

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, en Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen en Menzis N.V. te Wageningen
Zaak	: Verzekeringsplicht, herstel verzekering, premie, betalingsachterstand, verjaring, schadevergoeding
Regelgeving	: Voorwaarden zorgverzekering 2020 en 2021, artt. 2, 5, 6 en 16 Zvw, 3:307, 3:316, 3:317, 3:324 en 6:217 BW, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020 en 2021
Zaaknummer	: 202200995
Zittingsdatum	: 22 maart 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
 - 2) Menzis N.V. te Wageningen,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 19 augustus 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Bij e-mailbericht van 4 september 2022 heeft verzoeker zijn verzoek aan de commissie nader toegelicht. Op 5 oktober 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 8 november 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 10 november 2022 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker heeft op 16 december 2022 telefonisch verklaard in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 20 december 2022 verklaard via videobellen te willen worden gehoord. De commissie heeft partijen uitgenodigd voor het bijwonen van een hoorzitting op 22 maart 2023. Bij e-mailbericht van 22 maart 2023 heeft verzoeker de commissie meegedeeld niet bij de hoorzitting aanwezig te kunnen zijn. Bij dit e-mailbericht zat nog een bijlage, namelijk een brief van de Sociale Verzekeringsbank (hierna: SVB) van 4 augustus 2022 met daarin de vermelding dat verzoeker vanaf 1 maart 2021 is verzekerd voor de Wet langdurige zorg (hierna: Wlz).
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. De hoorzitting heeft plaatsgevonden ten overstaan van twee leden van de commissie. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Na de in nr. 2.3. genoemde schriftelijke afmelding door verzoeker is de ziektekostenverzekeraar op 22 maart 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan beide partijen zijn gestuurd.
- 2.5. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie verzoeker in de gelegenheid gesteld de schade, veroorzaakt door de beëindiging van de zorgverzekering met ingang van 1 maart 2021, nader te onderbouwen. Bij e-mailberichten van 27 maart 2023 en 8 april 2023 heeft verzoeker de commissie schriftelijk nader geïnformeerd. Afschriften hiervan zijn op 13 april 2023 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Bij deze gelegenheid heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar verzocht de SVB te laten onderzoeken of verzoeker vanaf 31 december 2020 in Nederland verzekerd is voor de Wlz. Bij e-mailbericht van 24 april 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar, onder toezending van een kopie van de verklaring van de SVB van 7 april 2023, aan de commissie laten weten dat de SVB heeft vastgesteld dat verzoeker vanaf 31 december 2020 is verzekerd voor de Wlz, met de kanttekening dat verzoeker tegen de beslissing van de SVB bezwaar heeft gemaakt.

Bij e-mailbericht van 25 juni 2023 heeft verzoeker de commissie verzocht de beslissing op het door hem ingediende bezwaar niet af te wachten. Blijkens de slotalinea van dit e-mailbericht vraagt verzoeker aan de commissie "om afhandeling van de klacht op basis van de tijdig ter inhoudelijke behandeling ingediende stukken." Een kopie van dit e-mailbericht is op 27 juni 2023 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Deze is daarbij in de gelegenheid gesteld op het e-mailbericht van 8 april 2023 van verzoeker te reageren. Bij brief van 7 juli 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie van deze brief is aan verzoeker gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker heeft op 16 februari 2021 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor de Hema Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de verzekering Hema Tandarts 3 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering), met als gewenste ingangsdatum 15 februari 2021. Op 17 februari 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een polisblad verstrekt, waarop is vermeld dat de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering zijn afgesloten met ingang van 30 december 2020.
- 3.2. Op 21 april 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail aan verzoeker meegedeeld dat hij post, gezonden aan het bij hem bekende adres, retour heeft ontvangen. Dit vormde voor de ziektekostenverzekeraar aanleiding om nader onderzoek te doen naar de verzekeringsplicht van verzoeker. In dit verband is verzoeker gevraagd om binnen 1 maand te reageren. Verzoeker heeft niet binnen de gestelde termijn gereageerd.
- 3.3. Op 2 juni 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail aan verzoeker meegedeeld dat de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht tot 1 maart 2021 worden beëindigd.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 6 augustus 2021 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar verzocht de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht te herstellen.
- 3.5. Bij e-mailbericht van 9 augustus 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij eerst een betalingsregeling voor de achterstand met de ziektekostenverzekeraar moet afspreken, voordat zijn verzoek tot herstel van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering verder in behandeling wordt genomen.
- 3.6. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verschillende keren om heroverweging van zijn beslissing van 9 augustus 2021 gevraagd. Daarnaast is verzoeker opgekomen tegen de betalingsachterstand die volgens de ziektekostenverzekeraar zou bestaan. Bij brieven van 15 december 2021 en 28 februari 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft en dat de vastgestelde betalingsachterstand correct is.

4. Standpunt verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat
 - (i) hij niet eerder dan met ingang van 1 maart 2021 verzekeringsplichtig is,
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar een onrechtmatige daad dan wel wanprestatie heeft gepleegd door te weigeren de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht tot 1 maart 2021 te herstellen,
 - (iii) hij als gevolg hiervan schade heeft geleden die de ziektekostenverzekeraar dient te vergoeden, en

(iv) geen sprake is van een betalingsachterstand bij de ziektekostenverzekeraar omdat de vordering ter zake een feitelijke grondslag mist dan wel dat de vordering inmiddels is verjaard en daarom niet langer opeisbaar is.

- 4.2. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij niet eerder dan met ingang van 1 maart 2021 verzekeringplichtig is. Dit blijkt volgens hem uit een door hem overgelegde schriftelijke verklaring van de SVB van 4 augustus 2022, waarin, voor zover thans van belang valt te lezen: "U heeft ons gevraagd om te onderzoeken of u verzekerd bent voor de Wet langdurige zorg (Wlz). We hebben op uw verzoek uw situatie bekeken vanaf 1 maart 2021. U bent vanaf 1 maart 2021 verzekerd voor de Wlz". De ziektekostenverzekeraar heeft bij herhaling ten onrechte geweigerd de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering te herstellen met ingang van 1 maart 2021. Verzoeker stelt als gevolg hiervan schade te hebben geleden vanwege (i) het langdurig geen toegang hebben tot zorg, waardoor hij nu is aangewezen op langdurige zorg, (ii) de boete(s) die het CAK aan hem heeft opgelegd, omdat hij geen zorgverzekering had, (iii) de kosten die samenhangen met het loonbeslag, (iv) zorgkosten die niet zijn vergoed en (v) de incassokosten die de ziektekostenverzekeraar in rekening heeft gebracht voor het incasseren van de premie over de periode van 31 december 2020 tot 1 maart 2021. Verzoeker meent dat de ziektekostenverzekeraar aansprakelijk is voor de geleden schade en deze aan hem moet vergoeden.
- 4.3. Verder heeft verzoeker aangevoerd dat de door de ziektekostenverzekeraar gestelde betalingsachterstand van € 3.988,68 onjuist is. Deze vordering ziet voor een deel op de jaren 2014 tot en met 2016 en is inmiddels verjaard. De verjaring van dit deel van de vordering is niet gestuit. Daarnaast vordert de ziektekostenverzekeraar premie over de maanden december 2020 tot en met februari 2021. Aangezien verzoeker in deze periode niet verzekeringplichtig was, was hij evenmin premieplichtig, zodat de feitelijke grondslag voor deze vordering mist.
- 4.4. Bij e-mailbericht van 27 maart 2023 heeft verzoeker verklaard dat het CAK hem een boete heeft opgelegd en sindsdien ook loonbeslag heeft gelegd om de openstaande vordering te innen. Het CAK heeft deze boete opgelegd, omdat de ziektekostenverzekeraar heeft geweigerd de zorgverzekering te herstellen. Daarnaast blijft de ziektekostenverzekeraar zich ten onrechte op het standpunt stellen dat verzoeker premie is verschuldigd over de periode van 31 december 2020 tot en met 28 februari 2021. In deze periode was verzoeker niet verzekeringplichtig in Nederland, hetgeen ook blijkt uit de eerder genoemde - en overgelegde - verklaring van de SVB van 4 augustus 2022. Verder heeft verzoeker aangevoerd dat hij veel kosten ter zake van tandheelkundige zorg zelf heeft moeten betalen doordat de aanvullende ziektekostenverzekering niet is hersteld.
- 4.5. Naar aanleiding van de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde SVB-verklaring van 7 april 2023 - waarin wordt gemeld dat voor verzoeker een verzekeringplicht bestaat per 31 december 2020 - heeft verzoeker in zijn reactie bij e-mailbericht van 25 juni 2023 gesteld dat deze latere verklaring onjuist is. Om die reden heeft verzoeker bij de SVB hiertegen bezwaar gemaakt. Gelet op het ingediende bezwaarschrift dient de commissie, zo begrijpt zij de slotalinea van voornoemde reactie van verzoeker van 25 juni 2023, bij de beoordeling van het verzoek uit te gaan van de SVB-verklaring van 4 augustus 2022. Verzoeker meent voorts, zo begrijpt de commissie de stellingen van verzoeker, dat het betrekken door de commissie van de SVB-verklaring van 7 april 2023 in de beslissing op het verzoek in strijd is met de goede procesorde.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht tot 30 december 2020 heeft laten ingaan, omdat verzoeker vanaf dat moment was ingeschreven in de BRP en verzekeringplichtig was. Op grond van artikel 5, vijfde lid, Zvw werkt de zorgverzekering terug indien de verzekering ingaat binnen 4 maanden nadat de verzekeringplicht is ontstaan. Dit volgt tevens uit artikel A4 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. Aangezien de verzekeringen terecht zijn afgesloten met ingang van 31 december 2020, is

verzoeker ook vanaf dat moment premie verschuldigd. De verschuldigde premie voor de maanden december 2020 tot en met februari 2021 heeft hij echter niet voldaan.

- 5.2. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 maart 2021 zijn beëindigd, omdat door hem werd getwijfeld aan de verzekeringsplicht van verzoeker. Deze twijfel ontstond op het moment dat er post retour kwam van het bij de ziektekostenverzekeraar bekende adres van verzoeker, waarmee hij tevens stond ingeschreven in de BRP. Omdat verzoeker geen recht heeft op een zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering als hij niet-verzekeringsplichtig is, zond de ziektekostenverzekeraar verzoeker op 21 april 2021 een e-mailbericht en vroeg hij hem om een reactie. Bij het uitblijven hiervan is op 2 juni 2021 opnieuw een e-mailbericht aan verzoeker gestuurd, waarin hem werd meegedeeld dat de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering per 1 maart 2021 worden beëindigd. Volgens de ziektekostenverzekeraar was deze beslissing terecht en heeft hij gehandeld overeenkomstig de 'Richtlijn Gerede Twijfel' van Zorgverzekeraars Nederland (ZN).
- 5.3. Bij e-mailbericht van 6 augustus 2022 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar gevraagd de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht te herstellen. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij dit ten onrechte niet heeft gedaan. Verzoeker wenst echter niet dat dit als nog gebeurt, maar vordert thans een schadevergoeding vanwege (i) het langdurig geen toegang hebben tot zorg, waardoor hij nu is aangewezen op langdurige zorg, (ii) de boete(s) die het CAK aan hem heeft opgelegd, omdat hij geen zorgverzekering had, (iii) de kosten die samenhangen met het loonbeslag, (iv) zorgkosten die niet zijn vergoed en (v) de incassokosten die de ziektekostenverzekeraar in rekening heeft gebracht voor het incasseren van de premie over de periode van 31 december 2020 tot 1 maart 2021. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij bereid is de boete(s) van het CAK te voldoen. Verzoeker dient hiertoe echter eerst bewijsstukken over te leggen waaruit blijkt dat de boete(s) aan hem zijn opgelegd en dat hij de boete(s) ook daadwerkelijk heeft betaald. Met betrekking tot het loonbeslag merkt de ziektekostenverzekeraar op dat hij uit de stukken in het dossier niet kan afleiden voor welke vordering dit beslag is gelegd en of dit samenhangt met de vordering van het CAK. Hiermee kan de ziektekostenverzekeraar dan ook niets. Tot slot is de ziektekostenverzekeraar van mening dat de deurwaarderskosten terecht in rekening zijn gebracht, omdat - zoals hiervoor reeds is beschreven - verzoeker de premie voor de maanden december 2020 tot en met februari 2021 is verschuldigd en hij deze ten onrechte niet heeft voldaan.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft ten aanzien van het beroep door verzoeker op verjaring het volgende aangevoerd. Voor zover de vordering ziet op het jaar 2014 geldt dat deze is toegewezen bij verstekvonnis van 13 mei 2015. Deze vordering is overgedragen aan het incassobureau en daar bekend onder het nummer B1154710. Het openstaande bedrag is naar de stand van 25 oktober 2022 € 2.253,51, inclusief kosten. Voor een vordering die is toegewezen door de rechter geldt een verjaringstermijn van 20 jaren, die nog niet is verstreken. De vorderingen over de jaren 2015 en 2016 zijn eveneens overgedragen aan het incassobureau en daar bekend onder de dossiernummers B1154712, B1154714, B1154736 B1154740. Voor deze vorderingen geldt weliswaar een verjaringstermijn van 5 jaren, echter deze termijn is tijdig gestuit door het verzenden van sommaties. In dit verband wijst de ziektekostenverzekeraar op het overzicht van acties die zijn uitgevoerd door het incassobureau in bovenstaande dossiers.
- 5.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat zowel de zorgverzekering als de aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht tot 1 maart 2021 is beëindigd. Dit omdat onduidelijk was of verzoeker in Nederland verzekeringsplichtig was. Nadat door verzoeker een SVB-verklaring werd overgelegd, bleek deze conclusie onjuist zodat beide verzekeringen dus ten onrechte zijn beëindigd. Dit is een omissie van de ziektekostenverzekeraar, hetgeen betekent dat deze ook bereid is de hieruit voortvloeiende schade te vergoeden. Verzoeker heeft van die schade echter nog geen onderbouwing geleverd, zodat de ziektekostenverzekeraar niet is overgegaan tot vergoeding.

Verder heeft de ziektekostenverzekeraar, daarnaar gevraagd door de commissie, zich ter zitting bereid verklaard de SVB onderzoek te laten doen naar de vraag of verzoeker in de periode van 31 december 2020 tot en met 28 februari 2021 in Nederland verzekeringsplichtig was.

- 5.6. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.
- 5.7. In vervolg op de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de SVB heeft onderzocht of verzoeker ook in de periode van 31 december 2020 tot en met 28 februari 2021 in Nederland verzekeringsplichtig was. De SVB heeft bij brief van 7 april 2023 geoordeeld dat verzoeker vanaf 31 december 2020 in Nederland is verzekerd voor de Wlz. Verzoeker is tegen deze beslissing in bezwaar gegaan. Aangezien het enkele feit dat een verzekerde in bezwaar is gegaan geen schorsende werking heeft, handhaaft de ziektekostenverzekeraar zijn eerdere standpunt dat de ingangsdatum van de zorgverzekering terecht op 31 december 2020 is gesteld. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 7 juli 2023 aangevoerd dat ook uit de na de hoorzitting door verzoeker overgelegde stukken niet blijkt dat hij als gevolg van de beëindiging van de verzekeringen met ingang van 1 maart 2021 schade heeft geleden. Een specificatie van de schade ontbreekt en ook de omvang van de schade valt niet uit de nagestuurde stukken op te maken.

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A16 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) over de ingangsdatum van de zorgverzekering en de verschuldigdheid van premie zijn opgenomen in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke bepalingen uit het Burgerlijk Wetboek (BW) over verjaring van een vordering weergegeven. Tevens zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden vermeld.

Ingangsdatum van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.2. De commissie stelt vast dat verzoeker op 16 februari 2021 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag heeft gedaan voor de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. Uit de aanvraag blijkt dat verzoeker beide verzekeringen heeft willen afsluiten met ingang van 15 februari 2021.
- 7.3. De commissie overweegt dat de zorgverzekering ingaat met terugwerkende kracht tot het moment waarop de verzekeringsplicht is ontstaan, althans indien de aanvraag wordt gedaan binnen 4 maanden nadien. Dit volgt uit artikel 5, vijfde lid, Zvw en is tevens vermeld in artikel A4 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering. Artikel 5, vijfde lid, Zvw is van dwingend recht. Dat wil zeggen dat niet van deze bepaling kan en mag worden afgeweken.
- 7.4. Partijen verschillen van mening over het antwoord op de vraag vanaf welke datum verzoeker verzekeringsplichtig is geworden, als bedoeld in artikel 2 Zvw. De ziektekostenverzekeraar verwijst in dit verband naar een uitdraai van de BRP, waarin is vermeld dat verzoeker zich op 31 december 2020 in Nederland heeft gevestigd. De commissie overweegt dat deze vermelding op zichzelf niet hoeft te betekenen dat verzoeker toen ook verzekeringsplichtig is geworden. Om een en

ander met zekerheid te laten vaststellen, heeft de commissie verzoeker gevraagd de SVB te laten onderzoeken op welk moment voor verzoeker een verzekeringplicht is ontstaan. Verzoeker heeft vervolgens de SVB verzocht na te gaan of hij met ingang van 1 maart 2021 in Nederland is verzekerd voor de Wet langdurige zorg (Wlz). Bij brief van 4 augustus 2022 heeft de SVB verklaard, zoals hiervoor in nr. 4.2 reeds geciteerd, dat verzoeker vanaf 1 maart 2021 verzekerd is voor de Wlz. Met deze verklaring is evenwel nog geen duidelijkheid verkregen over de vraag of verzoeker al op een eerdere datum (i.e. op 31 december 2020) verzekerd was voor de Wlz. Partijen hebben hierover voorafgaand aan de hoorzitting geen duidelijkheid gegeven en de commissie is niet bevoegd de verzekeringplicht vast te stellen. Om die reden heeft de commissie, tegen de achtergrond van de aan haar, gelijk de overheidsrechter op grond van art. 22 Rv, toekomstige procesrechtelijke bevoegdheid in elke stand van de procedure partijen of een van hen te bevelen bepaalde op de zaak betrekking hebbende bescheiden over te leggen, tijdens de hoorzitting (waaraan verzoeker om hem moverende redenen niet heeft deelgenomen) de ziektekostenverzekeraar verzocht bij de SVB een nieuwe verklaring te vragen, nu met betrekking tot de periode vanaf 31 december 2020.

Dat verzoeker hierdoor in zijn belangen is geschaad, zoals hij in zijn e-mailbericht van 25 juni 2023 stelt, vermag de commissie niet in te zien. Verzoeker heeft immers zelf de commissie verzocht te beoordelen of de ziektekostenverzekeraar over de periode van 31 december 2020 tot en met 28 februari 2021 terecht premie in rekening heeft gebracht. Gelet op de stelling van verzoeker dat hij in voornoemd tijdvak niet in Nederland verzekeringplichtig was en de SVB de enige instantie is die bevoegd is dit te beoordelen, verwerpt de commissie dan ook deze stelling van verzoeker. De commissie heeft juist om tot een afgewogen beslissing te komen, met gebruikmaking van de hiervoor uiteengezette algemene procesrechtelijke bevoegdheid de ziektekostenverzekeraar bevelen navraag te doen bij de SVB over de verzekeringpositie van verzoeker in de periode die in de onderhavige procedure ter discussie staat, te weten vanaf 31 december 2020 tot en met 28 februari 2021.

- 7.5. De commissie stelt vervolgens vast dat de SVB op 7 april 2023 heeft verklaard dat verzoeker vanaf 31 december 2020 in Nederland verzekeringplichtig is op grond van de Wlz. Gelet op deze verklaring stond het de ziektekostenverzekeraar daarom vrij de ingangsdatum van de zorgverzekering te bepalen op 31 december 2020. Dit betekent dat verzoeker is gehouden de vanaf die datum voor deze verzekering verschuldigde premie te voldoen en dat het de ziektekostenverzekeraar vrij stond - en staat - om zo nodig incassomaatregelen tegen verzoeker te treffen.

De commissie heeft goede nota genomen van het feit dat verzoeker tegen de beslissing van de SVB in bezwaar is gegaan. Verzoeker heeft in dit verband gesteld dat hij de beslissing op dit bezwaar door de SVB niet wil afwachten en voorts dat de commissie bij de beoordeling van zijn verzoek moet uitgaan van de eerste verklaring die door de SVB is afgegeven, omdat overlegging van de SVB-verklaring van 7 april 2023 strijdig is met de goede procesorde. De commissie gaat hieraan voorbij, omdat overlegging is geschied op verzoek van de commissie na een verzoek daartoe tijdens de mondelinge behandeling en de daarop gevolgde overlegging juist conform de door de commissie tijdens de hoorzitting vastgestelde procesorde is geschied.

De commissie besluit dan tot voortzetting van de procedure naar de huidige stand en dus met kennisneming van de door de SVB afgegeven verklaring van 7 april 2023. Op een kennelijk bezwaar hiertegen door verzoeker is, voor zover de commissie kan overzien, niet beslist. Afgezien daarvan moet, met de ziektekostenverzekeraar, worden aangenomen dat een dergelijk bezwaar geen schorsende werking heeft. Een en ander betekent dat de commissie aanneemt dat voor verzoeker een verzekeringplicht bestond met ingang van 31 december 2020. Anders dan verzoeker lijkt te willen betogen, valt overigens uit de door hem overgelegde SVB-verklaring van 4 augustus 2022 niet op te maken dat verzoeker vóór 1 maart 2021 niet verzekeringplichtig was. Voor zover al zou moeten worden aangenomen - des neen - dat dit wel het geval zou zijn, geldt dat met de latere SVB-verklaring van 7 april 2023 de eerdere van 4 augustus 2022 is komen te vervallen, zodat de commissie aan die eerder verklaring geen betekenis (meer) toekent.

- 7.6. De commissie merkt op dat artikel 5, vijfde lid, Zvw en het door de ziektekostenverzekeraar aangehaalde artikel A4 van de algemene voorwaarden uitsluitend zien op de ingangsdatum van de zorgverzekering. Dit betekent dat deze artikelen niet kunnen worden betrokken

bij de vaststelling van de ingangsdatum van de aanvullende ziektekostenverzekering. De commissie overweegt in dit verband in algemene zin dat voor het tot stand komen van een (verzekerings)overeenkomst wilsovereenstemming is vereist, als bedoeld in artikel 6:217 BW. Het staat vast dat verzoeker de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 15 februari 2021 heeft aangevraagd. Nu gesteld noch gebleken is dat de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering weigerde af te sluiten met ingang van die datum en ook de verzekeringsvoorwaarden niet in de weg staan aan een ingangsdatum van 15 februari 2021, stelt de commissie de ingangsdatum van de aanvullende ziektekostenverzekering vast op 15 februari 2021. Vanaf dat moment is verzoeker hiervoor premie verschuldigd aan de ziektekostenverzekeraar. Dit volgt uit artikel A27 van de algemene voorwaarden. De ziektekostenverzekeraar is op zijn beurt gehouden vanaf 15 februari 2021 dekking te verlenen.

- 7.7. De commissie leidt uit het financieel overzicht van de ziektekostenverzekeraar van 25 oktober 2022 af dat hij totaal € 321,04 aan premie bij verzoeker in rekening heeft gebracht voor de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering tezamen voor de periode van 31 december 2020 tot en met 28 februari 2021. Bij het uitblijven van betaling hiervan is de vordering overgedragen aan het incassobureau. Dit heeft tot gevolg gehad dat er € 58,27 aan incassokosten in rekening is gebracht en € 10,29 aan rente. Verder volgt uit het overzicht dat € 50,- van de vordering inmiddels is voldaan.

Zoals uit het voorgaande blijkt, is verzoeker naar het oordeel van de commissie, tot 1 maart 2021 aan de ziektekostenverzekeraar premie verschuldigd voor (i) de zorgverzekering met betrekking tot de periode van 31 december 2020 tot en met 28 februari 2021, en (ii) de aanvullende ziektekostenverzekering met betrekking tot de periode van 15 februari 2021 tot en met 28 februari 2021. Dit heeft tot gevolg dat de hoofdsom van € 321,04 dient te worden verlaagd met één maandpremie voor de aanvullende ziektekostenverzekering (januari 2021; € 39,-), én het equivalent van 15 dagen premie (31 december 2020 + 1 februari 2021 t/m 14 februari; € 19,50), ofwel totaal € 58,50. De hoofdsom met betrekking tot de periode van 31 december 2020 tot en met 28 februari 2021 bedraagt daarmee per saldo nog € 262,54 (€ 321,04 - € 58,50). Gelet op de door verzoeker gedane betaling van € 50,- betekent dit dat, naar de stand van 25 oktober 2022 nog een hoofdsom openstond van € 212,54. De ziektekostenverzekeraar dient dit bedrag zowel in zijn administratie als in die van zijn incassogemachtigde te (laten) corrigeren en de berekende rente hierop aan te passen.

Van de in rekening gebrachte incassokosten ten bedrage van € 58,27 valt niet vast te stellen of de hoogte hiervan is bepaald door de hoogte van het te incasseren bedrag. Mocht zulks het geval zijn, dan gaat de commissie ervan uit dat de ziektekostenverzekeraar dit bedrag in neerwaartse zin aanpast en de verzoeker dienaangaande binnen twee weken na de datum van dit bindend advies bericht. Vooralsnog gaat de commissie ervan uit dat de hoogte niet is bepaald door het te incasseren bedrag, althans dat de verlaging daarvan, geen invloed heeft op de incassokosten. Ook in dat geval dient de ziektekostenverzekeraar de verzoeker binnen de hiervoor genoemde termijn van veertien dagen te informeren.

Beëindiging van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.8. De ziektekostenverzekeraar heeft de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker eenzijdig beëindigd met ingang van 1 maart 2021, omdat hij twijfelde aan de verzekeringsplicht van verzoeker. Hoewel verzoeker thans geen herstel van beide verzekeringen meer vordert, heeft hij de commissie gevraagd te beoordelen of de ziektekostenverzekeraar, onder de gegeven omstandigheden, hiertoe mocht besluiten. De commissie overweegt als volgt.
- 7.9. In artikel 6, eerste lid, aanhef en onder d, Zvw is bepaald dat de zorgverzekering van rechtswege eindigt met ingang van de dag dat de verzekeringsplicht eindigt. Bij onzekerheid over het bestaan van verzekeringsplicht, kan zowel de zorgverzekeraar als de (pseudo) verzekerde uitsluitel vragen aan de SVB, hetgeen leidt tot een bindend besluit waartegen rechtsmiddelen openstaan (zie artikel 2.1.3. Wlz).
- In het onderhavige geval is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat hij verschillende brieven die hij had gezonden aan het bij hem bekende BRP-adres van verzoeker, retour ontving.

Uit de daarna door de ziektekostenverzekeraar uitgevoerde controle in de BRP bleek dat verzoeker nog steeds op dit adres stond geregistreerd. Onder deze omstandigheden had het op de weg van de ziektekostenverzekeraar gelegen om meer onderzoek te doen of verzoeker nog verzekeringsplichtig was. Zo had de ziektekostenverzekeraar telefonisch contact kunnen opnemen met verzoeker óf zelf de SVB om uitsluitel kunnen vragen.

Aangezien de ziektekostenverzekeraar heeft nagelaten eigen onderzoek te doen, stond het hem niet vrij de zorgverzekering van verzoeker met ingang van 1 maart 2021 te beëindigen.

- 7.10. Het voorgaande ligt anders voor de aanvullende ziektekostenverzekering. Artikel 6 Zvw ziet namelijk uitsluitend op de zorgverzekering. De aanvullende ziektekostenverzekering eindigt niet van rechtswege als de verzekeringsplicht van een verzekerde komt te vervallen. De ziektekostenverzekeraar mag de aanvullende ziektekostenverzekering uitsluitend (eenzijdig) beëindigen op een van de gronden die zijn opgenomen in de verzekeringsvoorwaarden. In dat verband merkt de commissie op dat in de artikelen A8 en A25 is vermeld, wanneer en onder welke voorwaarden de ziektekostenverzekeraar hiertoe kan besluiten. Twijfel over de verzekeringsplicht wordt in dat kader niet als grond genoemd. De ziektekostenverzekeraar kon de aanvullende ziektekostenverzekering dan ook niet op basis hiervan beëindigen met ingang van 1 maart 2021, maar heeft dit - ten onrechte - toch gedaan.

Verjaring vorderingen

- 7.11. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker ook in de periode van 28 april 2014 tot en met 12 januari 2017 bij hem was verzekerd tegen ziektekosten en dat over deze periode sprake is van een betalingsachterstand van totaal € 1.695,35, exclusief incassokosten en rente. Verzoeker heeft niet bestreden dat hij over voornoemde periode bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd is geweest, maar stelt zich op het standpunt dat de openstaande vordering is verjaard en daarom niet langer opeisbaar is. Hiertoe overweegt de commissie het volgende.
- 7.12. Een vordering verjaart in beginsel 5 jaren na het opeisbaar worden hiervan (artikel 3:307 BW). Op grond van artikel 3:324, eerste lid, BW verjaart de bevoegdheid tot tenuitvoerlegging van een rechtelijke uitspraak na 20 jaren. De verjaring wordt gestuit door het tijdig verzenden van een betalingsherinnering (artikel 3:317 BW) of als de schuldenaar de vordering heeft erkend (artikel 3:318 BW).

Uit het financieel overzicht van 25 oktober 2022 blijkt dat de ziektekostenverzekeraar alle openstaande vorderingen ter incasso heeft overgedragen aan zijn incassogemachtigde. Bij deze incassogemachtigde zijn verschillende dossiers in behandeling. Een daarvan is het incassodossier met nummer B1154710 waarin een veroordelend vonnis bij verstek is geweest, waartegen, voor zover de commissie kan overzien, geen verzet is ingesteld, zodat dit vonnis in kracht van gewijsde is gegaan. De vordering waarop (het dictum van) dit vonnis ziet, verjaart pas na verloop van een termijn van 20 jaren vanaf de dag volgende op die waarop het desbetreffende vonnis is geweest. Deze termijn is nog niet verstreken, zodat verzoeker nog altijd is gehouden dit deel van de vordering aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen.

Niet gebleken is dat in de overige incassodossiers ook een of meer vonnis(sen) zijn geweest, zodat hier de algemene verjaringstermijn van 5 jaren geldt. Als productie 14 bij zijn brief van 8 november 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie overzichten doen toekomen van de verschillende geregistreerde contactmomenten, uitgesplitst per incassodossier. Hoewel de betreffende stuitingsbrieven niet zijn overgelegd, zijn de verzending en de ontvangst hiervan door verzoeker niet bestreden.

De commissie concludeert daarom dat de verjaring van de vorderingen in de dossiers met de nummers B1154712, B1154714, B1154736 B1154740 tijdig is gestuit. Aangezien verzoeker geen bewijsstukken heeft overgelegd van betalingen die niet voorkomen in het overzicht van de ziektekostenverzekeraar houdt de commissie dit stuk voor juist, en bepaalt zij de betalingsachterstand over de periode van 28 april 2014 tot en met 12 januari 2017 op € 1.695,35, exclusief incassokosten en rente.

Schadevergoeding

- 7.13. Verzoeker heeft gesteld dat hij, als gevolg van het handelen van de ziektekostenverzekeraar, schade heeft geleden. Deze schade ziet volgens hem op (i) het langdurig geen toegang hebben tot zorg, waardoor hij nu is aangewezen op langdurige zorg, (ii) de boete(s) die het CAK aan hem heeft opgelegd, omdat hij geen zorgverzekering had, (iii) de kosten die samenhangen met het loonbeslag, (iv) zorgkosten die niet zijn vergoed en (v) de deurwaarderskosten die de ziektekostenverzekeraar in rekening heeft gebracht voor het incasseren van de premie over de periode van 30 december 2020 tot 1 maart 2021.
- 7.14. De commissie stelt voorop dat uit artikel 21 van het toepasselijke reglement voortvloeit dat slechts die kosten voor vergoeding in aanmerking komen die in het kader van de klachtbehandeling bij de SKGZ zijn gemaakt, en dan nog slechts de kosten die worden genoemd in artikel 21.2 van het toepasselijke reglement. Van dergelijke, door verzoeker gemaakte - en dus op hem drukkende - kosten is niet gebleken. Zo verzoeker schade heeft geleden zal hij dit aannemelijk moeten maken in een door hem tegen de ziektekostenverzekeraar te entameren civiele procedure ten overstaan van de bevoegde rechter. Schadevergoeding kan niet in de onderhavige procedure ten overstaan van de commissie worden gevorderd, zodat verzoeker in deze vordering niet-ontvankelijk is. Voor het overige geldt dat de commissie eerder heeft overwogen dat de ziektekostenverzekeraar over de periode van 31 december 2020 tot 1 maart 2021 terecht de premie voor de zorgverzekering bij verzoeker in rekening heeft gebracht. De hiermee samenhangende incassokosten zijn dan ook terecht in rekening gebracht, al dan niet met een kleine correctie als hiervoor overwogen aan het slot van nr. 7.7.. Verder stelt de commissie vast dat de ziektekostenverzekeraar zich ter zitting bereid heeft verklaard de boete(s) die door het CAK aan verzoeker zijn opgelegd te vergoeden. Dit op voorwaarde dat verzoeker bewijsstukken overlegt waaruit blijkt dat deze daadwerkelijk aan hem zijn opgelegd en dat hij de boete(s) ook heeft voldaan. De commissie stelt vast dat verzoeker ook na afloop van de hoorzitting onvoldoende heeft aangetoond dat het CAK bij hem boetes heeft opgelegd omdat sprake was van een onverzekerde periode. Evenmin staat vast dat deze boetes daadwerkelijk door verzoeker (al dan niet door middel van loonbeslag) zijn voldaan. Een en ander zal, zo aan de orde, verzoeker in een civiele procedure bij de overheidsrechter moeten vorderen.

Slotsom

- 7.15. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

- 8.1. De commissie beslist dat:

- (i) de ingangsdatum van de zorgverzekering terecht is bepaald op 31 december 2020;
- (ii) de ingangsdatum van de aanvullende ziektekostenverzekering moet worden bepaald op 15 februari 2021;
- (iii) verzoeker met ingang van respectievelijk de onder (i) en (ii) genoemde data aanspraak heeft op dekking krachtens de onder (i) en (ii) genoemde verzekeringen, waar tegenover hij gehouden is vanaf deze data de overeengekomen premie te voldoen. Naar de stand van 25 oktober 2022 resteert na correctie, vanwege de latere ingangsdatum van de aanvullende ziektekostenverzekering, nog een vordering aan de zijde van de ziektekostenverzekeraar van € 212,54, exclusief incassokosten en rente, voor de onder (i) en (ii) genoemde verzekeringen tezamen;
- (iv) de ziektekostenverzekeraar niet gerechtigd was de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker met ingang van 1 maart 2021 te beëindigen. Gelet op het feit dat verzoeker geen herstel van deze verzekeringen vordert hoeft de ziektekostenverzekeraar een en ander niet te corrigeren;

(v) de hoogte van de betalingsachterstand over de periode 28 april 2014 tot en met 12 januari 2017 - die betrekking heeft op een voorgaande verzekering - correct is vastgesteld door de ziektekostenverzekeraar en dat de vordering ter zake, naar de stand van 25 oktober 2022 ten bedrage van € 1.695,35, exclusief incassokosten en rente, niet is verjaard;

(vi) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen;

(vii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 6 september 2023,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

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 ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 217

1. Een overeenkomst komt tot stand door een aanbod en de aanvaarding daarvan.
2. De artikelen 219-225 zijn van toepassing, tenzij iets anders voortvloeit uit het aanbod, uit een andere rechtshandeling of uit een gewoonte.

Burgerlijk Wetboek Boek 3

Artikel 307

1. Een rechtsvordering tot nakoming van een verbintenis uit overeenkomst tot een geven of een doen verjaart door verloop van vijf jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waarop de vordering opeisbaar is geworden.
2. In geval van een verbintenis tot nakoming na onbepaalde tijd loopt de in lid 1 bedoelde termijn pas van de aanvang van de dag, volgende op die waartegen de schuldeiser heeft medegedeeld tot opeising over te gaan, en verjaart de in lid 1 bedoelde rechtsvordering in elk geval door verloop van twintig jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waartegen de opeising, zonodig na opzegging door de schuldeiser, op zijn vroegst mogelijk was.

Artikel 316

1. De verjaring van een rechtsvordering wordt gestuit door het instellen van een eis, alsmede door iedere andere daad van rechtsvervolgning van de zijde van de gerechtigde, die in de vereiste vorm geschiedt.
2. Leidt een ingestelde eis niet tot toewijzing, dan is de verjaring slechts gestuit, indien binnen zes maanden, nadat het geding door het in kracht van gewijsde gaan van een uitspraak of op andere wijze is geëindigd, een nieuwe eis wordt ingesteld en deze alsnog tot toewijzing leidt. Wordt een daad van rechtsvervolgning ingetrokken, dan stuit zij de verjaring niet.
3. De verjaring van een rechtsvordering wordt ook gestuit door een handeling, strekkende tot verkrijging van een bindend advies, mits van die handeling met bekwame spoed mededeling wordt gedaan aan de wederpartij en zij tot verkrijging van een bindend advies leidt. Is dit laatste niet het geval, dan is het vorige lid van overeenkomstige toepassing.
4. De verjaring van een rechtsvordering wordt ook gestuit door een ingestelde eis die niet tot toewijzing leidt, indien:
 - a) het scheidsgerecht zich onbevoegd heeft verklaard op grond van artikel 1052, vijfde lid, van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering en die uitspraak in kracht van gewijsde is gegaan; of
 - b) de rechter zich onbevoegd heeft verklaard op grond van artikel 1022, eerste lid, 1067 of 1074d van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering en die uitspraak in kracht van gewijsde is gegaan.

Artikel 317

1. De verjaring van een rechtsvordering tot nakoming van een verbintenis wordt gestuit door een schriftelijke aanmaning of door een schriftelijke mededeling waarin de schuldeiser zich ondubbelzinnig zijn recht op nakoming voorbehoudt.
2. De verjaring van andere rechtsvorderingen wordt gestuit door een schriftelijke aanmaning, indien deze binnen zes maanden wordt gevolgd door een stuitingshandeling als in het vorige artikel omschreven.

Artikel 318

Erkenning van het recht tot welks bescherming een rechtsvordering dient, stuit de verjaring van de rechtsvordering tegen hem die het recht erkent.

Artikel 324

- 1.** De bevoegdheid tot tenuitvoerlegging van een rechterlijke of arbitrale uitspraak verjaart door verloop van twintig jaren na de aanvang van de dag, volgende op die van de uitspraak, of, indien voor tenuitvoerlegging daarvan vereisten zijn gesteld waarvan de vervulling niet afhankelijk is van de wil van degene die de uitspraak heeft verkregen, na de aanvang van de dag, volgende op die waarop deze vereisten zijn vervuld.
- 2.** Wordt vóórdát de verjaring is voltooid, door een der partijen ter aantasting van de ten uitvoer te leggen veroordeling een rechtsmiddel of een eis ingesteld, dan begint de termijn eerst met de aanvang van de dag, volgende op die waarop het geding daarover is geëindigd.
- 3.** De verjaringstermijn bedraagt vijf jaren voor wat betreft hetgeen ingevolge de uitspraak bij het jaar of kortere termijn moet worden betaald.
- 4.** Voor wat betreft renten, boeten, dwangsommen en andere bijkomende veroordelingen, treedt de verjaring, behoudens stuiting of verlenging, niet later in dan de verjaring van de bevoegdheid tot tenuitvoerlegging van de hoofdveroordeling.

Zorgverzekeringswet

Artikel 2

1. Degene die ingevolge de Wet langdurige zorg en de daarop gebaseerde regelgeving van rechtswege verzekerd is, is verplicht zich krachtens een zorgverzekering te verzekeren of te laten verzekeren tegen het in artikel 10 bedoelde risico.
2. In afwijking van het eerste lid is niet verzekeringsplichtig:
 - a. de militaire ambtenaar in werkelijke dienst als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel a juncto onderdeel b, van de Wet ambtenaren defensie, alsmede de militair aan wie buitengewoon verlof met behoud van militaire inkomsten is verleend;
 - b. de natuurlijke persoon die op grond van artikel 64, eerste lid, van de Wet financiering sociale verzekeringen is ontheven van de verplichtingen, opgelegd op grond van de Wet langdurige zorg.
3. Degene die het gezag over een minderjarige, jonger dan achttien jaar, uitoefent, een curator, een bewindvoerder of een mentor als bedoeld in de titels 16, 19 of 20 van Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek, zorgt ervoor dat de minderjarige verzekeringsplichtige, dan wel de onder curatele, bewind of mentorschap gestelde verzekeringsplichtige krachtens een zorgverzekering verzekerd is.

Artikel 5

1. De zorgverzekering gaat in op de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek, bedoeld in artikel 3, eerste lid, en, indien het tweede of vijfde lid van dat artikel van toepassing is, de aanduiding van de variant waar de verzekeringnemer voor kiest, heeft ontvangen.
2. Indien de zorgverzekeraar op basis van het in het eerste lid bedoelde verzoek niet vast kan stellen of hij verplicht is voor de te verzekeren persoon een zorgverzekering te sluiten, en hij de persoon die de verzekering wenst te sluiten in verband daarmee uitnodigt de voor deze vaststelling noodzakelijke gegevens te verschaffen, gaat de zorgverzekering, in afwijking van het eerste lid, in op de dag waarop laatstbedoelde persoon aan dit verzoek heeft voldaan.
3. De zorgverzekeraar verstrekt degene die het verzoek, bedoeld in het eerste lid, doet en, indien dit een ander is dan degene ten behoeve van wiens verzekering het verzoek is gedaan, laatstbedoelde persoon onverwijld:
 - a. een bewijs van het verzoek, bedoeld in het eerste lid, waarop de datum van ontvangst is vermeld;
 - b. een bewijs van de ontvangst van gegevens, bedoeld in het tweede lid, waarop de datum van de ontvangst is vermeld.
4. Indien degene ten behoeve van wie de zorgverzekering wordt gesloten op de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek, bedoeld in het eerste lid, ontvangt reeds op grond van een zorgverzekering verzekerd is, en de verzekeringnemer aangeeft de zorgverzekering te willen laten ingaan op een door hem aangegeven, latere dag dan de dag, bedoeld in het eerste of tweede lid, gaat de verzekering op die latere dag in.
5. De zorgverzekering werkt, zonodig in afwijking van artikel 925, eerste lid, van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, terug:
 - a. indien zij ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, tot en met de dag waarop die plicht ontstond;
 - b. indien zij ingaat binnen een maand nadat een eerdere zorgverzekering met ingang van

1 januari van een kalenderjaar of wegens wijziging van de voorwaarden met toepassing van artikel 940, vierde lid, van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek is geëindigd door opzegging, tot en met de dag na die waarop de eerdere zorgverzekering is geëindigd.

6. Bij ministeriële regeling kunnen nadere regels worden gesteld over de vaststelling, bedoeld in het tweede lid, en over het verkrijgen van de gegevens die noodzakelijk zijn voor deze vaststelling.

Artikel 6

1. De zorgverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag volgende op de dag waarop:
 - a. de verzekeraar ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden;
 - b. de verzekerde ten gevolge van wijziging van het werkgebied buiten het werkgebied van de zorgverzekeraar komt te wonen;
 - c. de verzekerde overlijdt;
 - d. de verzekeringsplicht van de verzekerde eindigt.
2. De zorgverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de eerste dag van de tweede maand volgende op de dag waarop de verzekerde, zonder dat zijn verzekeringsplicht eindigt, ten gevolge van verhuizing komt te wonen buiten een provincie waarin zijn zorgverzekeraar de ten behoeve van hem gesloten variant van de zorgverzekering aanbiedt of uitvoert.
3. De zorgverzekeraar stelt de verzekeringnemer uiterlijk twee maanden voordat een zorgverzekering op grond van het eerste lid, onderdeel a of b, eindigt, van dit einde op de hoogte, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt.
4. De verzekeringnemer stelt de zorgverzekeraar uit eigen beweging of op diens verzoek onverwijld op de hoogte van alle feiten en omstandigheden over de verzekerde die op grond van het eerste lid, onderdeel c of d, dan wel het tweede lid tot het einde van de zorgverzekering hebben geleid of kunnen leiden.
5. De Sociale verzekeringsbank gaat op basis van vergelijking van bij ministeriële regeling aan te wijzen bestanden na voor welke personen in weerwil van het ontbreken van hun verzekeringsplicht een zorgverzekering wordt uitgevoerd en informeert hun zorgverzekeraar daarover.
6. Indien de zorgverzekeraar op grond van de in het vierde of vijfde lid bedoelde gegevens tot de conclusie komt dat de zorgverzekering zal eindigen of geëindigd is, deelt hij dit, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt of geëindigd is, onverwijld aan de verzekeringnemer mede.
7. Bij ministeriële regeling kunnen nadere regels worden gesteld over de feiten en omstandigheden, bedoeld in het vierde lid, over de wijze waarop de zorgverzekeraar van die feiten en omstandigheden kennisneemt alsmede over de wijze waarop de zorgverzekeraar tot de conclusie, bedoeld in het zesde lid komt.

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.

Let op

'Verzekeringsduur' is niet hetzelfde als 'kalenderjaar'. De verzekeringsduur kan uit vele kalenderjaren bestaan.

A4 Terugwerkende kracht

- Als uw Basisverzekering is afgesloten binnen 4 maanden nadat u verzekeringsplichtig bent geworden, werkt die Basisverzekering terug tot en met de dag waarop de verzekeringsplicht ontstond.
- Als uw Basisverzekering is afgesloten binnen een maand nadat een eerdere Basisverzekering door u is opgezegd, werkt die Basisverzekering terug tot en met de dag waarop de eerdere Basisverzekering is geëindigd.

A5 Hoe kunt u de verzekering wijzigen?

Als u verzekeringnemer bent, kunt u uw verzekering wijzigen per 1 januari van ieder jaar. U kunt uw vrijwillig eigen risico wijzigen of een andere aanvullende verzekering of tandartsverzekering kiezen. De zorgverzekeraar moet uw verzoek dan op zijn laatst op 31 december ontvangen hebben. U kunt deze wijzigingen online doorvoeren via Mijn zorgoverzicht op www.zorgverzekeringhema.nl. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 41 14.

A6 Hoe kunt u de verzekering opzeggen?

Alleen de verzekeringnemer kan een verzekering opzeggen. Opzeggen kan met een brief. Geef bij opzegging duidelijk aan welke verzekering u precies wilt opzeggen: uw Basisverzekering, uw aanvullende verzekering of uw tandartsverzekering. Wilt u ook duidelijk aangeven voor welke verzekerden de opzegging geldt?

A7 Wanneer kunt u opzeggen?

Als u verzekeringnemer bent, kunt u:

- altijd opzeggen per 1 januari. de zorgverzekeraar moet uw opzegging dan op zijn laatst op 31 december ontvangen hebben. Verzekeraars hebben een overstapservice in het leven geroepen. Deze houdt in dat als u uiterlijk 31 december een zorgverzekering sluit voor het daaropvolgende kalenderjaar, de nieuwe zorgverzekeraar namens u bij de zorgverzekeraar de zorgverzekering, en als u dat aangeeft ook de aanvullende verzekering en tandartsverzekering, opzegt,
- tussentijds de verzekering van een andere verzekerde opzeggen als die verzekerde ergens anders een Basisverzekering heeft gesloten. De opzegging gaat in op de dag waarop de verzekerde krachtens een andere Basisverzekering verzekerd wordt. De opzegging moet dan wel vóór die dag ontvangen zijn door de zorgverzekeraar. Als de opzegging later is ontvangen, gaat de opzegging in op de 1e dag van de 2e kalendermaand volgende op de dag waarop is opgezegd,
- uw verzekering ook opzeggen als de zorgverzekeraar de verzekeringsvoorwaarden verandert en de nieuwe verzekeringsvoorwaarden voor u nadelig zijn. de zorgverzekeraar moet uw opzegging dan op zijn laatst één maand nadat de wijziging u is meegedeeld, ontvangen hebben. De opzegging gaat dan in op de dag dat de wijziging ingaat. U kunt de verzekering niet opzeggen als de zorgverzekeraar wettelijk verplicht is de verzekeringsvoorwaarden te wijzigen,
- de Basisverzekering niet opzeggen als u de premie niet heeft betaald en u daarvoor bent aangemaand, tenzij de zorgverzekeraar de dekking van de verzekering heeft geschorst of de opzegging binnen 2 weken heeft bevestigd,

- de Basisverzekering de eerste 12 maanden waarover deze loopt niet opzeggen als u door het CAK als verzekerde bij de zorgverzekeraar bent aangemeld. Als u kunt aantonen dat u in de periode bedoeld in artikel 9d, 1e lid Zorgverzekeringswet, al een Basisverzekering had gesloten, kunt u de Basisverzekering bij de zorgverzekeraar vernietigen. Dit moet u dan doen binnen 2 weken nadat het CAK u heeft gemeld dat zij u bij de zorgverzekeraar heeft verzekerd.

Voorbeelden

1. Uw dochter gaat uit huis en wil zichzelf verzekeren. U kunt dan als verzekeringnemer de verzekering van uw dochter opzeggen per de datum dat zij een eigen verzekering heeft gesloten.
2. Wegens echtscheiding wensen u en uw ex-partner beiden een eigen verzekering. U kunt dan als verzekeringnemer de verzekering van de verzekerde (ex-partner) opzeggen. Dit kan zodra hij of zij een eigen verzekering heeft gesloten.
3. U bent individueel verzekerd. Op 1 mei treedt u in dienst bij een andere werkgever. U wilt toetreden tot de collectiviteit van uw nieuwe werkgever. Dat kan niet per 1 mei, maar wel per 1 januari aanstaande.

A8 Kan de zorgverzekeraar de verzekering beëindigen?

De de zorgverzekeraar kan de verzekering beëindigen als:

- de premie niet is betaald, zie artikel A13,
- u informatie heeft achtergehouden of verkeerde informatie heeft gegeven, zie artikel A22,
- u zich tegenover de de zorgverzekeraar of haar personeel heeft misdragen,
- de de zorgverzekeraar de verzekering uit de markt neemt en niet langer aanbiedt.

Als het CAK voor u bij de de zorgverzekeraar een verzekeringsovereenkomst heeft gesloten, maar achteraf blijkt dat u op dat moment niet verzekeringsplichtig was, kan de de zorgverzekeraar de verzekeringsovereenkomst vernietigen.

A9 Wanneer eindigt de Basisverzekering vanzelf?

Uw Basisverzekering eindigt vanzelf op de dag nadat:

- uw verzekeringsplicht eindigt,
- u komt te overlijden,
- de zorgverzekeraar het werkgebied wijzigt en u buiten dat gebied woont,
- de zorgverzekeraar geen Basisverzekeringen meer mag aanbieden.

A10 Bedenktijd

Nadat u een verzekering bij de zorgverzekeraar heeft afgesloten, kunt u deze verzekering nog 14 dagen na ontvangst van de zorgpolis zonder reden ontbinden. U hoeft dan geen premie of kosten te betalen en krijgt ook geen kosten vergoed. Ontbinden gaat op dezelfde manier als opzeggen (zie artikel A6).

A11 Informatieplicht

U bent verplicht de zorgverzekeraar schriftelijk en binnen 30 dagen te informeren als:

- u verhuist,

- Als de behandeling wordt bekostigd door middel van een DBC-zorgproduct (Diagnose Behandel Combinatie), dan is de openingsdatum van het DBC-zorgproduct bepalend voor vergoeding. Voor een DBC-zorgproduct dat is geopend in 2021 en gesloten in 2022, krijgt u dus de vergoeding die hoort bij 2021.
- U verleent de zorgverzekeraar volmacht te veel betaalde vergoeding terug te vorderen.
- Als u de zorgverzekeraar bezoekt of belt en de zorgverzekeraar doet u een mondelinge toezegging, dan kunt u de zorgverzekeraar vragen die toezegging schriftelijk te bevestigen. Een mondelinge toezegging wordt zonder schriftelijke bevestiging geacht niet te zijn gedaan.
- Op de verzekering is Nederlands recht van toepassing.

algemene voorwaarden HEMA Aanvullende verzekering en HEMA Tandartsverzekering

Algemeen

De artikelen A24 t/m A32 zijn alleen van toepassing op de HEMA Aanvullende verzekering en de HEMA Tandartsverzekering.

A24 Opzeggen

Als u verzekeringnemer bent en de Basisverzekering opzegt, kunt u uw aanvullende verzekering en tandartsverzekering bij de zorgverzekeraar laten doorlopen of per dezelfde datum opzeggen. U kunt uw aanvullende verzekering en tandartsverzekering opzeggen als u op grond van de Wlz bent opgenomen in een instelling en uw tandheelkundige hulp uit de Wlz wordt vergoed. U moet deze opzegging dan binnen 30 dagen na opname aan de zorgverzekeraar doorgeven.

A25 Kan de zorgverzekeraar de verzekering beëindigen?

De zorgverzekeraar kan de aanvullende verzekering en de tandartsverzekering beëindigen als:

- u in een ander land dan Nederland gaat wonen, of
- u langer dan 12 maanden in een ander land dan Nederland verblijft, of
- de zorgverzekeraar de betrokken aanvullende verzekering of tandartsverzekering uit de markt neemt en niet langer aanbiedt.

A26 Wijziging

Als u verzekeringnemer bent en u wijzigt uw aanvullende of tandartsverzekering aansluitend voor een andere aanvullende of tandartsverzekering van de zorgverzekeraar, dan onderbreekt dat de verzekeringsduur niet. Ook niet als deze wijziging komt doordat u of andere op de zorgpolis genoemde verzekerden gaan deelnemen aan een collectieve verzekering of de deelname daaraan eindigt. Of na schorsing van de dekking wegens wanbetaling. Een bestaande termijn voor een vergoeding gaat dan niet opnieuw in. De verzekeringsduur wordt wel onderbroken als u de aanvullende en tandartsverzekering beëindigt en u niet aansluitend weer een aanvullende of tandartsverzekering van de zorgverzekeraar afsluit.

A27 Premie

- Menzis N.V. heeft Menzis Zorgverzekeraar N.V. gemachtigd om de premie voor de aanvullende verzekeringen en tandartsverzekeringen te incasseren en eventuele andere vorderingen (zoals eigen bijdragen) voor haar te innen. Zelfs als daarvoor een deurwaarder wordt ingeschakeld of een procedure wordt aangespannen.
- de zorgverzekeraar kan een eigen bijdrage in rekening brengen bij de verzekeringnemer of de

verzekerde om wie het gaat.

- Voor de aanvullende verzekering van een verzekerde tot 18 jaar, hoeft geen premie te worden betaald. Dit geldt alleen als die verzekerde op een polis staat waar een verzekerde wél premie betaald voor deze verzekering of een duurdere verzekering.

A28 Voor uw kind

De zorgverzekeraar accepteert u zonder medische selectie voor de aanvullende verzekeringen en tandartsverzekeringen. Voor een kind tot 18 jaar kan een aanvullende verzekering met een uitgebreidere dekking worden aangevraagd dan die van 1 van de verzekerden van 18 jaar of ouder die op de zorgpolis staan vermeld. Voor het kind wordt dan een volwassenpremie in rekening gebracht.

A29 Samenloop

De aanvullende verzekering en tandartsverzekering bieden geen dekking voor kosten of schade die al op basis van een andere verzekering - al dan niet van latere datum - of een wet, een verdrag, een overeenkomst of andersoortige voorziening vergoed worden.

De aanvullende verzekering en tandartsverzekering bieden ook geen dekking voor kosten of schade die al op basis van een andere verzekering, al dan niet van latere datum, of een wet, een verdrag, een overeenkomst of andersoortige voorziening vergoed zouden worden als u de aanvullende verzekering of tandartsverzekering niet zou hebben afgesloten.

Als u een beroep doet op de aanvullende verzekering of tandartsverzekering, terwijl u ook op een andere verzekering of voorziening, bijvoorbeeld een reisverzekering, een beroep zou kunnen doen, dan moet u de zorgverzekeraar over die andere verzekering of voorziening informeren.

A30 Terrorisme

Wanneer er sprake is van terroristisch handelen, geldt voor de aanvullende verzekering en tandartsverzekering het volgende: u heeft geen recht op zorg of vergoeding van kosten als deze het gevolg zijn van terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen om het gevaar van terrorisme of kwaadwillige besmetting af te wenden. Dit is anders als deze kosten zijn herverzekerd bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. Het Clausuleblad Terrorismedekking maakt deel uit van de verzekering en is te raadplegen via www.zorgverzekeringhema.nl of terrorisमेverzekerd.nl en wordt op verzoek toegezonden.

A31 Atoomkernreacties

Zorg of vergoeding van de kosten van zorg die het gevolg zijn van atoomkernreacties zijn niet verzekerd voor de aanvullende verzekering en tandartsverzekering. Onder atoomkernreacties valt iedere kernreactie waarbij energie vrijkomt, zoals kernfusie, kernsplitsing, kunstmatige en natuurlijke radioactiviteit.

A32 Afwijzing aanvraag

De zorgverzekeraar kan een verzoek tot het aangaan van een aanvullende verzekering of tandartsverzekering onder andere weigeren als:

- u nog premie moet betalen voor een andere verzekering van de zorgverzekeraar,
- u zich schuldig heeft gemaakt aan (verzekerings)fraude.