



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen Zilveren Kruis
Zorgverzekeringen N.V. te B en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak : Aanvraag zorgverzekering, acceptatie, verblijfsvergunning
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 2 en 5 Zvw, Wlz, en Vreemdelingenwet 2000
Zaaknummer : 201802112
Zittingsdatum : 24 juli 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (G.R.J. de Groot, drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en H.A.J. Kroon)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer C te B,

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 12 maart 2019 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen, althans naar de commissie begrijpt, dat de zorgverzekeraar (i) naar aanleiding van de door haar ingediende aanvraag gehouden was haar met ingang van augustus 2018 te accepteren voor de zorgverzekering, dan wel (ii) gehouden is haar met ingang van heden te accepteren voor de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 2.2. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 26 april 2019 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 1 mei 2019 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 24 juli 2019 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Op 15 april 2016 heeft verzoekster bij de Immigratie- en Naturalisatiedienst (hierna: IND) een aanvraag ingediend voor een verblijfsvergunning. Bij besluit van 28 juli 2016 heeft de IND deze aanvraag afgewezen. Nadien heeft verzoekster tot en met de beroepsinstantie tegen de afwijzing geprocedeerd, maar bij uitspraak van 16 februari 2018 is het beroep ongegrond verklaard.
- 3.2. Verzoekster was tot 13 maart 2017 bij een andere verzekeraar verzekerd tegen ziektekosten. Deze verzekeraar heeft de zorgverzekering van verzoekster met ingang van 13 maart 2017 beëindigd omdat haar verblijfsvergunning op die datum was verlopen.
- 3.3. Verzoekster heeft hierop bij de IND een nieuwe aanvraag voor een verblijfsvergunning ingediend. Bij beschikking van 20 maart 2018 heeft de IND aan verzoekster medegedeeld dat deze aanvraag is afgewezen.
- 3.4. Verzoekster heeft op 27 augustus 2018 bij de zorgverzekeraar een aanvraag gedaan voor een zorgverzekering. Bij brief van 31 augustus 2018 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld haar niet te accepteren omdat zij niet beschikt over een geldige verblijfstitel.
- 3.5. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 14 september 2018 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.6. Bij beschikking van 15 februari 2019 heeft de IND aan verzoekster een verblijfsvergunning toegekend voor de periode van 16 april 2018 tot 16 april 2023.

4. Bevoegdheid van de commissie

4.1. Gelet op artikel 18 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen' van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Deze bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

5. Geschil

5.1. In geschil is of de zorgverzekeraar (i) gerechtigd was de door verzoekster in augustus 2018 gedane aanvraag voor een zorgverzekering af te wijzen, en (ii) gehouden is verzoekster met ingang van heden te accepteren voor de zorgverzekering.

6. Verzekeringsvoorwaarden en wet- en regelgeving

6.1. Artikel 2 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen' van de zorgverzekering (2018) bepaalt wanneer een verzekerde een zorgverzekering kan afsluiten.

Artikel 12 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen' van de zorgverzekering (2018) bepaalt wanneer de zorgverzekering aanvangt.

Artikel 2 Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw) regelt de verzekeringsplicht, en artikel 5 Zvw het begin en einde van de zorgverzekering.

Artikel 8 van de Vreemdelingenwet 2000 bepaalt wanneer een vreemdeling rechtmatig in Nederland verblijft.

De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en wetgeving staan in de bijlage bij dit bindend advies.

7. Beoordeling

Aanvraag zorgverzekering augustus 2018

7.1. Verzoekster heeft in augustus 2018 bij de zorgverzekeraar een aanvraag ingediend voor de zorgverzekering. De zorgverzekeraar heeft deze aanvraag afgewezen omdat verzoekster op dat moment niet beschikte over een geldige verblijfsvergunning. Uit de brief van verzoekster van 12 maart 2019 maakt de commissie op dat zij een verklaring voor recht wil dat de zorgverzekeraar de destijds ingediende aanvraag ten onrechte heeft afgewezen. Met betrekking hiertoe overweegt de commissie het volgende.

7.2. De zorgverzekering is een verzekering tegen ziektekosten voor hen die als verzekeringsplichtig op grond van de wet worden beschouwd. Wie dat zijn, is bepaald in de Wet langdurige zorg (Wlz) (tot 1 januari 2015 de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)) en de daarop gebaseerde uitvoeringsbesluiten in combinatie met artikel 2 Zvw. Ingevolge artikel 2.1.1, eerste lid, Wlz zijn verzekerd: (i) ingezetenen en (ii) niet-ingezetenen, die ter zake van in Nederland of op het continentaal plat in dienstbetrekking verrichte arbeid aan de loonbelasting zijn onderworpen. Hiervan zijn in het tweede lid uitgezonderd vreemdelingen die niet rechtmatig in Nederland verblijf genieten als bedoeld in artikel 8, onder a tot en met e en l, van de Vreemdelingenwet 2000.

7.3. Zolang over de rechtmatigheid van het verblijf onzekerheid bestaat, hetgeen het geval is zolang de aanvraag voor een verblijfsvergunning nog in behandeling is bestaat, ook voor de vreemdeling, geen duidelijkheid over diens status. Die duidelijkheid is er wel zodra de verblijfsvergunning is afgegeven.

7.4. Rest de vraag naar de ingangsdatum van de zorgverzekering. Artikel 5, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekering ingaat op de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek tot het sluiten van de verzekeringsovereenkomst ontvangt. Het vijfde lid bepaalt dat de zorgverzekering, zo nodig

in afwijking van artikel 7:925, eerste lid, BW, terug indien zij ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, tot en met de dag waarop die plicht ontstond. Deze bepalingen zijn van dwingend recht. Zoals hiervoor is overwogen, ontstaat de verzekeringsplicht op de datum waarop de definitieve beschikking wordt afgegeven. Uit de beschikking van de IND van 15 februari 2019 blijkt dat op die datum aan verzoekster een verblijfsvergunning is verleend over de periode van 16 april 2018 tot 16 april 2023. Aangezien pas op 15 februari 2019 de status van verzoekster is komen vast te staan, is de verzekeringsplicht ingevolge de Zvw op deze datum ontstaan, en kon zij ingevolge artikel 5, eerste lid, Zvw eerst met ingang van 15 februari 2019 de zorgverzekering afsluiten. Dit betekent dat de zorgverzekeraar de aanvraag van verzoekster van augustus 2018 indertijd terecht heeft afgewezen.

Aanvraag zorgverzekering 2019

7.5. Zoals hiervoor is geconstateerd kon verzoekster met ingang van 15 februari 2019 de zorgverzekering afsluiten. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij begin 2019 een aanvraag heeft gedaan voor de zorgverzekering, maar dat deze door de zorgverzekeraar is afgewezen. De zorgverzekeraar heeft deze stelling bestreden en aangevoerd dat hij van verzoekster destijds geen aanvraag heeft ontvangen. Omdat verzoekster haar stelling op geen enkele wijze heeft onderbouwd, stelt de commissie vast dat ook in 2019 tussen verzoekster en de zorgverzekeraar geen overeenkomst tot stand is gekomen. De commissie heeft goede nota genomen van de stelling van de zorgverzekeraar dat verzoekster met ingang van 4 maart 2019 is verzekerd tegen ziektekosten bij een verzekeraar die deel uitmaakt van hetzelfde concern als de zorgverzekeraar. Derhalve behoeft het onderdeel van het verzoek dat betrekking heeft op de acceptatie voor de zorgverzekering met ingang van heden geen verdere bespreking.

7.6. Dit leidt tot de volgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 14 augustus 2019,

H.A.J. Kroon

Zorgverzekeringswet

Artikel 2

1. Degene die ingevolge de Wet langdurige zorg en de daarop gebaseerde regelgeving van rechtswege verzekerd is, is verplicht zich krachtens een zorgverzekering te verzekeren of te laten verzekeren tegen het in artikel 10 bedoelde risico.
2. In afwijking van het eerste lid is niet verzekeringsplichtig:
 - a. de militaire ambtenaar in werkelijke dienst als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel a juncto onderdeel b, van de Militaire ambtenarenwet 1931, alsmede de militair aan wie buitengewoon verlof met behoud van militaire inkomsten is verleend;
 - b. de natuurlijke persoon die op grond van artikel 64, eerste lid, van de Wet financiering sociale verzekeringen is ontheven van de verplichtingen, opgelegd op grond van de Wet langdurige zorg.
3. Degene die het gezag over een minderjarige, jonger dan achttien jaar, uitoefent, een curator, een bewindvoerder of een mentor als bedoeld in de titels 16, 19 of 20 van Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek, zorgt ervoor dat de minderjarige verzekeringsplichtige, dan wel de onder curatele, bewind of mentorschap gestelde verzekeringsplichtige krachtens een zorgverzekering verzekerd is.

Artikel 5

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

Wet langdurige zorg

Artikel 2.1.1

1. Verzekerd overeenkomstig de bepalingen van deze wet is degene, die:

- a. ingezetene is;
- b. geen ingezetene is, doch ter zake van in Nederland of op het continentaal plat in dienstbetrekking verrichte arbeid aan de loonbelasting is onderworpen.

(...)

5. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kan, in afwijking van het eerste en tweede lid, uitbreiding worden gegeven aan de kring der verzekerden voor zover het betreft:

- a. vreemdelingen die rechtmatig in Nederland arbeid verrichten dan wel hebben verricht;
- b. vreemdelingen die, na in Nederland rechtmatig verblijf te hebben genoten als bedoeld in artikel 8, onder a tot en met e en l, van de Vreemdelingenwet 2000, tijdig toelating in aansluiting op dat verblijf hebben aangevraagd, dan wel bezwaar hebben gemaakt of beroep hebben ingesteld tegen de intrekking van het besluit tot toelating, totdat op die aanvraag, dat bezwaar of dat beroep is beslist.

Vreemdelingenwet 2000

Artikel 8

De vreemdeling heeft in Nederland uitsluitend rechtmatig verblijf:

- a. op grond van een verblijfsvergunning voor bepaalde tijd als bedoeld in artikel 14;
- b. op grond van een verblijfsvergunning voor onbepaalde tijd als bedoeld in artikel 20, of een EU-verblijfsvergunning voor langdurig ingezetenen als bedoeld in artikel 45a indien op het aan de vreemdeling verschaft document, bedoeld in artikel 9, geen aantekening als bedoeld in artikel 45c, eerste lid, is geplaatst;
- c. op grond van een verblijfsvergunning voor bepaalde tijd als bedoeld in artikel 28;
- d. op grond van een verblijfsvergunning voor onbepaalde tijd als bedoeld in artikel 33, of een EU-verblijfsvergunning voor langdurig ingezetenen als bedoeld in artikel 45a indien op het aan de vreemdeling verschaft document, bedoeld in artikel 9, de aantekening, bedoeld in artikel 45c, eerste lid, is geplaatst;
- e. als gemeenschapsonderdaan zolang deze onderdaan verblijf houdt op grond van een regeling krachtens het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie dan wel de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte;

(...)

- l. indien de vreemdeling verblijfsrecht ontleent aan het Associatiebesluit 1/80 van de Associatieraad EEG/Turkije;

(...)

Algemene voorwaarden basisverzekeringen

1 Waarop zijn de basisverzekeringen gebaseerd?

1.1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:

- de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de bijbehorende toelichtingen;
- het Besluit zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- de Regeling zorgverzekering en de bijbehorende toelichtingen;
- interpretaties van Zorginstituut Nederland (zogenaamde 'standpunten');
- het aanvraagformulier dat u (verzekeringnemer) heeft ingevuld.

Als er verschil bestaat tussen deze verzekeringsvoorwaarden en één of meer wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie daarvan, gaan de wet, toelichting en interpretatie voor.

1.2 Ook gebaseerd op stand wetenschap en praktijk

De inhoud van de basisverzekering wordt bepaald door de overheid en is vastgelegd in de wet- en regelgeving genoemd in artikel 1.1. In deze wet- en regelgeving staat onder andere dat uw recht op zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Ontbreekt zo'n maatstaf? Dan geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Geen stand wetenschap en praktijk, toch tijdelijk recht op zorg

Van sommige zorg is de effectiviteit nog onvoldoende aangetoond. Deze zorg voldoet daardoor niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Soms heeft u op deze zorg tijdelijk al wel recht. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is bevoegd om viermaal per jaar zorg op basis van "voorwaardelijke toelating" toe te wijzen. Daarom kunnen wij u in deze voorwaarden geen actueel overzicht van deze zorg geven. Voor het meest actuele overzicht verwijzen wij u naar artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Dit artikel kunt u vinden op: <http://wetten.overheid.nl/BWBR0018715/Hoofdstuk2/1/11/Artikel22/>.

1.3 Samenwerking met gemeenten

Wij hebben afspraken gemaakt met gemeenten om de zorg in uw eigen omgeving zo goed mogelijk te organiseren. Bepaalde onderdelen van deze zorg worden door ons vergoed (zoals bijvoorbeeld de verpleging en verzorging in uw eigen omgeving). Andere zorgonderdelen, bijvoorbeeld begeleiding, worden door de gemeente vergoed op basis van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Wij zijn op basis van artikel 14a van de Zorgverzekeringswet verplicht hierover afspraken te maken met de gemeente. Voor zover dit van belang is, hebben we dit in de polisvoorwaarden verwerkt. Als u, zowel zorg via de gemeente, als via ons ontvangt, dan kunt u hierover contact met ons opnemen.

2 Wat verzekert de basisverzekering en voor wie is deze bedoeld?

2.1 Met deze basisverzekering heeft u recht op zorg. De overheid bepaalt welke zorg verzekerd is. De verzekering kan worden afgesloten met of voor:

- verzekeringplichtigen die in Nederland woonachtig zijn;
- verzekeringplichtigen die in het buitenland wonen.

In het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' vindt u de vormen van zorg die vallen onder uw basisverzekering.

2.2 Procedure verzekering afsluiten

U (verzekeringnemer) meldt zich bij ons voor de basisverzekering aan, door een aanvraagformulier volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen. Of door op onze website het aanvraagformulier in te vullen.

2.3 Aanmelding en inschrijving

Als u zich aanmeldt, gaan wij na of u voldoet aan de voorwaarden voor inschrijving volgens de Zorgverzekeringswet. Voldoet u hieraan? Dan geven wij een polisblad af. De verzekeringsovereenkomst is vastgelegd op het polisblad. Dit polisblad ontvangt u (verzekeringnemer) 1 keer per jaar van ons. U ontvangt ook een zorgpas van ons. Het polisblad of de zorgpas moet u aan de zorgverlener tonen bij het inroepen van zorg. Daarna bestaat recht op zorg volgens de Zorgverzekeringswet.

2.4 De Zorgverzekeringswet bepaalt op welke zorg u recht heeft en hoeveel

Op welke zorg u recht heeft, is vastgelegd in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Hierin staat om welke zorg het gaat (de inhoud) en om hoeveel zorg het gaat (de omvang). U heeft slechts recht op zorg, als u redelijkerwijs op de inhoud en omvang daarvan aangewezen bent.

3 Wat is niet verzekerd (uitsluitingen)?

3.1 U heeft geen recht op zorg, als u die zorg nodig heeft als gevolg van één van de volgende situaties in Nederland:

- een gewapend conflict;
- een burgeroorlog;
- een opstand;
- binnenlandse onlusten;
- oproer en muiterij.

Dit is bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht (Wft).

3.2 Keuring, grieprik, doktersverklaring en bepaalde behandelingen

U heeft geen recht op:

- keuringen;
- grieprikken;
- behandelingen tegen snurken (uvuloplastiek);
- behandeling met een redressiehelm bij plagiocefalie en brachycefalie zonder craniostenose;
- behandelingen met sterilisatie als doel;
- behandelingen die als doel hebben sterilisatie ongedaan te maken;
- behandelingen gericht op besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak;
- het afgeven van doktersverklaringen.

Let op! In sommige gevallen heeft u wel recht op deze zorg. In de polisvoorwaarden moet dan staan dat wij deze zorg wel vergoeden.

3.3 Als u uw afspraken niet nakomt of voorgeschreven middelen niet afhaalt

U heeft geen recht op zorg, als u:

- zorgafspraken niet nakomt;
- hulpmiddelen, geneesmiddelen en dieetpreparaten niet afhaalt.

Hierbij maakt het niet uit wie het leveringsverzoek bij de zorgverlener of zorginstelling heeft ingediend: u of de voorschrijver.

3.4 Laboratoriumonderzoek aangevraagd door alternatief arts

U heeft recht op laboratorium- en/of röntgenonderzoek, als dit onderzoek is aangevraagd door een huisarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, verloskundige, optometrist of medisch specialist.

U heeft geen recht op laboratorium- en/of röntgenonderzoek, als dit onderzoek is aangevraagd door een zorgverlener die op dat moment in de rol van alternatief of complementair arts werkt.

3.5 Kosten van zorg die uzelf of een familielid uitvoert

U mag niet uzelf zorg verlenen of doorverwijzen en de kosten daarvan declareren op uw eigen verzekering. U heeft geen recht op deze zorg. Wilt u dat uw partner, een gezinslid en/of een familielid in de eerste of tweede graad u zorg verleent? En wilt u dit declareren? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Wij doen dit alleen in uitzonderlijke gevallen. Er is sprake van een uitzonderlijk geval als u kunt aantonen dat het noodzakelijk is dat de zorg uitgevoerd moet worden door een familielid en niet door een andere zorgverlener kan worden uitgevoerd.

Let op! Deze voorwaarde geldt niet voor zorg welke via een Zvw-pgb wordt verstrekt.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- a de schulden die uit de basisverzekering voortvloeien, (zullen) zijn afgelost of teniet (zullen) gaan;
- b de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, bedoeld in de Faillissementswet, op u (verzekeringnemer) van toepassing wordt;
- c een overeenkomst is gesloten zoals bedoeld in artikel 18c, tweede lid, onderdeel d van de Zorgverzekeringswet. Deze overeenkomst moet zijn gesloten door tussenkomst van een schuldhulpverlener zoals bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet. Of wij

stellen u (verzekeringnemer) en het CAK op de hoogte van de datum waarop een schuldregeling tot stand is gekomen. Aan de schuldregeling moet, naast u (verzekeringnemer), tenminste uw zorgverzekeraar deelnemen.

10.9 Vraagt u na wanbetaling een verzekering bij ons aan? En schrijven wij u in? Dan moet u (verzekeringnemer) 2 maanden premie vooruitbetalen.

11 Wat als uw premie en/of voorwaarden wijzigen?

11.1 Wij kunnen de premiegrondslag en voorwaarden van uw basisverzekering aanpassen. Bijvoorbeeld omdat de samenstelling van het basispakket verandert. Op basis van de nieuwe premiegrondslag en de veranderde voorwaarden doen wij u (verzekeringnemer) een nieuw aanbod.

11.2 Als uw premiegrondslag wijzigt

Een verandering in de premiegrondslag gaat niet eerder in dan 6 weken na de dag waarop wij u (verzekeringnemer) hierover hebben geïnformeerd.

U (verzekeringnemer) kunt de basisverzekering opzeggen met ingang van de dag waarop de verandering ingaat (meestal per 1 januari).

U (verzekeringnemer) heeft hiervoor in ieder geval 1 maand de tijd nadat wij u hebben geïnformeerd over de verandering.

11.3 Als de voorwaarden wijzigen en/of uw recht op zorg wijzigt

Is een verandering in de voorwaarden en/of het recht op zorg in het nadeel van de verzekerde? Dan mag u (verzekeringnemer) de basisverzekering opzeggen. Dit geldt niet als deze verandering ontstaat, doordat een wettelijke bepaling wijzigt. U (verzekeringnemer) kunt de basisverzekering opzeggen met ingang van de dag waarop de verandering ingaat. U (verzekeringnemer) heeft hiervoor 1 maand de tijd nadat wij u (verzekeringnemer) over de verandering hebben geïnformeerd.

12 Wanneer gaat uw basisverzekering in?

12.1 De ingangsdatum staat op het polisblad

De basisverzekering gaat in op de ingangsdatum die op het polisblad staat. Deze ingangsdatum is de dag waarop wij van u (verzekeringnemer) uw verzoek om de basisverzekering af te sluiten, hebben ontvangen. Vanaf 1 januari daaropvolgend verlengen wij de basisverzekering ieder jaar stilzwijgend. Dat doen wij steeds voor de duur van 1 kalenderjaar.

12.2 Al verzekerd? Dan kan de verzekering later ingaan

Is degene voor wie wij de basisverzekering afsluiten al op grond van een basisverzekering verzekerd op de dag waarop wij uw aanvraag ontvangen? En geeft u (verzekeringnemer) aan dat u de basisverzekering later in wilt laten gaan dan de dag die is genoemd in artikel 12.1 van deze algemene voorwaarden? Dan gaat de basisverzekering in op de latere dag die u (verzekeringnemer) aangeeft.

12.3 Afsluiten binnen 4 maanden nadat de verzekeringsplicht ontstaat

Gaat de basisverzekering in binnen 4 maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan? Dan houden wij als ingangsdatum aan de dag waarop de verzekeringsplicht is ontstaan.

12.4 Verzekering kan tot 1 maand gelden met terugwerkende kracht

Gaat de basisverzekering in binnen 1 maand nadat een andere basisverzekering met ingang van 1 januari is geëindigd? Dan werkt deze verzekering terug tot en met de dag na die waarop de eerdere basisverzekering is geëindigd. Hierbij kunnen wij afwijken van wat is bepaald in artikel 925, eerste lid, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek. De terugwerkende kracht van de basisverzekering geldt ook, als u uw vorige verzekering heeft opgezegd, omdat de voorwaarden verslechteren. Dit is bepaald in artikel 940, vierde lid, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

12.5 Uw basisverzekering wijzigen

Heeft u bij ons een basisverzekering afgesloten? Dan kunt u (verzekeringnemer) deze wijzigen per 1 januari van het volgende kalenderjaar. U ontvangt hiervan een schriftelijke bevestiging. Geef de wijziging dan uiterlijk 31 december aan ons door.