



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Premie, totstandkoming verzekering, aanmelding CAK, opschorting en hervatting
aanmelding, hoogte betalingsachterstand

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2014-2019, art. 16 en paragraaf 3.3 Zvw, Voorwaarden
aanvullende ziektekostenverzekering 2014

Zaaknummer : 201901137

Zittingsdatum : 6 mei 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen

1) De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden, en
2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij e-mailbericht van 11 december 2020 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brief van 4 februari 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 6 februari 2020 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 mei 2020 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker stond tot en met 31 december 2019 bij de ziektekostenverzekeraar geadmistreerd als verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Online Verzorgd Polis (hierna: de zorgverzekering). Daarnaast was tot en met 30 september 2014 sprake van een aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoeker is met ingang van 1 januari 2014 bij de ziektekostenverzekeraar bekend als verzekerde. Er is een betalingsachterstand ontstaan. Omdat de betalingsachterstand voor de zorgverzekering op 1 januari 2015 meer dan zes maandpremies bedroeg heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker met ingang van die datum aangemeld als wanbetaler bij het CAK. Nadat in november 2017 een betalingsregeling was overeengekomen, is de aanmelding van verzoeker met ingang van 1 december 2017 opgeschort.
- 3.3. Omdat verzoeker verzuimde de verschuldigde premie voor de maand januari 2019 tijdig te voldoen heeft de ziektekostenverzekeraar de aanmelding van verzoeker als wanbetaler met ingang van 1 februari 2019 hervat. Nadat verzoeker hierover had gereclameerd, is hij met ingang van 1 maart 2019 afgemeld als wanbetaler bij het CAK.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissingen gevraagd. Onder andere bij brief van 27 juni 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissingen handhaaft.

4. Geschil

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

(i) er tussen hem en de ziektekostenverzekeraar geen verzekeringsovereenkomst bestaat;
(ii) de aanmelding door de ziektekostenverzekeraar als wanbetaler bij het CAK met ingang van 1 januari 2015 ten onrechte heeft plaatsgevonden;
(iii) de ziektekostenverzekeraar de aanmelding als wanbetaler bij het CAK ten onrechte met ingang van 1 december 2017 heeft opgeschort en met ingang van 1 februari 2019 heeft hervat;
(iv) de betalingsachterstand over de periode van 1 januari 2014 tot en met 31 december 2019 naar de stand van 4 februari 2020 ten onrechte is vastgesteld op € 1.910,56, exclusief rente en incassokosten.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 2.12 van de zorgverzekering en artikel 2.10 van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) over de verplichting tot premiebetaling, de gevolgen van het niet betalen van de premie en de opschorting van de aanmelding als wanbetaler zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en de relevante artikelen uit het Burgerlijk Wetboek opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Totstandkoming zorgverzekering

6.2. Een (verzekerings)overeenkomst komt op grond van artikel 6:217 BW tot stand door een aanbod van de ene partij en de aanvaarding daarvan door de andere partij. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat hij eind 2013 een aanmeldformulier heeft ontvangen voor het afsluiten van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. In vervolg hierop heeft de ziektekostenverzekeraar het aanbod aanvaard, en verzoeker een bevestiging en een polisblad gestuurd. Op het aan verzoeker gestuurde polisblad staan ook specifieke gegevens zoals het burgerservicenummer. Een dergelijk gegeven kan in beginsel alleen door verzoeker worden verstrekt. Het ligt niet voor de hand dat dit gegeven aan de ziektekostenverzekeraar is verstrekt voor een ander doel dan aanmelding als verzekeringnemer. Verzoeker heeft vervolgens niet gereageerd op de toezending van de bevestiging van de verzekering en het toegezonden polisblad. Voor zover verzoeker niet bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd wilde zijn of het polisblad niet in overeenstemming was met hetgeen was aangevraagd, had dat voor de hand gelegen. Tenslotte merkt de commissie op dat verzoeker kort na ontvangst van de stukken is gestart met het betalen van premie. Dat verzoeker dit heeft gedaan vanwege de dreiging om aangemeld te worden als wanbetaler bij het Zorginstituut is niet aannemelijk omdat dit begin 2014 nog niet aan de orde was. Op grond van deze feiten en omstandigheden staat met voldoende zekerheid vast dat tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar met ingang van 1 januari 2014 een verzekeringsovereenkomst tot stand is gekomen. Voor zover verzoeker stelt dat hem een andere verzekering is geboden dan hij had aangevraagd geldt dat door de ziektekostenverzekeraar is gesteld sprake kan zijn van een andere aanduiding van het verzekeringsproduct. Verzoeker heeft deze stelling van de ziektekostenverzekeraar niet gemotiveerd bestreden zodat de commissie dit verder laat rusten.

Aanmelding CAK (met ingang van 1 januari 2015)

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker met ingang van 1 januari 2015 bij het CAK aangemeld als wanbetaler. Beoordeeld dient te worden of op deze datum voor de zorgverzekering van verzoeker een premieachterstand bestond van zes of meer maanden. Als dat het geval is, heeft de aanmelding bij het CAK terecht plaatsgevonden.
- 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft een financieel overzicht overgelegd waaruit blijkt dat over de periode van 1 januari 2014 tot en met 31 december 2019 - naar de stand van 4 februari 2020 - een bedrag openstond van € 1.910,56, exclusief opgekomen rente en incassokosten. Uit de ná 1 januari 2015 door verzoeker verschuldigde en betaalde bedragen, leidt de commissie af dat verzoeker op het moment van aanmelding als wanbetaler bij het CAK op 1 januari 2015 in ieder geval zes maandpremies voor de zorgverzekering niet had voldaan. Dat door verzoeker meer of andere betalingen zijn gedaan dan die uit eerdergenoemd stuk blijken, heeft hij in de procedure niet aannemelijk gemaakt. Van onjuiste verrekeningen of boekingen door de ziektekostenverzekeraar is de commissie niet gebleken. Per saldo was op 1 januari 2015 sprake van een premieachterstand van ten minste zes maandpremies voor de zorgverzekering, zoals vereist in artikel 18c Zvw. De commissie is dan ook van oordeel dat het de ziektekostenverzekeraar vrijstond verzoeker met ingang van 1 januari 2015 aan te melden als wanbetaler bij het CAK.

Opschorting en hervatting aanmelding CAK

- 6.5. Uit artikel 18d, tweede lid, onder c, Zvw volgt dat de zorgverzekeraar de aanmelding van een verzekerde als wanbetaler bij het CAK dient op te schorten indien deze een betalingsregeling afspreekt voor de gehele vordering. Op het moment dat de afgesproken betalingsregeling niet meer wordt nagekomen, kan de zorgverzekeraar, op grond van artikel 18d, vierde lid, onder b, Zvw de aanmelding als wanbetaler direct hervatten. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat hij in november 2017 met verzoeker een betalingsregeling heeft afgesproken, waarna de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het CAK met ingang van 1 december 2017 is opgeschort. Onderdeel van de afgesproken betalingsregeling was dat de opkomende maandpremies tijdig en volledig werden betaald. Omdat verzoeker de premie voor de maand januari 2019 pas op 28 januari 2019 voldeed, heeft de ziektekostenverzekeraar de aanmelding van verzoeker als wanbetaler met ingang van 1 februari 2019 hervat. De commissie stelt vast dat de aanmelding als wanbetaler bij het CAK terecht met ingang van 1 december 2017 werd opgeschort. Wat betreft de hervatting van de aanmelding met ingang van 1 februari 2019 geldt dat hetgeen door de ziektekostenverzekeraar ter zake is gesteld, door verzoeker niet gemotiveerd is bestreden. Met name heeft hij niet aannemelijk gemaakt dat de premie voor de maand januari 2019 wel tijdig is voldaan. Daarom stond het de ziektekostenverzekeraar vrij de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het CAK met ingang van 1 februari 2019 te hervatten.

Afmelding CAK en hoogte betalingsachterstand

- 6.6. Artikel 18d, tweede lid, onder a, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar een verzekerde dient af te melden bij het CAK indien alle uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden zijn afgelost of tenietgegaan. Ondanks het feit dat uit het door de ziektekostenverzekeraar overgelegde overzicht blijkt dat nog sprake is van een schuld heeft deze besloten verzoeker met ingang van 1 maart 2019 af te melden als wanbetaler bij het CAK. Aangezien verzoeker van deze beslissing geen (financieel) nadeel ondervindt zal de commissie dit onderdeel verder laten rusten.
- 6.7. Wat betreft de hoogte van de betalingsachterstand geldt dat uit het eerder genoemde financieel overzicht van 4 februari 2020 blijkt dat over de periode van 1 januari 2014 tot en met 31 december 2019 nog een bedrag openstaat van € 1.910,56, exclusief incassokosten en rente. Verzoeker voert thans echter aan dat hij dit bedrag niet (meer) verschuldigd is, omdat hij op 3 mei 2019 van de ziektekostenverzekeraar een brief heeft gekregen waarin staat dat geen sprake is van

een betalingsachterstand. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat de betreffende brief automatisch werd verzonden nadat was besloten verzoeker af te melden als wanbetaler bij het CAK.

Verzoeker heeft op 2 mei 2019 van de ziektekostenverzekeraar een brief heeft gekregen waarin staat dat hij akkoord is gegaan met twee betalingsregelingen. Gelet op de inhoud van deze brief en het gegeven dat er kennelijk op 1 mei 2019 hierover tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar ook telefonisch contact heeft plaatsgevonden, mocht verzoeker er niet op vertrouwen dat de ziektekostenverzekeraar de betalingsachterstand op 3 mei 2019 als niet-bestaand zou aanmerken.

6.8. Daartoe door de commissie in de gelegenheid gesteld, heeft verzoeker niet aannemelijk gemaakt dat de door de ziektekostenverzekeraar genoemde openstaande bedragen onterechte vorderingen betreffen dan wel tijdig en volledig zijn betaald. Daarnaast is het de commissie niet gebleken dat verzoeker meer of andere betalingen heeft gedaan. De commissie komt daarom tot de conclusie dat de door de ziektekostenverzekeraar genoemde openstaande bedragen juist zijn. Dit betekent dat naar de stand van 4 februari 2020 een bedrag openstaat van totaal € 1.910,56, exclusief incassokosten en rente.

6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 20 mei 2020,

G.R.J. de Groot

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

verzekering met ons aan te gaan, wordt u (verzekeringnemer) geacht ons hiervoor een machtiging te hebben verleend.

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

2.9 Premiebetaling

Let op! Wij hebben het liefst dat u (verzekeringnemer) de volgende bedragen via een automatische incasso betaalt:

- premie;
- verplicht en vrijwillig eigen risico;
- wettelijke eigen bijdragen;
- eigen betalingen;
- eventuele overige vorderingen.

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

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. Ook vervalt het recht op korting zodra u niet meer voldoet aan de voorwaarden voor toegang tot de collectiviteit. Wij controleren dit periodiek door middel van het voorleggen van uw naam, adres en woonplaats aan de contractspartner van de collectiviteit.

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. Een uitzondering hierop geldt wanneer u deelneemt aan een collectiviteit die de premie rechtstreeks aan ons betaalt. In dat geval is alleen vooruitbetaling per maand mogelijk.

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 overzicht of met een elektronische betaling.

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 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 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.

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 217

1. Een overeenkomst komt tot stand door een aanbod en de aanvaarding daarvan.
2. De artikelen 219-225 zijn van toepassing, tenzij iets anders voortvloeit uit het aanbod, uit een andere rechtshandeling of uit een gewoonte.