



ANONIEM BINDEND ADVIES

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

Zaak : Premie, premieachterstand, afmelding CAK, verjaring, natuurlijke verbintenis

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2007-2020, artikel 34a en paragraaf 3.3 Zvw, en artt. 3:307,
3:317, 6:3, 6:4 en 6:131 BW

Zaaknummer : 201902164

Zittingsdatum : 6 mei 2020

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

1. Partijen

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

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 30 januari 2020 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brief van 27 maart 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 30 maart 2020 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 3 april 2020 respectievelijk 7 april 2020 verklaard niet te willen worden gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht hem af te melden als wanbetaler bij het CAK. In reactie hierop heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker bij brief van 26 september 2019 medegedeeld dat nog een bedrag openstaat van totaal € 2.280,66 en dat verzoeker niet wordt afgemeld als wanbetaler bij het CAK.
- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden hem met terugwerkende kracht tot 1 oktober 2015 af te melden als wanbetaler bij het CAK.
- 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. Dit blijkt uit artikel 18 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en verschillende, voor deze zaak relevante artikelen uit het Burgerlijke Wetboek (BW) opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 6.2. Verzoeker is met ingang van 1 oktober 2010 aangemeld als wanbetaler bij het toenmalige CVZ, thans het CAK. Deze aanmelding vormt geen onderwerp van geschil. Op grond van artikel 18d, tweede lid, onder a, Zvw dient een zorgverzekeraar een verzekerde af te melden als wanbetaler bij het CAK indien alle uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden zijn afgelost of tenietgegaan. Partijen verschillen van mening of dit in de onderhavige situatie aan de orde is. Hiertoe overweegt de commissie het volgende.
- 6.3. Een vordering als de onderhavige verjaart vijf jaren na het opeisbaar worden daarvan (artikel 3:307 BW). Dit is slechts anders indien de schuldeiser de verjaring tijdig heeft gestuit (artikel 3:317 BW). Vast staat dat de ziektekostenverzekeraar de verjaring van de vordering van € 2.280,66 niet tijdig heeft gestuit. Anders dan verzoeker misschien veronderstelt, ontstaat door de verjaring voor de ziektekostenverzekeraar geen verplichting de vordering kwijt te schelden. De verjaarde vordering blijft als een natuurlijke verbintenis bestaan en de ziektekostenverzekeraar behoudt onder andere de bevoegdheid tot verrekening (artikel 6:131 BW). Dit wordt de 'zwakke werking' van verjaring genoemd. Het feit dat sprake is van een natuurlijke verbintenis maakt tevens dat indien de vordering ooit - gedeeltelijk - zou worden voldaan, die betaling dan niet zonder rechtsgrond geschiedt (en het bedrag als onverschuldigd betaald kan worden teruggevorderd).
- 6.4. Kenmerk van een natuurlijke verbintenis is dat deze rechtens niet afdwingbaar is. Met dit laatste als uitgangspunt is het niet passend een aanmelding als wanbetaler bij het CAK in stand te laten. Indien dit namelijk wel het geval zou zijn, kan de betrokken verzekerde alleen worden afgemeld als ook de verjaarde vordering wordt voldaan. Daarmee wordt de aanmelding als wanbetaler bij het CAK oneigenlijk gebruikt, namelijk om nakoming van een niet-afdwingbare verbintenis toch af te dwingen.
- In dit verband overweegt de commissie verder dat een zorgverzekeraar op grond van artikel 34a, tweede lid, Zvw verplicht is inspanningen tot incasso te verrichten. Hierin is de ziektekostenverzekeraar nalatig geweest, aangezien de verjaring van de vordering niet tijdig is gestuit. Deze nalatigheid op zich zou reeds aanleiding kunnen geven tot afmelding bij het CAK over te gaan. Aan de wettelijke voorwaarde is immers niet voldaan.
- Denkbaar is echter dat het niet (meer) voldoen aan genoemde voorwaarde uitsluitend de relatie tussen een zorgverzekeraar en het CAK betreft, in die zin dat eerstgenoemde hierdoor zijn recht op compensatie verliest. De commissie is niet bevoegd hierover te oordelen, die taak ligt bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Zou evenwel de NZa besluiten dat het recht op compensatie vervalt, dan komt de vraag op of het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid aanvaardbaar is dat verzoeker als wanbetaler aangemeld blijft bij het CAK. Hij blijft dan immers verplicht - door middel van de hogere bestuursrechtelijke premie - bij te dragen aan de uitvoeringskosten van de compensatieregeling, terwijl de ziektekostenverzekeraar daarvan in zijn specifieke geval geen gebruik (meer) mag maken. De beantwoording van deze vraag behoort weliswaar tot de bevoegdheid van de commissie, maar is op dit moment niet aan de orde.
- 6.5. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat de wetgever heeft beoogd dat het bestuursrechtelijk regime pas stopt wanneer alle vorderingen (zowel de opeisbare als de niet-opeisbare) zijn voldaan of teniet zijn gegaan. Mocht het namelijk de bedoeling van de wetgever zijn geweest om iemand alleen te ontslaan uit het bestuursrechtelijk regime wanneer de opeisbare vorderingen zijn voldaan, dan had de wetgever dit volgens de ziektekostenverzekeraar met zoveel woorden in de tekst van de wet of in de toelichting daarop vermeld. De commissie deelt dit standpunt van de ziektekostenverzekeraar niet, omdat uit de context kan worden afgeleid dat de wetgever heeft beoogd te regelen dat indien alle *opeisbare* vorderingen zijn voldaan afmelding als

wanbetaler bij het CAK plaatsvindt. Aangezien een natuurlijke verbintenis niet is aan te merken als een opeisbare vordering en daarnaast geen sprake is van andere opeisbare vorderingen, kan de ziektekostenverzekeraar de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het CAK niet in stand laten.

De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat hij alsdan met een openstaande vordering 'blijft zitten' snijdt geen hout omdat hij in ieder geval zijn verrekeningsbevoegdheid op grond van artikel 6:131 BW behoudt. Dat een voor hem nadelige situatie ontstaat, is bovendien, als eerder opgemerkt, veroorzaakt door de ziektekostenverzekeraar zelf, omdat hij onvoldoende inspanningen heeft gepleegd om de verjaring van de vordering tijdig te stuiten.

6.6. Gelet op het voorgaande dient de ziektekostenverzekeraar verzoeker met terugwerkende kracht af te melden als wanbetaler bij het CAK. Dit tot de datum waarop het jongste deel van de vordering is verjaard. Niet in geschil is dat dit de premie voor de maand oktober 2010 is. De gehele vordering is daarom, gelet op het bepaalde in artikel 3:307 BW verjaard op 1 oktober 2015. De ziektekostenverzekeraar dient verzoeker met terugwerkende kracht tot die datum af te melden als wanbetaler bij het CAK en de voor verzoeker hiermee gepaard gaande financiële gevolgen ongedaan te maken. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker dient te vergoeden al hetgeen vanaf 1 oktober 2015 door of namens het CAK in het kader van de bestuursrechtelijke premieheffing als bedoeld in artikel 18d Zvw is geheven en (wordt) geïnd. Een en ander voor zover het CAK de bestuursrechtelijke premie niet restitueert. Daartegenover is verzoeker gehouden aan de ziektekostenverzekeraar alsnog de nominale premie voor de zorgverzekering te voldoen – voor zover dat nog niet heeft plaatsgevonden – over de periode vanaf 1 oktober 2015. Immers, ingevolge artikel 16, tweede lid, onder b, Zvw is geen premie verschuldigd gedurende de periode dat een bestuursrechtelijke premie verschuldigd is.

6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar verzoeker met terugwerkende kracht tot 1 oktober 2015 moet afmelden als wanbetaler bij het CAK en de financiële gevolgen daarvan ongedaan moet maken;
- (ii) verzoeker gehouden is vanaf 1 oktober 2015 tot heden de nominale premie voor de zorgverzekering te voldoen;
- (iii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden.

B, 6 mei 2020,

G.R.J. de Groot



BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Voorwaarden, aanspraken en vergoedingen aanvullende verzekeringen

Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen

De algemene voorwaarden artikelen 1 t/m 18 die gelden voor de Beter Af Polis zijn, met uitzondering van artikel 2.1 eerste zin, ook van toepassing op de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen. Naast deze artikelen gelden enkele specifieke artikelen voor de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen. Deze zijn hieronder beschreven.

Artikel 1 Begripsbepalingen

In de aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen wordt verstaan onder:

Aanvullende verzekering

De aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen op de Beter Af Polis.

Budgethouder

Persoon aan wie ingevolge de AWBZ en/of de Wmo een persoonsgebonden budget (PGB) is toegekend en die verantwoording over de besteding van PGB verschuldigd is.

Mantelzorger

Degene die onbetaald langdurig en/of intensief zorgt voor een chronisch zieke, gehandicapte of hulpbehoevende partner, ouder, kind of ander familielid.

Podotherapeut

Een podotherapeut vallend onder artikel 34 van de wet BIG.

Wij/ons

Achmea Zorgverzekeringen N.V.

Zorgregelaar

Degene die complexe zorgvragen rondom de Zorgverzekeringswet, AWBZ en de Wmo beantwoordt, die zoekwerk verricht en adviseert op het gebied van zorg, arbeid, welzijn, wonen of financiën en die (indien noodzakelijk) de daarmee gepaard gaande regeltaken van verzekerde en/of mantelzorger kan overnemen voor zover deze zorg niet wordt gedekt door de wettelijke zorgaanspraken.

Zorgverzekeraar

Voor de uitvoering van de aanvullende verzekering is dat Achmea Zorgverzekeringen N.V.

Achmea Zorgverzekeringen N.V. is geregistreerd bij de AFM onder nummer 12000647.

Artikel 2 Aanmelding en inschrijving

- 2.1 Iedereen, die recht heeft op de Beter Af Polis, kan op eigen verzoek, een aanvullende verzekering aanvragen. U meldt zich aan voor de aanvullende verzekering door het insturen van een volledig ingevuld en ondertekend aanvraagformulier of het invullen van het internet aanvraagformulier op onze website (alleen mogelijk indien de aanvraag gelijktijdig geschiedt met de aanvraag voor de Beter Af Polis).
- 2.2 Wij kunnen een verzoek tot inschrijving in de aanvullende verzekering weigeren wanneer:
 - a. u (verzekeringnemer) nog premie moet betalen voor een verzekering die eerder met ons werd afgesloten;
 - b. u zich schuldig heeft gemaakt aan fraude zoals omschreven in artikel 18 van de Beter Af Polis;
 - c. uw gezondheidstoestand hiertoe aanleiding geeft.
- 2.3 Het is voor kinderen jonger dan 18 jaar niet mogelijk een aanvullende verzekering af te sluiten die uitgebreider is dan de aanvullende verzekering van (één van) de bij ons verzekerde ouders.

Artikel 3 Ingangsdatum, duur en einde van uw aanvullende verzekering

3.1 Ingangsdatum en duur van uw aanvullende verzekering

U (verzekeringnemer) kunt een al bij ons lopende verzekering uitbreiden met een aanvullende verzekering. Uitbreiding vindt alleen plaats per 1 januari en nadat wij hiermee schriftelijk akkoord zijn gegaan. Er kan een medische beoordeling plaatsvinden.

3.2 Einde van uw aanvullende verzekering

- 3.2.1 U (verzekeringnemer) kunt uw aanvullende verzekering beëindigen:
 - door ervoor te zorgen dat uw opzegging (schriftelijk of per e-mail) uiterlijk 31 december bij ons binnen is. De aanvullende verzekering eindigt per 1 januari daaropvolgend. Een eenmaal gedane en geëffectueerde opzegging is onherroepelijk.
 - door gebruik te maken van de, door de zorgverzekeraars in het leven geroepen, opzegservice. Deze houdt in dat als u uiterlijk 31 december een aanvullende verzekering sluit voor het daaropvolgende kalenderjaar, de nieuwe zorgverzekeraar namens u (verzekeringnemer) bij ons de aanvullende verzekering opzegt. Als u (verzekeringnemer) niet van deze service gebruik wilt maken, moet u (verzekeringnemer) dat kenbaar maken op het in te vullen aanvraagformulier van uw nieuwe zorgverzekeraar.
- 3.2.2 Wij beëindigen uw aanvullende verzekering:
 - op een door ons te bepalen tijdstip wanneer de verschuldigde bedragen de gestelde betalingstermijn van de tweede schriftelijke aanmaning van ons nog niet zijn betaald. Wij beëindigen zowel de aanvullende verzekering van uzelf als van de verzekerde(n), die op uw aanvullende verzekering zijn meeverzekerd;
 - met onmiddellijke ingang:
 - wanneer u niet tijdig voldoet aan een verzoek om inlichtingen (desgewenst schriftelijk), als die inlichtingen nodig zijn voor een goede uitvoering van de aanvullende verzekering;
 - wanneer achteraf blijkt dat u het aanvraagformulier onjuist of onvolledig heeft ingevuld, of omstandigheden heeft verzwegen die voor ons van belang kunnen zijn;
 - bij aangetoonde fraude.

Artikel 4 Verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico

Het verplicht en vrijwillig eigen risico is alleen van toepassing op de Beter Af Polis en niet op de aanvullende verzekering.

Artikel 5 Premie

5.1 Hoogte van de premie

- 5.1.1 De hoogte van de premie is afhankelijk van uw leeftijd. Voor het Beter Af Ziekenhuis Extra Pakket is de hoogte van de premie ook afhankelijk van de regio waarin u woont. Wanneer de premie hoger wordt doordat u een leeftijdsgrens overschrijdt, wijzigt de premie per de eerste van de maand volgend op de maand waarin de overschrijding plaatsvindt.
- 5.1.2 Als één van de ouders bij ons een basisverzekering en Beter Af Plus Polis heeft afgesloten, dan is de verzekerde jonger dan 18 jaar geen premie verschuldigd voor de Beter Af Plus Polis.

5.2 Niet-tijdige betaling

In aanvulling op artikel 9.3.1 tot en met 9.3.3 van de Beter Af Polis geldt dat de aanvullende verzekeringen beëindigd worden, als de premie niet is betaald binnen de gestelde betalingstermijn van de tweede schriftelijke aanmaning van ons. De aanspraken vervallen dan automatisch met ingang van de eerste dag van de maand na het verstrijken van de genoemde betalingstermijn. De betalingsplicht blijft bestaan. Wanneer de premieachterstand is voldaan, is het mogelijk dezelfde aanvullende verzekering(en) opnieuw af te sluiten. Hieraan kan een medische beoordeling voorafgaan. Als de aanvraag akkoord is, wordt de aanvullende verzekering per de eerste van de maand volgend op de maand van de aanvraag afgesloten.

- 9.3.2 Als u gekozen heeft voor premiebetaling per kwartaal of (half) jaar en u betaalt de premie niet binnen de gestelde betalingstermijn, dan behouden wij ons het recht voor u (verzekeringnemer) terug te zetten naar premiebetaling per maand. Het recht op betalingskorting komt dan te vervallen.
- 9.3.3 Nadat wij u hebben aangemaand tot betaling van een of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie, kunt u (verzekeringnemer) gedurende de tijd dat de verschuldigde premie en eventuele incassokosten niet zijn voldaan, de zorgverzekering niet opzeggen, tenzij wij de dekking van de zorgverzekering hebben geschorst.
- 9.3.4 Artikel 9.3.3 is niet van toepassing als wij aan u (verzekeringnemer) binnen twee weken te kennen geven de opzegging te bevestigen.
- 9.3.5 In de Zorgverzekeringswet is geregeld dat het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) bij wanbetaling een 'bestuursrechtelijke premie' gaat inhouden op het loon of de uitkering van de wanbetaler. Deze procedure houdt in dat:
- wij u (verzekeringnemer) schriftelijk informeren wanneer een achterstand in premie van ter hoogte twee maanden is ontstaan en wij u (verzekeringnemer) een betalingsregeling aanbieden;
 - indien u (verzekeringnemer) niet ingaat op de voorgestelde betalingsregeling of op andere wijze de betalingsachterstand niet voldoet dan ontvangt u (verzekeringnemer) bij een achterstand in premie van ter hoogte vier maanden een waarschuwing dat u (verzekeringnemer) zult worden aangemeld voor het bestuursrechtelijke premieregime als de achterstand in premie is gestegen tot ter hoogte van zes maanden. U (verzekeringnemer) heeft het recht om binnen vier weken nadat deze voorgenomen aanmelding aan u (verzekeringnemer) kenbaar is gemaakt hiertegen bezwaar te maken;
 - zodra de achterstand in premie ter hoogte van zes maanden is bereikt melden wij u (verzekeringnemer) als wanbetaler aan bij het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Vanaf dit moment betaalt u geen nominale premie meer aan ons, maar zal het CVZ een bestuursrechtelijke premie bij u (verzekeringnemer) opleggen. Deze premie is hoger dan de standaardpremie en kan direct op uw inkomen worden ingehouden;
 - indien u (verzekeringnemer), na tussenkomst van het CVZ, de verschuldigde premie, zorgkostennota's en eventuele incassokosten heeft voldaan melden wij u af bij het CVZ. De bestuursrechtelijke premie-inning zal worden stopgezet en u (verzekeringnemer) betaalt de nominale premie weer aan ons.
- 9.3.6 Wij behouden ons het recht voor om in afwijking van artikel 9.3.5 bij achterstand in premiebetaling de polis te beëindigen. De dekking van de zorgverzekering wordt geschorst, als de premie niet is betaald binnen de gestelde betalingstermijn van de derde schriftelijke aanmaning (ingebrekestelling) van ons. De dekking van de zorgverzekering wordt geschorst met ingang van de eerste dag van de maand na het verstrijken van de betalingstermijn. De betalingsplicht blijft bestaan. Als wij tot beëindiging overgaan, ontvangt u een schriftelijke bevestiging hiervan. De zorgverzekering kan niet met terugwerkende kracht worden beëindigd.
- 9.3.7 Bij (her)inschrijving na wanbetaling dient u twee maanden premie vooruit te betalen.

Artikel 10 Automatische Incasso

Betalingen van de premie, verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico, wettelijke eigen bijdragen, eigen betalingen en eventuele overige vorderingen geschieden bij voorkeur per automatische incasso. Indien u kiest voor een andere betaalwijze dan per automatische incasso kunnen wij administratiekosten in rekening brengen.

Artikel 11 Wijziging van premie en/of voorwaarden

- 11.1** Een wijziging in de grondslag van de premie treedt niet eerder in werking dan zes weken na de dag waarop deze aan u (verzekeringnemer) is meegedeeld. U (verzekeringnemer) kan de basisverzekering opzeggen tegen de dag waarop de wijziging ingaat en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging u is meegedeeld.
- 11.2** Als een wijziging in de aanspraken c.q. vergoedingen ten nadele van u plaatsvindt, kunt u (verzekeringnemer) de basisverzekering opzeggen tenzij deze wijziging rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van enige wettelijke bepaling. U (verzekeringnemer) kunt de basisverzekering opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat en in ieder geval heeft u (verzekeringnemer) hiervoor 30 dagen de tijd nadat de wijziging door ons is medegedeeld.

Artikel 12 Aanspraken

- 12.1** Deze basisverzekering omvat aanspraken op zorg en vergoeding van kosten van zorg en kan worden gesloten met of ten behoeve van verzekeringsplichtigen woonachtig in Nederland, alsmede met of ten behoeve van iedere in het buitenland wonende verzekeringsplichtige.
- 12.2** U heeft aanspraak op zorg uit de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. De inhoud en omvang van deze zorg staat beschreven in deze wetten. Bepalend is de behandeldatum en/of de datum van de levering en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend.

Uitsluitingen:

- 12.3** U heeft geen aanspraak op c.q. wij vergoeden geen kosten die zijn veroorzaakt door of voortvloeien uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer, munitie, zoals bepaald in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht (Wft).
- 12.4** U heeft geen aanspraak op c.q. wij vergoeden geen kosten van keuringen, grieprikken, behandeling tegen snurken, behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan en het afgeven van doktersverklaringen, tenzij in een van de verzekeringen uitdrukkelijk vermeld staat dat wij deze wel vergoeden.
- 12.5** U heeft geen aanspraak op c.q. wij vergoeden geen kosten als gevolg van niet nagekomen afspraken.
- 12.6** Wij vergoeden niet de kosten van behandelingen die zijn uitgevoerd door uzelf ten laste van uw verzekering. Voor een behandeling door uw partner, gezinslid en/of familielid in de eerste en tweede graad van u (verzekerde) dienen wij u vooraf toestemming te geven, als u deze behandeling ook bij ons wilt declareren.
- 12.7 Terrorisme**
- 12.7.1** Als de behoefte aan zorg het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar ten gevolge van dergelijke handelingen bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarop de Wet op het financieel toezicht (Wft) van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismede schade N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft u slechts recht op zorg dan wel de vergoeding van de kosten daarvan tot een door het NHT te bepalen, voor alle verzekeringen gelijk percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten. De exacte definities en bepalingen ten aanzien van de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het clauseblad terrorismede dekking van de NHT. Deze clause en het bijbehorende Protocol maken deel uit van deze polis en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.
- 12.7.2** In het geval dat na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering een aanvullende bijdrage aan ons ter beschikking wordt gesteld, heeft u in aanvulling op de in lid 11.6.1 vermelde prestaties recht op prestaties van een bij de regeling, bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van dit besluit te bepalen omvang.

- 7.4.2 Om in aanmerking te komen voor vrijstelling van het verplicht eigen risico, dient u op het moment van verwijzing contact op te nemen met onze afdeling Zorgbemiddeling voor een vrijblijvend zorgadvies en dient u de afspraak voor een eerste consult bij een medisch specialist door de afdeling Zorgbemiddeling te laten maken. Dit kan door het invullen van een aanvraagformulier via onze website of door telefonisch contact met ons op te nemen. Direct na het eerste consult nemen wij telefonisch contact met u op, aan de hand van dit telefoongesprek zal worden bepaald of u voor de behandeling, conform de polisvoorwaarden, kunt worden vrijgesteld van het verplicht eigen risico. Vrijstelling vindt alleen plaats als de behandeling daadwerkelijk wordt ondergaan.
- 7.5** De kosten van zorg die vanuit de basisverzekering worden vergoed, worden eerst in mindering gebracht op het verplicht eigen risico en daarna in mindering gebracht op het vrijwillig gekozen eigen risico, bedoeld in artikel 8.
- 7.6** Wanneer u in de loop van het kalenderjaar de 18 jarige leeftijd bereikt, gaat het verplichte eigen risico in per de eerste van de maand volgende op de kalendermaand waarin deze leeftijd bereikt wordt. Het verplicht eigen risico wordt dan voor dat kalenderjaar naar evenredigheid verminderd.
- 7.7** Wanneer uw basisverzekering na 1 januari van een kalenderjaar ingaat, wordt het verplicht eigen risico voor dat kalenderjaar naar evenredigheid verminderd.
- 7.8** Bij beëindiging van uw basisverzekering in de loop van het kalenderjaar zal het verplicht eigen risico voor het desbetreffende kalenderjaar naar evenredigheid worden verminderd.
- 7.9** In die gevallen waarin, op grond van de aanspraken c.q. vergoedingen vanuit de basisverzekering, een bedrag voor rekening van u blijft, telt dit bedrag niet mee voor het vol maken van het verplicht eigen risico.
- 7.10** Wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend voor het toepassen van het verplicht eigen risico.
- 7.11** Wanneer wij rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende hulp hebben vergoed, zal zo nodig het openstaande verplichte eigen risico-bedrag worden verrekend, dan wel van u (verzekeringnemer) worden teruggevorderd. U wordt geacht ons een volmacht te hebben verleend tot incasso van het verplichte eigen risico. Bij niet tijdige betaling kunnen wij administratiekosten in rekening brengen.

Artikel 8 Vrijwillig gekozen eigen Risico

- 8.1** Per kalenderjaar kan een verzekerde van 18 jaar en ouder al dan niet kiezen voor een vrijwillig gekozen eigen risico. De basisverzekering kan worden afgesloten zonder vrijwillig gekozen eigen risico of voor verzekerden van 18 jaar en ouder met een vrijwillig gekozen eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar. Bij de keuze voor een vrijwillig gekozen eigen risico geldt een premiekorting. Het overzicht waarin deze premiekortingen staan vermeld maakt onderdeel uit van deze polis.
- 8.2** Het per verzekerde vrijwillig gekozen eigen risico wordt in mindering gebracht op de vergoeding waarop volgens de basisverzekering aanspraak kan worden gemaakt.
- 8.3** Op het vrijwillig gekozen eigen risico zijn niet van toepassing:
- de kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht, op voorwaarde dat de desbetreffende persoon of instelling gerechtigd is het daartoe door de NZa vastgestelde tarief in rekening te brengen;
 - de directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg;
 - de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder kosten van inschrijving wordt verstaan:
 - a. een bedrag ter zake van de inschrijving als patiënt, tot ten hoogste het tarief dat op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg als beschikbaarheidstarief is vastgesteld;

b. vergoedingen die samenhangen met de wijze waarop de geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling wordt verleend, met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling, voor zover deze vergoedingen tussen de zorgverzekeraar van de verzekerde en zijn huisarts of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze vergoedingen door eerder bedoelde overeenkomst bij de inschrijving van een verzekerde in rekening mag brengen.

- de kosten van tandheelkundige zorg als bedoeld in artikel 2.7, vierde lid van het Besluit zorgverzekering, met uitzondering van de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek en de uitneembare volledige prothese;
 - nacontroles van de donor nadat de periode van zorg aan de donor tot ten hoogste dertien weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, is verstreken;
 - zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen.
- 8.4** Kosten van zorg die vanuit de basisverzekering worden vergoed, komen eerst in mindering op het verplicht eigen risico, bedoeld in artikel 7 en worden daarna verrekend met het vrijwillig gekozen eigen risico.
- 8.5** Voor de bepaling van het vrijwillig gekozen eigen risico is de situatie bij aanvang van de basisverzekering of situatie per 1 januari van enig jaar bepalend. Wanneer de basisverzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, wordt het vrijwillig gekozen eigen risico naar evenredigheid verminderd.
- 8.6** In die gevallen waarin, op grond van de aanspraken c.q. vergoedingen vanuit de basisverzekering, een bedrag voor rekening van u blijft, telt dit bedrag niet mee voor het vol maken van het vrijwillig gekozen eigen risico.
- 8.7** Wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend voor het toepassen van een vrijwillig gekozen eigen risico.
- 8.8** Wanneer wij rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende hulp hebben vergoed, zal zo nodig het openstaande vrijwillig gekozen eigen risico-bedrag worden verrekend, dan wel van u (verzekeringnemer) worden teruggevorderd. U wordt geacht ons een volmacht te hebben verleend tot incasso van het vrijwillige eigen risico. Bij niet tijdige betaling kunnen wij administratiekosten in rekening brengen.
- 8.9** U kunt uw vrijwillig gekozen eigen risico met inachtneming van artikel 4.1.5 jaarlijks wijzigen per 1 januari van het komende kalenderjaar.

Artikel 9 Premie

- 9.1 Premievaststelling en premieheffing**
- 9.1.1 De hoogte van de premie van de basisverzekering wordt vastgesteld door ons. De verschuldigde premie is gelijk aan de premiegrondslag verminderd met een eventuele korting wegens een vrijwillig gekozen eigen risico, die direct in mindering wordt gebracht op de premiegrondslag of een eventuele collectiviteitkorting, die eveneens direct in mindering wordt gebracht op de premiegrondslag. Wij heffen premie voor verzekerden van 18 jaar en ouder.
- 9.1.2 Bij het bereiken van de leeftijd van 18 jaar is premie verschuldigd per de eerste van de maand volgend op de kalendermaand waarin deze leeftijd bereikt wordt.
- 9.2 Het betalen van de premie**
- 9.2.1 U (verzekeringnemer) bent verplicht de premie vooruit te betalen.
- 9.2.2 Het is u niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met de van ons te vorderen aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg.
- 9.2.3 Als de basisverzekering tussentijds wordt beëindigd, wordt al betaalde premie naar rato terugbetaald. Wij gaan hierbij uit van een 30-daagse maand. Wij kunnen van de terug te betalen premie een bedrag voor administratiekosten aftrekken.
- 9.3 Niet-tijdige betaling**
- 9.3.1 Bij de premiebetaling moet u aan de gestelde regels voldoen. Deze verplichting geldt ook wanneer de betaling van de premie door een derde plaatsvindt. Wij verrekenen achterstallige premie die u nog aan ons moet betalen met schadekosten die u bij ons heeft gedeclareerd en die wij aan u moeten betalen. Bij niet tijdige betaling kunnen wij administratiekosten, invorderingskosten en de wettelijke rente aan u (verzekeringnemer) in rekening brengen.

Burgerlijk Wetboek Boek 3

Artikel 307

1. Een rechtsvordering tot nakoming van een verbintenis uit overeenkomst tot een geven of een doen verjaart door verloop van vijf jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waarop de vordering opeisbaar is geworden.
2. In geval van een verbintenis tot nakoming na onbepaalde tijd loopt de in lid 1 bedoelde termijn pas van de aanvang van de dag, volgende op die waartegen de schuldeiser heeft medegedeeld tot opeising over te gaan, en verjaart de in lid 1 bedoelde rechtsvordering in elk geval door verloop van twintig jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waartegen de opeising, zonodig na opzegging door de schuldeiser, op zijn vroegst mogelijk was.

Artikel 317

1. De verjaring van een rechtsvordering tot nakoming van een verbintenis wordt gestuit door een schriftelijke aanmaning of door een schriftelijke mededeling waarin de schuldeiser zich ondubbelzinnig zijn recht op nakoming voorbehoudt.
2. De verjaring van andere rechtsvorderingen wordt gestuit door een schriftelijke aanmaning, indien deze binnen zes maanden wordt gevolgd door een stuitingshandeling als in het vorige artikel omschreven.

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 131

1. De bevoegdheid tot verrekening eindigt niet door verjaring van de rechtsvordering.
2. Uitsstel van betaling of van executie, bij wijze van gunst door de schuldeiser verleend, staat aan verrekening door de schuldeiser niet in de weg.

Zorgverzekeringswet

Artikel 16

1. Krachtens de zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd.
2. In afwijking van artikel 925 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek en van het eerste lid:
 - a. is geen premie verschuldigd tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin een verzekerde de leeftijd van achttien jaren heeft bereikt;
 - b. is geen premie verschuldigd over de periode, bedoeld in artikel 18d of 18e.

Artikel 18a

1. Uiterlijk tien werkdagen nadat ten aanzien van een zorgverzekering een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van twee maandpremies is geconstateerd, doet de zorgverzekeraar de verzekeringnemer een aanbod tot het treffen van een betalingsregeling.
2. De betalingsregeling bestaat ten minste uit de volgende elementen:
 - a. een machtiging van de verzekeringnemer aan de zorgverzekeraar tot maandelijkse automatische incasso van nieuw vervallende termijnen van de premie dan wel een opdracht aan een derde van wie de verzekeringnemer periodieke betalingen ontvangt, om namens hem en onder inhouding van de desbetreffende bedragen op deze betalingen, periodiek rechtstreeks aan de zorgverzekeraar het bedrag van nieuw vervallende termijnen van de premie te betalen,
 - b. afspraken inzake de afwikkeling van de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden van de verzekeringnemer aan de zorgverzekeraar, inclusief rente en incassokosten, en de termijnen waarbinnen betaling zal plaatsvinden, en
 - c. een toezegging van de zorgverzekeraar, inhoudende dat hij de zorgverzekering of de dekking daarvan gedurende de looptijd van de betalingsregeling niet om reden van het bestaan van de schulden, bedoeld in onderdeel b, zal beëindigen, schorsen of opschorten, zolang de verzekeringnemer de machtiging of de opdracht, bedoeld in onderdeel a, niet intrekt en de afspraken, bedoeld in onderdeel b, nakomt.
3. Indien de verzekeringnemer een ander heeft verzekerd en ten aan zien van diens verzekering een premie-achterstand als bedoeld in het eerste lid is ontstaan, omvat het aanbod, bedoeld in het eerste lid, tevens een bereidverklaring opzegging van deze verzekering met ingang van de dag waarop de betalingsregeling van kracht wordt, te aanvaarden, mits:
 - a. de verzekerde zichzelf uiterlijk met ingang van dezelfde dag krachtens een andere zorgverzekering verzekerd heeft, en
 - b. deze, indien deze zorgverzekering bij dezelfde zorgverzekeraar is gesloten, terzake van de premie voor deze verzekering een volmacht of opdracht als bedoeld in het tweede lid, onderdeel a, heeft gegeven.
4. Tegelijk met het aanbod deelt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer schriftelijk mee dat deze een termijn van vier weken heeft om het te aanvaarden, waarbij de verzekeraar bovendien aangeeft wat de gevolgen zullen zijn indien het aanbod niet wordt aanvaard en de premieschuld, rente en incassokosten buiten beschouwing gelaten, tot zes of meer maandpremies zal zijn opgelopen, en wijst hij de verzekeringnemer op de mogelijkheid van schuldhulpverlening, waarbij hij tevens informatie verstrekt over de vormen hiervan en wijze waarop deze kan worden verzocht.
5. Indien het derde lid van toepassing is, zendt de zorgverzekeraar de verzekerde tegelijk met de verzending van de in het eerste tot en met vierde lid bedoelde stukken aan de verzekeringnemer, afschriften van deze stukken.

Artikel 18aa

1. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat in daarbij aan te wijzen gevallen een aan de verzekeringnemer of zijn partner uit te betalen zorgtoeslag als bedoeld in de Wet op de zorgtoeslag of een voorschot daarop, in afwijking van artikel 25, eerste lid, van de Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen, als tegemoetkoming in de premie en, voor zover de zorgtoeslag of het voorschot daarop dan nog toereikend is, het eigen risico, geheel of gedeeltelijk, direct of door tussenkomst van het CAK aan de zorgverzekeraar wordt uitbetaald indien ten aanzien van een zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van drie maandpremies is ontstaan.
2. Bij ministeriële regeling kunnen regels worden gesteld met betrekking tot het eerste lid.

Artikel 18b

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

Artikel 18c

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

verzekeringnemer, de verzekerde, niet in de basisregistratie personen voorkomt of het adres zoals dat is opgenomen in de administratie van de zorgverzekeraar afwijkt van het adres waaronder deze persoon of personen in de basisregistratie personen als ingezetene staat of staan ingeschreven, tenzij deze afwijking het gevolg is van een omstandigheid als bedoeld in artikel 4a, derde lid, onderdeel a tot en met c.

3. Onderdeel van de melding vormt een verklaring van de zorgverzekeraar, inhoudende dat hij artikel 18b en het tweede lid in acht heeft genomen.

Artikel 18d

1. De verzekeringnemer is vanaf de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin het CAK de melding, bedoeld in artikel 18c, heeft ontvangen aan het CAK een bij ministeriële regeling te bepalen, bestuursrechtelijke premie van ten minste 110% en ten hoogste 130% van de gemiddelde premie verschuldigd.
2. De premie, bedoeld in het eerste lid, is niet meer verschuldigd met ingang van de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin:
 - a. de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden zijn of zullen zijn afgelost of tenietgaan,
 - b. de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, bedoeld in de Faillissementswet, op de verzekeringnemer van toepassing wordt,
 - c. door tussenkomst van een schuldhulpverlener als bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet een overeenkomst als bedoeld in artikel 18c, tweede lid, onderdeel d, is gesloten, door diens tussenkomst een buitengerechtelijke schuldregeling tot stand is gekomen waarin, naast de verzekeringnemer, ten minste zijn zorgverzekeraar deelneemt, of de zorgverzekeraar met de verzekeringnemer een betalingsregeling is overeengekomen, of
 - d. de verzekeringnemer aan bij ministeriële regeling te bepalen voorwaarden voldoet.
3. Ten behoeve van de toepassing van het tweede lid stelt de zorgverzekeraar het CAK, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde, onverwijld op de hoogte van de datum waarop een situatie als bedoeld in onderdeel a, b of c van dat lid van toepassing wordt.
4. In afwijking van het eerste en tweede lid is de verzekeringnemer wederom aan het CAK bestuursrechtelijke premie verschuldigd vanaf de eerste dag van de maand volgende op de maand:
 - a. waarin de toepassing van de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen op grond van artikel 350, derde lid, onderdeel c, d, e, f, of g, van de Faillissementswet, is beëindigd,
 - b. waarin hij zich, blijkens een melding van zijn zorgverzekeraar, aan deelname aan een op hem van toepassing zijnde overeenkomst of regeling als bedoeld in het tweede lid, onderdeel c, heeft onttrokken voordat hij de in de desbetreffende overeenkomst of regeling neergelegde afspraken jegens zijn zorgverzekeraar volledig is nagekomen of
 - c. waarin hij niet meer voldoet aan bij de ministeriële regeling, bedoeld in het tweede lid, te bepalen voorwaarden.
5. Indien in het in het vierde lid, onderdeel b, bedoeld geval een door tussenkomst van een schuldhulpverlener als bedoeld in het tweede lid, onderdeel c, tot stand gekomen overeenkomst of regeling betreft, dient de melding, bedoeld in dat onderdeel mede door een schuldhulpverlener te zijn ondertekend.
6. Bij ministeriële regeling wordt bepaald hoe de gemiddelde premie, bedoeld in het eerste lid, wordt berekend.