



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te B, tegen De Friesland  
Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden

Zaak : Premie, premieachterstand, opschorting, hervatting, betalingsregeling hele schuld

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018-2019, paragraaf 3.3 Zvw

Zaaknummer : 201900469

Zittingsdatum : 18 december 2019

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

---

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door mevrouw C te B,  
tegen

De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij e-mailbericht van 26 juni 2019 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 5 september 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 19 september 2019 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 18 december 2019 gehoord.
- 2.4. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie de zorgverzekeraar gevraagd een nieuw actueel financieel overzicht over te leggen. Bij brief van 6 januari 2020 heeft de zorgverzekeraar de gevraagde informatie overgelegd. Een afschrift van deze brief is op 6 januari 2020 aan verzoekster gezonden waarbij zij in de gelegenheid gesteld binnen drie weken te reageren. Van de geboden mogelijkheid heeft verzoekster geen gebruik gemaakt.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2019 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Alles Verzorgd Polis (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. De zorgverzekeraar heeft verzoekster met ingang van 1 juni 2010 aangemeld als wanbetaler bij het toenmalige College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ), thans het CAK, vanwege een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van zes of meer maanden. Nadat op 15 februari 2019 een betalingsregeling was overeengekomen, is de aanmelding van verzoekster met ingang van 1 maart 2019 opgeschort.
- 3.3. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar verzocht de aanmelding als wanbetaler bij het CAK eerder dan met ingang van 1 maart 2019 op te schorten. Dit omdat zij ook al op 25 juli 2018 en 3 januari 2019 betalingsregelingen had afgesproken. Ondanks deze afspraken is de aanmelding als wanbetaler bij het CAK toen niet opgeschort. Bij brieven van verschillende data heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanmelding niet eerder dan met ingang van 1 maart 2019 wordt opgeschort.
- 3.4. De zorgverzekeraar heeft de aanmelding van verzoekster als wanbetaler met ingang van 1 september 2019 hervat.

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht, na wijziging van haar verzoek, te beslissen dat:

- (i) de zorgverzekeraar de aanmelding als wanbetaler eerder dan met ingang van 1 maart 2019 dient op te schorten;
- (ii) de zorgverzekeraar de hervatting van de aanmelding als wanbetaler met ingang van 1 september 2019 ongedaan dient te maken.

4.2. De zorgverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 2.12 van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) over de verschuldigdheid van premie en de gevolgen van het niet betalen van de premie 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.

6.2. Verzoekster is vanaf 1 juni 2010 aangemeld als wanbetaler bij het toenmalige CVZ. Met ingang van 1 maart 2019 is deze aanmelding opgeschort. Dit omdat verzoekster op 15 februari 2019 een betalingsregeling had afgesproken voor de hele schuld. Verzoekster voert aan dat de aanmelding al eerder had moeten worden opgeschort omdat zij al verschillende keren met de (incassogemachtigde van de) zorgverzekeraar betalingsregelingen was overeengekomen. Met betrekking hiertoe overweegt de commissie het volgende.

#### **Betalingsregeling 25 juli 2018**

6.3. De zorgverzekeraar is verplicht de aanmelding van een verzekerde als wanbetaler bij het CAK op te schorten als deze een betalingsregeling afsprekt voor de gehele vordering. Dit volgt uit artikel 18d, tweede lid, onder c, Zvw. De bewindvoerder van verzoekster heeft op 25 juli 2018 namens verzoekster een betalingsregeling afgesproken voor de op dat moment openstaande vordering bij de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar. Met het afspreken van deze betalingsregeling had verzoekster een regeling getroffen voor de hele schuld. De zorgverzekeraar heeft de aanmelding van verzoekster aanvankelijk niet opgeschort omdat door haar hierom niet uitdrukkelijk was gevraagd. Bij brief van 9 september 2019 heeft de zorgverzekeraar verklaard dat deze handelwijze niet juist was en dat de aanmelding van verzoekster met ingang van 1 augustus 2018 had moeten worden opgeschort.

6.4. Om dit te corrigeren heeft de zorgverzekeraar verklaard verzoekster voor de maand augustus 2018 te compenseren. Het compensatiebedrag is het verschil tussen de bestuursrechtelijke premie en de premie die verzoekster voor de maand augustus 2018 was verschuldigd aan de zorgverzekeraar. De bestuursrechtelijke premie voor augustus 2018 was € 136,67. De premie bij de zorgverzekeraar zou € 116,95 zijn. Het verschil is € 19,72. Het compensatiebedrag van € 19,72 heeft de zorgverzekeraar in mindering gebracht op de premie voor maart 2009. De door de zorgverzekeraar uitgevoerde compensatie komt de commissie, onder de gegeven omstandigheden, redelijk voor. Aangezien de zorgverzekeraar de correctie pas in het kader van de onderhavige procedure heeft uitgevoerd, is deze wel gehouden het entreegeld van € 37,- aan verzoekster te vergoeden.

6.5. Indien de afgesproken betalingsregeling niet wordt nagekomen, kan de zorgverzekeraar de aanmelding als wanbetaler direct hervatten (artikel 18d, vierde lid, onder b, Zvw). De zorgverzekeraar heeft aangevoerd dat op 19 augustus 2018 een nieuwe betalingsachterstand is

ontstaan. Een zorgkostennota van € 15,86 werd namelijk niet (tijdig) door verzoekster voldaan en ook had zij hierover vóór 1 september 2018 geen betalingsregeling afgesproken. Dit is door verzoekster niet weersproken zodat zij op 19 augustus 2018 geen betalingsregeling meer had voor de gehele openstaande schuld. Gelet op artikel 18d, vierde lid, onder b, Zvw stond het de zorgverzekeraar vrij de aanmelding van verzoekster met ingang van 1 september 2018 te hervatten.

#### **Betalingsregeling 3 januari 2019**

- 6.6. Op 3 januari 2019 heeft verzoekster met de zorgverzekeraar opnieuw een betalingsregeling afgesproken voor de openstaande schuld. Deze bedroeg op dat moment € 54,74 en had betrekking op twee zorgkostennota's (€ 15,86 en € 38,88). Ondanks het afspreken van deze betalingsregeling is de aanmelding van verzoekster met ingang van 1 februari 2019 niet opgeschort. Dit omdat verzoekster tot 21 januari 2019 de tijd had een nieuwe zorgkostennota van € 272,72 te betalen en zij naliet dit bedrag te voldoen dan wel hiervoor tijdig een betalingsregeling af te spreken. Zodoende had verzoekster eind januari 2019 niet voor de gehele openstaande vordering een betalingsregeling afgesproken. De zorgverzekeraar heeft dan ook juist gehandeld door de aanmelding van verzoekster niet met ingang van 1 februari 2019 op te schorten.

#### **Betalingsregeling 1 maart 2019**

- 6.7. Op 15 februari 2019 sprak verzoekster alsnog een betalingsregeling af voor de zorgkostennota van € 272,72. Met het afspreken van deze betalingsregeling had verzoekster een betalingsregeling getroffen voor de gehele openstaande schuld. De aanmelding van verzoekster is daarom met ingang van 1 maart 2019 opgeschort. Hierover zijn partijen niet verdeeld zodat de commissie dit punt verder laat rusten.

#### **Hervatting aanmelding met ingang van 1 september 2019**

- 6.8. Als gezegd, bepaalt artikel 18d, vierde lid, onder b, Zvw dat de zorgverzekeraar de aanmelding van een verzekerde als wanbetaler bij het CAK direct kan hervatten, indien de verzekerde zijn betalingsverplichtingen jegens de zorgverzekeraar niet nakomt. Door de zorgverzekeraar is in dit verband gesteld dat verzoekster vanaf 1 april 2019 de aan hem verschuldigde premies niet altijd tijdig heeft voldaan. Daarnaast vermeldt verzoekster bij haar betalingen geen betalingskenmerk. Omdat de verschuldigde premie voor de maand augustus 2019 niet vóór 1 augustus 2019 werd voldaan, is de inning van de vordering overgedragen aan de incassogemachtigde. De betaling van verzoekster van 12 augustus 2019 is in mindering gebracht op de toen reeds verschuldigde premie voor de maand september 2019. Verzoekster heeft niet aannemelijk gemaakt dat zij de premie voor de maand augustus 2019 wél tijdig heeft voldaan. Het stond het de zorgverzekeraar daarom op grond van artikel 18d, vierde lid, onder b, Zvw vrij de aanmelding van verzoekster als wanbetaler bij het CAK met ingang van 1 september 2019 te hervatten.
- 6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies



- 7.1. De commissie wijst het verzoek, voor zover dit niet reeds door de zorgverzekeraar is ingewilligd, af. Wel bepaalt de commissie dat de zorgverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.



Zeist, 5 februari 2020,



H.A.J. Kroon





# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

## **Wijziging vrijwillig eigen risico**

U kunt het vrijwillige eigen risico jaarlijks per 1 januari wijzigen. U moet de wijziging uiterlijk op 31 december van het voorafgaande kalenderjaar aan De Friesland doorgeven.

### **2.8.3 Wanneer is het eigen risico niet van toepassing**

Zowel het verplichte als het vrijwillige eigen risico zijn niet van toepassing op de kosten van:

- a. verloskundige zorg en kraamzorg. Hiermee samenhangende kosten, zoals geneesmiddelen, laboratoriumonderzoek, NIPT of ziekenvervoer tellen wel mee voor het eigen risico;
- b. het gebruik van huisartsenzorg. Door de huisarts aangevraagd laboratorium- en functieonderzoek valt wel onder het eigen risico, als dat onderzoek onder de dekking van deze verzekering valt, elders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht;
- c. nacontroles van de donor na afloop van de periode genoemd in artikel 3.17, Inhoud zorg, onder d.;
- d. vervoer van de donor als bedoeld in artikel 3.17, Inhoud zorg, onder e. en f., als de donor een zorgverzekering heeft afgesloten;
- e. hulpmiddelen die in bruikleen worden verstrekt;
- f. zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (ketenzorg);
- g. verpleging en verzorging zonder verblijf als bedoeld in artikel 3.21;
- h. de medicatiebeoordeling chronisch gebruik van receptgeneesmiddelen uitgevoerd door een hiervoor door ons gecontracteerde apotheek.

### **2.8.4 Berekening vrijwillig en verplicht eigen risico**

- a. De Friesland brengt kosten van zorg of overige diensten die zowel ten laste van het verplichte als het vrijwillige eigen risico kunnen komen, eerst ten laste van het verplichte eigen risico.
- b. In die gevallen waarin u op grond van deze verzekeringsvoorwaarden een eigen bijdrage bent verschuldigd, telt deze eigen bijdrage niet mee voor het eigen risico. Ook overige kosten die voor uw eigen rekening blijven, worden voor toepassing van het eigen risico buiten beschouwing gelaten.
- c. Als een verzekerde de leeftijd van achttien jaar bereikt, gaat het eigen risico in vanaf de eerste dag van de kalendermaand volgend op de maand waarin hij de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt.
- d. Als de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt of eindigt, wordt het eigen risico naar evenredigheid toegepast op basis van het werkelijk aantal dagen in het kalenderjaar.
- e. Kosten van zorg of een andere dienst worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten. Wanneer in twee achtereenvolgende kalenderjaren zorg is genoten die door de zorgaanbieder in één bedrag in rekening wordt gebracht, worden de kosten toegerekend aan het kalenderjaar waarin met de zorg is begonnen. Voor de vaststelling van het eigen risico wordt een DBC dus toegerekend aan het jaar waarin deze is geopend.

f. Als De Friesland de kosten van verleende hulp rechtstreeks aan de zorgaanbieder heeft vergoed, dan brengt De Friesland u achteraf het eventueel verschuldigde eigen risico in rekening. Voorafgaand aan het incasseren van het eigen risico krijgt u een specificatie van de kosten die ten laste komen van het eigen risico. Hierop wordt ook aangegeven wanneer en op welke manier het verschuldigde bedrag zal worden geïncasseerd.

## 2.9 Premiebetaling

a. De premiegrondslag (bruto premie) voor deze verzekering staat vermeld op het polisblad en is ook te vinden op onze website. Op de premiegrondslag kunnen eventueel een collectiviteitkorting en korting op basis van een gekozen vrijwillig eigen risico worden toegepast. De verschuldigde premie bestaat uit de premiegrondslag na aftrek van een mogelijke collectiviteitkorting en/of korting in verband met een vrijwillig eigen risico.

b. Zodra de collectieve overeenkomst waaraan de verzekeringnemer een premiekorting ontleent wordt ontbonden, vervalt ook het recht op de korting.

c. Als verzekeringnemer bent u verplicht de premie en de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen bij vooruitbetaling te voldoen. Dit kan per maand, kwartaal, halfjaar of kalenderjaar.

**Let op!** Als verzekeringnemer bent en blijft u zelf verantwoordelijk voor de premiebetaling, ook als er bijvoorbeeld bij een collectief contract is afgesproken dat de premiebetaling door de werkgever wordt voldaan en deze in gebreke blijft.

d. U betaalt als verzekeringnemer de premie en overige verschuldigde bedragen door middel van een automatische incasso, via een acceptgiro of met een elektronische betaling.

e. Bij vooruitbetaling per kwartaal geldt een korting van 0,5%, bij vooruitbetaling per halfjaar is dit 1% en bij vooruitbetaling per jaar bedraagt de korting 2%. Deze korting wordt berekend over de verschuldigde premie.

f. Het is u als verzekeringnemer niet toegestaan de te betalen premie te verrekenen met een van De Friesland te vorderen uitkering.

g. Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand herberekent De Friesland de premie met ingang van de eerste van de daaropvolgende maand.

h. U bent geen premie verschuldigd tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de maand waarin u de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt. De Friesland benadert de minderjarige verzekerde ten minste vier weken voor zijn/ haar achttiende verjaardag met de vraag of hij/zij voor een vrijwillig eigen risico kiest. Als de verzekeringnemer of de verzekerde zijn/haar keuze niet aan de zorgverzekeraar doorgeeft, dan wordt de premie berekend op basis van een polis zonder vrijwillig eigen risico.

i. Bij overlijden vindt naar rato verrekening of terugbetaling van de premie en het eigen risico plaats. Dit gebeurt met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum. Bij overlijden van de verzekeringnemer gaat de verplichting tot premiebetaling over op de verzekerde(n) waarvoor hij of zij premieplichtig was



---

# Zorgverzekeringswet

## Afdeling 3.3.2. De gevolgen van het niet betalen van de premie en de bestuursrechtelijke premie

---

### 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 schuldhelpverlening, waarbij hij tevens informatie verstrekt over de vormen hiervan en wijze waarop deze kan worden verzocht.
5. Indien het derde lid van toepassing is, zendt de zorgverzekeraar de verzekerde tegelijk met de verzending van de in het eerste tot en met vierde lid bedoelde stukken aan de verzekeringnemer, afschriften van deze stukken.

### Artikel 18aa

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

indien ten aanzien van een zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van drie maandpremies is ontstaan.

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

#### **Artikel 18b**

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

#### **Artikel 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.

(...)