



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Premie, aanmelding bij het CAK, hoogte betalingsachterstand, voorstel finale kwijting, eigen risico, veronderstelde foutieve zorgnota, onderzoeksplicht zorgverzekeraar, wijzigen communicatievoorkeur

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018 en 2019, artt. 10, 11, 13 en 18a-18d Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 7.2 en 7.3 Rzv, artt. 6:83 en 6:116 BW

Zaaknummer : 201901111
Zittingsdatum : 15 april 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 17 oktober 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. Hij heeft zijn verzoek uitgebreid in een e-mailbericht van 8 december 2019.
- 2.2. De zorgverzekeraar heeft in de brief van 31 januari 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 6 februari 2020 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker heeft op 8 februari 2020 meegedeeld dat hij hiervan om hem moverende redenen geen gebruik wil maken. Hij heeft wel een schriftelijke toelichting gegeven. Een kopie van voornoemde toelichting is aan de zorgverzekeraar gestuurd. Hij is hierbij in de gelegenheid gesteld op dit stuk te reageren, tijdens de hoorzitting dan wel schriftelijk. De zorgverzekeraar heeft op 21 februari 2020 doorgegeven dat hij telefonisch wil worden gehoord. Aangezien de zorgverzekeraar wel wilde worden gehoord, heeft de commissie verzoeker bij brief van 2 maart 2020 hierover geïnformeerd. Verzoeker heeft op 3 maart 2020 telefonisch aan de commissie meegedeeld dat hij om die reden ook telefonisch wil worden gehoord. De zorgverzekeraar is hierover bij brief van 3 maart 2020 geïnformeerd.
- 2.4. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 15 april 2020 gehoord.
- 2.5. Tijdens de hoorzitting is afgesproken dat de zorgverzekeraar aan verzoeker een vaste contactpersoon toewijst en hem het telefoonnummer van deze contactpersoon stuurt. Ook stuurt de zorgverzekeraar het e-mailadres waarnaar verzoeker de aanvullende informatie kan zenden over de bestreden zorgnota. Daarnaast zal de zorgverzekeraar in overleg treden met verzoeker om te zoeken naar een structurele oplossing voor de betalingsachterstand. De zorgverzekeraar zal de commissie binnen vier weken na de hoorzitting informeren over de uitkomst hiervan. De zorgverzekeraar heeft - na een herinnering daartoe - op 5 juni 2020 zijn reactie aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is op 8 juni 2020 aan verzoeker gestuurd, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Verzoeker heeft geen gebruik gemaakt van de hem geboden mogelijkheid.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2018 en 2019 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Verzoeker heeft een betalingsachterstand bij de zorgverzekeraar. Er lopen twee dossiers bij zijn incassogemachtigde. In één van deze dossiers heeft de rechter vonnis gewezen.
- 3.3. De zorgverzekeraar heeft op 8 maart 2019 een bedrag van € 385,- in rekening gebracht bij verzoeker in verband met het eigen risico 2019.
- 3.4. De zorgverzekeraar heeft op 28 juni 2018 de postvoorkeur van verzoeker ongevraagd omgezet van 'post' naar 'digitaal'.
- 3.5. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar tweemaal een klacht ingediend. De zorgverzekeraar heeft in mei 2019 tweemaal per e-mail gereageerd op de door verzoeker ingediende klachten. De zorgverzekeraar heeft toen aan verzoeker meegedeeld dat hij niet terugkomt op zijn eerdere beslissingen en dat hij verzoeker ook niet tegemoet komt op de andere punten.

4. Geschil


- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd, na aanvulling van zijn verzoek, te beslissen dat:
- (i) de zorgverzekeraar hem te laat als wanbetaler heeft aangemeld bij het CAK;
 - (ii) de zorgverzekeraar de door de zorgaanbieder gedeclareerde zorgnota op juistheid moet onderzoeken;
 - (iii) de zorgverzekeraar onzorgvuldig heeft gehandeld door zijn communicatievoorkeur ongevraagd te wijzigen van 'post' naar 'digitaal';
 - (iv) de zorgverzekeraar zijn voorstel voor een betalingsregeling tegen finale kwijting moet accepteren;
 - (v) de zorgverzekeraar hem financiële compensatie moet bieden voor de gang van zaken.
- 4.2. De zorgverzekeraar 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. Dit blijkt uit artikel 10 van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over de verschuldigdheid van premie, de gevolgen van het niet betalen van de premie, en de aanmelding bij het CAK zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en artikelen uit het Burgerlijk Wetboek (BW) opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 6.2. Verzoeker voert aan dat hij problemen heeft met de betaling van de premie voor de zorgverzekering. Er lopen nu twee dossiers bij de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar. In één van deze dossiers heeft de rechter vonnis gewezen. Verzoeker heeft voor de betaling in beide dossiers één betalingsregeling getroffen met de incassogemachtigde.



Verzoeker is autistisch en heeft daarom moeite het overzicht te bewaren. Doordat hij een aanvullende verzekering heeft bij een andere verzekeraar, is hem niet altijd duidelijk (geweest) dat hij de premie voor de zorgverzekering niet had betaald. Hij heeft overigens geruime tijd geen rekeningen of betalingsherinneringen gehad van de zorgverzekeraar. Ook heeft de zorgverzekeraar vorderingen overgedragen aan het incassobureau, zonder dat hij verzoeker hierover heeft geïnformeerd. Verzoeker stelt dat de zorgverzekeraar op dit punt nalatig is geweest.

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 6.3. Tijdens een telefoongesprek is verzoeker gebleken dat de zorgverzekeraar zijn postvoorkeur van 'post' naar 'digitaal' had gewijzigd. Hiervoor had hij echter geen toestemming gegeven. Verzoeker heeft hierdoor veel post gemist. Hij stelt dat om die reden alle gevorderde bedragen, vanaf het moment van voornoemde wijziging, moeten worden kwijtgescholden.
- 6.4. Daarnaast is de zorgverzekeraar volgens verzoeker nalatig geweest, doordat hij hem veel te laat als wanbetaler heeft aangemeld bij het CAK. Verzoeker had al geruime tijd een achterstand met de premiebetaling. Als hij tijdig was aangemeld, zou de premieschuld niet zo hoog zijn opgelopen. De zorgverzekeraar heeft hierdoor ook een aandeel in het ontstaan van deze schuld, aldus verzoeker. Pas nadat verzoeker de premiebetaling had hervat, heeft de zorgverzekeraar hem alsnog bij het CAK aangemeld als wanbetaler.
- 6.5. In reactie op het financieel overzicht van de zorgverzekeraar van 29 januari 2020 heeft verzoeker opgemerkt dat hij een en ander niet kan controleren, omdat hij geen toegang heeft tot al zijn bankafschriften. Hij kan hierdoor niet zeggen of het overzicht correct is. Hij vermoedt dat de bedragen wel kloppen, maar dat de zorgverzekeraar "*creatief*" is geweest met het toerekenen ervan.
- 6.6. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar het aanbod gedaan om een deel (€ 1.728,-) van zijn schuld te betalen tegen finale kwijting. De zorgverzekeraar wil dit aanbod echter niet in behandeling nemen en verwijst hem naar de schuldhulpverlening. Schuldhulpverleners willen verzoeker echter niet helpen, omdat hij zzp-er is. Verzoeker merkt hierbij op dat andere schuldeisers, zoals banken, zijn voorstel wél hebben geaccepteerd.
- 6.7. Daarnaast is door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder een nota rechtstreeks gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar heeft deze nota (deels) vergoed aan de zorgaanbieder. Een deel van de kosten is ten laste gebracht van het nog openstaande eigen risico 2018 van verzoeker en bij hem in rekening gebracht. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar doorgegeven dat hij het gedeclareerde bedrag veel te hoog vindt voor de zorg die is verleend, en dat hij vermoedt dat sprake is van fraude. De zorgverzekeraar weigert echter om de juistheid van de nota te onderzoeken. Op advies van de zorgverzekeraar heeft verzoeker een klacht ingediend bij de zorgaanbieder, maar deze weigert hem een transparante uitleg te geven.
- 6.8. Verzoeker vordert tot slot een aanzienlijke vermindering van het totale openstaande bedrag als financiële compensatie voor de 'grove nalatigheid' bij het innen van openstaande facturen en de wijze van communiceren.
- 6.9. De zorgverzekeraar licht toe dat er twee dossiers van verzoeker lopen bij het incassobureau. Deze dossiers betreffen onder meer premiebedragen. Eén van de dossiers heeft geresulteerd in een rechterlijk vonnis. Verzoeker was ook aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut (nu het CAK). Verzoeker heeft op enig moment een betalingsregeling afgesproken met het incassobureau. Deze regeling houdt in dat iedere maand tijdig een bepaald bedrag moet worden betaald aan het incassobureau, en dat daarnaast tijdig de opkomende premie aan de zorgverzekeraar moet worden voldaan. Gezien deze betalingsregeling is de aanmelding bij het CAK met ingang van 1 oktober 2016 opgeschort. Gedurende deze opschorting heeft verzoeker zijn premie echter niet betaald aan de zorgverzekeraar. In april 2019 heeft de zorgverzekeraar dit vastgesteld. Verzoeker is hierover toen geïnformeerd. Omdat een reactie van verzoeker uitbleef, is de opschorting vanaf 1 mei 2019 beëindigd. Nadat een nieuwe betalingsregeling was overeengekomen, is de aanmelding bij het CAK vanaf 1 juni 2019 weer opgeschort.

- 6.10. De zorgverzekeraar heeft op 31 januari 2020 aan de commissie een nieuw financieel overzicht gezonden. Hieruit blijkt dat op dat moment nog een bedrag van € 4.859,14 open stond. De zorgverzekeraar merkt op dat als een dossier openstaat bij het incassobureau, betrokkene van de facturen waarvan de vervaldatum is verstreken géén betalingsherinnering meer ontvangt. Deze vorderingen worden direct toegevoegd aan het reeds lopende, externe dossier. Verzoeker is ervan op de hoogte dat de maandelijkse premie voor de zorgverzekering tijdig moet worden betaald.
- 6.11. Ten aanzien van de communicatievoorkeur van verzoeker merkt de zorgverzekeraar het volgende op. Verzoeker heeft zijn postvoorkeur op 15 januari 2014 gewijzigd en op digitale post gezet. Hierbij heeft hij zijn e-mailadres vermeld. Vervolgens heeft verzoeker dit op 6 maart 2017 weer gewijzigd naar 'normale' post. De zorgverzekeraar heeft verzoeker op 28 juni 2018 via een "*Bulk-mutatie*" op 'digitaal' gezet. Verzoeker is hierover per e-mail geïnformeerd. De zorgverzekeraar acht het onwaarschijnlijk dat verzoeker de digitale berichten niet heeft ontvangen. Hij heeft het e-mailadres immers zelf vermeld in 'MijnVGZ' en hij mailt ook af en toe vanaf het betreffende e-mailadres. Verzoeker is vanaf 16 april 2019 (op zijn verzoek) weer terug gezet op 'normale' post. De zorgverzekeraar wijst erop dat verzoeker reeds vanaf 2016 de maandpremies niet heeft voldaan. Daarom bestrijdt de zorgverzekeraar de stelling van verzoeker dat veel van zijn problemen zijn ontstaan, omdat hij de berichten niet (tijdig) heeft ontvangen.
- 6.12. Ten aanzien van het voorstel tot finale kwijting van verzoeker van 26 november 2019 merkt de zorgverzekeraar het volgende op. De zorgverzekeraar nam tot voor kort een voorstel tegen finale kwijting alleen in behandeling als de desbetreffende schuldhulpverlener is aangesloten bij de NVVK. Deze regel is inmiddels enigszins versoepeld. Het is voor de zorgverzekeraar nu ook voldoende als de schuldhulpverlener de aanvraag indient volgens de regels van de NVVK. De door verzoeker aangevoerde redenen om geen gebruik te maken van schuldhulpverleners zoals 'wachtrijen', voorwaarden, regels en zo meer, zijn niet valide. Schuldhulpverleners vragen in eerste instantie vaak een stabilisatieovereenkomst aan. Op dat moment kan een periode tot acht maanden in acht worden genomen om een schuldregeling op te starten en met een voorstel te komen. In die periode worden ten aanzien van de achterstanden die in deze overeenkomst zijn opgenomen de incassomaatregelen gestaakt.
- 6.13. De zorgverzekeraar gaat niet in op het verzoek om financiële compensatie, omdat hiervoor geen grond is. De fout die verzoeker benoemt (het onrechtmatig aanmelden bij het CAK) is door de zorgverzekeraar immers met terugwerkende kracht gecorrigeerd. Dit heeft voor verzoeker geen financiële schade opgeleverd. Daarnaast is in artikel 1.11 van de zorgverzekering de mogelijkheid van een schadevergoeding uitgesloten.
- 6.14. De commissie stelt voorop dat zij niet bevoegd is te oordelen over de juistheid van de door de zorgaanbieder ingediende declaratie. Aangezien de zorgaanbieder rechtstreeks bij de zorgverzekeraar heeft gedeclareerd, heeft verzoeker niet vooraf inzage gehad in de nota en heeft hij niet de mogelijkheid gehad betaling te weigeren. De financiële consequenties komen - in de vorm van het eigen risico - echter wel gedeeltelijk voor zijn rekening. De vraag die ter beantwoording voorligt, is derhalve of de zorgverzekeraar betaling van de nota had moeten weigeren dan wel bij de zorgaanbieder had moeten aandringen op correctie. Tussen partijen is niet in geschil dat zorg is verleend door de zorgaanbieder. De zorgverzekeraar heeft de hieraan verbonden kosten rechtstreeks vergoed aan de niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De zorgverzekeraar mag dit op grond van artikel 6:30 BW en artikel 1.7 van de zorgverzekering doen. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar meegedeeld dat hij van mening is dat het notabedrag te hoog is en heeft de zorgverzekeraar gevraagd hier onderzoek naar te doen. De zorgverzekeraar heeft dit geweigerd.

- 6.15. De zorgverzekeraar heeft ter zitting toegelicht dat hij verzoeker eerder om aanvullende informatie heeft gevraagd over de ter discussie staande nota. Pas uit de reactie van verzoeker van 8 februari 2020 is de zorgverzekeraar duidelijk geworden dat verzoeker een klacht had ingediend bij de zorgaanbieder, en dat deze de klacht had afgewezen. Verzoeker heeft hiertegen aangevoerd dat het lastig is informatie digitaal aan de zorgverzekeraar te sturen. Ter zitting is afgesproken dat verzoeker de gevraagde informatie kan sturen aan een e-mailadres dat de zorgverzekeraar hem zal zenden. Daarna zal de zorgverzekeraar het verzoek in behandeling nemen.
- De commissie concludeert dat de zorgverzekeraar destijds heeft meegedeeld dat verzoeker eerst een klacht moest indienen bij de zorgaanbieder. Als hij er niet uitkwam met de zorgaanbieder, kon hij de zorgverzekeraar hierover informeren, waarna deze het verzoek in behandeling zou nemen. Ter zitting is gebleken dat verzoeker het antwoord van de zorgaanbieder op zijn klacht niet had doorgestuurd naar de zorgverzekeraar. Het kan de zorgverzekeraar daarom niet worden verweten dat hij niet eerder een verzoek daartoe in behandeling heeft genomen.
- Op 5 juni 2020 heeft de zorgverzekeraar aan de commissie meegedeeld dat de melding inmiddels is opgepakt door de afdeling Zorginkoop. De commissie stelt vast dat het op de weg van de zorgverzekeraar ligt verzoeker over de uitkomsten van het onderzoek door de afdeling Zorginkoop te informeren.
- 6.16. Ten aanzien van de door de zorgverzekeraar gewijzigde postvoorkeur merkt de commissie op dat het niet zorgvuldig is hier zonder een verzoek daartoe over te gaan. Wat hierbij eveneens wringt, is dat de zorgverzekeraar verzoeker over deze wijziging per e-mail heeft geïnformeerd, terwijl bij hem bekend was dat verzoeker per post wilde communiceren. Dat de zorgverzekeraar de volledige verantwoordelijkheid bij verzoeker legt, acht de commissie onbehoorlijk. Het is immers een actie van de zorgverzekeraar geweest. De commissie oordeelt dat verzoeker terecht heeft gesteld dat deze wijziging via het oude medium, dus per post, had moeten worden doorgegeven.
- 6.17. Vervolgens moet de vraag worden beantwoord welke consequenties hieraan zijn te verbinden. De wet of de polisvoorwaarden verbinden aan het voorgaande geen gevolgen. Verzoeker heeft gevorderd dat hij vanaf het moment van de wijziging geen premie meer is verschuldigd, omdat hij de facturen niet heeft ontvangen. De commissie kan hierin niet meegaan. Verzoeker wist dan wel behoorde te weten dat hij iedere maand premie is verschuldigd voor de zorgverzekering. Hij was ook op de hoogte van het bedrag dat hij maandelijks is verschuldigd en de betalingstermijn. Dit staat immers vermeld op het polisblad. Ook bij het uitblijven van de ontvangst van een factuur voor de premie is verzoeker zelf verantwoordelijk voor het tijdig betalen van de premie. Door de zorgverzekeraar is gesteld, en door verzoeker niet bestreden, dat al geruime tijd vóór de wijziging van de postvoorkeur problemen bestonden met de premiebetaling. De commissie acht het aannemelijk dat de wijziging van de postvoorkeur niet de oorzaak was van het ontstaan van deze problemen. Ook om die reden zijn hieraan geen verdere consequenties te verbinden.
- 6.18. Verzoeker heeft in zijn brief van 8 februari 2020 benadrukt dat de zorgverzekeraar hem ten onrechte niet (tijdig) heeft aangemeld bij het Zorginstituut, terwijl hij wel een betalingsachterstand had van minimaal zes maandpremies. Hierdoor heeft hij nadeel ondervonden. De zorgverzekeraar heeft toegelicht dat verzoeker eerder wel was aangemeld, maar dat de aanmelding vanaf 1 oktober 2016 was opgeschort. Verzoeker heeft tijdens de opschortingsperiode niet aan de hiervoor geldende voorwaarden voldaan. Daarom had de opschorting ongedaan moeten worden gemaakt, maar dit is niet gebeurd. Pas op 1 mei 2019 is de opschorting beëindigd.
- De commissie overweegt dat in de Zvw is geregeld wanneer betrokkene moet worden aangemeld bij het CAK en wanneer betrokkene de premie aan het CAK niet meer is verschuldigd. Dit is aan de orde in geval van afmelding of opschorting. Aan het niet dan wel te laat aanmelden of opheffen van de opschorting zijn door de wetgever geen consequenties verbonden. Verzoeker is destijds aangemeld bij het Zorginstituut, maar deze aanmelding was vanaf 1 oktober 2016 opgeschort, zoals blijkt uit de heroverweging van 7 mei 2019. Verzoeker had immers een betalingsregeling afgesproken met de zorgverzekeraar. Vervolgens is verzoeker de betalingsregeling niet of slechts gedeeltelijk nagekomen. De zorgverzekeraar had daarom de opschorting mogen beëindigen,

maar heeft dit niet gedaan. Zoals gezegd zijn hieraan wettelijk gezien geen consequenties verbonden voor de zorgverzekeraar, terwijl verzoeker een lagere premie aan de zorgverzekeraar was verschuldigd dan de bestuursrechtelijke premie. Verzoeker heeft aangevoerd dat hierdoor zijn betalingsachterstand verder is opgelopen en dat de zorgverzekeraar hier een aandeel in had. De commissie kan deze gedachtegang van verzoeker niet volgen. Hierin meegaan zou immers betekenen dat het voor verzoeker wèl mogelijk was tijdig de (hogere) bestuursrechtelijke premie aan het CAK te voldoen, maar dat hij niet in staat was de zorgverzekeraar tijdig te betalen.

- 6.19. De zorgverzekeraar heeft op 31 januari 2020 een financieel overzicht overgelegd. Hieruit blijkt dat nog een bedrag van in totaal € 4.859,14 openstaat. Verzoeker is in de gelegenheid gesteld hierop te reageren. Verzoeker heeft de juistheid van voornoemd bedrag niet bestreden. Daarom gaat de commissie ervan uit dat naar de stand van 31 januari 2020 een bedrag van totaal € 4.859,14 openstond.
- 6.20. Verzoeker maakt verder bezwaar tegen het feit dat hij bij opengevallen premies geen betalingsherinnering(en) ontvangt van de zorgverzekeraar. De commissie overweegt dat de premie voor de zorgverzekering een brengschuld is en dat verzoeker zelf verantwoordelijk is voor het tijdig betalen van de premie, ook als hij geen factuur hiervoor heeft ontvangen. Voorts is in artikel 3.4.1 van de polisvoorwaarden bepaald dat de premie voorafgaand aan de maand moet worden voldaan. In artikel 3.6.3 van de polisvoorwaarden is bepaald dat als iemand al is aangemaand voor het niet op tijd betalen van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen of onterecht uitbetaalde vergoedingen, de zorgverzekeraar betrokkene dan - bij het niet op tijd voldoen van een hierop volgende factuur - niet afzonderlijk schriftelijk hoeft aan te manen. De zorgverzekeraar heeft toegelicht dat als er al een incassodossier is aangemaakt, hij na het verstrijken van de betaaltermijn de opengevallen vordering direct doorzet naar het incassobureau. De commissie overweegt dat dit in lijn is met hetgeen in artikel 6:83 BW en de polisvoorwaarden is bepaald.
- 6.21. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar voorgesteld een bedrag van € 1.728,- te betalen tegen finale kwijting van de openstaande schuld. De zorgverzekeraar heeft dit voorstel afgewezen. De commissie overweegt dat een overeenkomst tot stand komt door het aanbod van de ene partij en de aanvaarding daarvan door de andere partij. Een aanbod is bijvoorbeeld een voorstel tot het aangaan van een overeenkomst. Als dit voorstel door de wederpartij onverkort wordt geaccepteerd is sprake van wilsovereenstemming. Door wilsovereenstemming komt de overeenkomst tot stand. Wanneer de wederpartij niet akkoord gaat met het voorstel zoals het er ligt, komt de overeenkomst dus niet tot stand. De commissie overweegt dat op grond van de regelgeving of de polisvoorwaarden de zorgverzekeraar niet verplicht is akkoord te gaan met een betalingsvoorstel tegen finale kwijting. Het staat de zorgverzekeraar vrij om een beleid te voeren waarbij voorwaarden worden gesteld aan het in behandeling nemen van een voorstel tot finale kwijting. Dat verzoeker aan deze voorwaarden niet kan voldoen omdat hij werkzaam is als zzp-er, zoals door hem is gesteld, maakt het voorgaande niet anders.
- 6.22. Partijen zijn ter zitting overeengekomen in overleg te treden over een betalingsregeling. De zorgverzekeraar heeft de commissie op 5 juni 2020 meegedeeld dat inderdaad een betalingsregeling tot stand is gekomen.
- 6.23. Gezien het bovenstaande ziet de commissie geen aanleiding aan verzoeker een financiële compensatie toe te kennen.
- 6.24. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies



7.1. De commissie beslist dat:

- (i) de zorgverzekeraar verzoeker destijds per post had moeten informeren dat hij de correspondentie voortaan per e-mail aan hem zou versturen;
- (ii) het verzoek voor het overige wordt afgewezen;
- (iii) de zorgverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden.



Zeist, 22 juli 2020



G.R.J. de Groot





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. Lidmaatschap van de Coöperatie VGZ

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

2.8. Bedenkperiode

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

2.9. Voorrangsbepaling

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

2.10. Nederlands recht

Op de zorgverzekering is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 3. Premie

3.1. Premiegrondslag en premiekortingen

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

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

3.2. Premiekorting bij collectieve overeenkomst

- 3.2.1.** Als u deelneemt aan een collectieve overeenkomst, dan ontvangt u een korting op de premiegrondslag.
- 3.2.2.** Vanaf de dag dat u niet meer kunt deelnemen aan de collectieve overeenkomst, vervallen de premiekorting en voorwaarden zoals bepaald in de collectieve overeenkomst. Vanaf deze dag wordt de zorgverzekering op individuele basis voortgezet.
- 3.2.3.** U kunt maar aan één collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen.

3.3. Wie betaalt premie?

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

Voorbeeld

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

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

- 3.4.1.** U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdrage maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen. Als u de premie per jaar vooraf betaalt, dan ontvangt u een termijnbetalingskorting op de te betalen premie. De hoogte van de korting is op het polisblad vermeld.
- 3.4.2.** U betaalt de premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen op de betalingswijze zoals met ons is overeengekomen.

Kosteloze betaalmogelijkheden

- U machtigt ons voor automatische incasso van verschuldigde bedragen (zie ook artikel 3.4.3).
- U maakt gebruik van de mogelijkheid om via uw Mijn-omgeving gratis een digitale factuur te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling. Dit kan desgewenst direct via iDeal.
- Uw werkgever houdt de premie in op uw salaris en draagt deze aan ons af. Deze betaalmogelijkheid heeft alleen betrekking op de premie.

Aan deze betaalmogelijkheden zijn geen extra kosten verbonden.

Kosten voor betaling per papieren factuur (acceptgiro)

Als u geen gebruik maakt van de kosteloze betaalmogelijkheden 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 gebruik maakt 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

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

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

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

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

Artikel 4. Overige verplichtingen

U bent verplicht:

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

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

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

- 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 haar/zijn verzekering 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 verzekeringsplicht 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 verzekeringsplichtig 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.

Artikel 7. Verplicht eigen risico

7.1. Hoogte verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, dan heeft u een verplicht eigen risico van € 385 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Als u in de loop van een kalenderjaar 18 jaar wordt, dan geldt het verplicht eigen risico vanaf de eerste dag van de kalendermaand na de 18e verjaardag. De hoogte van het verplicht eigen risicobedrag wordt in dat geval berekend volgens de berekeningswijze als vermeld in artikel 7.4.

7.2. Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico?

Het verplicht eigen risico geldt voor alle zorgvormen zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, behalve voor:

- Huisartsenzorg. Het eigen risico geldt wel voor geneesmiddelen. Het eigen risico geldt ook voor onderzoek en diagnostiek die op verzoek van de huisarts door een andere zorgaanbieder worden uitgevoerd en in rekening worden gebracht.
Zie artikel 11, Huisartsenzorg;
- Een gecombineerde leefstijlinterventie zoals omschreven in artikel 12;
- Verpleging en verzorging zoals omschreven in artikel 13;
- Verloskundige zorg door een verloskundige, huisarts of gynaecoloog. Er geldt ook geen eigen risico voor prenatale screening, behalve voor de NIPT. Hiervoor geldt wel het eigen risico. Ook voor de met verloskundige zorg samenhangende kosten geldt het eigen risico. Dit betekent dat geneesmiddelen, bloedonderzoek en ziekenvervoer wel meetellen voor het verplicht eigen risico. Zie artikel 14.1, Verloskundige zorg en artikel 15, Medisch specialistische zorg;
- Kraamzorg. Zie artikel 14.2, Kraamzorg;
- Het stoppen-met-rokenprogramma zoals omschreven in artikel 23. Het eigen risico geldt wel voor de geneesmiddelen;
- De door ons aangewezen voorkeursgeneesmiddelen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg. Houdt u er rekening mee dat de dienstverlening van de apotheek, bijvoorbeeld de terhandstellingskosten, het begeleidingsgesprek bij een nieuw geneesmiddel of een inhalatie instructie niet zijn vrijgesteld van dit eigen risico. Zie artikel 34, Geneesmiddelen;
- De door ons geselecteerde zorgaanbieders voor de proeftuin Blauwe Zorg in de regio Maastricht en Heuvelland, voor zover zij de door ons geselecteerde voorkeurslongmedicatie leveren. U vindt de geselecteerde zorgaanbieders en voorkeurslongmedicatie in het Reglement farmaceutische zorg bijlage D en E. Houdt u er rekening mee dat de dienstverlening van de apotheek, bijvoorbeeld de terhandstellingskosten, het begeleidingsgesprek bij een nieuw geneesmiddel of een inhalatie instructie niet zijn vrijgesteld van dit eigen risico. Zie artikel 34, Geneesmiddelen;
- De als voorkeursproduct geselecteerde drinkvoedingen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg. Zie artikel 35, Dieetpreparaten;
- Hulpmiddelen in bruikleen. Zie artikel 36, Hulpmiddelen en verbandmiddelen;
- Nacontroles van een nier- of leverdonor, nadat de periode zoals genoemd in artikel 21 punt d, Transplantatie van weefsels en organen is verstreken;
- Vervoer van een donor zoals genoemd in artikel 21, Transplantatie van weefsels en organen;
- Eventuele eigen bijdragen en/of eigen betalingen.

7.3. Voor welke zorgaanbieders en zorgarrangementen geldt het verplicht eigen risico niet?

Wij hebben de mogelijkheid om zorgaanbieders of zorgarrangementen aan te wijzen waarbij u geen of maar een gedeeltelijk bedrag aan verplicht eigen risico verschuldigd bent. Dit geldt ook voor nader aan te wijzen gezondheidsbevorderende of op preventie gerichte zorgarrangementen. Deze informatie vindt u op onze website.

7.4. Berekening hoogte verplicht eigen risico

Als de zorgverzekering niet start of eindigt op 1 januari, dan berekenen wij het eigen risico als volgt:
aantal dagen dat de zorgverzekering loopt

$$\text{Eigen risico} \times \frac{\text{aantal dagen dat de zorgverzekering loopt}}{\text{aantal dagen in het betreffende kalenderjaar}}$$

Het berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

Voorbeeld

De zorgverzekering loopt van 1 januari tot en met 30 januari. In totaal zijn dit 30 dagen. Het kalenderjaar 2019 telt 365 dagen. Het eigen risico is: € 385 x 30 gedeeld door 365 is € 31,64 en wordt afgerond op € 32.

7.5. Berekening verplicht eigen risico

Voor de berekening van het eigen risico, worden de kosten van zorg of een andere dienst toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten. Als een behandeling in 2 kalenderjaren valt en de zorgaanbieder de kosten hiervan in 1 bedrag in rekening mag brengen (bijvoorbeeld een diagnose-behandelcombinatie), dan worden deze kosten in mindering gebracht op het eigen risico van het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart.

2.7. Lidmaatschap van de Coöperatie VGZ

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

2.8. Bedenkperiode

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

2.9. Voorrangsbepaling

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

2.10. Nederlands recht

Op de zorgverzekering is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 3. Premie

3.1. Premiegrondslag en premiekortingen

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

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

3.2. Premiekorting bij collectieve overeenkomst

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

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

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

3.3. Wie betaalt premie?

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

Voorbeeld

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

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

3.4.1. U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdrage maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen. Als u de premie per jaar vooraf betaalt, dan ontvangt u een termijnbetalingskorting op de te betalen premie. De hoogte van de korting is op het polisblad vermeld.

3.4.2. 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, dan betaalt u € 1,50. 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 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 hebt 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

- Hebt u als verzekeringnemer een premieachterstand ter hoogte van 2 maandpremies? Dan bieden wij u een betalingsregeling aan. U hebt 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.
- Hebt 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.
- Hebt 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.

Hebt 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.

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 verzekeringsplicht 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 hebt 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 verzekeringsplichtig 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.

Artikel 7. Verplicht eigen risico

7.1. Hoogte verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, dan hebt u een verplicht eigen risico van € 385 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Als u in de loop van een kalenderjaar 18 jaar wordt, dan geldt het verplicht eigen risico vanaf de eerste dag van de kalendermaand na de 18e verjaardag. De hoogte van het verplicht eigen risicobedrag wordt in dat geval berekend volgens de berekeningswijze als vermeld in artikel 7.4.

7.2. Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico?

Het verplicht eigen risico geldt voor alle zorgvormen zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, behalve voor:

- huisartsenzorg. Houdt u er rekening mee dat geneesmiddelen die de huisarts voorschrijft niet onder huisartsenzorg vallen. Hetzelfde geldt voor laboratoriumonderzoek dat samenhangt met de huisartsenzorg en dat op verzoek van de huisarts door een andere zorgaanbieder wordt uitgevoerd en in rekening gebracht. Voor deze zorg geldt wel het verplicht eigen risico. Zie artikel 11, Huisartsenzorg;
- verpleging en verzorging zoals omschreven in artikel 12;
- verloskundige zorg door een verloskundige, huisarts of gynaecoloog. Er geldt ook geen eigen risico voor prenatale screening, behalve voor de NIPT. Hiervoor geldt wel het eigen risico. Ook voor de met verloskundige zorg samenhangende kosten geldt het eigen risico. Dit betekent dat geneesmiddelen, bloedonderzoek en ziekenvervoer wel meetellen voor het verplicht eigen risico. Zie artikel 13.1, Verloskundige zorg en artikel 14, Medisch specialistische zorg;
- kraamzorg. Zie artikel 13.2, Kraamzorg;
- het stoppen-met-rokenprogramma zoals omschreven in artikel 22. Het eigen risico geldt wel voor de geneesmiddelen;
- de door ons aangewezen preferente geneesmiddelen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg. Houdt u er rekening mee dat de dienstverlening van de apotheek, bijvoorbeeld de terhandstellingskosten, het begeleidingsgesprek bij een nieuw geneesmiddel of een inhalatie instructie niet zijn vrijgesteld van dit eigen risico. Zie artikel 33, Geneesmiddelen;
- de door ons geselecteerde zorgaanbieders voor de proeftuin Blauwe Zorg in de regio Maastricht en Heuvelland, voor zover zij de door ons geselecteerde voorkeurslongmedicatie leveren. U vindt de geselecteerde zorgaanbieders en voorkeurslongmedicatie in het Reglement farmaceutische zorg bijlage D en E. Houdt u er rekening mee dat de dienstverlening van de apotheek, bijvoorbeeld de terhandstellingskosten, het begeleidingsgesprek bij een nieuw geneesmiddel of een inhalatie instructie niet zijn vrijgesteld van dit eigen risico. Zie artikel 33, Geneesmiddelen;
- de door ons als voorkeursproduct geselecteerde drinkvoedingen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg. Zie artikel 34, Dieetpreparaten;
- hulpmiddelen in bruikleen. Zie artikel 35, Hulpmiddelen en verbandmiddelen;
- nacontroles van een nier- of leverdonor, nadat de periode zoals genoemd in artikel 20, Transplantatie van weefsels en organen onder omschrijving, punt d is verstreken;
- vervoer van een donor zoals genoemd in artikel 20, Transplantatie van weefsels en organen;
- eventuele eigen bijdragen en/of eigen betalingen.

7.3. Voor welke zorgaanbieders en zorgarrangementen geldt het verplicht eigen risico niet?

Wij hebben de mogelijkheid om zorgaanbieders of zorgarrangementen aan te wijzen waarbij u geen of maar een gedeeltelijk bedrag aan verplicht eigen risico verschuldigd bent. Dit geldt ook voor nader aan te wijzen gezondheidsbevorderende of op preventie gerichte zorgarrangementen. Deze informatie vindt u op onze website.

7.4. Berekening hoogte verplicht eigen risico

Als de zorgverzekering niet start of eindigt op 1 januari, dan berekenen wij het eigen risico als volgt:

$$\text{Eigen risico} \times \frac{\text{aantal dagen dat de zorgverzekering loopt}}{\text{aantal dagen in het betreffende kalenderjaar}}$$

Het berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

Voorbeeld

De zorgverzekering loopt van 1 januari tot en met 30 januari. In totaal zijn dit 30 dagen. Het kalenderjaar 2018 telt 365 dagen. Het eigen risico is: € 385 x 30 gedeeld door 365 is € 31,64 en wordt afgerond op € 32.

7.5. Berekening verplicht eigen risico

Voor de berekening van het eigen risico, worden de kosten van zorg of een andere dienst toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten. Als een behandeling in 2 kalenderjaren valt en de zorgaanbieder de kosten hiervan in 1 bedrag in rekening mag brengen (bijvoorbeeld een diagnose-behandelcombinatie), dan worden deze kosten in mindering gebracht op het eigen risico van het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart.

Artikel 8. Vrijwillig eigen risico

8.1. Varianten vrijwillig eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, dan kunt u kiezen uit een zorgverzekering met een vrijwillig eigen risico van: € 0, € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Afhankelijk van de hoogte van het gekozen vrijwillig eigen risico ontvangt u een korting op de grondslag van de premie. Het gekozen vrijwillig eigen risico en de eventuele korting staan op het polisblad.

8.2. Voor welke zorgvormen geldt het vrijwillig eigen risico?

Het vrijwillig eigen risico geldt voor dezelfde zorgvormen als vermeld in artikel 7.2.

8.3. Berekening hoogte vrijwillig eigen risico

8.3.1. Als de zorgverzekering niet start of eindigt op 1 januari, dan berekenen wij het vrijwillig eigen risico als volgt:

$$\text{Eigen risico} \times \frac{\text{aantal dagen dat de zorgverzekering loopt}}{\text{aantal dagen in het betreffende kalenderjaar}}$$

Het berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

Voorbeeld

U hebt gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 100. De zorgverzekering loopt van 1 januari tot en met 30 januari. In totaal zijn dit 30 dagen. Het kalenderjaar 2018 telt 365 dagen. Het vrijwillig eigen risico is: € 100 x 30 gedeeld door 365 is € 8,22 en wordt afgerond op € 8. Het verplicht eigen risico is € 385 x 30 gedeeld door 365 is € 31,64 en wordt afgerond op € 32. Het totale eigen risico bedraagt € 40 (€ 32 verplicht eigen risico en € 8 vrijwillig eigen risico).

8.3.2. Als de zorgverzekering niet op 1 januari ingaat en u direct voorafgaande hieraan al een zorgverzekering bij ons had gesloten met een ander vrijwillig eigen risico, dan wordt het totale vrijwillige eigen risico als volgt berekend:

- ieder bedrag aan vrijwillig eigen risico x aantal dagen dat het vrijwillig eigen risico van toepassing is;
- de som van de onder a genoemde bedragen gedeeld door het aantal dagen in het betreffende kalenderjaar;
- de uitkomst wordt afgerond op hele euro's.

8.4. Wijziging vrijwillig eigen risico

U kunt het vrijwillig eigen risico jaarlijks per 1 januari wijzigen. U moet ons de wijziging uiterlijk op 31 december van het voorafgaande kalenderjaar schriftelijk of via de Mijn-omgeving doorgeven.

Zorgverzekeringswet

Artikel 13

1. Indien een verzekerde krachtens zijn zorgverzekering een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst dient te betrekken van een aanbieder met wie zijn zorgverzekeraar een overeenkomst over deze zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs heeft gesloten of van een aanbieder die bij zijn zorgverzekeraar in dienst is, en hij deze zorg of andere dienst desalniettemin betreft van een andere aanbieder, heeft hij recht op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten.
2. De zorgverzekeraar neemt de wijze waarop hij de vergoeding berekent in de modelovereenkomst op.
3. Indien bij of krachtens de algemene maatregel van bestuur, bedoeld in artikel 11, is bepaald dat een deel van de kosten van een bepaalde vorm van zorg of van een bepaalde andere dienst voor rekening van de verzekerde komt, verwerkt de zorgverzekeraar dit in de wijze waarop hij de vergoeding voor de desbetreffende vorm van zorg of dienst berekent.
4. De wijze waarop de vergoeding wordt berekend is voor alle verzekerden, bedoeld in het eerste lid, die in een zelfde situatie een zelfde vorm van zorg of dienst behoeven, gelijk.
5. Indien een overeenkomst tussen een zorgverzekeraar en een aanbieder als bedoeld in het eerste lid wordt beëindigd, houdt een verzekerde die op het moment van beëindiging van de overeenkomst zorg ontvangt van deze aanbieder, recht op zorgverlening door die aanbieder voor rekening van deze zorgverzekeraar.

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Geldig van 21-07-2019 t/m heden

Artikel 83

Het verzuim treedt zonder ingebrekestelling in:

- a. wanneer een voor de voldoening bepaalde termijn verstrijkt zonder dat de verbintenis is nagekomen, tenzij blijkt dat de termijn een andere strekking heeft;
- b. wanneer de verbintenis voortvloeit uit onrechtmatige daad of strekt tot schadevergoeding als bedoeld in artikel 74 lid 1 en de verbintenis niet terstond wordt nagekomen;
- c. wanneer de schuldeiser uit een mededeling van de schuldenaar moet afleiden dat deze in de nakoming van de verbintenis zal tekortschieten.

Zorgverzekeringswet

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 maandelijke 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 schuldhelpverlening, 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 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 verzekerde, 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 aantoonbaar 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.



Wettenbank

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Geldig van 21-07-2019 t/m heden

Artikel 116

- 1 De betaling moet worden gedaan aan de woonplaats van de schuldeiser op het tijdstip van de betaling.
- 2 De schuldeiser is bevoegd een andere plaats voor de betaling aan te wijzen in het land van de woonplaats van de schuldeiser op het tijdstip van de betaling of op het tijdstip van het ontstaan van de verbintenis.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Zorgverzekeringswet

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal zeven jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
 - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - 3°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde

- embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
- 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 5°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
 - 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
- b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
- 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltepleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

Regeling zorgverzekering

Geldend van 18-02-2020 t/m heden

Artikel 7.3

- 1** De zorgaanbieder is verplicht tenzij bij of krachtens deze regeling anders wordt bepaald de in artikel 7.2, onderdeel a tot en met g, bedoelde gegevens te verstrekken aan:

 - a.** de zorgverzekeraar, of een door die zorgverzekeraar daartoe aangewezen persoon, indien die zorgaanbieder het tarief voor de geleverde prestatie krachtens een door hem met de zorgverzekeraar gesloten overeenkomst rechtstreeks bij die zorgverzekeraar in rekening brengt;
 - b.** de verzekerde, indien de zorgaanbieder het tarief voor de geleverde prestatie bij de verzekerde in rekening brengt.
- 2** De zorgaanbieder is verplicht de in artikel 7.2, onderdeel i, bedoelde gegevens desgevraagd te verstrekken aan de zorgverzekeraar of aan een door die zorgverzekeraar daartoe aangewezen persoon.
- 3** Voor de door de zorgverzekeraar of de verwerker aangewezen persoon gelden dezelfde wettelijke voorschriften inzake de geheimhouding van de verwerkte gegevens als voor de zorgverzekeraar of de verwerker die hem heeft aangewezen.

Regeling zorgverzekering

Geldend van 18-02-2020 t/m heden

Artikel 7.2

De zorgverzekeraar beschikt ten behoeve van de in het voorgaande artikel aangegeven doelen en van de uitvoering van artikel 7.4a, over de volgende gegevens van de verzekerde:

- a. naam, adres, postcode en woonplaats;
- b. polisnummer, burgerservicenummer, geslacht en geboortedatum;
- c. de prestatiebeschrijving van de aan de verzekerde geleverde prestatie;
- d. wanneer en in voorkomend geval ten gevolge van welke catastrofe als bedoeld in artikel 33, eerste lid, onderdeel a, van de Zorgverzekeringswet, de prestatie is geleverd;
- e. het voor de geleverde prestatie in rekening gebrachte tarief;
- f. de gegevens die op grond van een declaratieregeling moeten worden verstrekt;
- g. de gegevens die noodzakelijk zijn om vast te stellen of de prestatie behoort tot het verzekerde pakket van die verzekerde en
- h. het bank- of girorekeningnummer;
- i. overige gegevens die noodzakelijk zijn voor het verrichten van materiële controle dan wel fraudeonderzoek.