



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea  
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Premie, aanmelding CAK, uitbetaling nota, verrekening, schadevergoeding

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2017-2021, paragraaf 3.3 Zvw, 6:127 BW

Zaaknummer : 202002067

Zittingsdatum : 6 oktober 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (Prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en  
2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,  
hierna gezamenlijk te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 12 april 2021 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Op 18 mei 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De zorgverzekeraar heeft op 8 juli 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 22 juli 2021 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 6 oktober 2021 - telefonisch - gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker is tot op heden bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten. Vanaf 2018 is verzoeker, aanvankelijk bij de rechtsvoorganger van de zorgverzekeraar en na een juridische fusie, bij de zorgverzekeraar verzekerd op grond van de verzekering ZieZo Selectief (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. In een eerder gerezen geschil tussen verzoeker en de rechtsvoorganger van de zorgverzekeraar heeft de commissie op 10 mei 2017 een bindend advies uitgebracht. Hierin heeft de commissie onder meer geconstateerd dat partijen, in vervolg op de behandeling ter zitting, overeenstemming hebben bereikt over de hoogte van de betalingsachterstand van op dat moment € 3.226,56 (over de periode van 2 februari 2008 tot en met 31 december 2016). Daarnaast hebben partijen afspraken gemaakt over afmelding van verzoeker als wanbetaler met terugwerkende kracht tot 1 december 2012 en over aflossing van de bestaande betalingsachterstand.
- 3.3. Op 22 november 2018 heeft de kantonrechter in de rechtbank Den Haag in een geschil tussen verzoeker en de rechtsvoorganger van de zorgverzekeraar vonnis gewezen. De zorgverzekeraar had in deze zaak bij dagvaarding een veroordeling van verweerder (thans: verzoeker) gevorderd tot betaling van de premies verschuldigd over de periode van 1 januari 2017 tot en met 1 april 2017. In dit vonnis is, voor zover hier van belang, het volgende overwogen:

"(...)

2.3 Bij e-mailbericht d.d. 28 juni 2017 heeft Avéro in de persoon van [naam], klachtencoördinator, aan [naam verzoeker] het volgende meegedeeld:

**"Ik stuurde uw vraag naar Turiën & Co**

*In opdracht van Turiën & Co meldden wij u af bij het CAK. Dit deden wij vanaf 1 december 2012. Wij vroegen aan Turiën & Co om het administratieve gedeelte met u te regelen. Helaas deden zij dit nog niet. Ik vroeg aan Turiën & Co om binnen 5 werkdagen naar u en ons te reageren.*

**Ik houd in de gaten of Turiën & Co op tijd reageert**

*Krijg ik geen reactie van Turiën & Co dan ga ik er nog een keer achteraan. Net zolang totdat zij reageren en u tevreden bent (met, ktr.) het antwoord. Eerder sluit ik uw vraag bij ons niet.*

**U hoeft de premie van januari 2017 tot en met juli 2017 nog niet te betalen**

*Ik houd voor u nieuwe herinneringen tegen. Dit doe ik totdat uw vraag helemaal is afgehandeld. Pas dan kijken we naar een oplossing voor uw premiebetaling. Dit geldt niet voor zorgkostennota's."*

*(...)*

*5.2 Ter comparitie heeft [naam verzoeker] aangegeven dat de behandeling van zijn klacht door Avéro dan wel Turien & Co (waarop het e-mailbericht d.d. 28 juni 2017 ziet, ktr.)nog altijd niet is afgerond. Avéro heeft hierover geen uitsluitel kunnen geven. Gelet hierop houdt de kantonrechter het ervoor dat er nog geen klachtafhandeling heeft plaatsgevonden en dat - gelet op de inhoud van het e-mailbericht dd. 28 juni 2017 - het Avéro nog niet vrijstond om de invordering van de premie(correctie)s te vervolgen.*

*5.3 Uit het voorgaande volgt dat de vordering van Avéro thans niet voor toewijzing in aanmerking komt.*

*(...)"*

- 3.4. Op 22 september 2017 heeft verzoeker de zorgverzekeraar aansprakelijk gesteld voor zijn schade van € 3.165,33 als gevolg van de aanmelding als wanbetaler in 2012. Deze vordering is op 10 april 2019 door de incassogemachtigde van de rechtsvoorganger van de zorgverzekeraar afgewezen. Op 24 april 2019 heeft verzoeker de rechtsvoorganger van de zorgverzekeraar verzocht dit standpunt te heroverwegen. De rechtsvoorganger van de zorgverzekeraar heeft verzoeker op 1 mei 2019 laten weten zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. Verzoeker heeft eind 2019 ervoor gekozen de verschuldigde jaarpremie 2020 in één keer door de zorgverzekeraar te laten incasseren. Nadat deze jaarpremie door de zorgverzekeraar was geïncasseerd, ontving verzoeker op 31 januari 2020 een betalingsherinnering om de verschuldigde jaarpremie 2020 te voldoen. Verzoeker heeft hierop telefonisch contact gehad met een medewerk(st)er van de zorgverzekeraar en bleek dat de zorgverzekeraar de geïncasseerde jaarpremie had verrekend met een openstaande vordering uit 2017. Daarop heeft verzoeker het geïncasseerde bedrag laten storneren. Vervolgens heeft verzoeker op 7 februari 2020 aan de zorgverzekeraar laten weten de premie nogmaals te willen voldoen, op voorwaarde dat zijn betaling zou worden geboekt op de premie voor 2020. De premie voor 2020 is op 21 februari 2020 opnieuw door de zorgverzekeraar geïncasseerd, maar wederom geboekt op (verrekend met) de achterstand over 2017. Na ontdekking hiervan heeft verzoeker de premie opnieuw gestorneerd.
- 3.6. Omdat - naar het oordeel van de zorgverzekeraar - de betalingsachterstand van verzoeker op 1 augustus 2020 meer dan zes maandpremies bedroeg, heeft de zorgverzekeraar verzoeker met ingang van die datum aangemeld als wanbetaler bij het CAK.
- 3.7. Eind 2020 heeft de zorgverzekeraar van een zorgaanbieder een creditnota ontvangen. Deze creditnota had tot gevolg dat bij verzoeker ten onrechte een bedrag van € 698,24 ter zake van het eigen risico 2020 in rekening was gebracht. Dit bedrag is door de zorgverzekeraar niet aan verzoeker terugbetaald, maar verrekend met de bestaande betalingsachterstand uit 2017.
- 3.8. Op 28 december 2020 heeft verzoeker een bedrag van € 9,04 aan de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar betaald. Met deze betaling was de op dat moment openstaande vordering voldaan. Met ingang van 1 februari 2021 is verzoeker afgemeld als wanbetaler bij het CAK.

4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft op 12 april 2021 per brief aan de commissie verzocht te beslissen dat de zorgverzekeraar:

- (i) aan hem een schadevergoeding van € 4.296,55 moet betalen in verband met de correctie van de aanmelding als wanbetaler in 2012;
- (ii) hem ten onrechte heeft aangemeld als wanbetaler bij het CAK met ingang van 1 augustus 2020;
- (iii) is gehouden de als gevolg van de aanmelding met ingang van 1 augustus 2020 door hem geleden schade ten bedrage van € 855,30 te vergoeden; en
- (iv) ten onrechte een bedrag van € 698,24 heeft verrekend met een openstaande vordering, in plaats van dit bedrag aan hem uit te betalen.

Ter zitting (op 6 oktober 2021) heeft verzoeker mondeling zijn verzoek aan de commissie uitgebreid (onder toezegging zijn pleitnota nog te zullen nazenden), in die zin dat hij de commissie daarnaast heeft verzocht te beslissen dat de zorgverzekeraar:

- (v) aan hem een schadevergoeding moet betalen van € 32,23, zijnde het verschil tussen de nominale premie en de bestuursrechtelijke premie voor de maand januari 2021; en
- (vi) aan hem een schadevergoeding moet betalen van € 50,- in verband met het niet kunnen overstappen naar een andere zorgverzekeraar.

Uit de na afloop van de hoorzitting ontvangen pleitnota blijkt dat verzoeker de commissie ook verzoekt te bepalen dat de zorgverzekeraar aan hem bedragen moet betalen van € 39,33, in verband met de misgelopen korting voor jaarbetaling van 2021, en € 37,-, zijnde het door hem betaalde entreegeld aan de commissie. De commissie merkt hierover op dat de pleitnota op deze onderdelen afwijkt van het stuk dat verzoeker ter zitting heeft voorgedragen. De zorgverzekeraar heeft hierdoor op deze onderdelen van het verzoek geen verweer kunnen voeren. Het in dit stadium van de procedure vermeerder van het verzoek acht de commissie in strijd met de goede procesorde. Om deze reden laat de commissie deze - in wezen na afloop van de mondelinge behandeling - gedane vermeerder van het verzoek verder buiten beschouwing.

4.2. De zorgverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen het hiervoor in 4.1 onder (i) tot en met (iv) verkort weergegeven 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 A.18. van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) over de verschuldigdheid van premie en de aanmelding als wanbetaler alsmede die uit het Burgerlijk Wetboek (BW) over de bevoegdheid tot verrekening, zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

**Schadevergoeding aanmelding wanbetaler 2012**

6.2. Verzoeker stelt als gevolg van het handelen van de rechtsvoorganger van de zorgverzekeraar schade te hebben geleden. Op 22 september 2017 heeft verzoeker deze per brief aansprakelijk gesteld voor de geleden schade. De schade beliep volgens verzoeker op dat moment € 3.165,33 en had betrekking op de deurwaarderskosten, kosten in verband met het niet kunnen overstappen naar

een andere zorgverzekeraar, en post- en portokosten. De zorgverzekeraar is volgens verzoeker gehouden deze kosten te vergoeden omdat hij een brief van het CAK heeft ontvangen waarin staat dat de rechtsvoorganger van de zorgverzekeraar hem ten onrechte met ingang van 1 december 2012 heeft aangemeld als wanbetaler.

Op 1 april 2019 heeft verzoeker de rechtsvoorganger van de zorgverzekeraar per brief meegedeeld dat zijn vordering tot schadevergoeding is verhoogd tot € 4.296,55. Dit omdat verzoeker op 21 maart 2019 door de kantonrechter is veroordeeld, zijns inziens ten onrechte.

- 6.3. De commissie overweegt dat verzoeker zijn vordering tot schadevergoeding van - in eerste instantie - € 3.165,33 baseert op een brief van 19 mei 2017 die hij heeft gekregen van het CAK. Hoewel de commissie het met verzoeker eens is dat in deze brief wordt gesproken over een 'onterechte aanmelding', geldt dat de basis voor de afmelding is gelegen in een bindend advies van de commissie van 10 mei 2017.

In dit bindend advies is vastgelegd dat partijen onderling afspraken hebben gemaakt. Een van de gemaakte afspraken was dat de rechtsvoorganger van de zorgverzekeraar verzoeker met terugwerkende kracht tot 1 december 2012 zou afmelden als wanbetaler bij het CAK. Uit het bindend advies en de hierop gevolgde feitelijke afmelding volgt niet dat tussen partijen vast staat of zou zijn overeengekomen dat de aanmelding van verzoeker met ingang van voornoemde datum ten onrechte heeft plaatsgevonden. Om die reden bestaat voor toewijzing van de aanvankelijk gevorderde schadevergoeding dan ook geen enkele grond. Eerder genoemde brief maakt dit niet anders, ook al omdat een uitspraak van het CAK niet aan de zorgverzekeraar kan worden tegengeworpen.

De verhoging van de gevorderde schadevergoeding tot een bedrag van € 4.296,55 baseert verzoeker op het feit dat hij bij vonnis van 21 maart 2019 is veroordeeld tot betaling van een zeker bedrag aan de zorgverzekeraar en tevens tot betaling van proceskosten. Het desbetreffende vonnis van de kantonrechter is niet door verzoeker overgelegd. Daarnaast gevraagd heeft verzoeker meegedeeld dat hij tegen dit vonnis geen hoger beroep heeft ingesteld, zodat dit vonnis op 19 juni 2019 in kracht van gewijsde is gegaan en dat de inhoud daarvan daarmee tussen partijen onherroepelijk vast staat (het zgn. gezag van gewijsde). De onderhavige procedure kan niet tot doel hebben een onherroepelijke uitspraak te laten toetsen. Dit is ook vastgelegd in het toepasselijke reglement en volgt ook uit het gesloten systeem van rechtsmiddelen. Het vonnis vormt voor de commissie een gegeven. Dit betekent dat als vaststaand wordt aangenomen dat verzoeker de proceskosten moet voldoen. Om deze reden ligt ook de verhoging van de gevorderde schadevergoeding voor afwijzing gereed.

#### **Aanmelding CAK met ingang van 1 augustus 2020**

- 6.4. De zorgverzekeraar heeft verzoeker met ingang van 1 augustus 2020 opnieuw aangemeld als wanbetaler bij het CAK. De commissie dient te beoordelen of op deze datum een premieachterstand bestond van zes of meer maanden. Als dat het geval is, heeft de aanmelding bij het CAK terecht plaatsgevonden.
- 6.5. Uit de brief van de zorgverzekeraar van 8 juli 2021 blijkt dat ten tijde van de aanmelding van verzoeker als wanbetaler op 1 augustus 2020 - naar het oordeel van de zorgverzekeraar - sprake was van een premieachterstand voor de zorgverzekering van totaal € 1.123,53. Dit bedrag had volgens de zorgverzekeraar betrekking op de openstaande premies voor de maanden mei tot en met december 2017 (8 x € 88,41) en januari tot en met mei 2020 (5 x € 83,25). Verzoeker erkent dat in 2020 bedragen open stonden, maar hij betwist, onder verwijzing naar het op 22 november 2018 gewezen vonnis, dat met betrekking tot 2017 nog openstaande bedragen bestonden. Met betrekking hiertoe overweegt de commissie het volgende.
- 6.6. Niet is geschil is dat verzoeker in 2017 bij de rechtsvoorganger van de zorgverzekeraar was verzekerd tegen ziektekosten. Op grond van artikel 16 Zvw was verzoeker verplicht de overeengekomen premies tijdig te voldoen. Omdat de rechtsvoorganger van de zorgverzekeraar zich op het standpunt stelde dat verzoeker de verschuldigde premies voor de maanden januari tot en met april 2017 niet had voldaan, heeft hij verzoeker in rechte betrokken en betaling hiervan

gevorderd. In het hierop gevolgde (onherroepelijke) vonnis van de kantonrechter in de rechtbank Den Haag (zittingsplaats B) van 22 november 2018 is deze vordering afgewezen. Uit de brief van de zorgverzekeraar van 8 juli 2021 blijkt dat vervolgens de desbetreffende maandpremies (januari tot en met april 2017) coulancehalve zijn afgeboekt.

Ten aanzien van de premies voor de (overige) maanden, te weten mei tot en met juli 2017 is door de zorgverzekeraar gesteld dat deze onbetaald zijn gebleven. Door verzoeker is niet aannemelijk gemaakt dat betaling hiervan heeft plaatsgevonden. Zo zijn bijvoorbeeld geen betalingsbewijzen ter zake overgelegd en is ook anderszins niet gebleken dat betaling hiervan heeft plaatsgevonden. Dit leidt ertoe dat de vorderingen met betrekking tot deze maanden door verzoeker nog verschuldigd zijn.

De zorgverzekeraar kan - gelet op het in kracht van gewijsde gegane vonnis van de kantonrechter van 22 november 2018 - de invordering hiervan echter nog niet vervolgen. Aan de commissie is namelijk niet gebleken dat de (toenmalige) klacht van verzoeker inmiddels is afgehandeld, reden dat de commissie, gelet op de conclusie van de kantonrechter in rechtsoverweging 5.2 van eerdergenoemd vonnis, tot geen ander oordeel kan komen dan dat de zorgverzekeraar de achterstallige premies voor de maanden mei tot en met juli 2017 (nog) niet bij verzoeker kan invorderen.

- 6.7. De vorderingen over de maanden augustus tot en met december 2017 vormden geen onderwerp van geschil in de eerder genoemde procedure ten overstaan van de kantonrechter in de rechtbank Den Haag. Dienaangaande bevat het vonnis van 22 november 2018 dan ook geen beslissing. De commissie begrijpt de stelling van verzoeker aldus dat hij van mening is dat hij de genoemde maandpremies niet verschuldigd is. Niet valt in te zien waarop verzoeker dit baseert. Door verzoeker is niet aannemelijk dat de premies voor de maanden augustus tot en met december 2017 vóór 1 augustus 2020 waren voldaan. Met betrekking tot deze premies is de commissie dan ook van oordeel dat deze ten tijde van de aanmelding van verzoeker als wanbetaler nog openstonden. Het gaat hierbij om een periode van vijf maanden.
- 6.8. Verder heeft de zorgverzekeraar van verzoeker betaling van de premies voor de maanden januari tot en met mei 2020 gevorderd. Met betrekking tot deze vordering merkt de commissie op dat verzoeker aanvankelijk ervoor had gekozen de verschuldigde premie voor 2020 in één keer automatisch te laten incasseren. De zorgverzekeraar heeft deze incasso ook uitgevoerd, maar het geïncasseerde bedrag vervolgens aangewend om andere openstaande schulden mee te voldoen en niet ter delging van de jaarpremie 2020. Hierop heeft verzoeker het desbetreffende bedrag gestorneerd. Verzoeker heeft daarna een tweede maal voor betaling zorg gedragen, wederom nadat hij uitdrukkelijk te kennen had gegeven dat deze betaling geschiedde ter voldoening van de jaarpremie 2020. Ook deze tweede keer heeft de zorgverzekeraar het ontvangen bedrag aangewend ter aflossing van andere schulden en is de verzoeker - ten tweede male - overgegaan tot stornering. De stornering heeft tot gevolg dat de jaarpremie 2020 nog altijd verschuldigd is door verzoeker. In het licht van de hiervoor geschetste omstandigheden acht de commissie het evenwel naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar dat de zorgverzekeraar de openstaande maandpremies over januari tot en mei 2020 in aanmerking heeft genomen voor de bepaling, in het kader van de aanmelding bij het CAK, van de duur gedurende welke verzoeker maandpremies onbetaald heeft gelaten. Een en ander brengt met zich dat de gevorderde bedragen - die qua hoogte gelijk zijn aan de premies voor de maanden januari tot en met mei 2020 - niet meetellen voor het antwoord op de vraag of op 1 augustus 2020 sprake was van een *premieachterstand* voor de zorgverzekering ter hoogte van zes maanden.
- 6.9. Gelet op het voorgaande oordeelt de commissie dat ter bepaling van de betalingsachterstand op 1 augustus 2020 uitsluitend de premies voor de maanden augustus tot en met december 2017 in aanmerking mochten worden genomen. Dit betekent dat op 1 augustus 2020 sprake was van een - voor de beoordeling van de aanmelding relevante - *premieachterstand* van vijf maanden en niet van zes, zoals vereist in artikel 18c Zvw. Hierbij merkt de commissie volledigheidshalve nog eens op dat de premie 2020 wel degelijk verschuldigd is en, voor zover niet voldaan, blijft, maar niet in aanmerking mag worden genomen bij de beoordeling van de vraag of op 1 augustus 2020 sprake was van een *premieachterstand* van zes maanden. Het vorenstaande leidt ertoe

dat de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het CAK, in het licht van de bijzondere in 6.7 geschetste omstandigheden, ten onrechte plaatsgevonden.

Nu de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het CAK met ingang van 1 augustus 2020 ten onrechte heeft plaatsgevonden, is de zorgverzekeraar gehouden hem met terugwerkende kracht tot die datum af te melden.

- 6.10. De commissie heeft er goede nota van genomen dat de zorgverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker - vanwege de betaling van € 9,04 op 28 december 2020 - reeds met ingang van 1 januari 2021 in plaats van met ingang van 1 februari 2021 had moeten worden afgemeld. In dat kader heeft de zorgverzekeraar zich bereid verklaard een bedrag van € 32,23 (het verschil tussen de bestuursrechtelijke premie en de nominale premie over de maand januari 2021) af te boeken op de betalingsachterstand van verzoeker. Hieruit volgt dat het CAK de door verzoeker voor de periode van 1 augustus 2020 tot 1 januari 2021 betaalde bestuursrechtelijke premies zal terugbetalen aan verzoeker. Verzoeker, op zijn beurt, is gehouden aan de zorgverzekeraar alsnog de nominale premie voor de zorgverzekering te voldoen over voornoemd tijdvak. Immers, ingevolge artikel 16, tweede lid, onder b, Zvw was verzoeker geen nominale premie verschuldigd over de periode dat hij was aangemeld als wanbetaler bij het CAK, en deze periode wordt nu met terugwerkende kracht gecorrigeerd.
- 6.11. Verzoeker heeft gesteld schade te hebben geleden door de aanmelding als wanbetaler bij het CAK. De geleden schade bedraagt € 855,30 en bestaat uit de aan het CAK betaalde bestuursrechtelijke premies over de periode van 1 augustus 2020 tot en met 31 januari 2021. Nu het CAK de bestuursrechtelijke premies - voor zover door verzoeker voldaan - over de periode van 1 augustus 2020 tot 1 januari 2021 aan verzoeker zal terugbetalen, en de zorgverzekeraar verzoeker compenseert voor het verschil in premie met betrekking tot de maand januari 2021, laat de commissie dit onderdeel van het verzoek verder rusten.

#### **Correctie verrekening € 698,24**

- 6.12. Nadat de zorgverzekeraar van een zorgaanbieder een creditnota had ontvangen, heeft hij verzoeker op 22 december 2020 geïnformeerd dat een en ander zal worden gecorrigeerd en dat aan laatstgenoemde een bedrag van € 698,24 zal worden overgemaakt. Ondanks dit bericht heeft de zorgverzekeraar genoemd bedrag niet aan verzoeker overgemaakt, maar dit verrekend met een openstaande vordering uit 2017. Verzoeker stelt zich op het standpunt dat deze verrekening ten onrechte heeft plaatsgevonden en dat de zorgverzekeraar het bedrag van € 698,24 aan hem had moeten uitbetalen.
- 6.13. De commissie overweegt dat in artikel 6:127 BW de mogelijkheid is opgenomen openstaande vorderingen over en weer met elkaar te verrekenen. In artikel A.9.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering (2020) is bepaald dat de zorgverzekeraar bevoegd is de door de verzekeringnemer - in casu verzoeker - verschuldigde openstaande premie te verrekenen met de door de zorgverzekeraar aan de verzekeringnemer te betalen bedragen. Uit hetgeen de commissie hiervoor heeft overwogen blijkt dat, ten tijde van de correctie van het eigen risico eind 2020, een premieachterstand bestond zodat de zorgverzekeraar in beginsel tot verrekening van de nota mocht besluiten. Voorwaarde hierbij is wel is dat de schuldeiser de schuldenaar van de verrekening op de hoogte brengt. Uit de brief van de zorgverzekeraar van 22 december 2020 aan verzoeker blijkt echter dat het bedrag van € 698,24 aan verzoeker wordt uitgekeerd. Nergens in bedoelde brief wordt melding gemaakt dat, in het geval blijkt dat nog sprake is van een of meer openstaande vorderingen, dit bedrag wordt verrekend met de openstaande vordering(en). De commissie is dan ook van oordeel dat verzoeker op basis van de brief van 22 december 2020 mocht aannemen dat hij € 698,24 op zijn rekening gestort zou krijgen. Gelet op het voorgaande dient de zorgverzekeraar de uitgevoerde verrekening ongedaan te maken en het bedrag van € 698,24 alsnog aan verzoeker uit te betalen. Daar staat tegenover dat hierdoor een nieuwe vordering van € 698,24 van de zorgverzekeraar op verzoeker ontstaat.

- 6.14. Tot slot is door de zorgverzekeraar opgemerkt dat hij na de verwerking van de creditnota opnieuw een ontvangen zorgkostennota heeft verrekend met het verplicht en vrijwillig eigen risico 2020 van verzoeker. Dit bedrag bedraagt eveneens € 698,24 en is op 13 februari 2021 bij verzoeker in rekening gebracht. In de brief van de zorgverzekeraar van 8 juli 2021 stelt deze dat genoemd bedrag nog door verzoeker moet worden betaald. Verzoeker heeft echter een betaalbewijs overgelegd waaruit blijkt dat hij op 15 februari 2021, onder vermelding van een betalingskenmerk, € 698,24 heeft voldaan. De zorgverzekeraar heeft de ontvangst van deze betaling niet bestreden zodat de commissie concludeert dat het op 13 februari 2021 bij verzoeker in rekening gebrachte bedrag op 15 februari 2021 is betaald.

**Schadevergoeding € 50,-**

- 6.15. Ter zitting heeft verzoeker een schadevergoeding gevorderd van € 50,- in verband met het feit dat hij niet kon overstappen naar een andere verzekeraar. De zorgverzekeraar heeft hierop aangevoerd dat als verzoeker telefonisch contact met hem had opgenomen beëindiging van de zorgverzekering mogelijk was geweest. Gesteld noch gebleken is dat verzoeker telefonisch of anderszins tijdig contact heeft opgenomen met de zorgverzekeraar om kenbaar te maken dat hij de zorgverzekering tegen 31 december 2020 wilde opzeggen. Door hem is dan ook geen schade ter zake geleden. Om die reden ziet de commissie geen aanleiding de zorgverzekeraar te verplichten aan verzoeker een bedrag van € 50,- te betalen.

- 6.16. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie beslist dat:

- (i) het onderdeel van het verzoek dat ziet op de gevorderde schadevergoeding van € 4,296.55 wordt afgewezen;
- (ii) de zorgverzekeraar verzoeker ten onrechte met ingang van 1 augustus 2020 heeft aangemeld als wanbetaler bij het CAK en de gevolgen hiervan met terugwerkende kracht tot die datum ongedaan moet maken. Hier staat tegenover dat verzoeker met terugwerkende kracht tot genoemde datum premie verschuldigd is aan de zorgverzekeraar;
- (iii) de zorgverzekeraar ten onrechte het uit te keren bedrag van € 698,24 heeft verrekend met een openstaande vordering uit 2017. Om die reden moet de zorgverzekeraar genoemd bedrag aan verzoeker uitbetalen waarna een nieuwe vordering van € 698,24 ontstaat;
- (iv) het bedrag van € 698,24 ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2020 door verzoeker werd voldaan;
- (v) de zorgverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden;
- (vi) hetgeen door verzoeker meer of anders is verzocht dient te worden afgewezen.

Zeist, 4 november 2021,

A.I.M. van Mierlo



# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

---

## Burgerlijk Wetboek Boek 6

---

### Artikel 127

1. Wanneer een schuldenaar die de bevoegdheid tot verrekening heeft, aan zijn schuldeiser verklaart dat hij zijn schuld met een vordering verrekent, gaan beide verbintenissen tot hun gemeenschappelijk beloop teniet.
2. Een schuldenaar heeft de bevoegdheid tot verrekening, wanneer hij een prestatie te vorderen heeft die beantwoordt aan zijn schuld jegens dezelfde wederpartij en hij bevoegd is zowel tot betaling van de schuld als tot het afdwingen van de betaling van de vordering.
3. De bevoegdheid tot verrekening bestaat niet ten aanzien van een vordering en een schuld die in van elkaar gescheiden vermogens vallen.

---

# 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. een machtiging van de verzekeringnemer aan de zorgverzekeraar tot maandelijkse 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 aan zien 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 schuldhulpverlening, 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 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.

#### **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.

### 7.9 Vrijwillig gekozen eigen risico bij een diagnose-behandelcombinatie

Wordt een behandeling gedeclareerd in de vorm van een diagnose-behandelcombinatie (DBC)? Dan is het startmoment van de behandeling ook bepalend voor het vrijwillig gekozen eigen risico dat wij in mindering moeten brengen. Meer over de vergoedingen bij DBC's leest u in artikel A.5.5.

### 7.10 Vrijwillig gekozen eigen risico in mindering brengen

Ontvangt u zorg van een gecontracteerde zorgverlener of een zorgverlener met wie wij een betaalsovereenkomst hebben? Dan vergoeden wij de kosten van die zorg direct aan de zorgverlener of zorginstelling. Heeft u dan nog een bedrag aan vrijwillig gekozen eigen risico openstaan? Dan zal dit bedrag worden verrekend of bij u worden teruggevorderd. Dit kan ook verrekend worden met declaraties ten laste van uw Zvw-pgb. Wij innen het bedrag via een automatische incasso. Door deze verzekering met ons aan te gaan, wordt u (verzekeringnemer) namelijk geacht ons een machtiging te hebben verleend.

Als u (verzekeringnemer) het vrijwillig gekozen eigen risico niet op tijd betaalt, kunnen wij administratiekosten, invorderingskosten en wettelijke rente in rekening brengen.

### 7.11 Vrijwillig gekozen eigen risico wijzigen

Wilt u uw vrijwillig gekozen eigen risico aanpassen? Dan kan dat per 1 januari van het volgende kalenderjaar. Geef de wijziging van het vrijwillig gekozen eigen risico dan uiterlijk 31 december aan ons door. Deze wijzigingstermijn vindt u ook in artikel A.12.5.

## A.8 Wat betaalt u?

### 8.1 Wij stellen uw premie vast

**8.1.1** Wij stellen vast hoe hoog de premie van uw basisverzekering is. De verschuldigde premie is de premiegrondslag min een eventuele korting vanwege een vrijwillig gekozen eigen risico. Deze korting berekenen wij op basis van de premiegrondslag.

**8.1.2** Wij heffen premie voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Wordt de verzekerde 18 jaar? Dan bent u (verzekeringnemer) premie verschuldigd per de eerste van de maand die volgt op de kalendermaand waarin de verzekerde 18 jaar wordt.

### 8.2 U (verzekeringnemer) betaalt de premie

U (verzekeringnemer) moet de premie vooruitbetalen. U mag de premie die u (verzekeringnemer) moet betalen, niet verrekenen met uw vergoeding.

Beëindigt u (verzekeringnemer) of beëindigen wij uw basisverzekering tussentijds? Dan betalen wij premie die u te veel heeft betaald, terug. Wij gaan hierbij uit van een maand met 30 dagen. Hebben wij uw verzekering beëindigd vanwege fraude of misleiding (zie ook artikel A.20 van deze algemene voorwaarden)? Dan kunnen wij een bedrag voor administratiekosten aftrekken van de premie die wij moeten terugbetalen.

### 8.3 Hoe u (verzekeringnemer) de premie en andere kosten betaalt

Wij hebben het liefst dat u (verzekeringnemer) de volgende bedragen via betaalmail of een automatische incasso betaalt:

- a premie;
- b verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico;
- c wettelijke eigen bijdragen;
- d eigen betalingen;
- e eventuele overige vorderingen.

Kiest u (verzekeringnemer) ervoor om op een andere manier te betalen dan via betaalmail of een automatische incasso? Dan kan het zijn dat u (verzekeringnemer) daarvoor administratiekosten moet betalen.

### 8.4 Afschrijving 14 dagen van tevoren aangekondigd

U (verzekeringnemer) ontvangt van ons een vooraankondiging van de automatische incasso. Wij proberen deze vooraankondiging aan u (verzekeringnemer) te versturen 14 dagen voordat wij het openstaande bedrag incasseren. Dit is niet van toepassing op de bekendmaking van de nieuwe premie. De automatische incasso van de premie kondigen wij 1 keer per jaar aan op het polisblad dat u van ons ontvangt.

## A.9 Wat gebeurt er als u niet op tijd betaalt?

### 9.1 Er zijn regels voor hoe u de premie betaalt

Als u premie moet betalen, moet u zich aan de regels hiervoor houden. Dit geldt ook als een derde de premie betaalt.

### 9.2 Wij verrekenen achterstallige premie en/of eigen risico met zorgkosten en pgb

Moet u (verzekeringnemer) nog achterstallige premie en/of eigen risico aan ons betalen, en declareert u zorgkosten bij ons die wij aan u (verzekeringnemer) moeten betalen? Dan verrekenen wij de premie en/of eigen risico met de zorgkosten. Wij verrekenen achterstallige premie en/of eigen risico ook met uw declaraties uit uw Zvw-pgb.

Als u (verzekeringnemer) niet op tijd betaalt, kunnen wij administratiekosten, invorderingskosten (waaronder incassokosten) en de wettelijke rente aan u (verzekeringnemer) in rekening brengen.

### 9.3 Als u (verzekeringnemer) zich niet aan de betalingstermijn houdt

Heeft u (verzekeringnemer) ervoor gekozen om premie te betalen per (half)jaar? En betaalt u de premie niet binnen de betalingstermijn die wij hebben gesteld? Dan behouden wij ons het recht voor om u (verzekeringnemer) uw premie weer per maand te laten betalen. Het gevolg hiervan is dat u geen recht meer heeft op betalingskorting.

### 9.4 U kunt de verzekering pas opzeggen als achterstallige premie is betaald

Hebben wij u aangemaand om één of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie te betalen? Dan kunt u (verzekeringnemer) de basisverzekering niet opzeggen totdat u de verschuldigde premie en eventuele administratiekosten, invorderingskosten en de wettelijke rente heeft betaald. Een uitzondering hierop is als wij de dekking van uw basisverzekering schorsen.

### 9.5 Uitzondering op artikel A.9.4

Artikel A.9.4 van deze algemene voorwaarden geldt niet, als wij binnen 2 weken aan u (verzekeringnemer) laten weten dat wij de opzegging bevestigen.



## A.10 Wat gebeurt er als u een betalingsachterstand heeft?

### 10.1 Betalingsregeling als u uw premie 2 maanden niet heeft betaald

Stellen wij vast dat u 2 maanden geen maandpremie heeft betaald? Dan bieden wij u (verzekeringnemer) binnen 10 werkdagen schriftelijk een betalingsregeling aan. Die betalingsregeling houdt in:

- a dat u (verzekeringnemer) ons machtigt om automatisch nieuwe maandpremies bij u (verzekeringnemer) of derden te incasseren;
- b dat u (verzekeringnemer) met ons afspraken maakt om uw betalingsachterstand en schulden uit de zorgverzekering aan ons in termijnen terug te betalen;
- c dat wij de basisverzekering niet om reden van het bestaan van schulden als bedoeld onder b beëindigen en de dekking van de basisverzekering niet om deze reden schorsen of opschorten zolang de betalingsregeling loopt. Dit geldt niet als u (verzekeringnemer) de machtiging genoemd onder a intrekt, of als u (verzekeringnemer) de gemaakte afspraken over de betalingen genoemd onder b niet nakomt.

In de brief staat dat u (verzekeringnemer) 4 weken de tijd heeft om de regeling te accepteren. Ook leest u (verzekeringnemer) hierin wat er gebeurt, als u (verzekeringnemer) de maandpremie 6 maanden niet betaald. Bovendien vindt u (verzekeringnemer) bij het aanbod informatie over schuldhulpverlening, hoe u (verzekeringnemer) die hulp kunt krijgen en welke schuldhulpverlening mogelijk is.

### 10.2 Betalingsregeling als u (verzekeringnemer) een ander verzekert

Heeft u (verzekeringnemer) iemand anders verzekerd? En heeft u (verzekeringnemer) de maandpremie voor de basisverzekering van die verzekerde 2 maanden niet betaald? Dan houdt de betalingsregeling ook in, dat wij u (verzekeringnemer) aanbieden om deze verzekering te beëindigen op de dag dat de betalingsregeling ingaat. Dit aanbod geldt alleen als:

- a de verzekerde voor zichzelf een andere basisverzekering heeft afgesloten op de datum dat de betalingsregeling gaat gelden; én
- b de verzekerde ons machtigt om automatisch nieuwe maandpremies te incasseren, als deze verzekerde bij ons verzekerd wordt via de basisverzekering.

### 10.3 Verzekerde(n) ontvangen kopieën van informatie over betalingsregeling

Als artikel A.10.2 van deze algemene voorwaarden van toepassing is, sturen wij de verzekerde(n) kopieën van de stukken zoals genoemd in artikel A.10.1, A.10.2 en A.10.4 die wij aan u (verzekeringnemer) sturen. Dit doen wij gelijktijdig.

### 10.4 Wat er gebeurt als u (verzekeringnemer) uw maandpremie 4 maanden niet heeft betaald?

Heeft u (verzekeringnemer) 4 maanden geen maandpremie betaald (exclusief administratiekosten, invorderingskosten en de wettelijke rente)? Dan ontvangen u (verzekeringnemer) en uw medeverzekerden een bericht dat wij van plan zijn u (verzekeringnemer) aan te melden bij het Centraal Administratie Kantoor (CAK), zodra u (verzekeringnemer) 6 maanden of langer geen maandpremie heeft betaald. Melden wij u (verzekeringnemer) aan bij het CAK? Dan gaat het CAK een bestuursrechtelijke premie bij u (verzekeringnemer) innen.

Ook kunt u (verzekeringnemer) ons vragen of wij een betalingsregeling met u (verzekeringnemer) willen aangaan. Wat die betalingsregeling inhoudt, leest u (verzekeringnemer) in artikel A.10.1 van deze algemene voorwaarden. Als wij een betalingsregeling met u (verzekeringnemer) aangaan, melden wij u (verzekeringnemer) niet aan bij het CAK zolang u (verzekeringnemer) de nieuwe maandpremies op tijd betaald.

### 10.5 Als u (verzekeringnemer) het niet eens bent met de betalingsachterstand

Bent u (verzekeringnemer) het niet eens met de betalingsachterstand en/of de voorgenomen aanmelding bij het CAK zoals genoemd in artikel A.10.4? Laat dit dan aan ons weten door middel van een bezwaarschrift. Wij melden u (verzekeringnemer) dan nog niet aan bij het CAK. Eerst onderzoeken wij dan, of wij uw schuld goed berekend hebben. Vinden wij dat wij uw schuld goed hebben berekend? Dan ontvangt u (verzekeringnemer) hierover een bericht. Als u (verzekeringnemer) het niet eens bent met ons oordeel, kunt u (verzekeringnemer) dit voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) of aan de burgerlijk rechter. U (verzekeringnemer) moet dat doen binnen 4 weken nadat u (verzekeringnemer) het bericht met ons oordeel heeft ontvangen. Wij melden u (verzekeringnemer) ook nu nog niet aan bij het CAK. Zie ook artikel A.18 van deze algemene voorwaarden over klachtafhandeling.

### 10.6 Wat er gebeurt als u (verzekeringnemer) uw maandpremie 6 maanden niet heeft betaald

Stellen wij vast dat u (verzekeringnemer) 6 maanden geen maandpremie (exclusief administratiekosten, invorderingskosten en wettelijke rente) heeft betaald? Dan melden wij u (verzekeringnemer) aan bij het CAK. Vanaf dit moment betaalt u geen nominale premie meer aan ons. Het CAK legt dan bij u (verzekeringnemer) de bestuursrechtelijke premie op. Het CAK krijgt hiervoor van ons uw persoonsgegevens en die van de perso(o)n(en) die u (verzekeringnemer) bij ons heeft verzekerd. Wij geven alleen die persoonsgegevens door aan het CAK die het nodig heeft om bij u (verzekeringnemer) de bestuursrechtelijke premie in rekening te brengen. U (verzekeringnemer) en de perso(o)n(en) die u (verzekeringnemer) heeft verzekerd, ontvangen hierover een bericht van ons.

### 10.7 Is alle premie betaald? Dan melden wij u (verzekeringnemer) af bij het CAK

Wij melden u (verzekeringnemer) af bij het CAK, als u (verzekeringnemer), na tussenkomst van het CAK, de volgende bedragen heeft betaald:

- a de verschuldigde premie;
- b de vordering op grond van zorgkostennota's;
- c de wettelijke rente;
- d eventuele incassokosten;
- e eventuele proceskosten.

Als wij u (verzekeringnemer) hebben afgemeld bij het CAK, wordt de bestuursrechtelijke premie-inning stopgezet. In plaats daarvan betaalt u (verzekeringnemer) de nominale premie weer aan ons.

### 10.8 Wat wij aan u (verzekeringnemer) en het CAK melden

Wij stellen u (verzekeringnemer en verzekerde) en het CAK direct op de hoogte van de datum waarop:

- a de schulden die uit de basisverzekering voortvloeien, (zullen) zijn afgelost of teniet (zullen) gaan;
- b de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, bedoeld in de Faillissementswet, op u (verzekeringnemer) van toepassing wordt;
- c een overeenkomst is gesloten zoals bedoeld in artikel 18c, tweede lid, onderdeel d van de Zorgverzekeringswet. Deze overeenkomst moet zijn gesloten door tussenkomst van een schuldhulpverlener zoals bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet. Of wij stellen u (verzekeringnemer) en het CAK op de hoogte van de datum waarop een schuldregeling tot stand is gekomen. Aan de schuldregeling moet, naast u (verzekeringnemer), tenminste uw zorgverzekeraar deelnemen.

