a van de Zorgverzekeringswet is bedoeld om misbruik te voorkomen en niet om een schuldenval structureel af te dwingen.
Voorts handelt de ziektekostenverzekeraar in strijd met de zorgplicht op grond van artikel 8 van de Zorgverzekeringswet, door geen rekening te houden met de omstandigheden van verzoeker.
Hij verwijst hierbij naar rapporten van de WRR en het SCP.
De brief van 2 april 2025 is geschreven in een formeel-defensieve, afstandelijke toon en gaat voorbij aan de juridische argumenten en de persoonlijke omstandigheden van verzoeker. Op zijn voicemailbericht van 7 april 2025 werd door de ziektekostenverzekeraar niet gereageerd.

3.5. Bij het klachtenformulier van 1 september 2025 heeft verzoeker een brief gevoegd, gedateerd 31 augustus 2025, waarin hij zijn verzoek aan de commissie verwoordt en toelicht.
In dat verband stelt hij dat de vrije zorgkeuze voor hem een kernvoorwaarde was bij het afsluiten van de verzekering met ingang van 1 januari 2018. De ziektekostenverzekeraar besloot eenzijdig de zorgverzekering met ingang van 2022 te wijzigen van een restitutiepolis in een combinatiepolis. De brief hierover bereikte verzoeker niet. Pas in december 2024 vernam hij via openbare bronnen van de wijziging. Tot dat moment werd de verzekering voortgezet onder een verkeerde veronderstelling. De verzekeringsovereenkomst dient thans alsnog met ingang van 1 januari 2022 te worden vernietigd en de betaalde premie, als zijnde onverschuldigd betaald, moet worden gerestitueerd dan wel verrekend met de openstaande schuld.
Intussen waren er in de eerste jaren door wisselende inkomenssituaties betalingsproblemen ontstaan. De ontstane betalingsachterstanden werden door verzoeker volledig ingelopen. Vanaf 2023 is de inkomenspositie van verzoeker echter verslechterd; zijn inkomen daalde met 40% en vanaf 2025 is hij aangewezen op een bijstandsuitkering op grond van de Participatiewet. Zijn inkomsten bedragen nu minder dan het sociaal minimum.
Toen verzoeker nog werkzaam was, had hij kunnen toetreden tot de collectiviteit van zijn toenmalige werkgever. De ziektekostenverzekeraar wilde daaraan evenwel niet meewerken, waardoor de premielast hoog bleef.
Verzoeker verklaart dat hij gedurende jaren geen toegang had tot de digitale omgeving van de ziektekostenverzekeraar. Pas medio juni 2025 lukte het hem hier met DigiD in te loggen. Eventuele kennisgevingen en aanmaningen hebben verzoeker daarom niet (tijdig) bereikt.
Omdat de premie voor hem structureel onbetaalbaar was geworden, vanwege zijn inkomen, heeft verzoeker de verzekering met ingang van 1 januari 2025 opgezegd. Hierop werd, onder verwijzing naar artikel 8a van de Zorgverzekeringswet, afwijzend beslist. Verzoeker is hiertegen opgekomen en heeft in dat verband verschillende juridische gronden naar voren gebracht: dwaling, onvoorziene omstandigheden, de beperkende werking van de redelijkheid en billijkheid, en ongerechtvaardigde verrijking door de ziektekostenverzekeraar.
Voor de mededeling over de wijziging van de verzekering haalt verzoeker artikel 3:37, derde lid, van het Burgerlijk Wetboek opnieuw aan. De mededeling heeft volgens deze bepaling slechts zijn werking indien deze de geadresseerde ook heeft bereikt. Het bewijsrisico ligt in dit verband bij de ziektekostenverzekeraar, en deze heeft geen objectief bewijs van ontvangst door verzoeker overgelegd. Om die reden heeft de wijziging met ingang van 1 januari 2022 geen rechtsgevolg.
Verzoeker haalt in dit verband uitspraken aan van de rechtbank Amsterdam (Rb Amsterdam 14 november 2018, ECLI:NL:RBAMS:2018:8016) en het Hof Arnhem-Leeuwarden (Hof Arnhem-Leeuwarden 21 november 2023, ECLI:NL:2023:7810).
Zoals door de ziektekostenverzekeraar is aangevoerd, bestaat er weliswaar een opzeggingsrecht, maar dit wordt geblokkeerd in geval van een premieachterstand. Hierdoor blijft verzoeker gevangen in een vicieuze cirkel. Door het opzegverbod kan hij niet overstappen en is het voor hem

niet mogelijk te kiezen voor een goedkopere verzekering.
Verzoeker licht, aan de hand van cijfers en percentages, toe dat de premiedruk in zijn geval disproportioneel is en dat dit nog steeds het geval is als rekening wordt gehouden met de maximale zorgtoeslag van € 130,-. De combinatie van gedaalde inkomsten en gestegen premie maakt volgens hem dat kan worden gesproken van een onvoorziene omstandigheid. Het beroep dat de ziektekostenverzekeraar doet op algemene marktomstandigheden ontslaat hem er niet van oog te hebben voor de disproportionele last in de specifieke situatie van verzoeker.
Het was de wens van verzoeker met ingang van 1 januari 2025 elders een goedkopere verzekering tegen ziektekosten af te sluiten en de betalingsachterstand bij de ziektekostenverzekeraar in te lopen. De opzegging werd evenwel geweigerd. Het is naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar hem te dwingen de verzekering voort te zetten terwijl hij deze niet kan betalen, aldus verzoeker. Door een oplossing te blokkeren maakt de ziektekostenverzekeraar misbruik van recht (artikel 3:13 van het Burgerlijk Wetboek).
De ziektekostenverzekeraar is bereid een betalingsregeling te treffen, maar het termijnbedrag is minimaal € 30,- per maand, en dit is voor verzoeker niet haalbaar. Er is een risico op blijvende schuldopbouw, en dit is in strijd met de zorgplicht van artikel 8 van de Zorgverzekeringswet.
Verzoeker verwijst naar een uitspraak van de Centrale Raad van Beroep van 2 februari 2016 (ECLI:NL:CRVB:2016:330) en de richtlijnen van de NVVK. Aflossingsverplichtingen dienen te zijn gebaseerd op werkelijke draagkracht. De ziektekostenverzekeraar handelt in strijd met de redelijkheid en billijkheid door vast te houden aan een minimaal termijnbedrag en jaagt verzekerden met betalingsproblemen nodeloos op kosten door structureel incassokosten in rekening te brengen.
Door bij herhaling onterecht incassokosten te berekenen handelt de ziektekostenverzekeraar onrechtmatig jegens verzoeker. Hetgeen te veel is betaald moet worden gerestitueerd of verrekend met de bestaande schuld.
Door vast te houden aan formele regels verrijkt de ziektekostenverzekeraar zich feitelijk, terwijl de bestaanszekerheid van verzoeker onder druk staat. Dit is naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar.
Verzoeker betwist dat hij correct is aangemaand. Hij heeft geen aanmaningen of 14-dagenbrieven rechtsgeldig ontvangen. In dit kader haalt hij opnieuw artikel 3:37, derde lid, van het Burgerlijk Wetboek en de hiervoor in dat verband genoemde jurisprudentie aan. Enkel objectief bewijs van ontvangst volstaat en de ziektekostenverzekeraar heeft dit niet geleverd.

3.6. In zijn e-mailbericht van 20 november 2025 komt verzoeker op tegen de aanmelding bij het CAK. Hij verwijst hierbij naar de opschorting, die op 28 april 2025 door de ziektekostenverzekeraar werd bevestigd, het feit dat de onderliggende verzekeringsovereenkomst vanaf 2022 wordt betwist, en de lopende procedure bij SKGZ. Verzoeker concludeert dat de diverse acties van de ziektekostenverzekeraar, waaronder deze aanmelding, voor hem hebben geleid tot vermogensschade, waarvoor hij de ziektekostenverzekeraar aansprakelijk heeft gesteld. Ook vordert hij buitengerechtelijke incassokosten, en over alle schadeposten de wettelijke rente tot de dag der algehele voldoening.
Verzoeker bestrijdt dat de verzekeringsovereenkomst voor 2026 is voortgezet.
Ook gaat hij in op de – volgens hem ondeugdelijke – opbouw van de vorderingen en de onregelmatige en juridisch onmogelijke verrekening van een zorgdeclaratie. Deze verrekening is in strijd met de zorgplicht van artikel 8 van de Zorgverzekeringswet.
Door niet te reageren op terugbelverzoeken en correspondentie handelt de ziektekostenverzekeraar in strijd met de artikelen 6:2, 6:248, 6:227 b-c, 6:230 m-v en 6:928 van het Burgerlijk Wetboek en de normen van de Nederlandse Zorgautoriteit omtrent bereikbaarheid en reactietermijnen.
Verzoeker vordert toezending van de verzekeringsvoorwaarden over 2018 tot en met 2025 en een gespecificeerd financieel overzicht. Het uitblijven van deze informatie is in strijd met de artikelen 6:140 en 6:230m van het Burgerlijk Wetboek en de basisverplichtingen van goed verzekeraarschap.

3.7. Tijdens het telefonisch onderhoud op 21 januari 2026 met een medewerker van de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoeker meegedeeld het aanbod voor een betalingsregeling niet te accepteren en het geschil te willen voorleggen aan de commissie. Bij bericht van 5 februari 2026 heeft verzoeker verklaard dat hij een oordeel van de commissie wenst over (i) de rechtsgeldigheid van de verzekeringsovereenkomst, (ii) de voortzetting door de ziektekostenverzekeraar van de invorderingshandelingen ondanks een eerdere opschorting en de start van de procedure bij SKGZ, (iii) de deugdelijkheid en transparantie van de financiële administratie van de ziektekostenverzekeraar, (iiii) de proportionaliteit en passendheid van het aanbod voor een betalingsregeling, (v) het door de ziektekostenverzekeraar delen van persoonsgegevens en de hierop volgende inschakeling van het buurtteam, en (vi) de naleving van informatie- en reactieverplichtingen door de ziektekostenverzekeraar.

3.8. Bij brief van 17 maart 2026 is verzoeker nader ingegaan op bovengenoemde punten. Hierbij heeft hij ten aanzien van punt (iii) opgemerkt dat het door de ziektekostenverzekeraar verstrekte overzicht niet inzichtelijk is. Met name blijkt hieruit niet of overeenkomstig het Burgerlijk Wetboek toerekening heeft plaatsgevonden. Daarnaast zijn in de verschillende incassodossiers incassokostenposten opgenomen, terwijl deze dossiers later in één totaaloverzicht zijn samengevoegd.
Met betrekking tot de in rekening gebrachte incassokosten verwijst verzoeker naar artikel 6:96, tweede lid, van het Burgerlijk Wetboek, het Besluit vergoeding buitengerechtelijke incassokosten, en Richtlijn 93/13/EEG van de Raad van 5 april 1993 betreffende oneerlijke bedingen in consumentenovereenkomsten. Uit de jurisprudentie blijkt dat een incassobeding onder omstandigheden als oneerlijk kan worden aangemerkt (bijv. Rb. Overijssel 23 juli 2024, ECLI:NL:RBOVE:2024:3948). De ziektekostenverzekeraar stelt dat dit in zijn geval niet zo is, maar weigert hem de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden te verstrekken. Verzoeker tekent aan dat geschilleninstanties een zodanig beding ambtshalve moeten toetsen, dus ook als de consument niet uitdrukkelijk een beroep heeft gedaan op het oneerlijke karakter.
Verzoeker constateert dat verschillende vorderingen zijn overgedragen aan de incassogemachtigde. Hoewel het hierbij gaat om meerdere opeenvolgende termijnen en één overeenkomst, zijn in elk dossier buitengerechtelijke incassokosten berekend. Het is voor verzoeker de vraag of in alle gevallen een aanmaning als bedoeld in artikel 6:96, zesde lid, van het Burgerlijk Wetboek is verstuurd en hoe de wettelijke staffel uit het Besluit vergoeding buitengerechtelijke incassokosten is toegepast. Gelet op artikel 3:37 van het Burgerlijk Wetboek moeten de aanmaningen, indien verzonden, verzoeker ook hebben bereikt.
Door de ziektekostenverzekeraar worden verschillende posten aangeduid als ‘gerechtelijke kosten’. Daarnaast is sprake van posten als ‘dagvaardingskosten’ en ‘salaris gemachtigde’. Weliswaar is een dagvaarding uitgebracht, maar deze is later ingetrokken. Nu geen kostenveroordeling heeft plaatsgevonden, is voor verzoeker niet duidelijk wat de juridische grondslag is van de bij hem in rekening gebrachte kosten.
Verzoeker stelt vast dat hij op enig moment als wanbetaler is aangemeld bij het CAK. Onder verwijzing naar de Parlementaire geschiedenis vraagt hij de commissie te beoordelen hoe de regeling in zijn geval is toegepast en welke gevolgen dit heeft voor de opbouw van de vordering van de ziektekostenverzekeraar.
Waar het punt (v) betreft merkt verzoeker op dat door de ziektekostenverzekeraar een samenvatting van een gesprek is overgelegd. De context ontbreekt en het is voor verzoeker niet duidelijk op welke wijze de informatie van invloed is op de juridische beoordeling van het aan de commissie voorgelegde geschil.
Verzoeker vat een en ander samen als verwoord onder 3.1. vanaf (vii).

3.9. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald dat hij pas in december 2024 erachter is gekomen dat de ziektekostenverzekeraar de polisvoorwaarden van de zorgverzekering eind 2021 eenzijdig heeft gewijzigd. Deze wijziging zag erop dat de verzekering met ingang van 1 januari 2022

is veranderd van een zuivere restitutiepolis in een combinatiepolis. Volgens verzoeker moet deze aanpassing worden aangemerkt als een eenzijdige wijziging van de verzekeringsvoorwaarden, waarbij verzekerden in de gelegenheid moeten worden gesteld de verzekering te beëindigen. Verzoeker heeft eind 2024 willen overstappen naar een goedkopere verzekering en daarom heeft hij gebruik willen maken van de mogelijkheid om zijn verzekering op te zeggen. De ziektekostenverzekeraar heeft deze opzegging echter geweigerd onder verwijzing naar artikel 8a van de Zorgverzekeringswet. Volgens verzoeker berust deze weigering op een onjuiste grondslag. Door de opzegging te weigeren is verzoeker de mogelijkheid ontnomen om elders een goedkopere zorgverzekering af te sluiten, waardoor de betalingsachterstand bij de ziektekostenverzekeraar verder is opgelopen. Daarnaast heeft hij aangevoerd dat de aanmelding bij het CAK ertoe heeft geleid dat hij onvoldoende financiële ruimte heeft om deze achterstand in te lopen.
Primair stelt verzoeker zich op het standpunt dat de verzekering wegens dwaling met terugwerkende kracht met ingang van 1 januari 2022 dient te worden beëindigd. Subsidiair verzoekt hij om een praktische oplossing, bestaande uit een onmiddellijke beëindiging van de verzekering, zodat hij zich elders tegen lagere kosten kan verzekeren en daardoor financiële ruimte ontstaat om de ontstane betalingsachterstand bij de ziektekostenverzekeraar af te lossen.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker bij brief van 23 september 2021 is geïnformeerd over de wijziging met ingang van 1 januari 2022. Ook bleek hiervan uit de polisbladen voor de daaropvolgende jaren. Verzoeker had jaarlijks kunnen opzeggen, mits er per ultimo van het desbetreffende jaar geen sprake was van een premieachterstand.
De opzegging die verzoeker deed met ingang van 1 januari 2025 is niet geaccepteerd. Er was per ultimo 2024 namelijk sprake van een betalingsachterstand van € 1.713,08. Deze had onder andere betrekking op de premie voor de maanden oktober 2023, december 2023 tot en met juli 2024, en december 2024. De ziektekostenverzekeraar verwijst hiervoor in zijn e-mailbericht van 28 februari 2025 naar artikel 8a, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet en artikel A.5 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
Volgens de ziektekostenverzekeraar is de premie(stijging) niet disproportioneel. Hij verwijst in dit verband naar algemene ontwikkelingen zoals inflatie en de toename van zorgkosten, onder andere als gevolg van de vergrijzing. Daarnaast heeft de overheid besloten tot afschaffing van de collectiviteitskorting.
Er is voorts geen sprake van ongerechtvaardigde verrijking. Op grond van artikel 16, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet en de solidariteitsgedachte bestaat een verplichting tot premiebetaling. Er is een tegenprestatie is geleverd, in die zin dat tegen betaling van de premie dekking is geboden voor zorgkosten.
De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker een betalingsregeling aangeboden in overeenstemming met het door hem gevoerde beleid ter zake. Op 13 januari 2025 is hem telefonisch meegedeeld dat hij eerst de premie voor december 2024 van € 145,60 moest voldoen, en dat verzoeker daarna kon bellen voor een nieuwe betalingsregeling.

4.2. In zijn brief van 2 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar het voorgaande herhaald. Hij heeft hieraan toegevoegd dat verzoeker weliswaar verwijst naar de onderliggende oorzaken van de betalingsachterstand, maar deze verder niet toelicht. Een zorgverzekeraar kan geen rekening houden met het netto-inkomen van zijn verzekerden. De premies zijn in principe voor elke verzekerde met dezelfde polis gelijk. Alleen via de inkomensafhankelijke bijdrage, die over het inkomen wordt geheven, kunnen verschillen ontstaan. Is het inkomen niet toereikend, dan kan zorgtoeslag worden aangevraagd. Daarbij zijn er al langer problemen met de premiebetaling, ook reeds vóór 2023.
De ziektekostenverzekeraar verwijst naar zijn brief van 8 januari 2025, waarin aan verzoeker is meegedeeld dat de lopende betalingsregeling is beëindigd. In deze brief was een verwijzing

opgenomen. Volgens de ziektekostenverzekeraar is het wel degelijk mogelijk de financiële situatie te herstellen. Verzoeker moet daartoe echter wel actie ondernemen.

4.3. In zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 19 januari 2026 stelt de ziektekostenverzekeraar in de eerste plaats dat inderdaad niet schriftelijk is gereageerd op het e-mailbericht van 15 april 2025. In plaats daarvan is met verzoeker gebeld, waarbij met hem is afgesproken dat de incassozaak van de rolzitting zou worden gehaald.
Verder heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht wat zijn beleid is bij een betalingsachterstand. Onderdeel hiervan is dat de gemeente wordt geïnformeerd in het kader van de Wet gemeentelijke schuldhulpverlening. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar een melding die hij op 30 september 2024 kreeg van de gemeente Amsterdam. Hieruit blijkt dat de gemeente het, vanwege de reactie van verzoeker, niet zinvol achtte de kwestie verder op te pakken vanuit de vroegsignalering. Op 9 oktober 2024 nam verzoeker telefonisch contact op met de ziektekostenverzekeraar, waarbij hij aangaf een betalingsregeling te willen treffen voor € 1,- per maand. Afgesproken werd een tijdelijke regeling voor € 35,- per maand, het minimale termijnbedrag. De aanmelding bij het CAK werd in verband hiermee stilgelegd. Omdat verzoeker de nieuw opgekomen premies niet betaalde, werd de betalingsregeling per 8 januari 2025 stopgezet en de aanmelding bij het CAK hervat. Op 13 januari 2025 was er weer telefonisch contact. Indien de premie voor de maand december 2024 alsnog werd voldaan, was de ziektekostenverzekeraar bereid de betalingsregeling te herstellen. Vervolgens werd er na 6 januari 2025 niets meer betaald. In het kader van de behandeling van de klacht van verzoeker van 28 februari 2025 werd verzoeker nogmaals in de gelegenheid gesteld de premie voor december 2024 te voldoen en daarna een nieuwe betalingsregeling af te spreken. Dit kreeg echter geen vervolg. Op 15 september 2025 werd het dossier bij de incassogemachtigde weer opgestart. Nadat verzoeker op 1 en 22 oktober 2025 ervan melding had gemaakt dat hij de zaak had voorgelegd aan SKGZ, is het dossier bij de incassogemachtigde weer stilgelegd. Ook werd de verrekening van een vergoeding van € 477,94 ongedaan gemaakt en werd genoemd bedrag uitgekeerd aan verzoeker, ondanks de bestaande betalingsachterstand. De ziektekostenverzekeraar concludeert dat het nodige is gedaan om met verzoeker tot een oplossing te komen.
Ten aanzien van het opzegverbod van artikel 8a van de Zorgverzekeringswet licht de ziektekostenverzekeraar toe dat hij heeft gehandeld in lijn met deze bepaling en conform het door de wetgever beoogde doel van de regeling, te weten dat een betalingsregeling wordt getroffen en stabiliteit ontstaat. Daarbij is er ook oog geweest voor de persoonlijke omstandigheden van verzoeker.
Waar het gaat om de informatieverstrekking rond de wijziging met ingang van 1 januari 2022 voert de ziektekostenverzekeraar, onder verwijzing naar een bindend advies van de commissie (GC 202401585), aan dat de brief van 23 september 2021 (ook) als onveranderbare PDF is gepubliceerd in de Mijnomgeving, en dat verzoeker hierover een notificatiemail is gestuurd. De ontvangst van dit mailbericht is door hem niet bestreden; hij geeft enkel aan dat hij niet door middel van DigiD in de Mijnomgeving kon komen. Het risico ter zake ligt bij verzoeker. Volgens de ziektekostenverzekeraar is aldus voldaan aan artikel 3:37, derde lid, van het Burgerlijk Wetboek.
Verzoeker heeft aangevoerd dat hij sinds 2022 geen polisbladen heeft ontvangen. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar artikel 6:2 en artikel 6:89 van het Burgerlijk Wetboek. Uit laatstgenoemde bepaling volgt de klachtplicht: wie niet binnen bekwame tijd klaagt over een gestelde tekortkoming, die kan zijn rechten verliezen. Artikel A.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering bepaalt dat de verzekeringnemer de gegevens op het polisblad moet controleren en het binnen 30 dagen moet doorgeven als deze niet juist zijn. De polis voor 2022 werd op 11 november 2021 per gewone post verstuurd naar het laatst bekende adres van verzoeker. Hierbij was ook informatie gevoegd over de wijziging van restitutie- naar combinatiepolis. Volgens de Basisregistratie Personen (BRP) is het woonadres van verzoeker pas vanaf 5 mei 2022 gewijzigd. Latere polissen werden naar het nieuwe adres gestuurd.
Naar de stand van 19 januari 2026 bedroeg de betalingsachterstand € 2.171,38, waarvan € 2.032,42 bij de incassogemachtigde. In eerstgenoemd bedrag zijn begrepen € 311,43 aan

incassokosten, € 34,22 aan vertragingsrente en € 186,14 aan gerechtelijke kosten. In het kader van de bemiddeling heeft de ziektekostenverzekeraar aangeboden de kosten en rente, ten bedrage van totaal € 531,79, te laten vervallen en in te stemmen met een tijdelijke betalingsregeling, bestaande uit drie maandelijkse termijnen van € 35,- gevolgd door drie maandelijkse termijnen van € 50,-.
Hierbij heeft de ziektekostenverzekeraar, onder verwijzing naar artikel 6:29 van het Burgerlijk Wetboek, opgemerkt dat er geen algemeen wettelijk recht is op een betalingsregeling, maar dat voor zorgverzekeraars een bijzondere regeling van toepassing is. Deze is opgenomen in artikel 18a van de Zorgverzekeringswet. Er is geen afdwingbaar recht op een betalingsregeling naar draagkracht.
De ziektekostenverzekeraar licht toe dat verzoeker vanaf 2018 geregeld achterstanden in de betaling heeft laten ontstaan. Om die reden kon hij niet overstappen naar een collectieve verzekering.
De bij verzoeker in rekening gebrachte incassokosten zijn conform de wet- en regelgeving. In een gerechtelijke procedure worden deze kosten als regel toegewezen. Er bestaat daarom geen grond van deze kosten af te zien of ze terug te betalen.
Volgens de ziektekostenverzekeraar zijn de vorderingen eerder tot 1 september 2025 stilgelegd, in afwachting van de procedure die verzoeker bij SKGZ zou starten. Toen hierover geen bericht kwam, zijn de vorderingen weer open gezet, waarbij echter is verzuimd verzoeker hierover in te lichten.
Waar het de verwerking van de declaratie betreft, verwijst de ziektekostenverzekeraar naar artikel A.8 van de verzekeringsvoorwaarden. Hierin is de bevoegdheid tot verrekening opgenomen. In afwijking hiervan is besloten de declaratie aan verzoeker te betalen, omdat hij inmiddels zijn zaak aan SKGZ had voorgelegd. De door verzoeker hieraan verbonden conclusies zijn niet juist.
De verzekeringsvoorwaarden kan verzoeker terugvinden in de Mijnomgeving.
Door de ziektekostenverzekeraar is een overzicht vanaf 24 januari 2018 aangeleverd waaruit blijkt welke bedragen zijn betaald en hoe deze zijn verrekend.

4.4. In zijn brief van 30 juni 2026, gericht aan de commissie, heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat verzoeker in de periode van 16 mei 2019 tot 1 april 2025 de post digitaal wenste te ontvangen. De nieuwe polisbladen werden verzoeker echter wel fysiek, via de reguliere post, gestuurd.
Verder geldt dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker op 25 juli 2024 heeft aangemeld bij het CAK in verband met een premieachterstand van ten minste zes maanden. Voorafgaand aan deze aanmelding is op 22 februari 2024 een tweemaandsbrief gestuurd en op 25 april 2024 een viermaandsbrief. Op 25 juli 2024 is aan verzoeker een brief gezonden dat hij op die datum daadwerkelijk is aangemeld. Aangezien verzoeker kort daarna een betalingsregeling voor de hele schuld afsprak, is de aanmelding bij het CAK op 9 oktober 2024 opgeschort. Dit leidde ertoe dat verzoeker vanaf november 2024 weer de nominale premie aan de ziektekostenverzekeraar was verschuldigd. Omdat de betalingsregeling op 8 januari 2025 werd beëindigd, is de aanmelding van verzoeker bij het CAK vanaf februari 2025 hervat.

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 A.22 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en 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 het opzegverbod bij premieachterstand, de verplichting tot premiebetaling en de gevolgen van het uitblijven hiervan, en die uit het Burgerlijk Wetboek (BW) 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.

Wijziging van restitutiepolis naar combinatiepolis

6.2. De commissie stelt vast dat met ingang van 1 januari 2022 de dekking van de zorgverzekering eenzijdig is gewijzigd door de ziektekostenverzekeraar, waarbij de belangrijkste wijziging in dit verband is dat de aanspraak op Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en wijkverpleging niet langer als restitutie-aanspraak is geformuleerd, en dat bij gebruik van niet-gecontracteerde zorg in het vervolg 75% van de rekening wordt vergoed, maar nooit meer dan het maximumtarief. Vanwege deze wijziging is de naam van de zorgverzekering aangepast naar OHRA Zorgverzekering Combinatie.
In dit verband is geen sprake van een nieuwe verzekeringsovereenkomst, die tot stand komt door aanbod en aanvaarding, zoals dit met ingang van 1 januari 2018 het geval was, maar van een wijziging in een lopende verzekeringsovereenkomst die jaarlijks stilzwijgend wordt verlengd. Het beroep op dwaling bij het aangaan van de overeenkomst – naar de commissie begrijpt met ingang van 1 januari 2022 - slaagt om die reden niet.
Artikel 7:940, vierde lid, BW bepaalt dat indien de verzekeraar de voorwaarden van de overeenkomst ten nadele van de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde wijzigt, de verzekeringnemer gerechtigd is de overeenkomst op te zeggen tegen de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging is meegedeeld.
De ziektekostenverzekeraar heeft zijn verzekerden bij brief van 23 september 2021 geïnformeerd over de hierboven beschreven wijziging. Verzoeker heeft voldoende toegelicht dat de verzekeringsvoorwaarden in zijn nadeel zijn gewijzigd, met name omdat hierdoor zijn keuzevrijheid ten aanzien van zorgaanbieders voor bepaalde dekkingsrubrieken is beperkt.
Uit de stukken blijkt dat het polisblad voor 2022 in november 2021 aan verzoeker is gestuurd. Meegezonden werden een ‘Wijzigingskaart 2022’ en de ‘Brochure Uw zorgverzekering 2022’. In laatstgenoemd stuk wordt de wijziging toegelicht.
Verzoeker had, gelet op het voorgaande, de mogelijkheid de zorgverzekering met ingang van 1 januari 2022 op te zeggen. Hiervan is door hem geen gebruik gemaakt.

6.3. In dit verband heeft verzoeker, onder verwijzing naar artikel 3:37, derde lid, BW en jurisprudentie ter zake, gesteld dat de mededeling van de ziektekostenverzekeraar, om zijn werking te hebben, hem moet hebben bereikt, hetgeen hier niet het geval is geweest.
De commissie constateert dat uit de stukken blijkt dat de communicatievoorkeur van verzoeker op 16 mei 2019 is gewijzigd, en dat toen door hem is gekozen voor digitaal in de Mijnomgeving. Als correspondentiewijze voor de polis staat vermeld: “Op papier, via de post”.
De ziektekostenverzekeraar heeft het polisblad voor 2022 per post gestuurd naar het laatst bekende woonadres van verzoeker, een en ander conform artikel 7:933, eerste lid, BW. Of het polisblad hem heeft bereikt, en zo niet voor wiens risico dit komt, kan in het midden blijven.
De commissie gaat ervan uit dat de brief van 23 september 2021, waarin de ziektekostenverzekeraar verzoeker over de bovenbeschreven wijziging informeerde, gegeven de voorkeur voor digitale communicatie na 16 mei 2019, in de Mijnomgeving was te raadplegen. Naar de ziektekostenverzekeraar onweersproken heeft gesteld, werd verzoeker hierover ook een notificatiemail gestuurd. Dat hij naar zijn zeggen geen toegang tot de Mijnomgeving kreeg door middel van DigiD overtuigt niet. Dit is een omstandigheid die in zijn risicosfeer ligt, waarbij het bevreemding wekt dat hij deze situatie tot medio juni 2025 heeft laten voortbestaan. Behoudens

de polissen – die hem per gewone post werden gestuurd – was verzoeker voor de ziektekostenverzekeraar hierdoor immers jarenlang feitelijk onbereikbaar.
De commissie concludeert dat de verzekeringsovereenkomst na 1 januari 2022 is voortgezet, met inachtneming van de wijzigingen met ingang van genoemde datum, en wijst onderdeel (i) van het verzoek af.

Artikel 8a Zvw

6.4. Artikel 8a, eerste lid, Zvw bepaalt dat, nadat de zorgverzekeraar de verzekeringnemer heeft aangemaand tot betaling van een of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie, de verzekeringnemer gedurende de tijd dat de verschuldigde premie, rente en incassokosten niet zijn voldaan, de zorgverzekering niet kan opzeggen, tenzij de zorgverzekeraar de zorgverzekering of de dekking daarvan heeft geschorst of opgeschort. In het tweede lid is de mogelijkheid opgenomen dat de zorgverzekeraar de gedane opzegging binnen twee weken bevestigt.
Het voorgaande is terug te vinden in artikel A.5 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
Door de ziektekostenverzekeraar is onweersproken gesteld dat per ultimo 2024 sprake was van een betalingsachterstand. Deze had betrekking op de premie voor de maanden oktober 2023, december 2023 tot en met juli 2024, en december 2024. Van schorsing of opschorting van de dekking van de zorgverzekering is niet gebleken. De door verzoeker gedane opzegging met ingang van 1 januari 2025 werd door de ziektekostenverzekeraar nadrukkelijk geweigerd.
De commissie concludeert dat is voldaan aan het bepaalde in artikel 8a Zvw en dat onderdeel (ii) van het verzoek daarom wordt afgewezen.

Redelijkheid en billijkheid

6.5. Naar de commissie de stellingen van verzoeker begrijpt, is zijns inziens toepassing van het hiervoor besproken opzegverbod – zoals dat is vastgelegd in de wet en de verzekeringsovereenkomst – onder de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar. Door hem te houden aan de overeenkomst maakt de ziektekostenverzekeraar misbruik van recht en handelt hij in strijd met de zorgplicht van artikel 8 Zvw.
De commissie volgt verzoeker hierin niet. Personen die verzekeringsplichtig zijn op grond van de Wet langdurige zorg, zijn gehouden een verzekering als bedoeld in de Zvw af te sluiten. Uitgezonderd hiervan zijn militairen in werkelijke dienst en gemoedsbezwaarden (artikel 2 Zvw). De wet bevat maatregelen gericht op de verzekering van onverzekerden, zoals beschreven in de artikelen 9a e.v. Zvw. Het opzegverbod kan niet los worden gezien van de wettelijke verzekeringsplicht en de wens van de wetgever te voorkomen dat verzekeringsplichtigen onverzekerd zijn of worden. De commissie ziet gegeven het voorgaande geen grond het wettelijk verbod van artikel 8a Zvw in dit geval buiten toepassing te laten op basis van artikel 6:2 BW, en hetzelfde geldt voor artikel A.5, maar dan op basis van artikel 6:248 BW.
Verzoeker heeft daarnaast in meer algemene zin een beroep gedaan op het beginsel van ‘redelijkheid en billijkheid’. Volgens hem kan voortzetting van de verzekeringsovereenkomst niet worden gevergd en ligt aanpassing hiervan in de rede. Zijn verwijzing naar onvoorziene omstandigheden als bedoeld in artikel 6:258 BW ziet de commissie tegen dezelfde achtergrond.
De commissie merkt op dat, waar het de zorgverzekering betreft, de grondslag van de premie voor alle verzekerden die voor dit product hebben gekozen gelijk is. Verschillen kunnen ontstaan door de keuze voor een vrijwillig eigen risico of vanwege een korting in verband met kwartaal-, halfjaar- of jaarbetaling van de premie. De systematiek van artikel 17 Zvw betekent dat een aanpassing van de premie om andere redenen per definitie is uitgesloten. In de situatie van verzoeker bestaat hiertoe overigens ook geen aanleiding. De commissie maakt uit zijn stellingen op dat hij de maximale zorgtoeslag ontvangt. Deze is bedoeld als tegemoetkoming in de premie en het verplicht eigen risico. Mogelijk zijn er zorgverzekeraars die een verzekering aanbieden tegen een lagere premie dan de ziektekostenverzekeraar. Dat is in zoverre niet relevant, omdat verzoeker ooit heeft

gekozen voor de zorgverzekering bij de ziektekostenverzekeraar. Toen zijn financiële omstandigheden veranderden, had hij in beginsel kunnen overstappen. Dat hij dit toen niet heeft gedaan en vervolgens niet meer kon doen vanwege het opzegverbod van artikel 8a Zvw ligt in zijn risicosfeer. Daarnaast geldt dat, indien de premie in zijn optiek niet in overeenstemming is met zijn draagkracht, hieraan reeds voldoende tegemoet is gekomen doordat hij aanspraak heeft gekregen op een (hoger) maandelijks bedrag aan zorgtoeslag.
Dit alles leidt ertoe dat ontbinding dan wel aanpassing van de verzekeringsovereenkomst niet aan de orde is en dat onderdeel (iii) van het verzoek wordt afgewezen.

Betalingsregeling naar werkelijke draagkracht

6.6. In het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een betalingsregeling aangeboden, waarbij de incassokosten en rente zouden komen te vervallen. In de optiek van de commissie was dit een reële, zij het tijdelijke, regeling. Verzoeker heeft het aanbod daartoe echter verworpen en in de procedure gesteld dat hij een regeling zou willen treffen voor € 1,- per maand. De commissie overweegt daartoe als volgt. Omdat voor de totstandkoming van een betalingsregeling het uitgangspunt van aanbod en aanvaarding geldt, verzoeker niet bereid is om meer te doen dan de meest minimale toezegging, en hij kennelijk weigert deel te nemen aan een traject van schuldhulpverlening, is dit een niet begaanbare weg en laat de commissie onderdeel (iiii) van het verzoek daarom verder rusten.

Restitutie en verrekening

6.7. Zoals uit hetgeen hiervoor is overwogen volgt, is van teveel betaalde premie in de situatie van verzoeker geen sprake. Integendeel, het staat vast dat hij zijn verplichtingen uit de verzekeringsovereenkomst op dit punt niet is nagekomen, zodat restitutie of verrekening van premie niet aan de orde is.
De commissie tekent in dit verband aan dat tegenover de verplichting tot premiebetaling aan de kant van de verzekeringnemer, voor de ziektekostenverzekeraar de verplichting staat de overeengekomen dekking te leveren. Uit de stukken blijkt dat verzoeker hiervan gebruik heeft gemaakt en dat door de ziektekostenverzekeraar kosten zijn verrekend met het eigen risico dan wel vergoed. Om deze reden gaat de stelling van verzoeker niet op dat sprake zou zijn van ongerechtvaardigde verrijking .

6.8. Met betrekking tot de incassokosten en rente stelt de commissie vast dat van 2018 tot en met 2023 het bepaalde in artikel A.9.2 van de verzekeringsvoorwaarden van toepassing was. Dit artikel luidde aldus: “Als u (verzekeringnemer) een betalingsachterstand hebt, betaalt u ons ook de wettelijke/vertragingsrente over de kosten. Bovendien moet u eventuele incassokosten betalen.” Wat in dit verband onder ‘kosten’ wordt verstaan is in een eerdere bepaling toegelicht.
Naar het oordeel van de commissie zijn de aanleiding (betalingsachterstand), de grondslag (de ‘kosten’), en de verplichtingen die voor de verzekeringnemer kunnen ontstaan (betaling wettelijke/vertragingsrente en eventuele incassokosten) hiermee voldoende bepaald.
Vanaf 2024 is het artikel gewijzigd. In artikel A.9 van de verzekeringsvoorwaarden is sindsdien bepaald dat in geval van een betalingsachterstand een herinnering wordt gestuurd. Volgt binnen 14 dagen geen betaling, dan wordt een tweede herinnering verzonden. Daarna wordt een deurwaarder ingeschakeld. De ziektekostenverzekeraar heeft voorts de bevoegdheid tot verrekening bedongen. In het geval van verzoeker is van die bevoegdheid in eerste instantie gebruik gemaakt, maar is de hem toekomende uitkering nadien alsnog gedaan. De bepaling regelt verder dat de verzekeringnemer over de opeisbare schuld de wettelijke rente, vertragingsrente en incassokosten betaalt en dat rente en incassokosten als eerste worden afgelost.
Uit het door de ziektekostenverzekeraar overgelegde financiële overzicht naar de stand van 19 januari 2026 blijkt dat per saldo nog een bedrag van € 2.171,38 inclusief incassokosten en rente

open staat. De incassokosten belopen € 311,43, en de wettelijke rente is € 34,22. Daarnaast is er een post 'gerechtelijke kosten' ten bedrage van € 186,14.
Uit het overzicht blijkt dat bij de incassogemachtigde van de ziektekostenverzekeraar 14 dossiers zijn geopend sinds 2018, waarvan er 12 betrekking hebben op een premieachterstand en 2 op het verschuldigde eigen risico/een eigen bijdrage.
Verder valt uit het overzicht op te maken dat verzoeker geregeld willekeurige bedragen voldeed. Ten aanzien van deze betalingen is door hem niet gesteld, en ook anderszins niet gebleken, dat deze van een kenmerk waren voorzien. In een dergelijke situatie vindt verwerking plaats conform artikel 6:44 BW. Met ingang van 2024 is artikel A.9 van toepassing, dat hiermee in lijn is.
De ziektekostenverzekeraar heeft voldoende toegelicht welke bedragen hij van verzoeker heeft ontvangen en hoe deze zijn verwerkt. Gelet op artikel 150 Rv lag het op de weg van verzoeker in deze procedure concreet te maken dat verwerking niet heeft plaatsgevonden op de door hem aangewezen verbintenis dan wel in afwijking van de artikelen 6:43 en 6:44 BW en/of de verzekeringsvoorwaarden. De commissie stelt vast dat door verzoeker is gesteld, noch is gebleken, dat hij meer of andere betalingen heeft gedaan dan die welke uit het overzicht van de ziektekostenverzekeraar blijken.

6.9. Ten aanzien van de incassokosten geldt, dat betrokkene een termijn van 14 dagen moet worden gegund om de verplichtingen alsnog zonder verdere kosten na te komen. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat in dit kader aanmaningen zijn verstuurd die voor verzoeker digitaal raadpleegbaar waren in de Mijnomgeving. Zoals hiervoor is toegelicht bepaalt artikel A.9 van de verzekeringsvoorwaarden met ingang van 1 januari 2024 dat twee herinneringen worden verstuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft aangetoond dat dit ook is gebeurd. Zoals eerder is overwogen, heeft verzoeker met ingang van 16 mei 2019 gekozen voor digitale communicatie en ligt het feit dat hij geen toegang had tot de Mijnomgeving door middel van DigiD in zijn risicosfeer.
Voor zover het de grondslag voor het in rekening brengen van incassokosten, wettelijke rente en vertragingsrente betreft, geldt dat deze – naast in de artikelen A.9.2 (vóór 1 januari 2024) en A.9 (na 1 januari 2024) – is te vinden in artikel 6:96, tweede lid, onder c, BW en het Besluit vergoeding buitengerechtelijke incassokosten. Op grond van dit besluit is een staffel van toepassing. De door de ziektekostenverzekeraar overgedragen vorderingen belopen elk minder dan € 2.500,- en in dat geval bedragen de incassokosten 15% van de hoofdsom, met een minimum van € 40,- en een maximum van € 375,-. Uit eerdergenoemd overzicht blijkt dat de incassokosten overeenkomstig zijn berekend. Het lag op de weg van verzoeker, gelet op artikel 150 Rv, duidelijk te maken waarom hij meent dat dit anders is.
Verzoeker heeft betoogd dat de overgedragen vorderingen voortvloeien uit één overeenkomst en dat de ziektekostenverzekeraar deze heeft samengevoegd in één overzicht. De commissie begrijpt dit aldus dat de ziektekostenverzekeraar, in de ogen van verzoeker, de vorderingen had moeten bundelen. Hoewel de commissie inziet dat dit bij toepassing van de staffel voor verzoeker financieel voordeliger uitvalt, volgt zij hem hierin niet. Uit het overzicht blijkt dat over een reeks van jaren sprake is geweest van periodes met achterstanden en aanmeldingen bij het CAK, afgewisseld door periodes waarin de premie wel tijdig en volledig werd voldaan. Bij een dergelijk verloop kan in redelijkheid niet van de ziektekostenverzekeraar worden verwacht dat hij – na de premievervaldatum en het verstrijken van de 14-dagentermijn – de vorderingen onder zich houdt in afwachting van wat verzoeker gaat doen: alsnog betalen of een verdere achterstand laten ontstaan. Hierbij wordt opgemerkt dat met de komst van eerdergenoemd besluit de ruimte voor toepassing van de dubbele redelijkheidstoets beperkter is geworden. De ziektekostenverzekeraar mocht dus besluiten tot overdracht van de vorderingen, mét de hieraan voor verzoeker verbonden financiële gevolgen. Dat hij een en ander nadien inzichtelijk heeft gemaakt door alle vorderingen en betalingen in één document op te nemen, maakt niet dat daardoor de 14 dossiers zijn komen te vervallen.
De onderdelen (v) en (vii) tot en met (x) van het verzoek zijn hiermee voldoende behandeld.

Toepassing wanbetalersregeling

6.10. Op grond van artikel 16 Zvw dient voor de zorgverzekering premie te worden betaald. Gebeurt dit niet of niet tijdig, dan is het bepaalde in de artikelen 18a e.v. Zvw van toepassing en kan betrokkene uiteindelijk worden aangemeld bij het CAK. In dat geval wordt het bestuursrechtelijk premieregime van toepassing. De verzekeringsovereenkomst wordt overigens gewoon voortgezet. Komt een betalingsregeling met de zorgverzekeraar tot stand, dan kan de aanmelding bij het CAK worden opgeschort.
In dit geval heeft verzoeker de ontvangst van de zogenoemde twee-, vier- en zesmaandsbrieven niet bestreden. Voorts blijkt uit het overzicht van de ziektekostenverzekeraar dat ten tijde van de aanmelding in 2019 ten minste 6 maandpremies niet waren voldaan. Verzoeker is ook in de jaren daarna aangemeld bij het CAK dan wel is de aanmelding, na te zijn opgeschort, hervat. De laatste keer was met ingang van 1 januari 2025. Het was aan verzoeker aan te tonen dat op dat moment de volledige achterstand was ingelopen dan wel vervallen. Dit heeft hij echter niet gedaan.
De aanmelding bij het CAK heeft geen betekenis voor de opbouw van de vordering bij de ziektekostenverzekeraar. Immers, de reeds opgebouwde betalingsachterstand verandert hierdoor niet, en de bestuursrechtelijke premie wordt telkens voldaan voor de volgende maand. De ziektekostenverzekeraar heeft daarmee geen bemoeienis. Evenzo heeft de ziektekostenverzekeraar geen bemoeienis met een achterstand die eventueel bij het CAK ontstaat. De vraag in onderdeel (xi) van het verzoek is hiermee beantwoord.

6.11. Waar het gaat om de nakoming van de informatieplicht, stelt de commissie vast dat door de ziektekostenverzekeraar is erkend dat het e-mailbericht van 15 april 2025 door hem niet schriftelijk werd beantwoord. Voor de verzekeringsvoorwaarden heeft hij verwezen naar de Mijnomgeving. Zo ook voor bepaalde stukken die verzoeker niet zou hebben ontvangen.
Gegeven de communicatievoorkeur van verzoeker en het feit dat hij deze niet heeft gewijzigd toen toegang door middel van DigiD niet mogelijk bleek, ziet de commissie geen grond te oordelen dat de ziektekostenverzekeraar bepaalde verplichtingen, zoals deze onder andere voortvloeien uit de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten, van de Nederlandse Zorgautoriteit, niet zou zijn nagekomen.

6.12. Gelet op het voorgaande bestaat geen grond de ziektekostenverzekeraar te veroordelen in de kosten van de procedure en wordt onderdeel (vi) van het verzoek afgewezen.

Slotsom

6.13. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 27 oktober 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

- als wij ons werkgebied hebben veranderd en u daardoor buiten ons nieuwe werkgebied woont.
  Wij geven dat uiterlijk 2 maanden van tevoren aan u door. Uw verzekering eindigt de dag nadat ons werkgebied is veranderd.
- als uw verzekeringsplicht uit de Zorgverzekeringswet eindigt.
  U moet dat zo snel mogelijk aan ons doorgeven. Uw verzekering eindigt de dag nadat uw verzekeringsplicht is geëindigd.

U bent onrechtmatig verzekerd voor uw basisverzekering
Bent u verzekerd voor een basisverzekering terwijl u niet verplicht verzekerd moet zijn? Dan beëindigen wij uw basisverzekering vanaf de ingangsdatum. Dat betekent dat de basisverzekering nooit heeft bestaan.

Bij misdrijf of overtreding
Bent u schuldig aan een (poging tot) misdrijf of overtreding tegenover ons of tegenover een gecontracteerde zorgverlener? Hieronder vallen ook oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging. Wij mogen dan:
- uw verzekering(en) bij ons onmiddellijk beëindigen;
- uw aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg stoppen;
- vergoedingen terugvorderen die u heeft gekregen;
- kosten van onderzoek door u laten betalen;
- aangifte doen bij de politie;
- u (laten) registreren in het gangbare waarschuwingssysteem tussen financiële instellingen.

Als wij de verzekering niet meer aanbieden of uitvoeren
Wij kunnen stoppen met het aanbieden en uitvoeren van een bepaalde verzekering die u heeft. Wij kunnen deze dan beëindigen of vervangen door een andere verzekering. U ontvangt dan van ons hierover een bericht.

Van collectiviteit naar individuele aanvullende verzekering
Als uw deelname aan de collectiviteit stopt dan veranderen wij uw collectieve aanvullende verzekering in een individuele aanvullende verzekering. U krijgt de verzekering die het meest lijkt op de collectieve verzekering die u had.
Wil u dit niet? Geef dit dan binnen 30 dagen aan ons door dan laten we de nieuwe aanvullende verzekering niet ingaan.

Beëindigingspolis (royement)
Is uw verzekering beëindigd? Dan sturen wij u een 'beëindigingspolis' (royementsverklaring). Daarop staat welke verzekerden en welke verzekeringen er op de polis stonden, wat de premie was en wat de einddatum is.

A.7. Hoogte van de premie en kosten

Welke premie en kosten betaalt u voor uw basisverzekering?
U betaalt premie voor alle verzekerden op uw polis. De basis van de premie is de premiegrondslag: de bruto premie zonder kortingen.
U kunt korting krijgen op uw premie:
- als u kiest voor een vrijwillig eigen risico (dus naast het verplichte eigen risico);
- als u voor een langere periode dan één maand vooruit betaalt (betaaltermijnkorting).

U betaalt ook kosten. Het gaat dan om:
- rekeningen die wij voor u aan uw zorgverlener hebben voorgeschoten;
- verplicht eigen risico en eigen bijdrages die u zelf moet betalen door wettelijke regelingen;
- toeslagen of extra kosten als u bijvoorbeeld niet via automatische afschrijving betaalt.

De premiegrondslag en de kortingen voor een vrijwillig eigen risico staan op uw premiebijlage zijn in euro's.

Zie ook:
- Polisblad (begrippen)

Premie basisverzekering tot 18 jaar
De premie voor kinderen tot 18 jaar is € 0,-. Is de verzekerde 18 geworden? Dan betaalt u premie vanaf de 1e dag van de volgende maand.

Hechtenis of gevangenschap
Ben u in hechtenis (in huis van bewaring) of in de gevangenis? Dan onderbreken wij uw verzekering en hoeft u geen premie en kosten te betalen. Als u niet meer in hechtenis of gevangenschap bent, moet u dat aan ons doorgeven. Uw verzekering gaat dan weer verder en dan moet u weer premie en kosten gaan betalen.

Begin, verandering of einde van de verzekering
Verandert uw verzekering aan het einde van een betalingsperiode? Dan berekenen wij de premie en het eigen risico voor de volgende betalingsperiode opnieuw.
Begint, verandert of eindigt uw verzekering tijdens een betalingsperiode? Of wordt er een verzekerde bijgeschreven of uitgeschreven? Dan berekenen wij de premie en het eigen risico voor de volgende betalingsperiode ook opnieuw. We houden daarbij rekening met het moment van dat begin, de verandering of de beëindiging. Het kan zijn dat u geld terugkrijgt of dat u moet bijbetalen of dat we het verschil verrekenen.

A.8. Betaling van premie en kosten

Volledig en op tijd betalen
U moet als verzekeringnemer alle premies en kosten betalen. Deze betaalt u per 'betalingsperiode'. Een betalingsperiode is één maand, één kwartaal, één halfjaar of één jaar.
U moet volledig betalen. Wat betekent dat?
- u betaalt voor de betalingsperioden die geweest zijn;
- u betaalt voor de lopende betalingsperiode;
- en u betaalt voor de eerstvolgende betalingsperiode. U betaalt dus altijd vooruit.
  U moet ook op tijd betalen. Wat betekent dat?
- het totale bedrag moet uiterlijk bij ons binnen zijn op de datum die op uw premienota staat;
- als u via automatische incasso betaalt, schrijven wij dat bedrag in de laatste week voor de eerstvolgende betalingsperiode af;
  -- u ontvangt eerst van ons bericht voordat wij het bedrag van uw rekening afschrijven;
  -- u zorgt voor voldoende geld op uw bankrekening;
  -- kan het totale bedrag niet in de laatste week voor de eerstvolgende betalingsperiode afgeschreven worden? Dan kunt u met ons een ander moment voor de automatische incasso afspreken.
- Betaalt u anders dan met premienota of automatische incasso? Dan moet het totale bedrag vóór de afgesproken betalingsperiode bij ons binnen zijn.

Hebben wij al deze premies en kosten ontvangen? Dan heeft u voldaan aan uw betalingsplicht.

Zie ook:
- Verzekeringnemer (begrippen)

Verrekening
Wat kan wel en wat kan niet?
- Als u een schuld bij ons heeft dan kunt u uw schuld niet verrekenen met geld dat u nog van ons tegoed heeft.
- Wij mogen uw schuld wel verrekenen met geld waar u nog recht op heeft vanuit uw verzekering(en).
- Uw schuld verrekenen wij niet met geld waar u nog recht op heeft vanuit een Persoons Gebonden Budget (PGB).

Manier van betalen
U heeft met ons afgesproken hoe u de premie en kosten betaalt. Dat kan met premienota, automatische incasso, digitale of online betaling. Heeft u met ons afgesproken digitaal te communiceren? Dan is alleen automatische incasso of digitale of online betaling mogelijk.

A.9. Betalingsachterstand

Wat doen wij als u uw premie en kosten niet op tijd betaalt?
Als u niet op tijd en volledig betaalt, doen wij het volgende:
- wij sturen u een herinnering;
- als u daarna niet binnen 14 dagen betaalt dan sturen wij een 2e herinnering;
- wij verrekenen uw schuld met geld waar u nog recht op heeft vanuit uw verzekering(en);
- als er dan nog schuld over is dan moet u die nog betalen. Daarvoor schakelen wij een deurwaarder in.

Aflossen van uw schuld
Met elk bedrag dat wij van u krijgen lost u een deel van uw schuld af.

Wat doen wij als u een betalingsachterstand heeft?
Als u uw premie en kosten niet op tijd betaalt kunnen wij:
- de dekking van uw aanvullende verzekering(en) even stopzetten (opschorten). Dat doen wij als uw schuld niet verrekend kan worden met geld waar u nog recht op heeft. Op de dag dat al uw schulden aan ons zijn betaald, heeft u weer recht op dekking uit uw aanvullende verzekering(en).
- uw aanvullende verzekering(en) beëindigen. U heeft dan geen aanvullende verzekering(en) meer.

Aanmelding bij het CAK van uw basisverzekering
Heeft u na 6 maanden nog steeds een betalingsachterstand voor uw basisverzekering? Dan melden we dat bij het CAK. U moet dan voor uw basisverzekering een premie aan het CAK betalen in plaats van premie aan ons. Dit heet een bestuursrechtelijke premie en is in de wet geregeld. De hoogte van deze premie bepaalt de overheid.

Wanneer stopt de bestuursrechtelijke premie en moet u weer premie aan ons betalen?
- als alle schuld voor uw basisverzekering is betaald;
- als de rechter bepaalt dat u onder 'de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen uit de Faillissementswet' valt;
- als u deel neemt aan een schuld(sanerings)regeling waar wij ook aan deelnemen. Dit moet wel geregeld zijn via een professionele schuldhulpverlener;
- als u een betalingsregeling heeft afgesproken met ons of met een van onze incassopartners.

De bestuursrechtelijke premie wordt dan weer omgezet naar een premie bij ons op de eerste dag van de volgende maand.

Wanneer moet u weer premie aan het CAK gaan betalen in plaats van aan ons?
- als de schuld(sanerings)regeling niet goed is gegaan en daarom is gestopt;
- als wij van het CAK een melding krijgen dat u eerder bent gestopt met een afgesproken regeling. Of dat u daar helemaal niet aan heeft meegedaan.

De premie bij ons wordt dan weer omgezet naar een bestuursrechtelijke premie op de eerste dag van de volgende maand.

We willen meer schulden voorkomen. Daarom sturen wij uw gemeente een bericht als u een premieachterstand heeft van 2 of meer maanden. Dit doen wij voordat wij u aanmelden bij het CAK. De gemeente kan dan samen met ons een regeling treffen over uw betalingsachterstand. Als u aan de voorwaarden voldoet, bent u van uw schulden af.

Zie ook:
- CAK (begrippen)

Betaaltermijnkorting vervalt
Betaalt u langer dan één maand vooruit en krijgt u een betalingsachterstand? Dan veranderen wij de betalingsperiode naar één maand. U verliest dan de korting die u kreeg omdat u langere tijd vooruit betaalde. Deze betaaltermijnkorting vervalt voor alle verzekeringen waar u verzekeringnemer van bent. U kunt niet opzeggen omdat de korting vervalt.

Zie ook:
- Verzekeringnemer (begrippen)

Aflossen van uw schuld van uw basisverzekering
U lost eerst de schuld over uw basisverzekering af. U begint daarbij met het deel dat het langst openstaat.

Aflossen van uw schuld van uw aanvullende verzekering
Daarna lost u de schuld over uw aanvullende verzekering(en) af. U begint daarbij met het deel dat het langst openstaat.

Schuld uit meer betalingsperioden
Heeft u langere tijd niet betaald en heeft u daardoor schuld over meerdere perioden? Dan begint u met aflossen van de oudste periode. U moet uw schulden van alle verzekeringen per periode helemaal aflossen voordat u een volgende periode aflost. Dus zowel die van de basisverzekering als voor de aanvullende verzekering(en) van die periode.
U kunt uw schuld dus niet splitsen.
Voorbeeld
U kunt niet kiezen om eerst de premies af te lossen en daarna de andere schulden. Of eerste de premies en kosten van de basisverzekering te betalen en daarna pas die van de aanvullende verzekering(en).

A.10 Premie en kosten na beëindiging

Openstaande premie en kosten
Heeft u uw verzekering bij ons opgezegd en moet u nog premie of kosten betalen?
Als u een andere of nieuwe verzekering bij ons afsluit dan gaan we verrekenen. We verrekenen de openstaande schuld van uw oude verzekering met de vergoedingen uit uw nieuwe verzekering.
Moet u nog premie of kosten betalen? Dan stellen we vergoedingen uit totdat u alles betaald heeft.

Onrechtmatige basisverzekering
Heeft u een basisverzekering afgesloten maar bent u niet wettelijk verplicht om een basisverzekering te hebben? Dan stoppen wij deze per de ingangsdatum. De premie en kosten die u heeft betaald, verrekenen we met onze vergoedingen. Het verschil betalen wij u terug of moet u aan ons terugbetalen.

Teveel betaald in een betalingsperiode
Stopt of verandert uw verzekering nadat u al premie heeft betaald?
Wij berekenen uw premie en eigen risico opnieuw. Als u teveel heeft betaald, betalen wij u die terug. Of we verrekenen met de nieuwe premie. U krijgt van ons bericht op welke manier we dit verwerken.

Teveel betaald nadat wij uw verzekering stoppen
Wij kunnen uw verzekering stoppen vanwege een (poging tot) misdrijf, overtreding, oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging. U krijgt dan de door u betaalde premie en kosten niet terug.

Zorgverzekeringswet

Artikel 16

1. Krachtens de zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd.

2. In afwijking van artikel 925 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek en van het eerste lid:

a. is geen premie verschuldigd tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin een verzekerde de leeftijd van achttien jaren heeft bereikt;
b. is geen premie verschuldigd over de periode, bedoeld in artikel 18d of 18e.

Artikel 18a

1. Uiterlijk tien werkdagen nadat ten aanzien van een zorgverzekering een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van twee maandpremies is geconstateerd, doet de zorgverzekeraar de verzekeringnemer een aanbod tot het treffen van een betalingsregeling.

2. De betalingsregeling bestaat ten minste uit de volgende elementen:

a. afspraken over de betaling van nieuw vervallende termijnen van de premie,
b. afspraken inzake de afwikkeling van de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden van de verzekeringnemer aan de zorgverzekeraar, inclusief rente en incassokosten, en de termijnen waarbinnen betaling zal plaatsvinden, en
c. een toezegging van de zorgverzekeraar, inhoudende dat hij de zorgverzekering of de dekking daarvan gedurende de looptijd van de betalingsregeling niet om reden van het bestaan van de schulden, bedoeld in onderdeel b, zal beëindigen, schorsen of opschorten, zolang de verzekeringnemer de afspraken, bedoeld in de onderdelen a en b, nakomt.

3. Indien de verzekeringnemer een ander heeft verzekerd en ten aan zien van diens verzekering een premie-achterstand als bedoeld in het eerste lid is ontstaan, omvat het aanbod, bedoeld in het eerste lid, tevens een bereidverklaring opzegging van deze verzekering met ingang van de dag waarop de betalingsregeling van kracht wordt, te aanvaarden, mits:

a. de verzekerde zichzelf uiterlijk met ingang van dezelfde dag krachtens een andere zorgverzekering verzekerd heeft, en
b. deze, indien deze zorgverzekering bij dezelfde zorgverzekeraar is gesloten, terzake van de premie voor deze verzekering een volmacht of opdracht als bedoeld in het tweede lid, onderdeel a, heeft gegeven.

4. Tegelijk met het aanbod deelt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer schriftelijk mee dat deze een termijn van vier weken heeft om het te aanvaarden, waarbij de verzekeraar bovendien aangeeft wat de gevolgen zullen zijn indien het aanbod niet wordt aanvaard en de premieschuld, rente en incassokosten buiten beschouwing gelaten, tot zes of meer maandpremies zal zijn opgelopen, en wijst hij de verzekeringnemer op de mogelijkheid van schuldhulpverlening, waarbij hij tevens informatie verstrekt over de vormen hiervan en wijze waarop deze kan worden verzocht.

5. Indien het derde lid van toepassing is, zendt de zorgverzekeraar de verzekerde tegelijk met de verzending van de in het eerste tot en met vierde lid bedoelde stukken aan de verzekeringnemer, afschriften van deze stukken.

Artikel 18aa

1. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat in daarbij aan te wijzen gevallen een aan de verzekeringnemer of zijn partner uit te betalen zorgtoeslag als bedoeld in de Wet op de zorgtoeslag of een voorschot daarop, in afwijking van artikel 25, eerste lid, van de Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen, als tegemoetkoming in de premie en, voor zover de zorgtoeslag of het voorschot daarop dan nog toereikend is, het eigen risico, geheel of gedeeltelijk, direct of door tussenkomst van het CAK aan de zorgverzekeraar wordt uitbetaald indien ten aanzien van een zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend,

een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van drie maandpremies is ontstaan.

2. Bij ministeriële regeling kunnen regels worden gesteld met betrekking tot het eerste lid.

Artikel 18b

1. Zo spoedig mogelijk nadat ten aanzien van een zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van vier maandpremies is geconstateerd, deelt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde mee dat hij voornemens is over te gaan tot de melding, bedoeld in artikel 18c, zodra de premieschuld de daar bedoelde hoogte zal hebben bereikt, tenzij de verzekeringnemer of de verzekerde hem uiterlijk vier weken na ontvangst van de mededeling heeft laten weten, het bestaan van de schuld of de hoogte ervan te betwisten.

2. Ingeval van tijdige betwisting als bedoeld in het eerste lid deelt de zorgverzekeraar, indien deze na onderzoek zijn standpunt handhaaft, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde mee dat hij het voornemen tot melding tot uitvoering zal brengen zodra de premieschuld de in artikel 18c, eerste lid, bedoelde hoogte zal hebben bereikt, tenzij de verzekeringnemer of de verzekerde binnen een termijn van vier weken na ontvangst van de in dit lid bedoelde mededeling een geschil hierover heeft voorgelegd aan een onafhankelijke instantie als bedoeld in artikel 114 of aan de burgerlijke rechter.

3. Indien een betalingsregeling als bedoeld in artikel 18a ingaat nadat ten aanzien van de zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van vier maandpremies is ontstaan, laat de zorgverzekeraar de in het eerste lid bedoelde melding achterwege zolang de nieuw vervallende termijnen van de premie worden voldaan.

Artikel 18bb

1. Naast de op incasso gerichte inspanningen, bedoeld in de artikelen 18a en 18b, verricht de zorgverzekeraar aantoonbaar voldoende inspanningen tot inning van de premie voorafgaand aan de melding, bedoeld in artikel 18c, eerste lid.

2. Bij ministeriële regeling wordt bepaald wanneer sprake is van het verrichten van aantoonbaar voldoende inspanningen als bedoeld in het eerste lid.

Artikel 18c

1. Indien ten aanzien van een zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een premieschuld ter hoogte van zes of meer maandpremies is ontstaan, meldt de zorgverzekeraar dit, onder vermelding van de voor de heffing van de bestuursrechtelijke premie alsmede voor de uitvoering van artikel 34a noodzakelijke persoonsgegevens van de verzekeringnemer en de verzekerde, aan het CAK, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, aan de verzekerde.

2. De melding geschiedt niet:

a. in geval van tijdige betwisting als bedoeld in artikel 18b, eerste lid, zolang de zorgverzekeraar zijn standpunt dienaangaande niet aan de verzekeringnemer en, indien dit een ander dan de verzekeringnemer is, aan de verzekerde heeft kenbaar gemaakt;
b. gedurende de termijn, genoemd in artikel 18b, tweede lid;
c. ingeval van tijdige voorlegging van het geschil aan een onafhankelijke instantie of aan de burgerlijke rechter als bedoeld in artikel 18b, tweede lid, zolang op het geschil niet onherroepelijk is beslist;
d. ingeval de verzekeringnemer zich heeft aangemeld bij een schuldhulpverlener als bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet en aantoont dat hij in het kader daarvan een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van zijn schulden heeft gesloten;
e. ingeval het adres van de verzekeringnemer en, indien dit een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde, niet in de basisregistratie personen voorkomt of het adres

zoals dat is opgenomen in de administratie van de zorgverzekeraar afwijkt van het adres waaronder deze persoon of personen in de basisregistratie personen als ingezetene staat of staan ingeschreven, tenzij deze afwijking het gevolg is van een omstandigheid als bedoeld in artikel 4a, derde lid, onderdeel a tot en met c.

3. Onderdeel van de melding vormt een verklaring van de zorgverzekeraar, inhoudende dat hij artikel 18b en het tweede lid in acht heeft genomen.

4. Na de melding verleent de zorgverzekeraar aantoonbaar voldoende medewerking aan activiteiten van de verzekeringnemer of derden, gericht op aflossing van de jegens de zorgverzekeraar bestaande, uit de zorgverzekering voortvloeiende schuld.

5. Bij ministeriële regeling wordt bepaald wanneer sprake is van het verrichten van aantoonbaar voldoende medewerking als bedoeld in het vierde lid.

Artikel 18d

1. De verzekeringnemer is vanaf de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin het CAK de melding, bedoeld in artikel 18c, heeft ontvangen aan het CAK een bij ministeriële regeling te bepalen, bestuursrechtelijke premie van ten minste 110% en ten hoogste 130% van de gemiddelde premie verschuldigd.

2. De premie, bedoeld in het eerste lid, is niet meer verschuldigd met ingang van de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin:

a. de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden zijn of zullen zijn afgelost of tenietgaan,
b. de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, bedoeld in de Faillissementswet, op de verzekeringnemer van toepassing wordt,
c. door tussenkomst van een schuldhulpverlener als bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet een overeenkomst als bedoeld in artikel 18c, tweede lid, onderdeel d, is gesloten, door diens tussenkomst een buitengerechtelijke schuldregeling tot stand is gekomen waarin, naast de verzekeringnemer, ten minste zijn zorgverzekeraar deelneemt, of de zorgverzekeraar met de verzekeringnemer een betalingsregeling is overeengekomen, of
d. de verzekeringnemer aan bij ministeriële regeling te bepalen voorwaarden voldoet.

3. Ten behoeve van de toepassing van het tweede lid stelt de zorgverzekeraar het CAK, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde, onverwijld op de hoogte van de datum waarop een situatie als bedoeld in onderdeel a, b of c van dat lid van toepassing wordt.

4. In afwijking van het eerste en tweede lid is de verzekeringnemer wederom aan het CAK bestuursrechtelijke premie verschuldigd vanaf de eerste dag van de maand volgende op de maand:

a. waarin de toepassing van de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen op grond van artikel 350, derde lid, onderdeel c, d, e, f, of g, van de Faillissementwet, is beëindigd,
b. waarin hij zich, blijkens een melding van zijn zorgverzekeraar, aan deelname aan een op hem van toepassing zijnde overeenkomst of regeling als bedoeld in het tweede lid, onderdeel c, heeft onttrokken voordat hij de in de desbetreffende overeenkomst of regeling neergelegde afspraken jegens zijn zorgverzekeraar volledig is nagekomen of
c. waarin hij niet meer voldoet aan bij de ministeriële regeling, bedoeld in het tweede lid, te bepalen voorwaarden.

5. Indien in het in het vierde lid, onderdeel b, bedoeld geval een door tussenkomst van een schuldhulpverlener als bedoeld in het tweede lid, onderdeel c, tot stand gekomen overeenkomst of regeling betreft, dient de melding, bedoeld in dat onderdeel mede door een schuldhulpverlener te zijn ondertekend.

6. Bij ministeriële regeling wordt bepaald hoe de gemiddelde premie, bedoeld in het eerste lid, wordt berekend.

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 248

1. Een overeenkomst heeft niet alleen de door partijen overeengekomen rechtsgevolgen, maar ook die welke, naar de aard van de overeenkomst, uit de wet, de gewoonte of de eisen van redelijkheid en billijkheid voortvloeien.

2. Een tussen partijen als gevolg van de overeenkomst geldende regel is niet van toepassing, voor zover dit in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn.

Burgerlijk Wetboek Boek 7

Artikel 940

1. Bij opzegging tegen het einde van een verzekeringsperiode teneinde verlenging van de overeenkomst te verhinderen, wordt een termijn van twee maanden in acht genomen.

2. De verzekeringnemer en, tenzij het een persoonsverzekering betreft, de verzekeraar kunnen een overeenkomst die is aangegaan voor een periode van meer dan vijf jaar, of die voor zulk een periode is verlengd, opzeggen tegen het einde van elk vijfde jaar binnen die periode. Daarbij geldt de in lid 1 genoemde termijn.

3. Indien de verzekeraar de bevoegdheid heeft bedongen de overeenkomst tussentijds op te zeggen, komt de verzekeringnemer een gelijke bevoegdheid toe. Tenzij jegens hem is gehandeld met het opzet tot misleiding neemt de verzekeraar onderscheidenlijk de verzekeringnemer daarbij een termijn van twee maanden in acht. Indien een verzekering dekking biedt tegen schade veroorzaakt door risico's als bedoeld in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht, kan, bij de verwezenlijking van een dergelijk risico of bij een dreiging van het ophanden zijn daarvan, de verzekeraar onderscheidenlijk de verzekeringnemer in afwijking van deze termijn van twee maanden, de overeenkomst met inachtneming van een termijn van zeven dagen opzeggen. De verzekeraar kan slechts tussentijds opzeggen op in de overeenkomst vermelde gronden welke van dien aard zijn dat gebondenheid aan de overeenkomst niet meer van de verzekeraar kan worden gevergd.

4. Indien de verzekeraar de voorwaarden van de overeenkomst ten nadele van de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde wijzigt, is de verzekeringnemer gerechtigd de overeenkomst op te zeggen tegen de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging hem is meegedeeld.

5. De verzekeraar kan een persoonsverzekering niet beëindigen of wijzigen op grond van verzwaring van het gezondheidsrisico, voor zover dat is gelegen in de persoon van degeen, die de verzekering betreft.

6. De verzekeringnemer kan de overeenkomst steeds langs elektronische weg opzeggen. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld ten aanzien van de verzending van opzeggingen langs elektronische weg.

7. De voordracht voor een krachtens het zesde lid vast te stellen algemene maatregel van bestuur wordt niet eerder gedaan dan vier weken nadat het ontwerp aan de beide kamers der Staten-Generaal is overgelegd.