



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem
Zaak : Beëindiging zorgverzekering, inschrijving BRP, herstel zorgverzekering, hoogte betalingsachterstand, schadevergoeding
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2012-2017, artt. 2, 6 en 16 Zvw, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012-2017
Zaaknummer : 201901444
Zittingsdatum : 4 maart 2020

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

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

2.1. Bij brief van 19 november 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.

2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brief van 3 januari 2020 (gedateerd 3 januari 2019) zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 6 januari 2020 aan verzoeker gezonden.

2.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 4 maart 2020 gehoord.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoeker en zijn echtgenote waren tot en met 31 december 2017 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ Aanvullend Goed en VGZ Tand Goed (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker en zijn echtgenote met ingang van 1 mei 2017 eenzijdig beëindigd. Later zijn op verzoek van verzoeker de beëindigde verzekeringen met terugwerkende kracht tot 1 mei 2017 hersteld.

3.3. Bij brieven van verschillende data heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat sprake is van een betalingsachterstand.

3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voornoemde beslissing gevraagd. Bij brief van 21 mei 2019 heeft de incassogemachtigde van de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat deze zijn beslissing handhaaft.

4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat:

(i) de zorgverzekering van hem en zijn echtgenote niet eenzijdig door de ziektekostenverzekeraar met ingang van 1 mei 2017 mocht worden beëindigd;

(ii) de ziektekostenverzekeraar ten onrechte ervan uitgaat dat nog sprake is van een betalingsachterstand van € 677,88, exclusief incassokosten en rente;

(iii) de ziektekostenverzekeraar aan hem een schadevergoeding moet betalen.

4.2. De ziektekostenverzekeraar 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, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 10 van de zorgverzekering en artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Beëindiging zorgverzekering met ingang van 1 mei 2017

6.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker en zijn echtgenote met ingang van 1 mei 2017 eenzijdig beëindigd. De commissie heeft besloten dat het onderhavige geschil beperkt blijft tot de zorgverzekering, omdat verzoeker zich niet (tijdig) over de beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering heeft uitgelaten. Voor zover het de zorgverzekering betreft, geldt het volgende.

6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat hij op 9 januari 2017 en 10 februari 2017 brieven aan verzoeker heeft gestuurd. Omdat deze brieven onbestelbaar retour kwamen heeft de ziektekostenverzekeraar gecontroleerd of verzoeker en zijn echtgenote nog stonden ingeschreven in de Basisregistratie Personen (hierna: BRP). Omdat beiden op het moment van de controle niet meer stonden ingeschreven, heeft de ziektekostenverzekeraar de zorgverzekering van verzoeker en zijn echtgenote met ingang van 1 mei 2017 beëindigd. Verzoeker bestrijdt de stelling van de ziektekostenverzekeraar en voert aan dat hij doorlopend op het adres dat de ziektekostenverzekeraar hanteert heeft gewoond. Daarnaast stelt verzoeker zich op het standpunt dat hij de verschuldigde maandpremies ook ná 1 mei 2017 is blijven betalen. Gelet op deze omstandigheden had de ziektekostenverzekeraar volgens verzoeker meer moeten doen dan alleen de inschrijving in de BRP te controleren.

6.4. De commissie overweegt dat in artikel 6, eerste lid, aanhef en onder d, Zvw is bepaald dat de zorgverzekering van rechtswege eindigt met ingang van de dag dat de verzekeringsplicht eindigt. Bij onzekerheid over het bestaan van een verzekeringsplicht, kan zowel de zorgverzekeraar als de (pseudo) verzekerde uitsluitel vragen aan de Sociale Verzekeringsband (SVB), hetgeen leidt tot een bindend besluit waartegen rechtsmiddelen openstaan (zie artikel 2.1.3. Wet langdurige zorg). Het lag in dit geval op de weg van de zorgverzekeraar dat te doen. Een aanwijzing om uitsluitel te vragen aan de SVB kan immers zijn als de post die wordt verzonden onbestelbaar retour komt. In de situatie van verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat hij de op 9 januari 2017 en 10 februari 2017 aan verzoeker gestuurde post onbestelbaar retour heeft gekregen. Uit de daarna door de ziektekostenverzekeraar uitgevoerde controle in de BRP bleek dat verzoeker en zijn echtgenote hierin niet meer stonden geregistreerd. Aangezien de ziektekostenverzekeraar heeft nagelaten uitsluitel te vragen aan de SVB, stond het hem niet vrij de verzekering van verzoeker en zijn echtgenote met ingang van 1 mei 2017 te beëindigen.

Herstel zorgverzekering en hoogte betalingsachterstand

6.5. Na de beëindiging van zijn zorgverzekering en die van zijn echtgenote heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar gevraagd de beëindigde verzekeringen met terugwerkende kracht tot 1 mei 2017 te herstellen. Omdat beiden op het moment van dit verzoek weer stonden

ingeschreven in de BRP, heeft de ziektekostenverzekeraar de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker en zijn echtgenote met terugwerkende kracht hersteld. Gezien het voorgaande stelt de commissie vast dat verzoeker en zijn echtgenote vanaf 1 januari 2012 doorlopend bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd zijn geweest op basis van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

- 6.6. De ziektekostenverzekeraar heeft een financieel overzicht naar de stand van 23 augustus 2019 overgelegd. Uit dit overzicht blijkt dat door verzoeker met betrekking tot de periode van 1 januari 2012 tot en met 31 december 2017 niet alle verschuldigde bedragen zijn betaald en dat per saldo nog een bedrag openstaat van € 677,88, exclusief rente en incassokosten. Genoemd bedrag betreft de nog openstaande premies voor de periode van 1 mei 2017 tot en met 13 juli 2017 (totaal € 403,28) en een nota ter zake van het verplicht eigen risico 2017 groot € 274,60. Uit de brief van verzoeker van 19 november 2019 (onder 'Reactie op *5') leidt de commissie af dat niet (meer) in geschil is dat verzoeker het bedrag van € 274,60 nog aan de ziektekostenverzekeraar moet betalen.
- 6.7. Gelet op het voorgaande zal de commissie zich beperken tot de vraag of verzoeker, naast de € 274,60, nog het bedrag van € 403,28 is verschuldigd. De ziektekostenverzekeraar heeft € 557,32 teruggestort. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dit bedrag te hebben teruggestort in verband met de beëindiging van de zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker en zijn echtgenote. Uit het financieel overzicht van 23 augustus 2019 leidt de commissie af dat dit bedrag betrekking heeft op de door verzoeker op 3 april 2017 en 2 mei 2017 betaalde premiebedragen voor de maanden maart en april 2017 (2 x € 278,66). Het is de commissie niet duidelijk waarom de ziektekostenverzekeraar de premies voor deze maanden heeft teruggestort, omdat de verzekering van verzoeker en zijn echtgenote pas met ingang van 1 mei 2017 is beëindigd. Dit betekent echter niet dat verzoeker het ten onrechte teruggestorte bedrag niet opnieuw is verschuldigd, gelet op de eerdere constatering dat sprake is van een doorlopende verzekering vanaf 1 januari 2012.
- 6.8. De commissie heeft verzoeker de kans gegeven aan te tonen dat het door de ziektekostenverzekeraar overgelegde financieel overzicht van 23 augustus 2019 niet juist is. Dat is verzoeker niet gelukt. Alle betalingen, waarvan hij bewijzen heeft overgelegd, komen voor op het financieel overzicht van de ziektekostenverzekeraar van 23 augustus 2019. Dit financieel overzicht is dan ook juist. Dit betekent dat de betalingsachterstand over de periode van 1 januari 2012 tot en met 31 december 2017 € 677,88 (€ 403,28 + € 274,60), exclusief rente en incassokosten, bedraagt.

Schadevergoeding

- 6.9. Verzoeker maakt aanspraak op een schadevergoeding. Verzoeker heeft zijn vordering tot schadevergoeding niet gespecificeerd. Reeds daarom moet deze vordering worden afgewezen. Overigens heeft verzoeker niet aannemelijk gemaakt dat hij schade heeft geleden door de eenzijdige beëindiging van de verzekering van hem en zijn echtgenote. Ten overvloede merkt de commissie op dat de ziektekostenverzekeraar ter zitting heeft aangeboden verzoeker een eenmalige compensatie te geven van € 50,--. Dit aanbod is evenwel door verzoeker niet geaccepteerd.
- 6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies



7.1. De commissie beslist dat:



- (i) de ziektekostenverzekeraar de zorgverzekering van verzoeker en zijn echtgenote niet met ingang van 1 mei 2017 mocht beëindigen;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,- moet vergoeden
- (iii) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.



Zeist, 18 maart 2020,



H.A.J. Kroon



BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

Zorgverzekeringswet

Artikel 2

1. Degene die ingevolge de Wet langdurige zorg en de daarop gebaseerde regelgeving van rechtswege verzekerd is, is verplicht zich krachtens een zorgverzekering te verzekeren of te laten verzekeren tegen het in artikel 10 bedoelde risico.
2. In afwijking van het eerste lid is niet verzekeringsplichtig:
 - a. de militaire ambtenaar in werkelijke dienst als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel a juncto onderdeel b, van de Militaire ambtenarenwet 1931, alsmede de militair aan wie buitengewoon verlof met behoud van militaire inkomsten is verleend;
 - b. de natuurlijke persoon die op grond van artikel 64, eerste lid, van de Wet financiering sociale verzekeringen is ontheven van de verplichtingen, opgelegd op grond van de Wet langdurige zorg.
3. Degene die het gezag over een minderjarige, jonger dan achttien jaar, uitoefent, een curator, een bewindvoerder of een mentor als bedoeld in de titels 16, 19 of 20 van Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek, zorgt ervoor dat de minderjarige verzekeringsplichtige, dan wel de onder curatele, bewind of mentorschap gestelde verzekeringsplichtige krachtens een zorgverzekering verzekerd is.

Artikel 6

1. De zorgverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag volgende op de dag waarop:
 - a. de verzekeraar ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden;
 - b. de verzekerde ten gevolge van wijziging van het werkgebied buiten het werkgebied van de zorgverzekeraar komt te wonen;
 - c. de verzekerde overlijdt;
 - d. de verzekeringsplicht van de verzekerde eindigt.
2. De zorgverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de eerste dag van de tweede maand volgende op de dag waarop de verzekerde, zonder dat zijn verzekeringsplicht eindigt, ten gevolge van verhuizing komt te wonen buiten een provincie waarin zijn zorgverzekeraar de ten behoeve van hem gesloten variant van de zorgverzekering aanbiedt of uitvoert.
3. De zorgverzekeraar stelt de verzekeringnemer uiterlijk twee maanden voordat een zorgverzekering op grond van het eerste lid, onderdeel a of b, eindigt, van dit einde op de hoogte, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt.
4. De verzekeringnemer stelt de zorgverzekeraar onverwijld op de hoogte van alle feiten en omstandigheden over de verzekerde die op grond van het eerste lid, onderdeel c of d, dan wel het tweede lid tot het einde van de zorgverzekering hebben geleid of kunnen leiden.
5. Indien de zorgverzekeraar op grond van de in het vierde lid bedoelde gegevens tot de conclusie komt dat de zorgverzekering zal eindigen of geëindigd is, deelt hij dit, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt of geëindigd is, onverwijld aan de verzekeringnemer mede.

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.

2.7. Lidmaatschap van de Coöperatie

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 'Mijn VGZ' gratis een digitale nota 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 voor alle kosten die gemaakt worden 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 u kiest 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 voor de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen. Uw machtiging geldt tijdens, en zo nodig ook na afloop, van de verzekeringsovereenkomst. Wij informeren 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, onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen of kosten, 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. Als u een betalingsachterstand hebt van 2 maandpremies, dan bieden wij u als verzekeringnemer een betalingsregeling aan. Dit doen wij uiterlijk 10 werkdagen nadat wij deze betalingsachterstand hebben vastgesteld.

Deze betalingsregeling bestaat ten minste uit:

- a. - uw machtiging voor automatische incasso van nieuwe verschuldigde premie, of;
 - uw opdracht aan uw werkgever, pensioenfonds, uitkeringsinstantie of een andere derde van wie u periodieke betalingen ontvangt, om namens u als verzekeringnemer de nieuwe verschuldigde premies rechtstreeks aan ons te betalen;
- b. afspraken over de wijze waarop u uw schulden, inclusief rente- en incassokosten, aan ons betaalt en binnen welke termijnen;
- c. onze toezegging dat wij uw zorgverzekering niet beëindigen, schorsen of opschorten zolang u uw machtiging of opdracht tot betaling zoals opgenomen onder a niet intrekt en de afspraken zoals opgenomen in de betalingsregeling nakomt.

Wij geven u 4 weken de tijd om ons aanbod voor een 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; zie artikel 3.6.8.

Het kan ook zijn dat u iemand anders hebt verzekerd voor een zorgverzekering bij ons. In dat geval nemen wij in ons aanbod voor een betalingsregeling ook een bereidverklaring tot opzegging van deze verzekering op met ingang van de dag waarop de betalingsregeling ingaat, op voorwaarde dat:

- de verzekerde zich uiterlijk met ingang van dezelfde dag op grond van een andere zorgverzekering heeft verzekerd;
- en de verzekerde de machtiging of opdracht tot betaling zoals omschreven onder a heeft afgegeven als de nieuwe zorgverzekering ook bij ons is gesloten.

Wij sturen deze verzekerde een kopie van alle in dit artikel genoemde stukken op hetzelfde moment dat de stukken aan u als verzekeringnemer worden gestuurd.

- 3.6.7.** a. Als u als verzekeringnemer een betalingsachterstand hebt van 4 maandpremies, dan delen wij u mee dat wij u bij het Centraal Administratie Kantoor (CAK) zullen aanmelden zoals opgenomen in artikel 3.6.8. Als de zorgverzekering voor een ander is gesloten, dan informeren wij deze verzekerde.
- b. U of de verzekerde kunt ons uiterlijk binnen 4 weken laten weten het bestaan of de hoogte van de schuld te betwisten. Als wij uw betwisting op tijd hebben ontvangen, dan stellen wij een onderzoek in. Als wij u meedelen dat wij ons standpunt handhaven, dan kunt u binnen 4 weken een geschil hierover aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) of aan de burgerlijke rechter voorleggen.
- c. Als de betalingsregeling zoals opgenomen in artikel 3.6.6 ingaat nadat er een betalingsachterstand van 4 maandpremies is ontstaan, dan sturen wij u geen mededeling zoals vermeld onder a zolang u de nieuwe premies voldoet.
- 3.6.8.** Als u als verzekeringnemer een betalingsachterstand hebt van 6 of meer maandpremies, dan melden wij u aan bij het CAK. Na de aanmeldingsbevestiging van het CAK bent u verplicht een bestuursrechtelijke premie van minimaal 110% en maximaal 130% van de gemiddelde premie aan het CAK te betalen. Het CAK int deze premie totdat u alle verschuldigde bedragen inclusief rente- en incassokosten hebt betaald.

Wij melden u niet aan bij het CAK als:

- a. u de premieachterstand op tijd hebt betwist en wij ons standpunt nog niet aan u hebben meegedeeld;
- b. u binnen 4 weken nadat wij u hebben meegedeeld ons standpunt te handhaven en de premieschuld te melden aan het CAK, het geschil hebt voorgelegd aan de SKGZ of burgerlijke rechter en zolang er op het geschil niet onherroepelijk is beslist;
- c. u zich hebt aangemeld bij een professionele schuldhulpverlener en aantoonde dat u een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van uw schulden hebt gesloten.

Onze verklaring dat wij artikel 18b en het tweede lid van artikel 18c Zorgverzekeringswet in acht hebben genomen, vormt onderdeel van de melding bij het CAK.

- 3.6.9.** Wij stellen u en het CAK meteen op de hoogte van de datum waarop:
- a. de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden volledig zijn voldaan of tenietgaan;
 - b. de rechter de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen als bedoeld in de Faillissementswet op u van toepassing heeft verklaard;
 - c. u gaat deelnemen aan een minnelijke, door tussenkomst van een professionele schuldhulpverlener tot stand gekomen schuld(sanerings)regeling, waarin wij deelnemen, of wanneer wij met u een betalingsregeling zijn overeengekomen, waarbij de schuldenlast volledig wordt afbetaald, of;
 - d. u voldoet aan bij ministeriële regeling te bepalen voorwaarden.

De plicht om de bestuursrechtelijke premie aan het CAK te betalen, eindigt met ingang van de eerste dag van de maand volgend op de data zoals hierboven vermeld. Vanaf dit moment bent u verplicht de premie aan ons te betalen.

- 3.6.10.** U bent geen premie aan ons verschuldigd over de periode bedoeld in artikel 18d, eerste lid, of 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 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 6 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 gedurende 1 maand nadat de wijziging aan u is meegedeeld. Dit opzeggingsrecht hebt 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 14 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 hebt 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 verzekerende 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 hebt op de dag zoals bedoeld in artikel 6.1.1 of 6.1.2, dan gaat de zorgverzekering in op de door u aangegeven latere datum.
- 6.1.4.** Als de vorige verzekering met ingang van 1 januari van een kalenderjaar of door wijziging van de voorwaarden is beëindigd, dan gaat de verzekering bij de nieuwe verzekeraar in per de beëindigingsdatum van de oude verzekering. U moet zich dan binnen 1 maand nadat de vorige verzekering is beëindigd aanmelden bij de nieuwe zorgverzekeraar.
- 6.1.5.** Als de verzekeringsovereenkomst ingaat binnen 4 maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, dan gaat de zorgverzekering in op de dag dat de verzekeringsplicht is ontstaan.

Voorbeeld

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

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

6.2. Einde van rechtswege

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

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

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

6.3. Wanneer kunt u uw verzekering opzeggen?

6.3.1. Jaarlijks opzeggen

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

Handelingen te verrichten door de verzekeraar:

Aan de hand van het document kan de zorgverzekeraar bepalen of iemand in Nederland arbeid verricht. Indien een dergelijk document niet wordt overgelegd is er sprake van gereede twijfel en wordt niet tot inschrijving overgegaan. In deze gevallen zal de verzekeraar de aspirant-verzekerde hierop moeten wijzen en aan hem binnen twee weken moeten verzoeken binnen een termijn van vier weken een document te overleggen waaruit de arbeidsverhouding blijkt. Inschrijving kan plaatsvinden zodra het vereiste document is ontvangen. Zie voor de ingangsdatum van de verzekering Hoofdstuk 4, onderdelen < 1. Terugwerkende kracht bij ontstaan verzekeringsplicht> en <2. Datum van uitschrijving>.

Bijzondere gevallen van verzekeringsplicht in verband met arbeid

Bij aanvang verzekering zal in de volgende gevallen zonder meer een verklaring van de SVB noodzakelijk zijn en dient de zorgverzekeraar de casus voor te leggen aan de SVB:

- Werk in meerdere landen
- Inkomen in meerdere landen
- Bijzondere arbeidsverhoudingen (stage en dergelijke)
- Zelfstandigen
- Verrichten van arbeid niet in dienstbetrekking
- Bijzondere groepen (BUB 1999, zoals werken bij internationale organisaties)

Indien een persoon een verklaring van de SVB omtrent verzekering ingevolge de Wlz kan overleggen, dan voldoet hij aan de voorwaarden voor inschrijving als verzekerde. Hij is dan immers verzekeringsplichtig.

Om te onderzoeken of betrokkene verzekerd is ingevolge de Wlz is meestal wel enige tijd gemoeid. Er kan pas tot inschrijving worden overgegaan als de SVB de verzekeringsplicht heeft vastgesteld. De inschrijvingsdatum is in beginsel gelijk aan de datum van de vaststelling van de verzekeringsplicht voor de volksverzekeringen door de SVB.

3. Gedragslijn bij twijfel over voortduren verzekeringsplicht

Uitgangspunt:

Zoals in de inleiding is aangegeven dienen zorgverzekeraars wanneer er twijfel ontstaat over het voortduren van de verzekeringsplicht, ook zelf onderzoek te doen of een persoon nog wel rechtmatig als verzekerde ingeschreven staat. Dit houdt in dat als er signalen zijn dat er niet langer sprake is van verzekeringsplicht, de zorgverzekeraar binnen twee weken actie dient te ondernemen.

Handelingen te verrichten door de verzekeraar:

Als er signalen zijn dat er niet langer sprake is van verzekeringsplicht, dient de betreffende persoon binnen twee weken op het laatst bekende adres te worden aangeschreven met de mededeling dat hij zal worden uitgeschreven als verzekerde, tenzij hij binnen een termijn van vier weken kan aantonen dat de verzekeringsplicht nog wel degelijk actueel is.

Indien betrokkene hierop niet reageert dan wel niet afdoende kan aantonen dat er sprake is van verzekeringsplicht, dan wordt hij uitgeschreven als verzekerde.

A. Signalen die leiden tot gereede twijfel omtrent voortduren verzekeringsplicht bij ingezetenschap

1. Post komt retour ("verhuisd", "woont hier niet") of er zijn andere signalen.
2. In de BRP komen indicatiecodes voor die kunnen doen twifelen aan ingezetenschap, zoals: emigratie, v.o.w. (vertrokken onbekend waarheen), adres langer dan vier maanden in onderzoek, vervallen verblijfstatus.
3. Declaraties uit buitenland -anders dan uit de grensgebieden- gedurende langere periode.

Het regelmatig ontvangen van declaraties van in het buitenland geleverde zorg (anders dan een incidentele declaratie als gevolg van tijdelijk/toeristisch verblijf buiten Nederland) kan er op duiden dat betrokkene Nederland mogelijk metterwoon verlaten heeft, terwijl de inschrijving bij het BRP is blijven doorlopen. Bij een dergelijk vermoeden moet door onderzoek duidelijkheid verkregen worden over de feitelijke woonplaats van betrokkene.

B. Verzekeraars dienen actie te ondernemen in de volgende situaties:

1. Er komt post retour of er zijn andere signalen ontvangen.

Te ondernemen actie: de verzekeraar neemt binnen twee weken contact op met de verzekerde. Daarbij wordt gevraagd om binnen vier weken nadere informatie beschikbaar te stellen om de verzekeringsplicht te kunnen vaststellen.

Indien de verzekerde niet of niet adequaat reageert wordt de verzekering beëindigd.

Zie voor de datum van uitschrijving, Hoofdstuk 4, punt 2.1.

2. De betrokkene is geëmigreerd met een bekend buitenlands adres.

Te ondernemen acties: de verzekerde wordt binnen twee weken benaderd met de vraag of er op grond van een dienstverband in NL of uit hoofde van arbeid als zelfstandige nog verzekeringsplicht bestaat.

De verzekerde moet worden aangeschreven op het buitenlandse adres of per e-mail, omdat het Nederlandse adres zeer waarschijnlijk niet meer juist is.

Indien de verzekerde heeft aangegeven dat hij met ingang van een bepaalde datum in het buitenland gaat werken of is gaan werken, dient de zorgverzekeraar te beoordelen op welke datum de verzekeringsplicht in verband daarmee is geëindigd.

Indien de verzekerde niet binnen vier weken reageert of er is geen dienstverband in Nederland, dan wordt tot beëindiging overgegaan.

Zie voor de datum van uitschrijving, Hoofdstuk 4, punt 2.2 en 2.3.

3. De verzekerde is vertrokken 'onbekend waarheen' (VOW).

Te ondernemen acties: zie onderdeel B, punt 1.

Zie voor de datum van uitschrijving, Hoofdstuk 4, punt 2.2 en 2.3.

4. Het adres is langer dan vier maanden in onderzoek.

Te ondernemen acties: zie onderdeel B, punt 1.

Zie voor de datum van uitschrijving, Hoofdstuk 4, punt 2.2 en 2.3.

Het signaal dat een adres 'in onderzoek' is, betekent dat er twijfels zijn gerezen over de juistheid van het adres in de BRP en dat de gemeente dit onderzoekt of gaat onderzoeken. Een adresonderzoek door de gemeente neemt gemiddeld 10-12 weken in beslag, maar de praktijk wijst uit dat het onderzoek door de gemeente (veel) langer kan duren. B&W mogen hier ook gemotiveerd van afwijken. Indien een adresgegeven langer dan 4 maanden in onderzoek is geweest mag de verzekeraar concluderen dat het adresgegeven in de BRP onvoldoende grond biedt om (nog langer) verzekeringsplicht aan te nemen. De zorgverzekeraar kan de betrokkene uitschrijven.

5. Een zorgaanbieder of andere hulpverlener meldt dat een persoon is opgenomen (verblijft) in een instelling.

Te ondernemen acties: zie Hoofdstuk 4, punt 5.

6. Vervallen verblijfstitel

Te ondernemen acties: de verzekeraar neemt uiterlijk na 3 maanden contact op met de betrokkene. Daarbij wordt gevraagd om binnen vier weken nadere informatie beschikbaar te stellen om de verzekeringsplicht te kunnen vaststellen.

Zie voor de datum van uitschrijving, Hoofdstuk 4, punt 2.3.

Het is van groot belang dat zorgverzekeraars vorm blijven geven aan de afspraak om wijzigingen in hun adresbestanden die niet (meer) met de gegevens in de BRP overeenkomen, aan het BRP terug te melden. Dat wordt gedaan met behulp van de Terugmeldvoorziening (TMV) van de Rijksdienst voor Identiteitsgegevens (RvIG). Wanneer de zorgverzekeraar constateert dat informatie (nog) niet bij de SVB bekend is, is het van belang deze informatie aan de SVB door te geven. In de regel levert de zorgverzekeraar deze gegevens al aan bij het verzoek om de Wlz-status vast te stellen.