



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Premie, premieachterstand, aan- en afmelding als wanbetaler, hoogte betalingsachterstand, postontvangst
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2006-2020, paragraaf 3.3. Zvw, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2006-2009
Zaaknummer : 202001927
Zittingsdatum : 14 april 2021

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

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 2 september 2020 heeft verzoeker per e-mail de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,-- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Op 2 november 2020 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 25 januari 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 26 januari 2021 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 14 april 2021 gehoord.
- 2.4. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie verzoeker in de gelegenheid gesteld een aanvullende schriftelijke reactie te sturen. Op 27 april 2021 heeft verzoeker per brief van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie van deze reactie is op 4 mei 2021 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden waarna deze op 18 mei 2021 per brief heeft gereageerd. Een kopie hiervan is aan verzoeker gezonden die daarbij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Van de geboden mogelijkheid heeft verzoeker geen gebruik gemaakt.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de IZZ Basisverzekering, variant Natura (hierna: de zorgverzekering). Daarnaast had verzoeker tot en met 31 december 2009 bij de ziektekostenverzekeraar een of meer aanvullende ziektekostenverzekeringen (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) afgesloten.
- 3.2. Op de polis van verzoeker is een betalingsachterstand ontstaan. Aangezien de betalingsachterstand voor de zorgverzekering meer dan zes maandpremies bedroeg, heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker met ingang van 1 juni 2010 aangemeld als wanbetaler bij het College voor Zorgverzekeringen (hierna: CVZ).
Na een door verzoeker op 17 september 2012 gedane betaling heeft de ziektekostenverzekeraar hem met ingang van 1 oktober 2012 afgemeld als wanbetaler bij het CVZ.
- 3.3. Omdat op 1 juni 2013 een nieuwe betalingsachterstand van meer dan zes maandpremies voor de zorgverzekering was ontstaan, heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker met ingang van die datum opnieuw aangemeld als wanbetaler bij het CVZ.
Na een door verzoeker op 6 november 2015 gedane betaling heeft de ziektekostenverzekeraar hem met ingang van 1 december 2015 afgemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut).

- 3.4. Op 1 juli 2016 was wederom een betalingsachterstand van meer dan zes maandpremies voor de zorgverzekering ontstaan, en daarom heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker met ingang van die datum opnieuw aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut. Nadat verzoeker hiertegen bezwaar had gemaakt, heeft de ziektekostenverzekeraar hem met terugwerkende kracht tot 1 juli 2016 afgemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut.
- 3.5. Op 1 februari 2017 was opnieuw sprake van een betalingsachterstand van meer dan zes maandpremies voor de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker met ingang van die datum wederom aangemeld als wanbetaler, nu bij het CAK.
- 3.6. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissingen gevraagd. Op verschillende data heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissingen handhaaft.

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat:

(i) hij ten onrechte met ingang van 1 juni 2010, 1 juni 2013, 1 juli 2016 en 1 februari 2017 door de ziektekostenverzekeraar is aangemeld als wanbetaler bij achtereenvolgens het CVZ, het Zorginstituut en het CAK,
(ii) hij ten onrechte met ingang van 1 oktober 2012 en 1 december 2015 door de ziektekostenverzekeraar is afgemeld als wanbetaler bij het CVZ onderscheidenlijk het Zorginstituut, en
(iii) de ziektekostenverzekeraar zich ten onrechte op het standpunt stelt dat sprake is van een betalingsachterstand.

- 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 en de aanmelding als wanbetaler zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Aanmeldingen CVZ (met ingang van 1 juni 2010 en 1 juni 2013)

- 6.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker voor het eerst met ingang van 1 juni 2010 bij het toenmalige CVZ (tegenwoordig is de uitvoerder van de regeling het CAK) aangemeld als wanbetaler. Nadat verzoeker met ingang van 1 oktober 2012 was afgemeld, waarover hierna meer, heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker met ingang van 1 juni 2013 opnieuw aangemeld als wanbetaler bij het CVZ.
Beoordeeld dient te worden of op deze data voor de zorgverzekering van verzoeker een premieachterstand bestond van zes of meer maanden. Als dat het geval is, hebben de beide aanmeldingen bij het CVZ terecht plaatsgevonden.

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft een financieel overzicht naar de stand van 22 januari 2021 overgelegd. Volgens de ziektekostenverzekeraar was ten tijde van de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het Zorginstituut op 1 juni 2010 sprake van een betalingsachterstand. Deze achterstand had betrekking op de openstaande premies voor de maanden oktober 2009 (deels) en november 2009 tot en met mei 2010.
- Ten tijde van de aanmelding op 1 juni 2013 stonden volgens de ziektekostenverzekeraar de premies voor de maanden oktober 2012 tot en met mei 2013 nog open. Dat verzoeker de door de ziektekostenverzekeraar genoemde maandpremies vóór 1 juni 2010 respectievelijk 1 juni 2013 had voldaan is niet komen vast te staan. Verder is door verzoeker niet aannemelijk gemaakt dat door hem meer of andere betalingen zijn gedaan dan die in het overzicht zijn verwerkt. Per saldo bestond zowel op 1 juni 2010 als op 1 juni 2013 een premieachterstand voor de zorgverzekering van ten minste zes maanden, als genoemd in artikel 18c Zvw. Daarom is verzoeker zowel op 1 juni 2010 als op 1 juni 2013 terecht door de ziektekostenverzekeraar aangemeld als wanbetaler bij het CVZ.

Afmeldingen CVZ/Zorginstituut (met ingang van 1 oktober 2012 en 1 december 2015)

- 6.4. Artikel 18d, derde lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar een verzekerde moet afmelden als wanbetaler indien alle uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden zijn afgelost of tenietgegaan. Door de ziektekostenverzekeraar is verklaard dat verzoeker op 17 september 2012 zijn schuld had voldaan, waarna hij met ingang van 1 oktober 2012 is afgemeld bij het CVZ. De afmelding met ingang van 1 december 2015 was een gevolg van het feit dat verzoeker op 6 november 2015 de op dat moment bestaande schuld had voldaan.
- Verzoeker heeft niet aannemelijk gemaakt dat hij de opstaande bedragen eerder dan op 17 september 2012 respectievelijk 6 november 2015 heeft voldaan zodat de ziektekostenverzekeraar verzoeker terecht met ingang van 1 oktober 2013 onderscheidenlijk 1 december 2015 heeft afgemeld als wanbetaler bij het CVZ/Zorginstituut.

Aanmeldingen Zorginstituut/CAK (met ingang van 1 juli 2016 en 1 februari 2017)

- 6.5. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker met ingang van 1 juli 2016 opnieuw aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut. Uit de brief van de ziektekostenverzekeraar van 18 mei 2020 blijkt dat deze daarna heeft besloten verzoeker met terugwerkende kracht af te melden bij het Zorginstituut. Zodoende behoeft geen bespreking of de aanmelding met ingang van 1 juli 2016 al dan niet terecht heeft plaatsgevonden.
- Waar het gaat om de financiële consequenties van deze afmelding met terugwerkende kracht geldt dat verzoeker over de periode dat hij de bestuursrechtelijke premie verschuldigd was aan het Zorginstituut alsnog de nominale premie aan de ziektekostenverzekeraar moet voldoen.
- 6.6. Na de afmelding met terugwerkende kracht tot 1 juli 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar in november 2016 bij verzoeker de verschuldigde premies voor de maanden juli 2016 tot en met december 2016 in rekening gebracht. Omdat verzoeker deze vordering niet voldeed, heeft de ziektekostenverzekeraar hem met ingang van 1 februari 2017 wederom aangemeld als wanbetaler bij het CAK. Verzoeker heeft niet aannemelijk gemaakt dat hij de premies over voornoemd tijdvak wél tijdig en volledig had voldaan. Per saldo was derhalve sprake van een achterstand van ten minste zes maandpremies voor de zorgverzekering, zoals vereist in artikel 18c Zvw.
- 6.7. Voordat een zorgverzekeraar een verzekerde kan aanmelden als wanbetaler, is evenwel vereist dat hij de verzekerde ten minste de brieven als bedoeld in de artikelen 18a tot en met 18c Zvw stuurt. In de onderhavige zaak is door de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij de brieven als bedoeld in de artikelen 18a en 18b Zvw niet heeft verzonden. Het is de commissie niet duidelijk geworden waarom deze brieven niet zijn verstuurd. Wel is door de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hij de inhoud van de brieven telefonisch met verzoeker heeft besproken.
- Hoewel de tekst van bedoelde artikelen uitgaat van een melding aan de verzekerde, oordeelt de commissie dat een zodanige melding - gelet op de rechtsgevolgen en vanuit het oogpunt van rechtszekerheid - steeds schriftelijk dient te geschieden. De commissie is daarom van oordeel

dat de ziektekostenverzekeraar niet alle wettelijk voorgeschreven stappen op de juiste wijze heeft doorlopen. Het stond hem dan ook niet vrij verzoeker met ingang van 1 februari 2017 aan te melden als wanbetaler bij het CAK.

- 6.8. Nu de aanmelding als wanbetaler van verzoeker bij het CAK met ingang van 1 februari 2017 ten onrechte heeft plaatsgevonden, is de ziektekostenverzekeraar gehouden hem met terugwerkende kracht tot die datum af te melden en de met deze aanmelding gepaard gaande financiële gevolgen ongedaan te maken. Dit betekent dat het CAK na afmelding met terugwerkende kracht de vanaf 1 februari 2017 tot het moment van afmelding aan het CAK betaalde bestuursrechtelijke premies terug zal betalen aan verzoeker. Verzoeker, op zijn beurt, is gehouden aan de ziektekostenverzekeraar alsnog de nominale premie voor de zorgverzekering te voldoen over de periode dat sprake is geweest van de bestuursrechtelijke premieheffing door het CAK. Immers, ingevolge artikel 16, tweede lid, onder b, Zvw was geen premie verschuldigd gedurende de periode dat betrokkene onder het bestuursrechtelijk premieregime viel, en deze periode wordt nu met terugwerkende kracht gecorrigeerd.

Huidige stand van zaken

- 6.9. Voorts is nog de vraag naar de hoogte van de betalingsachterstand aan de orde. De ziektekostenverzekeraar heeft bij zijn brief van 25 januari 2021 een actueel financieel overzicht overgelegd. Hierbij blijkt dat naar de stand van 22 januari 2021, met betrekking tot de periode van 1 januari 2006 tot en met 28 februari 2021, per saldo nog een bedrag openstaat van € 2.453,37, exclusief rente en incassokosten. Verzoeker heeft het overzicht van de ziektekostenverzekeraar bestreden. Hij heeft betalingsbewijzen overgelegd waaruit volgens hem blijkt dat meer betalingen zijn gedaan dan die zijn vermeld in het financieel overzicht. Daarnaast heeft hij aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar jaarlijks een hoger bedrag in rekening brengt dan het maximale eigen risico.
- 6.10. Daartoe door de commissie in de gelegenheid gesteld, heeft verzoeker niet aannemelijk gemaakt dat hij meer of andere betalingen heeft gedaan. Alle betalingen waarvan verzoeker bewijzen heeft overgelegd, komen voor in het door de ziektekostenverzekeraar verstrekte financiële overzicht. Het door de ziektekostenverzekeraar genoemde bedrag van € 1.946,83 betreft een betaling die is verwerkt op de polis van de echtgenote van verzoeker, die eveneens bij de ziektekostenverzekeraar is verzekerd tegen ziektekosten. Verzoeker heeft zijn stelling dat de ziektekostenverzekeraar een hoger bedrag bij hem in rekening heeft gebracht dan het wettelijk verschuldigde eigen risico niet onderbouwd. Evenmin valt dit op te maken uit het financiële overzicht van de ziektekostenverzekeraar.
- 6.11. Gezien het voorgaande oordeelt de commissie dat het door de ziektekostenverzekeraar overgelegde financiële overzicht van 22 januari 2021 juist is. Dit betekent dat de betalingsachterstand over de periode van 1 januari 2006 tot en met 28 februari 2021 € 2.453,37, exclusief rente en incassokosten, bedraagt. Genoemd bedrag is voorts exclusief de verschuldigde premie naar aanleiding van de onder 6.8 bedoelde correctie.
- 6.12. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies



- 7.1. De commissie beslist dat:
- (i) de ziektekostenverzekeraar verzoeker ten onrechte met ingang van 1 februari 2017 heeft aangemeld als wanbetaler bij het CAK;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden;
 - (iii) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.



Zeist, 7 juni 2021,



H.A.J. Kroon



BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Aangifte en registratie

Wij kunnen bij fraude aangifte doen bij de politie. Ook kunnen wij uw gegevens en die van medeplegers en medeplichtigen (laten) opnemen:

- In ons Incidentenregister
- Bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars
- In het externe verwijzingsregister van de stichting CIS.

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.

Geheimhouding van uw adres

Voor de uitvoering van uw verzekeringen mogen wij uw adres delen met bijvoorbeeld zorgaanbieders. Als u uw adres geheim wilt houden, dan kunt u dit aan ons melden. Wij geven uw adres dan niet door.

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. 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.

2.8. 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.

2.9. 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.

3.4.2. U betaalt de premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen op de betalingswijze zoals met ons is overeengekomen.

Kosteloze betaalmogelijkheden

a. U machtigt ons voor automatische incasso van verschuldigde bedragen (zie ook artikel 3.4.3).

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 desgewenst direct via iDeal.

c. 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 gebruikmaakt van de kosteloze betaalmogelijkheden voor uw premie, eigen risico en eigen bijdragen 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 van uw premie, eigen risico en eigen bijdrage 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.

3.4.3. 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**
- 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.
 - 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.
 - 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.

Artikel 5. Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden

5.1. Wijziging voorwaarden

Wij hebben het recht de voorwaarden en premie(grondslag) van de zorgverzekering op elk moment te wijzigen. Wij zullen u als verzekeringnemer hierover schriftelijk informeren. Een wijziging van de premiegrondslag treedt niet eerder in werking dan 7 weken na de dag waarop deze aan u is meegedeeld. Een wijziging in de voorwaarden treedt niet eerder in werking dan 1 maand na de dag waarop deze aan u is meegedeeld.

5.2. Opzeggingsrecht

Als wij de voorwaarden en/of premiegrondslag van de zorgverzekering in uw nadeel wijzigen, dan kunt u als verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. U kunt de overeenkomst opzeggen, in ieder geval gedurende 1 maand nadat de wijziging aan u is meegedeeld. Dit opzeggingsrecht heeft u niet, als een wijziging in de verzekerde zorg rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van de bij of krachtens de artikelen 11 tot en met 14a Zorgverzekeringswet gestelde regels.

Zorgverzekeringswet

Artikel 16

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

Artikel 18a

1. Uiterlijk tien werkdagen nadat ten aanzien van een zorgverzekering een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van twee maandpremies is geconstateerd, doet de zorgverzekeraar de verzekeringnemer een aanbod tot het treffen van een betalingsregeling.
2. De betalingsregeling bestaat ten minste uit de volgende elementen:
 - a. een machtiging van de verzekeringnemer aan de zorgverzekeraar tot maandelijkse automatische incasso van nieuw vervallende termijnen van de premie dan wel een opdracht aan een derde van wie de verzekeringnemer periodieke betalingen ontvangt, om namens hem en onder inhouding van de desbetreffende bedragen op deze betalingen, periodiek rechtstreeks aan de zorgverzekeraar het bedrag van nieuw vervallende termijnen van de premie te betalen,
 - b. afspraken inzake de afwikkeling van de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden van de verzekeringnemer aan de zorgverzekeraar, inclusief rente en incassokosten, en de termijnen waarbinnen betaling zal plaatsvinden, en
 - c. een toezegging van de zorgverzekeraar, inhoudende dat hij de zorgverzekering of de dekking daarvan gedurende de looptijd van de betalingsregeling niet om reden van het bestaan van de schulden, bedoeld in onderdeel b, zal beëindigen, schorsen of opschorten, zolang de verzekeringnemer de machtiging of de opdracht, bedoeld in onderdeel a, niet intrekt en de afspraken, bedoeld in onderdeel b, nakomt.
3. Indien de verzekeringnemer een ander heeft verzekerd en ten aanzien van diens verzekering een premie-achterstand als bedoeld in het eerste lid is ontstaan, omvat het aanbod, bedoeld in het eerste lid, tevens een bereidverklaring opzegging van deze verzekering met ingang van de dag waarop de betalingsregeling van kracht wordt, te aanvaarden, mits:
 - a. de verzekerde zichzelf uiterlijk met ingang van dezelfde dag krachtens een andere zorgverzekering verzekerd heeft, en
 - b. deze, indien deze zorgverzekering bij dezelfde zorgverzekeraar is gesloten, terzake van de premie voor deze verzekering een volmacht of opdracht als bedoeld in het tweede lid, onderdeel a, heeft gegeven.
4. Tegelijk met het aanbod deelt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer schriftelijk mee dat deze een termijn van vier weken heeft om het te aanvaarden, waarbij de verzekeraar bovendien aangeeft wat de gevolgen zullen zijn indien het aanbod niet wordt aanvaard en de premieschuld, rente en incassokosten buiten beschouwing gelaten, tot zes of meer maandpremies zal zijn opgelopen, en wijst hij de verzekeringnemer op de mogelijkheid van schuldhulpverlening, waarbij hij tevens informatie verstrekt over de vormen hiervan en wijze waarop deze kan worden verzocht.
5. Indien het derde lid van toepassing is, zendt de zorgverzekeraar de verzekerde tegelijk met de verzending van de in het eerste tot en met vierde lid bedoelde stukken aan de verzekeringnemer, afschriften van deze stukken.

Artikel 18aa

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

Artikel 18b

1. Zo spoedig mogelijk nadat ten aanzien van een zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van vier maandpremies is geconstateerd, deelt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde mee dat hij voornemens is over te gaan tot de melding, bedoeld in artikel 18c, zodra de premieschuld de daar bedoelde hoogte zal hebben bereikt, tenzij de verzekeringnemer of de verzekerde hem uiterlijk vier weken na ontvangst van de mededeling heeft laten weten, het bestaan van de schuld of de hoogte ervan te betwisten.
2. Ingeval van tijdige betwisting als bedoeld in het eerste lid deelt de zorgverzekeraar, indien deze na onderzoek zijn standpunt handhaaft, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde mee dat hij het voornemen tot melding tot uitvoering zal brengen zodra de premieschuld de in artikel 18c, eerste lid, bedoelde hoogte zal hebben bereikt, tenzij de verzekeringnemer of de verzekerde binnen een termijn van vier weken na ontvangst van de in dit lid bedoelde mededeling een geschil hierover heeft voorgelegd aan een onafhankelijke instantie als bedoeld in artikel 114 of aan de burgerlijke rechter.
3. Indien een betalingsregeling als bedoeld in artikel 18a ingaat nadat ten aanzien van de zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van vier maandpremies is ontstaan, laat de zorgverzekeraar de in het eerste lid bedoelde melding achterwege zolang de nieuw vervallende termijnen van de premie worden voldaan.

Artikel 18c

1. Indien ten aanzien van een zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een premieschuld ter hoogte van zes of meer maandpremies is ontstaan, meldt de zorgverzekeraar dit, onder vermelding van de voor de heffing van de bestuursrechtelijke premie alsmede voor de uitvoering van artikel 34a noodzakelijke persoonsgegevens van de verzekeringnemer en de verzekerde, aan het CAK, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, aan de verzekerde.
2. De melding geschiedt niet:
 - a. in geval van tijdige betwisting als bedoeld in artikel 18b, eerste lid, zolang de zorgverzekeraar zijn standpunt dienaangaande niet aan de verzekeringnemer en, indien dit een ander dan de verzekeringnemer is, aan de verzekerde heeft kenbaar gemaakt;
 - b. gedurende de termijn, genoemd in artikel 18b, tweede lid;
 - c. ingeval van tijdige voorlegging van het geschil aan een onafhankelijke instantie of aan de burgerlijke rechter als bedoeld in artikel 18b, tweede lid, zolang op het geschil niet onherroepelijk is beslist;
 - d. ingeval de verzekeringnemer zich heeft aangemeld bij een schuldhulpverlener als bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet en aantoont dat hij in het kader daarvan een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van zijn schulden heeft gesloten;
 - e. ingeval het adres van de verzekeringnemer en, indien dit een ander is dan de

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

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

Artikel 18d

1. De verzekeringnemer is vanaf de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin het CAK de melding, bedoeld in artikel 18c, heeft ontvangen aan het CAK een bij ministeriële regeling te bepalen, bestuursrechtelijke premie van ten minste 110% en ten hoogste 130% van de gemiddelde premie verschuldigd.
2. De premie, bedoeld in het eerste lid, is niet meer verschuldigd met ingang van de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin:
 - a. de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden zijn of zullen zijn afgelost of tenietgaan,
 - b. de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, bedoeld in de Faillissementswet, op de verzekeringnemer van toepassing wordt,
 - c. door tussenkomst van een schuldhulpverlener als bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet een overeenkomst als bedoeld in artikel 18c, tweede lid, onderdeel d, is gesloten, door diens tussenkomst een buitengerechtelijke schuldregeling tot stand is gekomen waarin, naast de verzekeringnemer, ten minste zijn zorgverzekeraar deelneemt, of de zorgverzekeraar met de verzekeringnemer een betalingsregeling is overeengekomen, of
 - d. de verzekeringnemer aan bij ministeriële regeling te bepalen voorwaarden voldoet.
3. Ten behoeve van de toepassing van het tweede lid stelt de zorgverzekeraar het CAK, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde, onverwijld op de hoogte van de datum waarop een situatie als bedoeld in onderdeel a, b of c van dat lid van toepassing wordt.
4. In afwijking van het eerste en tweede lid is de verzekeringnemer wederom aan het CAK bestuursrechtelijke premie verschuldigd vanaf de eerste dag van de maand volgende op de maand:
 - a. waarin de toepassing van de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen op grond van artikel 350, derde lid, onderdeel c, d, e, f, of g, van de Faillissementswet, is beëindigd,
 - b. waarin hij zich, blijkens een melding van zijn zorgverzekeraar, aan deelname aan een op hem van toepassing zijnde overeenkomst of regeling als bedoeld in het tweede lid, onderdeel c, heeft onttrokken voordat hij de in de desbetreffende overeenkomst of regeling neergelegde afspraken jegens zijn zorgverzekeraar volledig is nagekomen of
 - c. waarin hij niet meer voldoet aan bij de ministeriële regeling, bedoeld in het tweede lid, te bepalen voorwaarden.
5. Indien in het in het vierde lid, onderdeel b, bedoeld geval een door tussenkomst van een schuldhulpverlener als bedoeld in het tweede lid, onderdeel c, tot stand gekomen overeenkomst of regeling betreft, dient de melding, bedoeld in dat onderdeel mede door een schuldhulpverlener te zijn ondertekend.
6. Bij ministeriële regeling wordt bepaald hoe de gemiddelde premie, bedoeld in het eerste lid, wordt berekend.