

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, en Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen
Zaak : Premie, hoogte betalingsachterstand, berekening eigen risico
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2011-2022, paragraaf 3.3 Zvw
Zaaknummer : 202200431
Zittingsdatum : 8 maart 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 11 oktober 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 23 november 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 20 december 2022 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 27 december 2022 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de zorgverzekeraar hebben op 14 februari 2023 schriftelijk verklaard niet te willen worden gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker is tot op heden bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. De zorgverzekeraar en diens incassogemachtigde hebben verzoeker bij brieven van verschillende data gewezen op het bestaan van een betalingsachterstand. Op 13 mei 2015 is verzoeker door de rechtbank Gelderland veroordeeld tot het betalen van een bedrag van € 954,53 aan hoofdsom, te vermeerderen met de wettelijke rente vanaf 21 oktober 2014 en de proceskosten.
- 3.3. Verzoeker is opgekomen tegen de door de zorgverzekeraar genoemde, thans nog openstaande bedragen, en heeft verzocht deze te corrigeren. De zorgverzekeraar heeft verzoeker meegedeeld hiertoe niet over te gaan.
- 3.4. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van dit standpunt gevraagd. De zorgverzekeraar heeft verzoeker, onder meer bij e-mailbericht van 17 januari 2022, meegedeeld zijn standpunt te handhaven.

4. Standpunt verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar (i) bij hem in de jaren 2011 tot en met 2017 te veel eigen risico in rekening heeft gebracht, en (ii) de hoogte van de betalingsachterstand correct moet berekenen.
- 4.2. Verzoeker heeft in dit verband aangevoerd dat hij al geruime tijd met de zorgverzekeraar van mening verschilt over de nog te betalen bedragen. Bij diverse gelegenheden heeft verzoeker

gevraagd uit te zoeken welke bedragen door hem nog moeten worden betaald, maar het enige dat de zorgverzekeraar doet is hem financiële overzichten sturen. Deze overzichten kloppen totaal niet. Zo heeft de zorgverzekeraar voor de jaren 2011 tot en met 2017 ter zake van het eigen risico hogere bedragen in rekening gebracht dan de voor die jaren toepasselijke wettelijke maxima. Een en ander blijkt uit een door verzoeker gemaakt overzicht. Daarnaast stelt de zorgverzekeraar zich op het standpunt dat verzoeker bedragen moet betalen voor tandheelkundige zorg. Naast het feit dat verzoeker nooit een tandartsverzekering bij de zorgverzekeraar heeft afgesloten, geldt dat verzoeker deze kosten ook zelf aan de tandarts heeft betaald.

5. Standpunt zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat op de polis van verzoeker een betalingsachterstand was ontstaan. Omdat de betalingsachterstand op 1 oktober 2011 meer dan zes maanden bedroeg, is verzoeker met ingang van die datum aangemeld als wanbetaler bij het CAK. Ook na deze datum is de betalingsachterstand opgelopen, onder andere doordat de door verzoeker verschuldigde bedragen ter zake van het verplicht eigen risico niet door hem werden betaald. De betalingsachterstand met betrekking tot de periode van 1 januari 2011 tot en met 31 december 2022 bedraagt naar de stand van 15 december 2022 € 7.817,65, exclusief incassokosten en rente. Alle openstaande vorderingen zijn door de zorgverzekeraar overdragen aan zijn incassogemachtigde. In het verleden heeft verzoeker met de zorgverzekeraar of diens incassogemachtigde verschillende betalingsregelingen afgesproken. Deze zijn echter allemaal voortijdig beëindigd omdat de regelingen door verzoeker niet werden nagekomen.
- 5.2. Verzoeker stelt zich op het standpunt dat er bij hem voor de jaren 2011 tot en met 2017 te veel eigen risico in rekening is gebracht. De zorgverzekeraar deelt dit standpunt niet. In de fase van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn overzichten overgelegd van de gedeclareerde zorgkosten. Op deze overzichten is ook vermeld welke bedragen zijn verrekend met het verplicht eigen risico van dat jaar. Naast het wettelijk eigen risico heeft verzoeker voor de jaren 2012 tot en met 2015 gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 200,-. Ook met dit vrijwillig eigen risico zijn bedragen verrekend. De zorgverzekeraar is bereid het vrijwillig eigen risico voor de jaren 2012 tot en met 2015 te kwijten, zodra het resterende openstaande bedrag door verzoeker is betaald.
- 5.3. Ook de stelling van verzoeker dat er ten onrechte bedragen worden gevorderd ter zake van vergoede zorgkosten bestrijdt de zorgverzekeraar. Met betrekking hiertoe geldt dat er in de jaren vóór 2015 met de gecontracteerde tandartsen afspraken waren gemaakt over het rechtstreeks declareren van zorgkosten. Met de gecontracteerde tandartsen was afgesproken dat alle tandheelkundige zorg door de zorgverzekeraar werd vergoed, ongeacht of verzekerden voor deze zorg waren verzekerd. Het deel van de zorg dat niet werd vergoed, werd vervolgens bij de betreffende verzekerde in rekening gebracht. Deze gang van zaken stond ook vermeld in de polisvoorwaarden zodat het voor verzekerden kenbaar was. Met ingang van 1 januari 2015 zijn de voorwaarden en de afspraken gewijzigd en sindsdien wordt alleen nog die zorg vergoed die ook conform de polisvoorwaarden voor vergoeding in aanmerking komt.

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 A.17 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 relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over het eigen risico zijn vermeld in de bijlage. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Om inzicht te verschaffen in de hoogte van de betalingsachterstand van verzoeker, heeft de zorgverzekeraar een financieel overzicht naar de stand van 15 december 2022 overgelegd. Uit dit overzicht blijkt dat verzoeker met betrekking tot de periode van 1 januari 2011 tot en met 31 december 2022 niet alle verschuldigde bedragen heeft betaald en dat per saldo nog een bedrag openstaat van € 7.817,65, exclusief incassokosten en rente.
- 7.3. Door verzoeker is gesteld dat bij hem voor de jaren 2011 tot en met 2017 te veel eigen risico in rekening is gebracht. De zorgverzekeraar heeft dit bestreden en zowel een financieel overzicht als een overzicht van de afgewikkelde zorgkostennota's in de jaren 2011 tot en met 2015 overgelegd. Op het laatste overzicht staat vermeld door wie de kosten zijn gedeclareerd, op welke datum de kosten zijn gemaakt, het door de zorgaanbieder gedeclareerde bedrag, en het bedrag dat ten laste van het eigen risico is gebracht. Verzoeker heeft de juistheid van de overgelegde overzichten bestreden, in die zin dat hij vindt dat het overzicht met de afgewikkelde zorgkostennota's "niet klopt". Een nadere onderbouwing of motivering ontbreekt evenwel. Dat voor de jaren 2011 tot en met 2017 teveel eigen risico in rekening is gebracht kan op basis van de door de zorgverzekeraar overgelegde overzichten niet worden geconcludeerd.
- Voor zover de stelling van verzoeker zo moet worden begrepen dat hij in de jaren 2012 tot en met 2015 niet had gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 200,- geldt dat verzoeker deze stelling niet heeft onderbouwd. Dit had hij bijvoorbeeld kunnen doen door polisbladen uit deze jaren over te leggen, maar dat heeft hij echter niet gedaan. Daarom oordeelt de commissie dat de zorgverzekeraar voor de jaren 2011 tot en met 2017 ter zake het eigen risico niet meer in rekening heeft gebracht dan wettelijk is toegestaan voor die jaren (het verplicht eigen risico) onderscheidenlijk met verzoeker is overeengekomen (het vrijwillig eigen risico van € 200,-).
- 7.4. Voorts heeft verzoeker gesteld dat de zorgverzekeraar ten onrechte bedragen ter zake zorgkosten van hem vordert. Als voorbeeld noemt verzoeker enkele nota's van tandheilkundige zorg uit 2011, 2013 en 2014. De zorgverzekeraar heeft met betrekking hiertoe verklaard dat hij vóór 2015 met gecontracteerde tandartsen had afgesproken dat alle tandheilkundige zorg door hem werd vergoed, ongeacht of zijn verzekerden voor deze zorg waren verzekerd. Het deel van de zorg dat niet werd vergoed, werd bij de betreffende verzekerde in rekening gebracht. Met ingang van 1 januari 2015 is voornoemde afspraak komen te vervallen.
- De commissie merkt hierover op dat de zorgverzekeraar op bladzijdes 69 en 70 van de voorwaarden van de zorgverzekering (2014) heeft bepaald dat hij met sommige zorgaanbieders betaalovereenkomsten heeft afgesloten en dat op grond hiervan de nota rechtstreeks aan de betrokken zorgaanbieder wordt betaald. Op het moment dat de zorgverzekeraar meer betaalt dan waarop de verzekerde op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering en/of aanvullende ziektekostenverzekering recht heeft, ontvangt de verzekerde hiervoor een nota. Nog daargelaten dat het de zorgverzekeraar, gelet op voornoemde bepaling in de verzekeringsvoorwaarden, was toegestaan de kosten van niet-verzekerde zorg voor te schieten, geldt dat verzoeker niet eerder dan in 2022 hiertegen is opgekomen. Daarnaast heeft verzoeker ten aanzien van de openstaande vorderingen - waaronder ook deze - op 3 juli 2017 een betalingsregeling met de zorgverzekeraar afgesproken. Met het afspreken van deze betalingsregeling heeft verzoeker naar het oordeel van de commissie het bestaan en de hoogte van de vordering erkend. De commissie passeert mede om die reden, maar ook vanwege het ontbreken van enige onderbouwing, de stelling van verzoeker dat deze de tandartskosten reeds zelf aan de tandarts had voldaan.

- 7.5. Daartoe door de commissie in de gelegenheid gesteld, heeft verzoeker niet aannemelijk gemaakt dat de verschuldigde bedragen over genoemde tijdvakken wél steeds tijdig en volledig zijn betaald. Dat meer of andere betalingen zijn gedaan is in de procedure niet gebleken. Het voorgaande leidt ertoe dat de commissie van oordeel is dat het financieel overzicht van 15 december 2022 van de zorgverzekeraar juist is. Dit betekent dat de betalingsachterstand met betrekking tot de periode van 1 januari 2011 tot en met 31 december 2022 - naar de stand van 15 december 2022 - totaal € 7.817,65, exclusief rente en incassokosten, bedraagt. De commissie heeft hierbij goede nota genomen van het feit dat de zorgverzekeraar zich bereid heeft verklaard het vrijwillig eigen risico voor de jaren 2012 tot en met 2015 te kwijten, zodra het resterende openstaande bedrag door verzoeker is betaald. De commissie zal in deze beslissing van de zorgverzekeraar niet treden.

Slotsom

- 7.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 13 maart 2023,

A.I.M. van Mierlo

Informatie voor partijen

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

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving

2. Voorwaarden zorgverzekering

Zorgverzekeringswet

Artikel 16

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

Artikel 18a

1. Uiterlijk tien werkdagen nadat ten aanzien van een zorgverzekering een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van twee maandpremies is geconstateerd, doet de zorgverzekeraar de verzekeringnemer een aanbod tot het treffen van een betalingsregeling.
2. De betalingsregeling bestaat ten minste uit de volgende elementen:
 - a. afspraken over de betaling van nieuw vervallende termijnen van de premie,
 - 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 afspraken, bedoeld in de onderdelen a en 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 18aa

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

een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van drie maandpremies is ontstaan.

2. Bij ministeriële regeling kunnen regels worden gesteld met betrekking tot het eerste lid.

Artikel 18b

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

Artikel 18bb

1. Naast de op incasso gerichte inspanningen, bedoeld in de artikelen 18a en 18b, verricht de zorgverzekeraar aantoonbaar voldoende inspanningen tot inning van de premie voorafgaand aan de melding, bedoeld in artikel 18c, eerste lid.
2. Bij ministeriële regeling wordt bepaald wanneer sprake is van het verrichten van aantoonbaar voldoende inspanningen als bedoeld in het eerste lid.

Artikel 18c

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

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

3. Onderdeel van de melding vormt een verklaring van de zorgverzekeraar, inhoudende dat hij artikel 18b en het tweede lid in acht heeft genomen.
4. Na de melding verleent de zorgverzekeraar aantoonbaar voldoende medewerking aan activiteiten van de verzekeringnemer of derden, gericht op aflossing van de jegens de zorgverzekeraar bestaande, uit de zorgverzekering voortvloeiende schuld.
5. Bij ministeriële regeling wordt bepaald wanneer sprake is van het verrichten van aantoonbaar voldoende medewerking als bedoeld in het vierde lid.

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.

Ag Wanneer eindigt de Basisverzekering van rechtswege?

Uw Basisverzekering eindigt van rechtswege op de dag nadat:

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

Uw Basisverzekering eindigt van rechtswege op de 1^e dag van de 2^e maand volgende op de dag waarop u ten gevolge van verhuizing komt te wonen buiten het werkgebied van Menzis. Als Menzis het werkgebied wijzigt of geen Basisverzekeringen meer mag aanbieden stelt Menzis u daarvan uiterlijk 2 maanden voordat uw Basisverzekering eindigt, op de hoogte.

A10 Bedenktijd

U heeft een verzekering bij Menzis afgesloten en u bedenkt zich. U kunt dan tot uiterlijk 14 dagen na ontvangst van uw zorgpolis de verzekering ontbinden. U hoeft hiervoor geen reden op te geven. Wanneer u binnen deze 14 dagen uw verzoek tot ontbinding aan Menzis heeft verzonden, zal de verzekering worden ontbonden. De verzekering wordt als niet afgesloten beschouwd. Dat betekent dat u geen premie of kosten hoeft te betalen. U krijgt ook geen kosten vergoed. U kunt de verzekering ontbinden op dezelfde wijze als genoemd in artikel A6.

A11 Waarover informeert u Menzis?

- U informeert Menzis schriftelijk en binnen 30 dagen over verhuizing, overlijden, wijziging van (post)bankrekeningnummer, in diensttreding als militair in actieve dienst, begin en einde van detentie, het niet langer voldoen aan de voorwaarden om deel te nemen aan een collectiviteit, het vervallen van de verzekeringsplicht voor de Basisverzekering en wie uw nieuwe zorgverzekeraar is als u de verzekering bij Menzis heeft opgezegd.
- U verleent uw medewerking als Menzis informatie nodig heeft. Bijvoorbeeld de reden van een opname, voor een onderzoek naar fraude, of voor controle. Als u niet meewerkt, kan het zijn dat uw recht op zorg of vergoeding van kosten vervalt.
- U informeert en helpt Menzis als u ziektekosten hebt gemaakt waarvoor iemand anders aansprakelijk is, bijvoorbeeld na een verkeersongeval of medische fout. U kunt dan bellen met onze Klantenservice of onze afdeling Verhaal. Menzis kan dan de schade verhalen en daarmee de premies zo laag mogelijk houden. U mag zelf geen regeling treffen met deze aansprakelijke derde of zijn verzekeraar als dit nadelig is voor Menzis.

Als Menzis op grond van de door u verstrekte gegevens tot de conclusie komt dat uw Basisverzekering eindigt of geëindigd is, informeert Menzis u daarover direct.

A12 Premie, manier van betalen en betaling eigen risico

1 Premie

- Per 1 januari 2016 bedraagt de premiegrondslag voor de Basisverzekering € 107 per kalendermaand. De te betalen premie is de geldende premiegrondslag verminderd met de eventueel van toepassing zijnde premiekorting bij deelname aan een collectiviteit en de premiekorting behorende bij een eventueel gekozen vrijwillig eigen risico. De te betalen premie vindt u in de zorgpolis.
- U bent verplicht voor de Basisverzekering premie te betalen als u 18 jaar of ouder bent. Tot de 1^e dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin u de leeftijd van 18 jaar bereikt, bent u voor de Basisverzekering geen premie verschuldigd.

- Menzis moet uw premie hebben ontvangen voor het begin van de periode waarop de premie betrekking heeft.
- U mag de premie niet verrekenen met een uitkering die u verwacht.
- Als u een betaling doet zonder vermelding van het betalingskenmerk van Menzis bepaalt Menzis waarop de betaling wordt afgeboekt.
- Als u niet per automatische incasso betaalt, kan Menzis kosten in rekening brengen. Voor een papieren acceptgirokaart wordt € 1,50 kosten in rekening gebracht.
- Als u met Menzis een betalingsregeling heeft, kan Menzis kosten in rekening brengen.

2 Manier van betalen

Als u voor betaling van de premie Menzis machtigt tot automatische incasso, geldt deze machtiging ook voor alle andere bedragen die u moet betalen aan Menzis, zoals het eigen risico en eigen bijdragen. Als u via automatische incasso betaalt, blijft u verantwoordelijk voor tijdige en volledige betaling. De uiterste termijn waarop u geïnformeerd wordt voordat er een bedrag via automatische incasso wordt afgeschreven is 5 werkdagen. De zorgpolis geldt als aankondiging voor de automatische incasso van de premie voor het gehele kalenderjaar.

3 Betaling eigen risico en eigen bijdrage

- Menzis kan u het eigen risico en eigen bijdrage in rekening brengen van u en van alle verzekerden die u heeft verzekerd.
- Als u het eigen risico en eigen bijdrage anders dan per automatische incasso betaalt, kan Menzis kosten in rekening brengen.

A13 Wat er gebeurt als u de premie niet betaalt

A13.1 Basisverzekering en aanvullende verzekering

1. Menzis stuurt u een aanmaning. Als u binnen 14 dagen alsnog de premie betaalt, blijft dit verder zonder gevolg.
2. Betaalt u niet binnen 14 dagen na deze aanmaning dan heeft dat de volgende gevolgen:
 - Menzis kan de dekking van alle verzekeringen schorsen. U krijgt dan geen vergoeding meer vanaf het begin van de periode waarop de niet door u betaalde premie betrekking heeft.
 - U blijft verplicht de premie te voldoen.
 - Betalingskortingen vervallen.
 - U moet de incassokosten betalen, wegens de extra werkzaamheden van Menzis, zoals het sturen van een acceptgiro en de aanmaningen, en wegens de werkzaamheden van de deurwaarder.
 - U moet wettelijke rente betalen over de totale vordering.
3. Als Menzis de premie, incassokosten en de wettelijke rente heeft ontvangen, wordt de dekking de dag na ontvangst van de betaling weer van kracht. Kosten die zijn gemaakt tijdens de schorsing krijgt u niet vergoed. Ook niet als u van Menzis toestemming had voor een behandeling of verstrekking.
4. Als u, zelfs na aanmaning, de premie niet betaalt, kan Menzis de verzekeringen van alle verzekerden beëindigen.
5. Menzis kan het sturen van een aanmaning en het innen van een vordering overdragen aan een incassopartner. Mocht de vordering zijn overgedragen aan een incassopartner, dan kan Menzis ook nieuwe openstaande vorderingen overdragen zonder dat u hiervoor een aanmaning heeft ontvangen.