

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. L. Ritzema, mr. B.L.A. van Drunen)

Zaaknummer: 202400284

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker

en

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

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoeker heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de zorgverzekeraar ten onrechte per e-mail heeft gereageerd op zijn per reguliere post verzonden klachten. Hierdoor is hij onnodig langer aangemeld gebleven bij het CAK, zodat de zorgverzekeraar is gehouden de bij hem geïncasseerde bestuursrechtelijke premie over die periode te vergoeden.
De zorgverzekeraar heeft gesteld dat verzoeker sinds 18 juni 2014 gebruik maakt van digitale post en dat de communicatievoorkeur sindsdien niet meer is gewijzigd. De eerste betalingsherinnering en de 2, 4 en 6 maandsbrieven zijn niet alleen digitaal, maar ook per reguliere post aan verzoeker gestuurd.
- 1.2. De commissie oordeelt dat door de zorgverzekeraar onweersproken is gesteld dat de 2, 4 en 6-maandsbrieven digitaal én per reguliere post aan verzoeker zijn gestuurd. Verzoeker heeft deze brieven klaarblijkelijk ook ontvangen. Van de brief van 22 juli 2023 (de 6-maandsbrief) staat vast dat verzoeker hierop bij brieven van 3, 10 en 24 augustus 2023 heeft gereageerd. De commissie constateert dat verzoeker naar aanleiding van de brief van 22 juli 2023 de aanmelding bij het CAK had kunnen beëindigen door ten spoedigste het achterstallige bedrag te voldoen. De hoogte hiervan vormde blijkbaar geen onderwerp van discussie, want verzoeker voldeed dit uiteindelijk alsnog. Voor toewijzing van het verzoek bestaat daarom geen grond. Hetzelfde geldt voor het voorstel van verzoeker, inhoudende dat de zorgverzekeraar 50% van de inmiddels voldane vordering aan hem vergoedt. Ten overvloede overweegt de commissie ten aanzien van de communicatievoorkeur dat verzoeker blijkbaar digitaal wilde communiceren met de zorgverzekeraar. Het lag daarom, mede gelet op artikel 4 van de voorwaarden van de zorgverzekering, op zijn weg het e-mailadres te actualiseren. Nu hij dit niet heeft gedaan, behoren de gevolgen hiervan voor zijn rekening te blijven.
- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 24 april 2024 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Bij e-mailbericht van 7 mei 2024 heeft verzoeker zijn verzoek aan de commissie gewijzigd. Op 7 mei 2024 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 24 juni 2024 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 25 juni 2024 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij e-mailbericht van 2 augustus 2024 heeft de zorgverzekeraar nog een aantal stukken in het geding gebracht.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 14 augustus 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker is tot op heden bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Bij brief van 22 juli 2023 heeft de zorgverzekeraar aan hem meegedeeld dat een betalingsachterstand ter hoogte van 6 maandpremies voor de zorgverzekering bestaat en dat verzoeker daarom is aangemeld bij het CAK.
- 3.3. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar verschillende brieven gestuurd en om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 8 november 2023 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.4. Nadat verzoeker de betalingsachterstand had voldaan, heeft de zorgverzekeraar hem met ingang van 1 juni 2024 afgemeld bij het CAK.

4. Standpunt verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de zorgverzekeraar ten onrechte per e-mail heeft gereageerd op zijn per reguliere post verzonden klachten. Hierdoor is hij onnodig lang aangemeld gebleven bij het CAK, zodat de zorgverzekeraar is gehouden de bij hem geïncasseerde bestuursrechtelijke premie over die periode te vergoeden.
- 4.2. Verzoeker is bij brief van 22 juli 2023 door de zorgverzekeraar geïnformeerd over een premieachterstand voor de zorgverzekering en de aanmelding bij het CAK. Verzoeker heeft hierover bij de zorgverzekeraar klachten ingediend bij brieven van 3, 10 en 24 augustus 2023. Deze brieven heeft verzoekster per reguliere post verstuurd. De zorgverzekeraar heeft hierop per e-mail gereageerd.
- 4.3. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 1 mei 2024, gericht aan de commissie, verklaard dat hij inmiddels ermee bekend is geworden dat de zorgverzekeraar voor zijn reacties een oud e-mailadres heeft gebruikt. Verzoeker heeft de betalingsachterstand hierop voldaan. Dit is tussen partijen dan ook niet meer in geschil. Verzoeker heeft in zijn e-mailberichten van 7 en 11 mei 2024, gericht aan de commissie, gesteld dat hij in augustus 2023 per reguliere post klachten bij de zorgverzekeraar heeft ingediend en dat de zorgverzekeraar op dezelfde wijze naar hem toe had moeten reageren. Hij reageerde echter per e-mail.

Pas bij brief van 11 april 2024 van de Ombudsman Zorgverzekeringen is verzoeker bekend geworden met het feit dat de ziektekostenverzekeraar hiervoor zijn oude e-mailadres nog gebruikte. Gedurende deze hele periode van augustus 2023 tot en met 31 mei 2024 inde het CAK, als gevolg hiervan, de bestuursrechtelijke premie bij hem.

- 4.4. Verzoeker heeft bij brief van 13 mei 2024 de zorgverzekeraar verzocht zijn oude e-mailadres niet meer te gebruiken en alle correspondentie voortaan per reguliere post aan hem te sturen. Verzoeker heeft verder herhaald hetgeen hij bij e-mailbericht van 11 mei 2024 aan de commissie heeft verklaard. Tevens heeft verzoeker meegedeeld dat het hem heeft verbaasd dat hij - toen hij vroeg om een uitgebreide specificatie van de vordering - door de zorgverzekeraar werd verwezen naar de deurwaarder, terwijl de Ombudsman Zorgverzekeringen wél direct een overzicht kreeg toegestuurd. Verzoeker heeft als mogelijke oplossing voorgesteld dat de ziektekostenverzekeraar 50% van de inmiddels door hem voldane vordering vergoedt.
- 4.5. Verzoeker heeft in zijn brief van 29 juli 2024 verklaard dat hij de premie voor de maand juni heeft betaald en de laatste CAK inhouding op zijn uitkering heeft plaatsgevonden.
- 4.6. Ter zitting heeft verzoeker verklaard dat hij vanwege een betalingsachterstand door de zorgverzekeraar is aangemeld bij het CAK. Dit kwam voor hem als een verrassing, omdat hij al jarenlang geen polis meer kreeg. Hij heeft per post een klacht ingediend en het antwoord op de klacht is digitaal naar een e-mailadres gestuurd dat hij al 10 jaren niet meer gebruikt. Daarnaast heeft de zorgverzekeraar, ondanks zijn verzoek, geen financieel overzicht overgelegd. Dit deed de zorgverzekeraar pas in de procedure bij de SKGZ. Na ontvangst van dit overzicht heeft verzoeker het openstaande bedrag binnen een maand betaald. Ook de extra kosten zijn betaald. Dat hij zo lang is aangemeld gebleven bij het CAK moet voor een deel voor rekening komen van de zorgverzekeraar. Daarnaast door de commissie gevraagd heeft verzoeker verklaard dat hij het bestaan van het onjuiste e-mailadres was vergeten. Verzoeker heeft verder verklaard dat het kostenoverzicht van de zorgverzekeraar niet klopt. Hij heeft alles betaald en betaalde andere facturen aan de zorgaanbieder zelf. Hij heeft, nadat hij het openstaande bedrag had betaald, geen kosten meer gemaakt. Verzoeker heeft meegedeeld dat hij inmiddels bij de zorgverzekeraar heeft gemeld dat hij alleen nog per post communiceert.

5. Standpunt zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar heeft in zijn brief van 22 juli 2023 verklaard dat verzoeker werd aangemeld bij het CAK in verband met een betalingsachterstand in de premie voor de zorgverzekering van meer dan 6 maanden.
- 5.2. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 9 augustus 2023 aan verzoeker meegedeeld dat er al jaren een digitale postvoorkeur staat geregistreerd. De polissen zijn daarom digitaal aan hem gestuurd. Verder heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij terecht bij het CAK is aangemeld vanwege eerdergenoemde betalingsachterstand van ten minste 6 maandpremies.
- 5.3. Nadat de zorgverzekeraar verschillende brieven van verzoeker had ontvangen, heeft hij hem per e-mailbericht van 4 september 2023 nogmaals meegedeeld dat hij sinds 18 juni 2014 geregistreerd staat met een digitale postvoorkeur. De zorgverzekeraar heeft de keuze voor digitale communicatie van verzoeker als citaat in zijn brief opgenomen. De zorgverzekeraar heeft verder verklaard dat de communicatievoorkeur sindsdien niet is gewijzigd. Alle communicatie is digitaal beschikbaar gesteld. Dit geldt ook voor de polissen vanaf 2019 tot en met 2023. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat sommige correspondentie digitaal én per reguliere post werd gestuurd, daaronder de 2-, 4- en 6-maandsbrieven. Ook de eerste aanmaningsbrief is digitaal én per reguliere post verstuurd.

- 5.4. Bij brief van 11 april 2024, gericht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, heeft de zorgverzekeraar herhaald dat voor verzoeker een digitale communicatievorm was geregistreerd. Het hierbij gebruikte e-mailadres is door verzoeker zelf opgegeven via de digitale omgeving. De zorgverzekeraar heeft een printscreen uit het klantenbestand van verzoeker ingevoegd. Hierop is te zien dat de laatste mutatie is geweest op 20 april 2015. De ziektekostenverzekeraar verklaart verder dat verzoeker bekend moet zijn met de digitale omgeving, omdat hij zelf zijn telefoonnummer en e-mailadres heeft toegevoegd.
- 5.5. De zorgverzekeraar heeft, in reactie op de aan hem gerichte brief van 13 mei 2024, bevestigd dat alle openstaande bedragen zijn ontvangen en dat verzoeker per einde van de maand wordt afgemeld bij het CAK. Verzoeker is vanaf juni 2024 wederom premie verschuldigd aan de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar heeft voorts aan verzoeker bevestigd dat het oude e-mailadres is verwijderd en dat hij voortaan brieven per reguliere post zal ontvangen.
- 5.6. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 24 juni 2024, gericht aan de commissie, verklaard dat wanneer de postvoorkeur op digitaal staat, zoveel mogelijk correspondentie via de 'VGZ MijnOmgeving' wordt verstuurd naar het bij hem geregistreerde e-mailadres. Op 18 juni 2014 werd van verzoeker het verzoek ontvangen de postvoorkeur aan te passen naar digitale post. Het originele verzoek dat de zorgverzekeraar daartoe heeft ontvangen heeft hij overgelegd. Ook heeft de zorgverzekeraar verklaard dat in zijn administratie is te zien dat nadien het e-mailadres door verzoeker een aantal keren is aangepast. Deze wijzigingen zijn gedaan op 18 juni 2014, 21 september 2014, 24 februari 2015, 20 april 2015 en 8 mei 2024. Van het verzoek op 18 juni 2014 heeft de zorgverzekeraar een kopie meegestuurd.
- 5.7. De zorgverzekeraar heeft verder verklaard dat verzoeker van 16 december 2021 tot 31 mei 2024 was aangemeld bij het CAK in verband met een betalingsachterstand. Hij heeft hierbij toegelicht dat de 2, 4 en 6-maandsbrieven over de premieachterstanden altijd per reguliere post worden verstuurd, ook als de postvoorkeur op digitaal staat. Hetzelfde geldt voor de eerste aanmaning. De ziektekostenverzekeraar heeft op de klachten van verzoeker per digitale post gereageerd, omdat uit zijn klachten niet bleek dat verzoeker de digitale brieven niet ontving en hij een reactie per reguliere post wenste te ontvangen. Volgens de zorgverzekeraar is verzoeker zelf verantwoordelijk voor het aanleveren van de juiste gegevens. Hij verwijst hiervoor naar artikel 4 van de verzekeringsvoorwaarden.
- 5.8. De zorgverzekeraar heeft gesteld dat alle polisbladen aan verzoeker zijn gestuurd, naar het door hem opgegeven e-mailadres. De zorgverzekeraar gaat ervan uit dat het e-mailadres klopt, tenzij er een 'bounce' van het geregistreerde e-mailadres wordt ontvangen. Voor en na het jaar 2019 is er door verzoeker per acceptgiro betaald. Deze acceptgiro's worden eveneens per e-mail aangeleverd. De zorgverzekeraar verklaart voorts dat hij niet akkoord gaat met het voorstel van verzoeker om 50% van de inmiddels voldane vordering terug te betalen. De zorgverzekeraar heeft met zijn reactie een financieel overzicht van 21 juni 2024 meegestuurd.
- 5.9. De zorgverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 2 augustus 2024 een overzicht van de zorgkosten van 2019 tot en met 2023 en een aantal overzichten van afgeleverde e-mailberichten betreffende polissen over de jaren 2019 tot en met met 2023 overgelegd.
- 5.10. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat de vraag in geschil is of verzoeker de polissen heeft ontvangen, of er een verzekeringsovereenkomst is en of verzoeker terecht was aangemeld bij het CAK. Volgens de zorgverzekeraar heeft verzoeker op 18 juni 2014 contact opgenomen en heeft hij meegedeeld dat hij graag digitaal via MijnVGZ wil communiceren. Hierop is de correspondentie aangepast en verzoeker is erop gewezen dat hij per e-mail communiceert met de zorgverzekeraar. Daarna is een mutatie doorgevoerd en is het

e-mailadres door verzoeker aangepast via MijnVGZ. De zorgverzekeraar mag dan ervan uitgaan dat verzoeker kon inloggen en dus ook de stukken kon ontvangen. Verzekerden ontvangen een e-mail notificatie als er een poststuk klaarstaat. Verzoeker heeft ook telefonisch contact opgenomen en bij de zorgverzekeraar gemeld dat het werkte. De zorgverzekeraar verwijst naar artikel 3:37 Burgerlijk wetboek en artikel 4 van de verzekeringsvoorwaarden. Verzoeker heeft het polisblad over 2019 ontvangen en gelezen in MijnVGZ. De polisbladen voor 2020 tot en met 2023 zijn ontvangen maar niet door verzoeker geopend. Er is geen foutmelding op het e-mailadres gekomen. Dat verzoeker de polissen niet heeft gelezen ligt in zijn risicosfeer. De zorgverzekeraar gaat uit van de gegevens zoals ze bekend zijn. Dat verzoeker is uitgegaan van de premie van 2018 ligt ook in zijn risicosfeer. Verzoeker heeft via zijn bank bedragen overgemaakt. Daarnaast zijn er zorgkosten gemaakt welke geheel of gedeeltelijk zijn vergoed. Verzoeker was dus op de hoogte van de verzekeringsovereenkomst. In verband met de betalingsachterstand, was verzoeker ook terecht bij het CAK aangemeld.

De zorgverzekeraar heeft verklaard dat het overzicht met zorgkosten is overgelegd om te laten zien dat er door verzoeker zorgkosten zijn gemaakt. Dit onderstreept het standpunt van de zorgverzekeraar dat er een verzekeringsovereenkomst is. Het zijn geen extra kosten die door verzoeker nu nog betaald moeten worden. Verzoeker heeft op dit moment geen openstaande schuld. Er zijn alleen nog premiebedragen in rekening gebracht. Deze zijn door verzoeker betaald. Daarnaast door de commissie gevraagd heeft de zorgverzekeraar bevestigd dat de wijze van communiceren is gewijzigd. Vanaf nu gaat alle communicatie per post. Bij de beantwoording van de klacht stond de voorkeur van verzoeker nog op digitaal communiceren en daarom is per e-mail aan hem gereageerd.

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 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 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 toepasselijke verzekeringsvoorwaarden zijn als bijlage opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. De commissie stelt vast dat tussen partijen niet (meer) in geschil is dat verzoeker ten tijde van de aanmelding bij het CAK een betalingsachterstand had ter hoogte van ten minste zes maandpremies voor de zorgverzekering. Verzoeker heeft gesteld dat de zorgverzekeraar ten onrechte per e-mail heeft gereageerd op zijn per reguliere post verzonden klachten, waarbij bovendien gebruik is gemaakt van een oud e-mailadres. Hierdoor is hij onnodig lang aangemeld gebleven bij het CAK, zodat de zorgverzekeraar is gehouden de bij hem geïncasseerde bestuursrechtelijke premie over de periode van augustus 2023 tot en met 31 mei 2024 te vergoeden.
- 7.3. De zorgverzekeraar heeft onweersproken gesteld dat de 2-, 4- en 6- maandsbrieven digitaal én per reguliere post aan verzoeker zijn gestuurd. Verzoeker heeft deze brieven klaarblijkelijk ook ontvangen. Vaststaat immers dat verzoeker op de brief van 22 juli 2023 (de 6-maandsbrief) bij brieven van 3, 10 en 24 augustus 2023 heeft gereageerd. Verzoeker had naar aanleiding van de brief van 22 juli 2023 de aanmelding bij het CAK kunnen beëindigen door ten spoedigste het achterstallige bedrag te voldoen. De hoogte hiervan vormde blijkbaar geen onderwerp van discussie, want verzoeker voldeed het volledige achterstallige bedrag uiteindelijk alsnog. Voor toewijzing van het verzoek bestaat reeds daarom geen grond. Hetzelfde geldt voor het voorstel van verzoeker, inhoudende dat de zorgverzekeraar 50% van de inmiddels voldane vordering aan hem vergoedt.

- 7.4. Ten overvloede merkt de commissie ten aanzien van de communicatievoorkeur op dat verzoeker niet heeft weersproken dat hij op 18 juni 2014 heeft verzocht om de postvoorkeur aan te passen van reguliere post naar digitale post, waarna door hem op 21 september 2014, 24 februari 2015 en 20 april 2015 gewijzigde e-mailadressen zijn doorgevoerd. Van een verzoek om wijziging van digitale post naar reguliere post in de periode tussen 18 juni 2014 en mei 2024 is niet gebleken, zodat moet worden aangenomen dat bij verzoeker tot mei 2024 de voorkeur bestond voor digitale communicatie. Daarop gelet, en gezien het bepaalde in artikel 4 van de voorwaarden van de zorgverzekering, lag het op de weg van verzoeker het e-mailadres in de 'MijnVGZ omgeving' te actualiseren, zoals hij dat eerder ook heeft gedaan. Nu dit is nagelaten behoren de gevolgen hiervan voor zijn rekening te blijven.

Slotsom

- 7.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 september 2024,

L. Ritzema

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen**1. Voorwaarden zorgverzekering**

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.

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

Artikel 4. Overige verplichtingen

U bent verplicht:

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

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

Artikel 5. Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden

5.1. Wijziging voorwaarden

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

5.2. Opzeggingsrecht

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

Artikel 6. Begin, duur en beëindiging van de zorgverzekering

6.1. Begin en duur

- 6.1.1. De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop wij uw aanvraag(formulier) ontvangen. U ontvangt een ontvangstbevestiging met de datum waarop uw aanvraag is ontvangen. Bent u verzekeringsplichtig, maar heeft u nog geen burgerservicenummer (BSN)? Dan kunt u toch als verzekerde worden ingeschreven.
- 6.1.2. Soms kunnen wij niet uit uw aanvraag afleiden of wij verplicht zijn een zorgverzekering voor de te verzekeren persoon af te sluiten. In dit geval vragen wij u om informatie waaruit blijkt dat wij verplicht zijn een zorgverzekering te sluiten. De zorgverzekering gaat pas in op de dag dat wij de genoemde informatie ontvangen. U ontvangt een ontvangstbevestiging met de datum waarop de aanvullende informatie is ontvangen.
- 6.1.3. Als u al een andere zorgverzekering heeft op de dag zoals bedoeld in artikel 6.1.1 of 6.1.2, dan gaat de zorgverzekering in op de door u aangegeven latere datum.