

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. H.A.J. Kroon, mr. B.L.A. van Drunen en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor)

Zaaknummer: 202400197

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

NV Univé Zorg te Arnhem, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 21 juli 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 2 augustus 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekering zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 23 augustus 2024 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 26 augustus 2024 aan verzoeker gestuurd. Bij e-mailbericht van 5 september 2024 heeft hierop gereageerd. Een kopie van deze reactie is aan de zorgverzekeraar gezonden.
- 1.3. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 6 november 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2023 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Gewoon ZEKUR Zorg (hierna: de zorgverzekering).
- 2.2. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 1 december 2023 de zorgverzekeraar medegedeeld dat hij zijn zorgverzekering met ingang van 1 januari 2024 wenst te beëindigen en dat hij na genoemde datum geen betalingen meer zal verrichten. Bij brief van 15 december 2023 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de opzegging wordt geweigerd omdat sprake is van een betalingsachterstand.
- 2.3. Bij e-mailbericht van 27 december 2023 heeft verzoeker de zorgverzekeraar opnieuw medegedeeld dat hij de zorgverzekering met ingang van 1 januari 2024 wenst te beëindigen. Hierop heeft verzoeker geen reactie ontvangen.
- 2.4. Aangezien verzoeker nadien meerdere keren door de zorgverzekeraar werd gevraagd openstaande maandpremies voor 2024 te voldoen, heeft hij de zorgverzekeraar wederom verzocht de zorgverzekering alsnog met ingang van 1 januari 2024 te beëindigen. Hierop heeft verzoeker van de zorgverzekeraar evenmin een reactie mogen ontvangen.

2.5. Nadat verzoeker een klacht bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen had ingediend, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen bemiddeld. In het kader van deze bemiddeling heeft de zorgverzekeraar bij brief van 11 juni 2024 erkend dat hij de zorgverzekering van verzoeker ten onrechte niet met ingang van 1 januari 2024 heeft beëindigd. Om deze omissie te herstellen heeft de zorgverzekeraar een drietal oplossingen voorgesteld, waaruit verzoeker kon kiezen. Bij brief van 9 juli 2024 heeft verzoeker verklaard dat hij de door de zorgverzekeraar voorgestelde oplossingen verwerpt en heeft hij een tegenvoorstel gedaan in de vorm van het nu voorliggende verzoek.

3. Standpunt verzoeker

3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar is gehouden voor het kalenderjaar 2024 af te zien van het in rekening brengen van enige vorm van kosten ter zake van de zorgverzekering. Daarnaast dient de zorgverzekeraar in te stemmen met beëindiging van de zorgverzekering met ingang van 1 januari 2025.

3.2. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij de zorgverzekeraar eind 2023 tot twee keer toe heeft verzocht zijn zorgverzekering met ingang van 1 januari 2024 te beëindigen. Tot grote frustratie van verzoeker heeft de zorgverzekeraar hieraan geen gevolg gegeven en zich enkel op het standpunt gesteld dat nog sprake was van een betalingsachterstand per ultimo van het jaar. Dit laatste is onjuist, omdat verzoeker op 20 december 2023 alle openstaande premie had voldaan. Pas na tussenkomst van de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de zorgverzekeraar erkend dat inderdaad geen sprake was van een betalingsachterstand per ultimo 2023 en dat de gedane opzegging met ingang van 1 januari 2024 had moeten worden geëffectueerd.

3.3. Om een en ander te herstellen heeft de zorgverzekeraar een drietal oplossingen aangereikt, maar deze zijn voor verzoeker niet reëel. Als hij bijvoorbeeld ervoor kiest om met ingang van 1 juli 2024 over te stappen, zal hij aan de nieuwe verzekeraar moeten uitleggen waarom dat nu pas gebeurt. Daarnaast geldt dat hij bij de nieuwe verzekeraar een hogere premie zal moeten betalen, en mogelijk door de nieuwe verzekeraar niet wordt geaccepteerd. Ook het voorstel om het vrijwillig eigen risico van € 500,- te laten vervallen is voor verzoeker geen optie, aangezien hij weinig zorgkosten maakt. In plaats van de door de zorgverzekeraar aangedragen oplossingen stelt verzoeker voor dat de zorgverzekeraar zijn omissie herstelt door in 2024 geen kosten ter zake van de zorgverzekering bij hem in rekening te brengen. Daarnaast dient de zorgverzekeraar in te stemmen met opzegging van deze verzekering met ingang van 1 januari 2025. Indien de zorgverzekeraar dit weigert, is hij ook in 2025 gehouden bij verzoeker geen kosten voor de zorgverzekering in rekening te brengen.

3.4. Ter zitting heeft verzoeker nogmaals erop gewezen dat het onjuist was dat de zorgverzekeraar zich op het standpunt bleef stellen dat de premie voor de maand juli 2023 niet tijdig was betaald. Alle premies werden door verzoeker tijdig en volledig betaald. Dat de premie voor de maand juli 2023 niet was voldaan komt door een boekhoudkundige truc, omdat het op 28 juli 2023 betaalde bedrag, in afwijking van eerdere maanden, niet werd gebruikt voor de maand juli 2023, maar voor de maand augustus 2023. Verzoeker zal er alles aan doen om ervoor te zorgen dat hij zijn zorgverzekering bij de zorgverzekeraar met ingang van 1 januari 2025 kan beëindigen.

4. Standpunt zorgverzekeraar

4.1. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker hem zowel op 1 december 2023 als op 27 december 2023 een e-mailbericht heeft gestuurd om zijn zorgverzekering op te zeggen. Per abuis heeft de zorgverzekeraar deze e-mailberichten opgevat als een mededeling en niet als een verzoek om de zorgverzekering te beëindigen. Als de berichten wél als een zodanig verzoek waren opgevat, dan was op het e-mailbericht van 1 december 2023 gereageerd met de mededeling dat opzegging niet mogelijk was omdat nog sprake was van een betalingsachterstand. Deze achterstand bestond op dat moment uit de premie voor de maand juli 2023. Omdat

verzoeker op 20 december 2023 het openstaande bedrag alsnog voldeed, stond het hem vrij de zorgverzekering met ingang van 1 januari 2024 op te zeggen. Het op 27 december 2023 verzonden e-mailbericht van verzoeker is, als gezegd, echter niet opgevat als een opzegging en daarom is de zorgverzekering niet met ingang van 1 januari 2024 beëindigd. Om deze omissie te herstellen heeft de zorgverzekeraar eerder drie oplossingen aangeboden, te weten:

(i) Beëindiging van de zorgverzekering met terugwerkende kracht per 31 december 2023

Het is weliswaar mogelijk de zorgverzekering met terugwerkende kracht per 31 december 2023 te beëindigen, maar de zorgverzekeraar kan niet garanderen dat een nieuwe verzekeraar verzoeker ook met terugwerkende kracht met ingang van 1 januari 2024 verzekert. Hierdoor loopt verzoeker het risico gedurende een periode onverzekerd te zijn.

(ii) Beëindiging van de zorgverzekering per 1 oktober 2024

Een andere mogelijkheid is om de zorgverzekering per 1 oktober 2024 te beëindigen. Als verzoeker de nog openstaande premie voor de maanden augustus en september 2024 voldoet kan hij zich per deze datum aanmelden bij een nieuwe verzekeraar. Indien gewenst is de zorgverzekeraar bereid het verschil in kosten tussen de fictieve premie en de premie van de zorgverzekeraar over de periode van 1 januari 2024 tot en met 31 september 2024 uit te rekenen en dit bedrag aan verzoeker te vergoeden.

(iii) Wijzigen van de zorgverzekering

De laatste mogelijkheid is om de zorgverzekering met terugwerkende kracht tot 1 januari 2024 te wijzigen, in die zin dat het vrijwillig eigen risico van € 500,- wordt verwijderd. De korting van € 180,- per jaar op de premie komt hiermee te vervallen. Dit bedrag zal dan aan verzoeker worden betaald.

- 4.2. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar zijn excuses aangeboden voor het feit dat hij de zorgverzekering van verzoeker desgevraagd niet met ingang van 1 januari 2024 heeft beëindigd. Om een en ander te herstellen heeft de zorgverzekeraar verschillende oplossingen voorgesteld, maar deze zijn allemaal door verzoeker verworpen. Voor zover verzoeker stelt dat hij zijn zorgverzekering met ingang van 1 januari 2025 wil beëindigen, geldt dat de zorgverzekeraar hieraan gevolg zal geven, mits op 31 december 2024 geen sprake is van een premieachterstand. Gelet op de voorgeschiedenis zal de zorgverzekeraar de bij verzoeker in rekening gebrachte incassokosten van € 95,- verrekenen met de nog openstaande premie voor de maand november 2024. Dit betekent dat als verzoeker het restant van de premie voor de maand november 2024 én de volledige premie voor de maand december 2024 voldoet, de zorgverzekeraar de zorgverzekering van verzoeker met ingang van 1 januari 2025 zal beëindigen.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 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), te weten de artikelen 8a en 16, 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.
- 6.2. De commissie constateert dat partijen niet (meer) verdeeld zijn over het antwoord op de vraag of verzoeker de zorgverzekering met ingang van 1 januari 2024 kon opzeggen. De zorgverzekeraar heeft immers bij brief van 9 juli 2024 verklaard dat geen betalingsachterstand (meer) bestond per ultimo 2023 en dat de opzegging dus ten onrechte door hem werd geweigerd. Voorts heeft de

zorgverzekeraar in voornoemde brief verzoeker drie oplossingen aangereikt om de gemaakte fout te herstellen. Voor deze opties (i), (ii) en (iii) wordt verwezen naar onderdeel 4.1.

- 6.3. Aangezien de voorgestelde oplossingen voor de voorliggende rechtsvraag niet meer van belang zijn nu verzoeker deze heeft verworpen, zal de commissie hier slechts beperkt inhoudelijk op ingaan.
- Uitgangspunt is dat op grond van artikel 3, eerste lid, Zvw acceptatieplicht bestaat, zodat de vrees van verzoeker onverzekerd te raken niet terecht is. De vraag of een opvolgende verzekeraar bereid zou zijn (geweest) de nieuwe verzekering met terugwerkende kracht tot 1 januari 2024 te laten ingaan (optie i) blijft wel van belang, zodat de commissie verzoeker kan volgen in zijn aarzeling en de vrees tijdelijk onverzekerd te raken. Hieraan doet niet af dat hij naar eigen zeggen niet of nauwelijks medische kosten heeft.
- Een ingangsdatum van 1 oktober 2024 voor een nieuwe zorgverzekering (optie ii) zou voor verzoeker geen probleem mogen opleveren in het licht van de hiervoor genoemde acceptatieplicht. Dat die nieuwe verzekering wellicht een hogere premie kent mag zo zijn, maar laat onverlet dat verzoeker zijn zorgverzekering bij zorgverzekeraar al met ingang van 1 januari 2024 wilde opzeggen, kennelijk zonder dat hij zich op dat moment had georiënteerd op de prijs van mogelijke alternatieven. De zorgverzekeraar heeft daarbij aangeboden een eventueel premienadeel voor verzoeker te compenseren, maar ook het aanbod hiertoe heeft hij verworpen.
- Het laten vervallen van het vrijwillig eigen risico (optie iii) zou, naar de commissie begrijpt, een vergoeding van € 180,- hebben opgeleverd, maar ook dit voorstel is door hem niet geaccepteerd. Met inachtneming van de hiervoor geplaatste kanttekeningen, meent de commissie dat aan verzoeker enkele reële voorstellen zijn gedaan om tot een oplossing te komen. Nu hij deze niet heeft geaccepteerd en de voorstellen daarmee zijn vervallen, dient zijn tegenvoorstel - samengevat: voortzetting van de zorgverzekering in 2024 zonder dat hiervoor kosten in rekening mogen worden gebracht - inhoudelijk te worden beoordeeld.
- Verzoeker wenst nadrukkelijk ook in 2024 bij de zorgverzekeraar verzekerd te blijven. Dit brengt volgens de commissie met zich dat hij op grond van artikel 16 Zvw hiervoor dan ook de voor 2024 toepasselijke premie is verschuldigd. Binnen het systeem van de Zvw is namelijk geen afwijking van de 'grondslag van de premie' voor een bepaalde verzekering mogelijk. Hetzelfde geldt voor eventueel opkomende eigen bijdragen en kosten die ten laste van het verplicht eigen risico komen. De hoogte hiervan is immers wettelijk vastgelegd. Om die reden wordt het onderdeel van zijn verzoek dat betrekking heeft op zijn tegenvoorstel afgewezen.
- 6.4. Verzoeker heeft verder gesteld, en ter zitting herhaald, dat hij de zorgverzekering bij de zorgverzekeraar met ingang van 1 januari 2025 wil beëindigen. De zorgverzekeraar heeft ter zitting verklaard de opzegging te zullen effectueren op voorwaarde dat op 31 december 2024 geen sprake is van een premieachterstand voor de zorgverzekering. De commissie merkt hierover op dat dit laatste overeenkomt met het bepaalde in artikel 8a Zvw. Ten aanzien van de huidige premieachterstand is door de zorgverzekeraar ter zitting verklaard dat hij de bij verzoeker in rekening gebrachte incassokosten van € 95,- zal verrekenen met de nog openstaande premie voor de maand november 2024. Dit betekent dat als verzoeker het restant van de premie voor de maand november 2024 én de premie voor de maand december 2024 voldoet, het hem vrijstaat de zorgverzekering met ingang van 1 januari 2025 op te zeggen. Of op 31 december 2024 al dan niet sprake is van een premieachterstand, kan nu niet worden bepaald zodat dit onderdeel van het verzoek wordt afgewezen.

Slotson

- 6.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. **Bindend advies**

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 21 november 2024,

B.L.A. van Drunen

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

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de zorgverzekering

6.1. Begin en duur

- 6.1.1. De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop wij uw aanvraag(formulier) ontvangen. U ontvangt een ontvangstbevestiging met de datum waarop uw aanvraag is ontvangen. Bent u verzekeringsplichtig, maar heeft u nog geen burgerservicenummer (BSN)? Dan kunt u toch als verzekerde worden ingeschreven.
- 6.1.2. Soms kunnen wij niet uit uw aanvraag afleiden of wij verplicht zijn een zorgverzekering voor de te verzekeren persoon af te sluiten. In dit geval vragen wij u om informatie waaruit blijkt dat wij verplicht zijn een zorgverzekering te sluiten. De zorgverzekering gaat pas in op de dag dat wij de genoemde informatie ontvangen. U ontvangt een ontvangstbevestiging met de datum waarop de aanvullende informatie is ontvangen.
- 6.1.3. Als u al een andere zorgverzekering heeft op de dag zoals bedoeld in artikel 6.1.1 of 6.1.2, dan gaat de zorgverzekering in op de door u aangegeven latere datum.
- 6.1.4. Als de vorige verzekering met ingang van 1 januari van een kalenderjaar of door wijziging van de voorwaarden is beëindigd, dan gaat de verzekering bij de nieuwe verzekeraar in per de beëindigingsdatum van de oude verzekering. U moet zich dan binnen 1 maand nadat de vorige verzekering is beëindigd aanmelden bij de nieuwe zorgverzekeraar.
- 6.1.5. Als de verzekeringsovereenkomst ingaat binnen 4 maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, dan gaat de zorgverzekering in op de dag dat de verzekeringsplicht is ontstaan.

Voorbeeld

U bent verplicht uw kind binnen 4 maanden na de geboorte te verzekeren, zodat uw kind vanaf de datum van geboorte is verzekerd.

- 6.1.6. De Zorgverzekeringswet kent een verzekeringsplicht. Wij zijn niet verplicht een zorgverzekering te sluiten met of voor een verzekeringsplichtige die al verzekerd is op grond van de Zorgverzekeringswet.

6.2. Einde van rechtswege

De zorgverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag, volgend op de dag waarop:

- De zorgverzekeraar door wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren. Wij informeren u hierover uiterlijk 2 maanden van tevoren;
- De verzekerde overlijdt;
- De verzekeringsplicht van de verzekerde eindigt.

U als verzekeringnemer bent verplicht ons zo snel als mogelijk te informeren over het overlijden van een verzekerde of het einde van de verzekeringsplicht van een verzekerde. Als u het einde van de verzekeringsplicht niet op tijd meedeelt en wij kosten van zorg betalen aan een zorgaanbieder, dan zullen wij deze kosten bij u (terug)vorderen. Als wij vaststellen dat de zorgverzekering is geëindigd, sturen wij u zo spoedig mogelijk een bewijs van einde.

6.3. Wanneer kunt u uw verzekering wijzigen of opzeggen?

6.3.1. Wijzigen

Wilt u uw basisverzekering wijzigen in onze andere basisverzekering? Dan moet u dit uiterlijk 31 januari aan ons doorgeven. Uw nieuwe verzekering gaat dan (met terugwerkende kracht) vanaf 1 januari in.

6.3.2. Jaarlijks opzeggen

U als verzekeringnemer kunt de zorgverzekering schriftelijk opzeggen per 1 januari van ieder jaar op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar hebben ontvangen. U heeft dan tot 1 februari de tijd om een andere verzekeraar te zoeken, die u met terugwerkende kracht vanaf 1 januari verzekert.

6.3.3. Tussentijds opzeggen

U als verzekeringnemer kunt de zorgverzekering tussentijds schriftelijk opzeggen:

- Van een andere verzekerde als deze verzekerde een andere zorgverzekering heeft gesloten. Als u de zorgverzekering opzegt vóór de ingangsdatum van de andere zorgverzekering, dan gaat de opzegging in op de ingangsdatum van de nieuwe zorgverzekering. Als de opzegging later is ontvangen, dan gaat de opzegging in op de eerste dag van de tweede kalendermaand nadat wij de opzegging hebben ontvangen;

- Binnen 6 weken nadat u een mededeling als bedoeld in artikel 78c, tweede lid, of artikel 92, eerste lid, van de Wet marktordening gezondheidszorg over ons heeft ontvangen. De opzegging gaat in op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgend op de dag waarop u heeft opgezegd;
- Bij premie- en/of voorwaardenwijziging zoals vermeld in artikel 5.2;
- Als u bij ons deelnemer bent aan een collectieve overeenkomst van uw oude werkgever en kunt deelnemen aan een collectieve overeenkomst van uw nieuwe werkgever. U kunt de zorgverzekering dan opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is ingegaan. In dat geval gaan zowel de opzegging als de inschrijving in op de dag van indiensttreding bij de nieuwe werkgever als dat de eerste dag van de kalendermaand is, en zo niet, op de eerste dag van de kalendermaand volgend op de datum van indiensttreding.

Opzegging bij 18e verjaardag

Als uw kind 18 jaar wordt, dan kunt u de verzekering van uw kind tussentijds opzeggen. Uw kind kan dan zelf een zorgverzekering sluiten.

6.3.4. Opzegservice

U kunt voor de opzegging van de verzekering zoals bedoeld in artikel 6.3.2 en 6.3.3 ook gebruikmaken van de opzegservice van de Nederlandse zorgverzekeraars. Dit houdt in dat u de verzekeraar van de nieuwe zorgverzekering toestemming geeft om de oude zorgverzekering op te zeggen.

6.3.5. Wanneer kunt u niet opzeggen?

Als wij u een aanmaning hebben gestuurd voor een betalingsachterstand in de premie, dan kunt u uw zorgverzekering niet opzeggen gedurende de tijd dat de verschuldigde premie, rente en incassokosten niet zijn voldaan. U kunt de zorgverzekering wel opzeggen als wij de dekking hebben geschorst of binnen 2 weken uw opzegging bevestigen.

6.4. Wanneer kunnen wij uw verzekering opzeggen, ontbinden of schorsen?

Wij kunnen de zorgverzekering schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

- Als er sprake is van het niet op tijd betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel 3.6;
- Als er sprake is van fraude (zie artikel 2.4);
- Als u ons opzettelijk geen, niet-volledige of onjuiste inlichtingen of stukken heeft verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;
- Als u heeft gehandeld met het opzet ons te misleiden of als wij geen zorgverzekering zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. In die gevallen kunnen wij binnen 2 maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang de zorgverzekering opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen. Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

6.5. Bewijs van einde

Als de zorgverzekering eindigt, dan ontvangt u een bewijs van einde met de volgende informatie:

- Naam, adres, woonplaats en het burgerservicenummer (BSN) van de verzekerde
- Naam, adres en woonplaats van de verzekeringnemer
- De dag waarop de zorgverzekering eindigt
- Of voor u op die dag een eigen risico gold en zo ja, voor welk bedrag.

Als de verzekeringplicht is geëindigd, dan wordt dit ook op het bewijs van einde vermeld.

6.6. Verzekering van onverzekerden

Als het CAK op grond van artikel 9d eerste lid van de Zorgverzekeringswet deze zorgverzekering namens u heeft gesloten, dan geldt het volgende:

- U kunt deze zorgverzekering vernietigen als u ons en het CAK binnen 2 weken aantoont dat u al een zorgverzekering heeft gesloten. De termijn van 2 weken gaat in op de datum waarop het CAK u heeft geïnformeerd dat zij deze zorgverzekering namens u heeft gesloten;
- Wij kunnen deze zorgverzekering wegens dwaling vernietigen als blijkt dat u niet verzekeringplichtig bent;
- U kunt deze zorgverzekering gedurende de eerste 12 maanden niet opzeggen. Na deze 12 maanden gelden de gebruikelijke opzegmogelijkheden zoals vermeld in artikel 6.3.

Zorgverzekeringswet

Artikel 8a

1. Nadat de zorgverzekeraar de verzekeringnemer heeft aangemaand tot betaling van een of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie, kan de verzekeringnemer gedurende de tijd dat de verschuldigde premie, rente en incassokosten niet zijn voldaan, de zorgverzekering niet opzeggen, tenzij de zorgverzekeraar de zorgverzekering of de dekking daarvan heeft geschorst of opgeschort.
2. Het eerste lid lijdt uitzondering indien de zorgverzekeraar de verzekeringnemer binnen twee weken te kennen geeft de opzegging te bevestigen.

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.