



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort en ASR
Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort

Zaak : Premie, betalingsachterstand, aanmelding CAK

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2016-2018, paragraaf 3.3. Zvw, art. 6:43 BW, voorwaarden
aanvullende ziektekostenverzekering 2016-2018

Zaaknummer : 201800807

Zittingsdatum : 1 mei 2019

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: verzoekster,

tegen

- 1) ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort, en
- 2) ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Het verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief en e-mailberichten van 19 december 2018, 19 januari 2019 en 7 februari 2019 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat (i) geen sprake is van een betalingsachterstand en (ii) de ziektekostenverzekeraar ten onrechte heeft geweigerd haar te laten overstappen naar een andere zorgverzekeraar per 1 januari 2018, dan wel per 1 januari 2019 en (iii) de aanmelding als wanbetaler bij het CAK per 1 juli 2017 niet terecht was (hierna: het verzoek).
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 26 maart 2019 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 april 2019 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 1 mei 2019 gehoord.

3. De vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in de jaren 2016 tot en met 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de basisverzekering (hierna: de zorgverzekering). Daarnaast was zij van 1 januari 2016 tot en met 31 augustus 2018 verzekerd op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering Pechvogelhelp (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Bij brief van 3 augustus 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 september 2018 is beëindigd.
- 3.2. Op 8 februari 2017 heeft de commissie een bindend advies uitgebracht in een ander geschil tussen verzoekster en de ziektekostenverzekeraar (Gcz, 8 februari 2017, SKGZ201601516). De commissie heeft zich in dit bindend advies uitgelaten over (i) de hoogte van de toenmalige betalingsachterstand en (ii) de aanmelding van verzoekster als wanbetaler bij het Zorginstituut (thans: het CAK). De commissie heeft destijds verklaard niet te kunnen treden in het vonnis dat de Rechtbank Overijssel op 15 september 2015 heeft gewezen. Uit dit vonnis volgt dat verzoekster de premie voor de maanden augustus 2014, februari 2015 en april 2015 dient te voldoen aan de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster is tevens veroordeeld tot betaling van de rente en kosten die samenhangen met de gerechtelijke procedure. Verder heeft de commissie beslist dat verzoekster de premie voor de maanden maart 2016, april 2016, mei 2016 en juni 2016 niet aan de ziektekostenverzekeraar had voldaan. Daarmee bedroeg de premieachterstand tot 1 juli 2016 totaal € 669,80 exclusief rente en kosten.

Voorts heeft de commissie beslist dat de ziektekostenverzekeraar de aanmelding als wanbetaler bij het Zorginstituut (thans: het CAK) met terugwerkende kracht tot 1 juli 2016 ongedaan diende te maken. Verzoekster moest aan de ziektekostenverzekeraar de (nominale) premie met terugwerkende kracht tot 1 juli 2016 voldoen.

Tot slot heeft de commissie beslist dat de ziektekostenverzekeraar het betaalde entreegeld van € 37,- aan verzoekster moest terugbetalen.

4. De bevoegdheid van de commissie

- 4.1. Gelet op artikel 17 van de zorgverzekering (2017-2018) en artikel 5 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2017-2018) is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.
- 4.2. Op grond van artikel 3.5 van het Reglement Geschillencommissie Zorgverzekeringen behandelt de commissie geen geschillen waarover al eerder een uitspraak is gedaan door een gerechtelijke instantie of de commissie. Dit betekent dat de commissie niet opnieuw een oordeel zal geven over de betalingsachterstand tot 1 juli 2016, omdat zij zich hierover reeds heeft uitgelaten in het bindend advies van 8 februari 2017. In dat bindend advies heeft de commissie overigens ook verklaard niet te kunnen treden in het vonnis van de Rechtbank Overijssel van 15 september 2015.

5. Het geschil

- 5.1. In geschil is of (i) sprake is van een betalingsachterstand, (ii) de ziektekostenverzekeraar verzoekster mocht weigeren per 1 januari 2018, dan wel per 1 januari 2019 over te stappen naar een andere zorgverzekeraar en of (iii) de ziektekostenverzekeraar verzoekster per 1 juli 2017 terecht heeft aangemeld als wanbetaler bij het CAK.

6. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 6.1. Artikel 12 van de zorgverzekering (2017-2018) bepaalt dat de premie bij vooruitbetaling moet worden voldaan. In het betreffende artikel is ook geregeld wat de gevolgen zijn van niet tijdige betaling, waaronder het in rekening brengen van incassokosten. Verder is hier opgenomen dat een verzekerde bij een betalingsachterstand van tenminste zes maandpremies wordt aangemeld als wanbetaler bij het CAK. Artikel 12 van de zorgverzekering (2017-2018) is gebaseerd op de artikelen 18a tot en met 18d van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Artikel 16 van de zorgverzekering (2017-2018) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden de zorgverzekering kan worden opgezegd en wanneer dit niet is toegestaan. Artikel 16 van de zorgverzekering (2017-2018) is gebaseerd op de artikelen 5 tot en met 7 en 8a Zvw. De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en wetgeving staan in de bijlage bij dit bindend advies.

7. De beoordeling

- 7.1. Uitgangspunt bij de beoordeling van het onderhavige geschil is het bindend advies van de commissie van 8 februari 2017. Dit betekent dat de beoordeling door de commissie beperkt blijft tot de gebeurtenissen ná 8 februari 2017.

Betalingsachterstand

- 7.2. De ziektekostenverzekeraar heeft uitvoering gegeven aan het bindend advies van 8 februari 2017, door de aanmelding van verzoekster als wanbetaler bij het Zorginstituut (thans: het CAK) met terugwerkende kracht tot 1 juli 2016 ongedaan te maken. Dit heeft tot gevolg gehad dat verzoekster de bestuursrechtelijke premie die zij aan het Zorginstituut heeft betaald terug heeft gekregen.

Hierover is zij bij brief van 1 mei 2017 door het CAK geïnformeerd. Verder heeft dit tot gevolg gehad dat de ziektekostenverzekeraar bij verzoekster voor de maanden juli 2016 tot en met maart 2017 alsnog de (nominale) premie in rekening heeft gebracht voor een bedrag van € 865,95. Dit bedrag heeft verzoekster met haar betaling van 24 maart 2017 aan de ziektekostenverzekeraar voldaan. Hierover verschillen partijen niet van mening.

- 7.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat verzoekster de betalingsachterstand - zoals beschreven in het bindend advies van 8 februari 2017 - niet heeft ingelopen. Verzoekster heeft dit betwist en meerdere betaalbewijzen overgelegd waaruit volgt welke betalingen zij aan de ziektekostenverzekeraar heeft gedaan. De commissie merkt op dat verzoekster betaalbewijzen heeft overgelegd die zien op de jaren 2014 tot en met 2016, met uitzondering van de eerder genoemde betaling van € 865,95 op 24 maart 2017. Zij heeft om die reden niet aannemelijk gemaakt dat zij met haar betalingen die hebben plaatsgevonden ná 8 februari 2017 de door de commissie vastgestelde betalingsachterstand heeft ingelopen.
- 7.4. De ziektekostenverzekeraar heeft verder aangevoerd dat verzoekster de premie voor de maanden mei 2017, juni 2017 en mei 2018 niet heeft voldaan. Bij het uitblijven van betaling hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar deze vorderingen overgedragen aan het incassobureau. Verzoekster heeft de gestelde betalingsachterstand weliswaar betwist, maar heeft - ondanks dat zij hiertoe meerdere malen in de gelegenheid is gesteld - geen betaalbewijzen overgelegd waaruit blijkt dat de genoemde premies wel (tijdig) zijn voldaan.
- 7.5. De commissie stelt vast dat naar de stand van 26 maart 2019 de volgende maandpremies onbetaald zijn gebleven: augustus 2014 (€ 96,-), februari 2015 (€ 99,20), april 2015 (€ 99,20), maart 2016 (€ 93,85), april 2016 (€ 93,85), mei 2016 (€ 93,85), juni 2016 (€ 93,85), mei 2017 (€ 100,95), juni 2017 (€ 100,95). Dit betekent dat de premieachterstand totaal € 1.023,38 bedraagt, exclusief rente en kosten.

Aanmelding als wanbetaler bij het CAK

- 7.6. De ziektekostenverzekeraar mag een verzekerde als wanbetaler bij het CAK aanmelden, indien sprake is van een premieachterstand van ten minste zes maandpremies. Daaraan voorafgaand dient de ziektekostenverzekeraar de verzekerde te informeren dat een premieachterstand is ontstaan van respectievelijk twee en vier maanden. Daarbij moet de verzekerde worden gewezen op de mogelijkheid hiervoor een betalingsregeling te treffen en moet worden uitgelegd wat er gebeurt als niet tijdig wordt betaald. Een en ander is vastgelegd in de artikelen 18a t/m 18c Zvw. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat hij verzoekster per 1 juli 2017 heeft aangemeld bij het CAK en dat op dat moment een betalingsachterstand bestond van ten minste zes maandpremies. Voorafgaand aan de aanmelding heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster bij brieven van 16 maart 2017, 16 mei 2017 en 19 juni 2017 geïnformeerd over deze premieachterstand en de gevolgen van niet tijdig betalen. Verzoekster heeft betwist dat sprake is van een premieachterstand van ten minste zes maanden. De commissie stelt vast dat verzoekster op 1 juli 2017 de premies voor de maanden augustus 2014, februari 2015, april 2015, maart 2016, april 2016, mei 2016, juni 2016, mei 2017 en juni 2017 niet had voldaan aan de ziektekostenverzekeraar. Dit betekent dat een betalingsachterstand bestond van tenminste zes maandpremies. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar aangetoond dat hij verzoekster heeft geïnformeerd over de achterstand en de gevolgen van niet tijdige betaling hiervan, zoals vastgelegd in de artikelen 18a t/m 18c Zvw. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar verzoekster per 1 juli 2017 mocht aanmelden als wanbetaler bij het CAK.
- 7.7. De aanmelding bij het CAK wordt onder andere opgeschort op het moment dat een verzekerde een betalingsregeling treft met (de incassopartner van) de ziektekostenverzekeraar voor de volledige betalingsachterstand. Dit is vastgelegd in artikel 18d Zvw.

Door de ziektekostenverzekeraar is aangevoerd dat half april 2018 een dergelijke regeling met verzoekster is getroffen, maar dat deze door haar niet is nagekomen. Zij betaalde het overeengekomen termijnbedrag en de premie voor de maand mei 2018 namelijk niet. Daarop is de opschorting komen te vervallen en is de aanmelding bij het CAK per 1 juli 2018 hervat. Een en ander is door verzoekster niet gemotiveerd betwist. Zij heeft bijvoorbeeld geen betaalbewijzen overgelegd waaruit blijkt dat zij het termijnbedrag en de maandpremie wél (tijdig) heeft voldaan. Dit betekent dat de opschorting van de aanmelding per 1 mei 2018 en het hervatten hiervan per juli 2018 overeenkomstig artikel 18d Zvw hebben plaatsgevonden. Indien verzoekster opnieuw een betalingsregeling treft met de ziektekostenverzekeraar voor de gehele vordering te voldoen, zal de aanmelding bij het CAK opnieuw worden opgeschort. Het is aan verzoekster hierover contact op te nemen met de ziektekostenverzekeraar.

Overstappen naar een andere zorgverzekeraar

- 7.8. Een verzekerde die wil overstappen naar een andere zorgverzekeraar dient de zorgverzekering uiterlijk 31 december van het lopende jaar op te zeggen. Het is niet mogelijk de zorgverzekering op te zeggen als sprake is van een premieachterstand, tenzij de ziektekostenverzekeraar hiermee akkoord gaat. Dit is geregeld in artikel 16 van de zorgverzekering (2017-2018) en artikel 8a Zvw. Vast staat dat verzoekster op respectievelijk 31 december 2017 en 31 december 2018 een premieachterstand had en dat de ziektekostenverzekeraar de beëindiging van de zorgverzekering op die grond mocht weigeren. Verder is niet gebleken dat de ziektekostenverzekeraar akkoord is gegaan met de beëindiging van de zorgverzekering. Verzoekster kon om die reden niet overstappen naar een andere zorgverzekeraar. Indien verzoekster met ingang van 1 januari 2020 alsnog wenst over te stappen naar een andere zorgverzekeraar dient zij er zorg voor te dragen dat zij ultimo 31 december 2019 geen premieachterstand meer heeft bij de ziektekostenverzekeraar. Is dan nog wél sprake van een premieachterstand staat het de ziektekostenverzekeraar opnieuw vrij het verzoek de zorgverzekering te beëindigen af te wijzen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie beslist dat:

1. Verzoekster naar de stand van 26 maart 2019 een premieachterstand had van totaal € 1.023,38, exclusief rente en kosten, en dat zij dit bedrag aan de ziektekostenverzekeraar dient te voldoen.
2. De ziektekostenverzekeraar het verzoek om de zorgverzekering te beëindigen met ingang van respectievelijk 1 januari 2018 en 1 januari 2019 mocht afwijzen.
3. De ziektekostenverzekeraar verzoekster per 1 juli 2017 mocht aanmelden als wanbetaler bij het CAK.
4. De ziektekostenverzekeraar de aanmelding als wanbetaler bij het CAK overeenkomstig artikel 18d Zvw per 1 mei 2018 heeft opgeschort en dat hij de aanmelding mocht hervatten per 1 juni 2018.

Zeist, 22 mei 2019,

G.R.J. de Groot

Zorgverzekeringswet

Artikel 5

- 1 De zorgverzekering gaat in op de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek, bedoeld in [artikel 3, eerste lid](#), en, indien het [tweede of vijfde lid van dat artikel](#) van toepassing is, de aanduiding van de variant waar de verzekeringnemer voor kiest, heeft ontvangen.
- 2 Indien de zorgverzekeraar op basis van het in het eerste lid bedoelde verzoek niet vast kan stellen of hij verplicht is voor de te verzekeren persoon een zorgverzekering te sluiten, en hij de persoon die de verzekering wenst te sluiten in verband daarmee uitnodigt de voor deze vaststelling noodzakelijke gegevens te verschaffen, gaat de zorgverzekering, in afwijking van het eerste lid, in op de dag waarop laatstbedoelde persoon aan dit verzoek heeft voldaan.
- 3 De zorgverzekeraar verstrekt degene die het verzoek, bedoeld in het eerste lid, doet en, indien dit een ander is dan degene ten behoeve van wiens verzekering het verzoek is gedaan, laatstbedoelde persoon onverwijld:
 - a. een bewijs van het verzoek, bedoeld in het eerste lid, waarop de datum van ontvangst is vermeld;
 - b. een bewijs van de ontvangst van gegevens, bedoeld in het tweede lid, waarop de datum van de ontvangst is vermeld.
- 4 Indien degene ten behoeve van wie de zorgverzekering wordt gesloten op de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek, bedoeld in het eerste lid, ontvangt reeds op grond van een zorgverzekering verzekerd is, en de verzekeringnemer aangeeft de zorgverzekering te willen laten ingaan op een door hem aangegeven, latere dag dan de dag, bedoeld in het eerste of tweede lid, gaat de verzekering op die latere dag in.
- 5 De zorgverzekering werkt, zonodig in afwijking van [artikel 925, eerste lid, van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek](#), terug:
 - a. indien zij ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, tot en met de dag waarop die plicht ontstond;
 - b. indien zij ingaat binnen een maand nadat een eerdere zorgverzekering met ingang van 1 januari van een kalenderjaar of wegens wijziging van de voorwaarden met toepassing van [artikel 940, vierde lid, van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek](#) is geëindigd door opzegging, tot en met de dag na die waarop de eerdere zorgverzekering is geëindigd.

Artikel 7

- 1 De verzekeringnemer kan de zorgverzekering uiterlijk 31 december van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar opzeggen.
- 2 De verzekeringnemer die een ander dan zichzelf heeft verzekerd, kan de zorgverzekering opzeggen indien de verzekerde krachtens een andere zorgverzekering verzekerd wordt.

- 3 In afwijking van [artikel 940, vierde lid, van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek](#) kan de verzekeringnemer niet opzeggen indien een wijziging in de verzekerde prestaties ten nadele van de verzekeringnemer of de verzekerde rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van de bij of krachtens de [artikelen 11 tot en met 14a](#) gestelde regels.
- 4 Een verzekeringnemer kan zijn zorgverzekering opzeggen binnen zes weken nadat hij een mededeling als bedoeld in [artikel 78c, tweede lid](#), of [artikel 92, eerste lid, van de Wet marktordening gezondheidszorg](#) over zijn zorgverzekeraar heeft ontvangen.
- 5 De opzegging, bedoeld in het tweede of vierde lid, gaat in op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de dag waarop de verzekeringnemer heeft opgezegd.
- 6 In afwijking van het vierde of vijfde lid gaat een opzegging, bedoeld in het tweede lid, in met ingang van de dag waarop de verzekerde krachtens de andere zorgverzekering verzekerd wordt, indien die opzegging voorafgaande aan laatstbedoelde dag door de zorgverzekeraar is ontvangen.

Artikel 8a

- 1 Nadat de zorgverzekeraar de verzekeringnemer heeft aangemaand tot betaling van een of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie, kan de verzekeringnemer gedurende de tijd dat de verschuldigde premie, rente en incassokosten niet zijn voldaan, de zorgverzekering niet opzeggen, tenzij de zorgverzekeraar de zorgverzekering of de dekking daarvan heeft geschorst of opgeschort.
- 2 Het eerste lid lijdt uitzondering indien de zorgverzekeraar de verzekeringnemer binnen twee weken te kennen geeft de opzegging te bevestigen.

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 maandelijks automatische incasso van nieuw vervallende termijnen van de premie dan wel een opdracht aan een derde van wie de verzekeringnemer periodieke betalingen ontvangt, om namens hem en onder inhouding van de desbetreffende bedragen op deze betalingen, periodiek rechtstreeks aan de zorgverzekeraar het bedrag van nieuw vervallende termijnen van de premie te betalen,
 - b. afspraken inzake de afwikkeling van de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden van de verzekeringnemer aan de zorgverzekeraar, inclusief rente en incassokosten, en de termijnen waarbinnen betaling zal plaatsvinden, en
 - c. een toezegging van de zorgverzekeraar, inhoudende dat hij de zorgverzekering of de dekking daarvan gedurende de looptijd van de

betalingsregeling niet om reden van het bestaan van de schulden, bedoeld in onderdeel b, zal beëindigen, schorsen of opschorten, zolang de verzekeringnemer de machtiging of de opdracht, bedoeld in onderdeel a, niet intrekt en de afspraken, bedoeld in onderdeel b, nakomt.

- 3 Indien de verzekeringnemer een ander heeft verzekerd en ten aanzien van diens verzekering een premie-achterstand als bedoeld in het eerste lid is ontstaan, omvat het aanbod, bedoeld in het eerste lid, tevens een bereidverklaring opzegging van deze verzekering met ingang van de dag waarop de betalingsregeling van kracht wordt, te aanvaarden, mits:
 - a. de verzekerde zichzelf uiterlijk met ingang van dezelfde dag krachtens een andere zorgverzekering verzekerd heeft, en
 - b. deze, indien deze zorgverzekering bij dezelfde zorgverzekeraar is gesloten, terzake van de premie voor deze verzekering een volmacht of opdracht als bedoeld in het tweede lid, onderdeel a, heeft gegeven.
- 4 Tegelijk met het aanbod deelt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer schriftelijk mee dat deze een termijn van vier weken heeft om het te aanvaarden, waarbij de verzekeraar bovendien aangeeft wat de gevolgen zullen zijn indien het aanbod niet wordt aanvaard en de premieschuld, rente en incassokosten buiten beschouwing gelaten, tot zes of meer maandpremies zal zijn opgelopen, en wijst hij de verzekeringnemer op de mogelijkheid van 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 18b

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

- 3 Indien een betalingsregeling als bedoeld in [artikel 18a](#) ingaat nadat ten aanzien van de zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van vier maandpremies is ontstaan, laat de zorgverzekeraar de in het eerste lid bedoelde melding achterwege zolang de nieuw vervallende termijnen van de premie worden voldaan.

Artikel 18c

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

Persoonsgegevens

Voor het doen van fraudeonderzoek registreren wij uw persoonsgegevens en de persoonsgegevens van de medeplichtige(n) of medepleger(s) in ons Incidentenregister. Dit Incidentenregister is aangemeld bij de Autoriteit Persoonsgegevens en wordt beheerd door team Veiligheidszaken Zorg.

Zorgverzekeraars werken actief samen op het gebied van fraudebeheersing

De Zorgverzekeringswet, de Wet langdurige zorg en de Wet Marktordening Gezondheidszorg geven Zorgverzekeraars onderling de bevoegdheid om informatie te delen als het gaat om controle en fraudebeheersing. Daarnaast wisselen wij ook signalen uit met ketenpartners om fraude te bestrijden, zoals de NZa, iSZW en de FIOD, met inachtneming van artikel 8 Wet Bescherming Persoonsgegevens. Deze informatiedeling kan rechtstreeks plaatsvinden of via Zorgverzekeraars Nederland. De Wet Bescherming Persoonsgegevens geeft aan op welke wijze persoonsgegevens mogen worden verwerkt.

Vervallen recht op vergoeding

Gedurende het lopende onderzoek worden declaraties niet vergoed. Als fraude na onderzoek is bewezen, geheel of gedeeltelijk, dan vervalt uw recht op vergoeding van de kosten voor zorg. Dit betekent dat wij de betreffende declaratie(s) afwijzen en niet uitkeren, dan wel de uitgekeerde vergoeding(en) terugvorderen. Bij gedeeltelijke fraude vervalt het recht op vergoeding van de gehele declaratie, ook over dat deel waarover niet gefraudeerd is. Tevens zullen wij onderzoekskosten in rekening brengen op grond van artikel 6:96 van het Burgerlijk Wetboek.

Maatregelen

Als u en medeplichtige(n) of medepleger(s) zich tegenover ons schuldig maken aan fraude, dan hebben wij het recht om:

- een officiële waarschuwing te geven;
- een interne signalering te plaatsen;
- uw (zorg)verzekering per direct te beëindigen;
- uw persoonsgegevens te registreren in het Externe Verwijzingsregister van de stichting CIS;
- uw persoonsgegevens te registreren bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars;
- een strafrechtelijke vervolging in gang te zetten door het doen van aangifte bij de politie of een andere opsporingsinstantie;
- gedurende een periode van 5 jaar een nieuwe basisverzekering te weigeren. Voor andere zorgverzekeraars geldt een acceptatieplicht op de basisverzekering jegens u;
- gedurende een periode van 8 jaar de afsluiting van (aanvullende) verzekeringen te weigeren bij de verzekeraars van a.s.r.

ARTIKEL 11 ONRECHTMATIGE INSCHRIJVING

Als blijkt dat u geen verzekeringsplicht had, vervalt de basisverzekering met terugwerkende kracht tot het moment waarop wij het bestaan van deze verzekeringsplicht voor het laatst konden vaststellen.

Als wij voor u een basisverzekering opmaken op grond van Regeling onverzekerden van het CAK en later blijkt dat u bij een andere zorgverzekeraar verzekerd was, dan vervalt onze basisverzekering met terugwerkende kracht.

U moet dan aan ons en het CAK aantonen dat u bij een andere zorgverzekeraar verzekerd was. U heeft hiervoor twee weken de tijd, vanaf het moment dat het CAK u hiervan op de hoogte heeft gebracht. Het CAK voert in opdracht van de overheid regelingen uit.

ARTIKEL 12 PREMIEBETALING EN BETALINGSACHTERSTAND

Premiebetaling

U bent verplicht de premie en de bijdragen uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen, vooraf aan ons te betalen. Wij hebben met u afgesproken of u dat per maand, kwartaal, halfjaar of jaar doet. Hebt u ons gemachtigd om de premie automatisch af te schrijven van het door u opgegeven rekeningnummer? Dan schrijven wij het door u te betalen bedrag maandelijks rond dezelfde datum af van uw rekening. Als de polis is opgemaakt met een ingangsdatum in het verleden, dan wordt de openstaande premie in één keer geïncasseerd. Dit gebeurt binnen 30 dagen. De hoogte van de premie vindt u op het polisblad dat u van ons ontvangt.

Als uw verzekering in de loop van een maand wijzigt, (her)berekenen wij uw premie. Als u teveel heeft betaald, dan betalen wij het verschil aan u terug. Heeft u te weinig betaald, dan brengen wij het verschil bij u in rekening. Als u een betaling doet zonder vermelding van het betalingskenmerk van De Amersfoortse, bepalen wij op welk openstaand bedrag de betaling wordt afgeboekt.

Het is niet toegestaan om verschuldigde bedragen te verrekenen met een bedrag dat u nog van ons tegoed hebt.

Als u heeft gekozen voor betaling van de premie per jaar, halfjaar of kwartaal en hebben wij uw betaling niet binnen de gestelde betalingstermijn van 30 dagen ontvangen? Dan zetten wij uw polis om in maandbetaling. U heeft dan geen recht meer op betalingskorting.

Als een verzekerde overlijdt, verrekenen wij de premie met ingang van de dag na het overlijden.

Aanmaning

Als u (verzekeringnemer) de premie, wettelijke eigen bijdragen en overige kosten niet op tijd aan ons betaald, zullen wij u een schriftelijke aanmaning sturen. Wij vragen u hierin, binnen 14 dagen na de datum van de aanmaning, te betalen.

Betalingsachterstand van de premie

Als u een betalingsachterstand heeft van twee maandpremies, dan bieden wij u een betalingsregeling aan voor de premie. Bij een betalingsachterstand van vier maandpremies, berichten wij u dat wij bij een betalingsachterstand van zes maandpremies het Centraal Administratie Kantoor (CAK) inschakelen voor het heffen van een bestuursrechtelijke premie. Bij een betalingsachterstand van zes of meer maandpremies, melden wij dit aan het CAK en aan u als verzekeringnemer. Vanaf dat moment int het CAK de bestuursrechtelijke premie bij u als verzekeringnemer. U betaalt geen nominale premies meer aan ons. Als wij maatregelen treffen tot incasso van onze vordering komen alle kosten van invordering, gerechtelijke en buitengerechtelijke, voor uw rekening. Deze vorderingen leggen wij voor aan de bevoegde rechter.

De wettelijke regeling betreffende 'De gevolgen van het niet betalen van de premie en de bestuursrechtelijke premie' (artikelen 18a tot en met 18g Zorgverzekeringswet) is dan van toepassing.

Het is ons toegestaan om het achterstallige bedrag te verrekenen met bedragen die wij nog aan u verschuldigd zijn.

Opschorting bij detentie

Als u gedetineerd bent, moet u dat binnen 30 dagen bij ons melden. Tijdens uw detentie schorten wij uw polis op en betaalt u hiervoor geen premie. De beëindiging van uw detentie moet u ook binnen 30 dagen bij ons melden. Wij herstellen dan uw polis vanaf het moment van ontslag uit detentie.

ARTIKEL 13 DECLARATIES EN SCHORSING

Rechtstreeks betaalde declaraties

Wij hebben het recht om declaraties van zorgverleners, die bij ons zijn ingediend door een zorgverlener, rechtstreeks te betalen aan die zorgverlener. U heeft recht op een overzicht van de betaalde bedragen.

Verschuldigde bedragen

Wij betalen een bij ons ingediende declaratie volledig aan de zorgverlener, ook al komt de declaratie niet volledig voor vergoeding in aanmerking. Bijvoorbeeld door een openstaand eigen risico of een beperkte vergoedingsregeling. U moet dan het eigen risico of vergoeding(en) die boven de beperkte vergoedingsregeling uitkomen aan ons terugbetalen.

Vordering in het algemeen

Van de door u terug te betalen bedragen krijgt u van ons bericht. U moet deze bedragen binnen de in het bericht genoemde termijn aan ons betalen. Het is niet toegestaan om de verschuldigde bedragen te verrekenen met een bedrag dat u nog van ons tegoed hebt.

Schorsing

Als u de vordering niet binnen de genoemde termijn betaalt, volgt een aanmaning. Als u het bedrag niet binnen de in de schriftelijke aanmaning genoemde termijn betaalt of weigert te betalen, schorsen wij uw polis. Wij betalen dan geen zorg die heeft plaatsgevonden na de in de aanmaning genoemde termijn. U moet het verschuldigde bedrag, eventueel

verhoogd met aan de inning en invordering verbonden kosten en rente, alsnog aan ons betalen. De dekking gaat weer in op de dag nadat wij uw volledige betaling (incl. kosten en rente) hebben ontvangen en geaccepteerd.

ARTIKEL 14 KENNISGEVING RELEVANTE GEBEURTENISSEN

Veranderingen in uw persoonlijke situatie

U bent verplicht ons binnen 30 dagen gebeurtenissen door te geven die voor de juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals einde van de verzekeringsplicht, wijziging rekeningnummer/IBAN, langdurig verblijf in het buitenland, verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, e.d.

Vanaf 18 jaar

Als u (verzekerde) 18 jaar wordt vragen wij u tenminste twee weken voor uw verjaardag welk vrijwillig gekozen eigen risico u kiest. U kunt uw keuze schriftelijk doorgeven of via MijnAmersfoortse. Als wij voor uw verjaardag niets van u vernemen, ontvangt u van ons een polis zonder vrijwillig eigen risico. De polis gaat in op de 1e van de maand na uw verjaardag.

ARTIKEL 15 HERZIENING VAN PREMIE OF VOORWAARDEN

Jaarlijkse wijziging

Wij hebben het recht uw premie en/of voorwaarden jaarlijks, per 1 januari, aan te passen.

Tussentijdse wijziging

Het is in ieders belang dat wij onze financiële verplichtingen in de toekomst ook kunnen (blijven) nakomen. Daarom mogen wij in bijzondere gevallen ook tussentijds uw premie en/of voorwaarden veranderen, als die verandering niet kan wachten tot de jaarlijkse verlengingsdatum. Bijvoorbeeld omdat wetgeving ons daartoe verplicht. Onder bijzondere gevallen verstaan wij ook: de dreiging of het bestaan van oorzaken, die een daling van de solvabiliteit tot onder het wettelijk voorgeschreven minimum tot gevolg kunnen hebben wanneer we geen verandering doorvoeren. Negatieve ontwikkelingen op de rente- en beleggingsmarkt of een voor ons tegenvallend bedrijfsresultaat zijn geen bijzondere gevallen.

U ontvangt hierover een brief

Een wijziging in de grondslag van de premie treedt pas in werking zeven weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer is medegedeeld. Voordat we iets veranderen, ontvangt u van ons een brief met informatie over de wijziging. Een klacht over de toepassing van de wijziging doorloopt de gebruikelijke klachtenprocedure.

ARTIKEL 16 BEGIN EN EINDE VAN DE VERZEKERING

Begin van uw basisverzekering

De basisverzekering gaat in op de datum die op het polisblad als ingangsdatum is vermeld.

Bij een overstap aan het einde van het jaar of voor 1 februari van het volgende jaar (als uw oude verzekering al is opgezegd) van uw oude zorgverzekeraar naar ons, is de begindatum 1 januari van het nieuwe jaar.

In andere gevallen verzekeren wij u met terugwerkende kracht:

- als u een basisverzekering bij ons aanvraagt binnen vier maanden nadat een verzekeringsplicht is ontstaan (bijvoorbeeld bij de geboorte van een kind of voor mensen uit het buitenland). De ingangsdatum is dan de dag waarop de verzekeringsplicht is ontstaan.
- als u een basisverzekering bij ons aanvraagt binnen één maand nadat u uw basisverzekering bij een andere verzekeraar heeft beëindigd. De ingangsdatum is dan de eerste dag nadat uw oude basisverzekering is geëindigd.

Vraagt u een basisverzekering aan in andere dan bovengenoemde situaties, dan gaat de basisverzekering in op de datum waarop wij van u als verzekeringnemer de volledig ingevulde aanvraag hebben ontvangen. De ingangsdatum vermelden wij op uw polisblad. Als u op het moment van aanvragen nog bij een andere zorgverzekeraar verzekerd bent en u in uw verzoek heeft aangegeven de basisverzekering op een latere datum te willen laten ingaan, gaat de basisverzekering op die latere datum in.

Herroepingsrecht

De verzekeringnemer heeft een 14 dagen herroepingsrecht na het indienen van een verzoek tot het sluiten van een basisverzekering om deze ongedaan te maken.

Beëindiging van uw basisverzekering door opzegging

Overstappen aan het einde van het jaar

Als verzekeringnemer kunt u uw basisverzekering tot en met 31 december van het jaar met ingang van 1 januari van het volgende jaar opzeggen. Als u uw basisverzekering niet opzegt, verlengen wij uw basisverzekering stilzwijgend steeds met één jaar.

Opzeggen kunt u (verzekeringnemer) op de volgende manieren:

- u zegt uiterlijk 31 december schriftelijk op;
- u maakt voor 31 december gebruik van de overstapservice.

Als u uiterlijk op 31 december een nieuwe basisverzekering bij ons sluit voor het volgende jaar, zeggen wij uw de basisverzekering bij de andere zorgverzekeraar op.

Als u onverhoopt bij twee verzekeraars verzekerd blijkt te zijn, dan regelen de zorgverzekeraars onderling dat u slechts bij één zorgverzekeraar verzekerd blijft.

Tussentijds opzeggen

Opzeggen gedurende het kalenderjaar is alleen mogelijk in de volgende gevallen:

- u (verzekeringnemer) hebt iemand anders dan uzelf verzekerd en die ander wordt via een andere basisverzekering verzekerd. Wij moeten daarbij wel een bewijs van inschrijving van de nieuwe verzekering van u ontvangen. Als wij de opzegging ontvangen voor de ingangsdatum van de nieuwe basisverzekering, dan eindigt de basisverzekering met ingang van de dag dat de verzekerde een nieuwe basisverzekering krijgt. In andere gevallen is de einddatum de eerste dag van de tweede kalendermaand die volgt op de dag waarop u (verzekeringnemer) heeft opgezegd;
- bij wijziging van de premiegrondslag of polisvoorwaarden in uw nadeel. De basisverzekering eindigt dan op dag waarop de wijziging in uw premie of voorwaarden ingaat. U heeft 30 dagen de tijd voor uw schriftelijke opzegging nadat wij u over de wijziging hebben geïnformeerd. Bij een wijziging van de voorwaarden of premie als gevolg van een wettelijke bepaling geldt deze opzeggingsgrond niet;
- u (verzekeringnemer) bent collectief bij ons verzekerd en treedt in dienst bij een andere werkgever met een andere collectieve basisverzekering. U kunt de oude basisverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat uw nieuwe dienstverband is ingegaan. Uw nieuwe collectieve basisverzekering gaat in op de dag van indiensttreding bij uw nieuwe werkgever als dit de eerste dag van de maand is of anders op de eerste dag van de maand na indiensttreding. Uw oude collectieve basisverzekering eindigt diezelfde dag. Bij het beëindigen van de polis vervallen alle eventuele kortingsrechten en overige afspraken van het collectieve deel;
- u onlangs 18 jaar bent geworden en u wilt overstappen naar een andere verzekeraar.
- u een bericht heeft ontvangen van de NZa dat wij niet hebben voldaan aan artikel 15.f van de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg. Uw opzegging moet in dat geval binnen 6 weken na het bericht van de NZa door ons zijn ontvangen.

Deze opzegmogelijkheden gelden niet:

- tijdens de periode dat u (verzekeringnemer) de verschuldigde premie en eventuele incassokosten niet binnen de gestelde termijnen heeft betaald (zie artikel 12), tenzij wij uw opzegging binnen 2 weken bevestigen;
- tijdens de eerste 12 maanden van de verzekeringsovereenkomst, als u bent verzekerd via de Regeling onverzekerden van het CAK.

Beëindiging van uw basisverzekering van rechtswege

Wij beëindigen uw basisverzekering met ingang van de dag volgende op de dag:

- waarop wij geen basisverzekering meer mogen aanbieden doordat onze vergunning hiervoor is gewijzigd of ingetrokken. Wij sturen u in dat geval uiterlijk 2 maanden van tevoren bericht.
- bij overlijden. Wij moeten binnen 30 dagen na de datum van overlijden hiervan op de hoogte zijn gesteld;
- dat de verzekeringsplicht eindigt wanneer iemand niet meer is verzekerd voor de Wlz of als u als militair in werkelijke dienst gaat. U moet ons dit zo snel mogelijk laten weten.

In bovenstaande gevallen stellen wij u zo snel mogelijk op de hoogte per welke datum wij de basisverzekering beëindigen en met welke reden.