

# **Verzekeringsreglement 2005**

---

Ziekenfondswet en AWBZ

---

## Voorwoord

Geachte verzekerde,

Veel van uw rechten en verplichtingen vloeien rechtstreeks voort uit de bepalingen van de Ziekenfondswet en de AWBZ. Strikt genomen hoeven wij deze rechten en plichten niet op te nemen in het reglement. Wij kunnen volstaan met het opnemen van die rechten en plichten waar het Ziekenfonds enige beleidsvrijheid heeft. Wij hebben er voor de volledigheid voor gekozen u in dit reglement te informeren over de belangrijkste rechten en plichten zoals die voortvloeien uit de Ziekenfondswet en de AWBZ. De bepalingen waar het Ziekenfonds zelf invulling aan kan geven zijn in een kader afgedrukt. Ter zake van deze bepalingen geldt dat gehoudenheid tot naleving daarvan rechtstreeks voortvloeit uit dit reglement.

Met vriendelijke groet,

Agis Zorgverzekeringen,  
december 2004

## Inhoud

### Verzekeringsreglement Ziekenfondswet en Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)

1	Inleiding en begrippen	5
2	Aanmelding en inschrijving	6
3	Inschrijvingstermijn en beëindiging van de inschrijving	6
4	Uw plichten	7
5	Identificatieplicht	7
6	Schadevergoeding bij onrechtmatige inschrijving	7
7	Voorlopige inschrijving	8
8	Misbruik van de klantenpas	8
9	Vaststelling en heffing van de nominale premie	8
10	Peildata voor de premievaststelling	9
11	Verschuldigheid nominale premie	10
12	Verhoging nominale premie bij vertraagde aanmelding	10
13	Betaling nominale premie	10
14	Verwijtbare nalatigheid bij het betalen van de nominale premie	10
15	Inschrijving op naam	11
16	Kennisgeving	11
17	Zorgaanspraken ziekenfonds	11
18	Zorgaanspraken AWBZ	12
19	Geldend maken van zorgaanspraken ZWF	13
20	Geldend maken van zorgaanspraken AWBZ	14
21	Zorgaanspraken in het buitenland	14
22	Geldigheid van uw vorderingsrecht	14
23	No-Claimregeling	14
24	Agis Zorgservice (wachtlIJstbemiddeling)	15
25	Aansprakelijkheid van de zorgverzekeraar	16

---

26	Aansprakelijkheid van derden	16
27	Agis Letselschadeservice	16
28	Fraude	16
29	Wijziging in het reglement	17
30	Niet geregelde gevallen	17
31	Informatie over klacht en beroep	17
32	Persoonsregistratie	18

# Verzekeringsreglement Ziekenfondswet en Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)

## 1 Inleiding en begrippen

- 1 Voor zover bij of krachtens de Ziekenfondswet of de AWBZ of de statuten van de zorgverzekeraar niet anders is of wordt geregeld, worden de wederzijdse rechten en verplichtingen van de zorgverzekeraar en de verzekerden met betrekking tot de verzekering door dit verzekeringsreglement en de daaruit voortvloeiende overeenkomsten bepaald.
- 2 Dit reglement is in overeenstemming met de Ziekenfondswet, de AWBZ en de statuten van de zorgverzekeraar. Als zich daar veranderingen in voordoen, treden die in de plaats van de verouderde regels uit dit reglement.
- 3 Begrippen die ook in de Ziekenfondswet en/of de AWBZ en/of de op die wetten gebaseerde regelgeving voorkomen, hebben - tenzij het tegendeel blijkt - bij gebruik in dit reglement dezelfde betekenis.
- 4 De betekenis van de begrippen in dit reglement is als volgt:
  - a **de zorgverzekeraar:**  
de Onderlinge Waarborgmaatschappij Agis Zorgverzekeringen U.A.;
  - b **de verzekering:**  
de verzekering zoals die geregeld is in de Ziekenfondswet en de AWBZ;
  - c **de verzekerde:**  
u, die bij de zorgverzekeraar staat ingeschreven als verzekerde en - voor wat de ziekenfondsverzekering betreft - ook uw eventuele meeverzekerde(n);
  - d **de vreemdeling:**  
hetgeen daaronder wordt verstaan in de Vreemdelingenwet (2000);
  - e **het werkgebied:**  
Nederland;
  - f **de nominale premie:**  
de vaste premie die de verzekerde verschuldigd is volgens (artikel 17 van) de Ziekenfondswet;
  - g **de forfaitaire premie:**  
een door het College voor Zorgverzekeringen vastgesteld bedrag;
  - h **de zorgovereenkomst:**  
overeenkomst als bedoeld in artikel 44 Ziekenfondswet of artikel 42 AWBZ;
  - i **de zorgverlener:**  
de natuurlijke of rechtspersoon die medische, paramedische of alternatieve zorg verleent. Onder zorgverlener wordt ook verstaan een leverancier van hulpmiddelen of aanbieder van ziekenvervoer;
  - j **het zorgkantoor:**  
het kantoor dat namens de zorgverzekeraar op grond van artikel 16 AWBZ belast is met bepaalde uitvoeringstaken in een bepaalde regio.
  - k **de klantentas:**  
het verzekeringsbewijs dat u ontvangt nadat u bent ingeschreven;
  - l **de letselschadeservice:**  
de letselschadeservice verleent hulp bij het verhalen van de persoonlijke schade op derden die verantwoordelijk zijn voor het veroorzaken van deze schade: - als de verzekerde slachtoffer is van een ongeval - de persoonlijke schade valt onder meer materiële schade, inkomensverlies en smartengeld;
  - m **DBC-tarief:**  
de in het kader van een Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) gemaakte kosten van het ziekenhuis, privé-kliniek of vrijgevestigd medisch specialist inclusief verschuldigde arbeidskosten waaronder onder meer begrepen het honorarium van de medisch specialist;

#### **n fraude:**

Het plegen of trachten te plegen en het doen plegen van:

- valsheid in geschrifte;
- oplichting/bedrog;
- benadeling van schuldeisers of rechthebbenden;
- verduistering;

#### **o zorgaanspraken:**

verstrekkingen of vergoedingen aangaande zorgverlening waar de verzekerde krachtens de verzekering of aanvullende verzekering recht op heeft.

- 5 Alle bepalingen uit dit reglement gelden voor beide verzekeringen - Ziekenfondswet en AWBZ - tenzij anders vermeld.
- 6 U hebt alleen aanspraken op grond van de verzekering (Ziekenfondswet en/of AWBZ) als u bij de zorgverzekeraar bent ingeschreven.

## **2 Aanmelding en inschrijving**

- 1 U kunt zich aanmelden voor de ziekenfondsverzekering door het formulier aanvraag zorgverzekering volledig in te vullen, te ondertekenen en in te leveren bij (of op te sturen naar) de zorgverzekeraar.
- 2 De zorgverzekeraar schrijft u en uw eventuele meeverzekerde(n) in als u naar het oordeel van de zorgverzekeraar voldoet aan alle voorwaarden die de Ziekenfondswet, de statuten van de zorgverzekeraar en dit reglement stellen.
- 3 Als de zorgverzekeraar u inschrijft voor de ziekenfondsverzekering geldt die inschrijving tevens als inschrijving voor de toepassing van de AWBZ-verzekering.
- 4 Wilt u zich alleen voor de AWBZ-verzekering bij de zorgverzekeraar inschrijven, dan kan dat slechts als u niet elders bent ingeschreven voor een ziekenfondsverzekering, geen particuliere ziektekostenverzekering hebt afgesloten en evenmin deelneemt aan een publiekrechtelijke ziektekostenregeling voor ambtenaren. Voordat u wordt ingeschreven voor de AWBZ beoordeelt de zorgverzekeraar of u verzekerd bent op basis van de AWBZ.
- 5 Als u bent ingeschreven, ontvangt elke verzekerde een eigen klantenpas. Als u niet (meer) voldoet aan de inschrijvingseisen, hebt u geen recht op verstrekkingen en/of vergoedingen.

## **3 Inschrijvingstermijn en beëindiging van de inschrijving**

- 1 De inschrijving geldt voor een kalenderjaar, dus van 1 januari tot en met 31 december. Als u per een datum ná 1 januari wordt ingeschreven, geldt de inschrijving tot en met 31 december van het volgende kalenderjaar.
- 2 Na afloop van de inschrijvingstermijn verlengt de zorgverzekeraar de inschrijving telkens met een kalenderjaar, tenzij de zorgverzekeraar van u vóór 1 november een schriftelijk verzoek heeft ontvangen om de inschrijving niet te verlengen.
- 3 In afwijking hiervan beëindigt de zorgverzekeraar uw inschrijving, als u daar schriftelijk om vraagt, binnen twee maanden nadat u door de zorgverzekeraar op de hoogte bent gebracht van een wijziging van de door u verschuldigde nominale premie. De zorgverzekeraar beëindigt ook de inschrijving van uw meeverzekerde(n), als dat wordt verzocht binnen twee maanden nadat deze meeverzekerde(n) hoofdezekerden zijn geworden. De uitschrijving geschiedt in dit geval met ingang van de eerste dag van de kalendermaand nadat de zorgverzekeraar uw verzoek heeft ontvangen.
- 4 De zorgverzekeraar kan de inschrijving ook op eigen initiatief beëindigen zonder dat de zorgverzekeraar daarvoor een opzegtermijn hoeft te hanteren, namelijk vanaf de dag dat u niet meer voldoet aan de wettelijke inschrijvingseisen.
- 5 De zorgverzekeraar beëindigt de inschrijving van uw meeverzekerde(n) tegelijk

met de beëindiging van de inschrijving van u als hoofdverzekerde.

- 6 Als de zorgverzekeraar de inschrijving beëindigt, krijgt de verzekerde daarvan schriftelijk bericht.

## 4 Uw plichten

- 1 U hebt de plicht (ook als de inschrijving is beëindigd):
  - a de zorgverzekeraar zo spoedig mogelijk schriftelijk alle voor de beoordeling van de inschrijving benodigde inlichtingen te verstrekken die hij nodig heeft voor een goede uitvoering van de verzekering. Tevens bent u verplicht uw medewerking te verlenen alsmede inlichtingen te verstrekken ten behoeve van een goede uitvoering van de verzekering;
  - b de zorgverzekeraar zo spoedig mogelijk de nodige verklaringen te verstrekken, die u hebt ontvangen in verband met de Ziekentfondswet en de AWBZ;
  - c de zorgverzekeraar meteen - binnen één week - schriftelijk op de hoogte te stellen van wijzigingen die kunnen leiden tot beëindiging, tot wijzigingen in de hoogte van de premie of tot wijziging van de inschrijving;
  - d de kennisgevingen, bedoeld in sub a, b en c, dienen uiterlijk in de week na die, waarin de bedoelde feiten of omstandigheden zich voordeden, aan de zorgverzekeraar te worden gedaan.
- 2 De verplichtingen zoals genoemd in lid 1 hebben onder andere betrekking op:
  - a mutatiekaart, vragenformulier en verzekeringsverklaring werkgever en/of uitkeringsinstantie;
  - b verandering van werkgever, beëindiging van dienstbetrekking en/of uitkering, wijziging van inkomen;
  - c wijziging van woonplaats en adres;
  - d wijziging van gezinssamenstelling;
  - e jaarlijkse verklaring van de Belastingdienst in verband met ziekentfondsverzekering zelfstandig ondernemers.

## 5 Identificatieplicht

- 1 U bent verplicht desgevraagd aan de zorgverzekeraar waarbij u zich aanmeldt danwel bent ingeschreven, een document als bedoeld in artikel 1 van de Wet op de identificatieplicht ter inzage te verstrekken, voor zover dit redelijkerwijs nodig is voor de uitvoering van deze wet.
- 2 Het eerste lid is van overeenkomstige toepassing ten aanzien van een medeverzekerde die door u bij de zorgverzekeraar wordt aangemeld, of is ingeschreven.
- 3 De zorgverzekeraar stelt, voor zover dat nodig is voor de uitvoering van deze wet, de identiteit vast van de personen bedoeld in het eerste en tweede lid van dit artikel, aan de hand van een document als bedoeld in artikel 1 van de Wet op de identificatieplicht en neemt daarvan aard en nummer op in de administratie.
- 4 De zorgverzekeraar verlangt van de vreemdeling, die zich als verzekerde of medeverzekerde aanmeldt een kopie van het document of de schriftelijke verklaring bedoeld in artikel 9, tweede lid van de Vreemdelingenwet (2000), dat wordt aangemerkt als een bescheiden en als bedoeld in artikel 4: 3 tweede lid van de Algemene wet bestuursrecht (Awb).

## 6 Schadevergoeding bij onrechtmatige inschrijving

- 1 Hebt u zich en/of uw eventuele meeverzekerde(n) onterecht laten inschrijven voor de ziekentfondsverzekering, of hebt u verzuimd de zorgverzekeraar op de hoogte te stellen van feiten en omstandigheden die tot het einde van de verzekering van

- u en uw meeverzekerde(n) leiden, dan kan de zorgverzekeraar de inschrijving beëindigen en schadevergoeding eisen voor de dagen dat u onterecht ingeschreven was. De schade wordt in beginsel vastgesteld door het College van zorgverzekeringen, gebaseerd op de landelijke gemiddelde jaarlijkse kosten per verzekerde, jonger dan 65 jaar, over de periode van onrechtmatige opzegging.
- 2 Als u opzettelijk aanspraken doet gelden op verstrekkingen, zonder dat u daar recht op hebt, dan kan de zorgverzekeraar de in het vorig lid bedoelde schade vaststellen op het werkelijke bedrag daarvan. Deze bepaling wordt toegepast als de werkelijk geleden schade hoger is dan het bedrag waarop de schade bij toepassing van het eerste lid zou zijn vastgesteld.
  - 3 Als u de schadevergoeding niet betaalt binnen de termijn die de zorgverzekeraar daarvoor heeft bepaald, zal de zorgverzekeraar u de kosten in rekening brengen die hij heeft moeten maken om deze bedragen te innen, inclusief de (buiten) gerechtelijke inningskosten. De zorgverzekeraar kan dat ook nadat hij uw inschrijving heeft beëindigd.

## 7 Voorlopige inschrijving

- 1 De zorgverzekeraar kan u, terwijl hij uw aanmelding voor de ziekenfondsverzekering beoordeelt, op uw verzoek alvast voor maximaal drie maanden voorlopig inschrijven als verzekerde. De zorgverzekeraar kan de voorlopige inschrijving met maximaal drie maanden verlengen.
- 2 Blijkt dat de zorgverzekeraar u niet definitief kan inschrijven, dan betaalt u sowieso de forfaitaire premie over de periode waarin u voorlopig ingeschreven stond.
- 3 Als nadien blijkt dat u recht op hebt om definitief te worden ingeschreven, betaalt de zorgverzekeraar u de in lid 2 genoemde premie terug.

## 8 Misbruik van de klantenpas

- 1 De klantenpas staat op naam en mag alleen worden gebruikt door de verzekerde voor wie het bewijs door de zorgverzekeraar is afgegeven.
- 2 Als u, als verzekerde medewerking of toestemming verleent voor het gebruik van uw klantenpas door of voor andere personen dan uzelf, bent u verantwoordelijk voor de door de zorgverzekeraar eventueel te lijden schade. De zorgverzekeraar zal in dat geval de kosten van deze schade op u verhalen.
- 3 U dient diefstal of verlies van uw klantenpas terstond te melden aan de zorgverzekeraar.

## 9 Vaststelling en heffing van de nominale premie

- 1 De zorgverzekeraar stelt de hoogte van de nominale premie vast die u betaalt voor uzelf en uw eventueel meeverzekerde(n) (zoals bedoeld in artikel 4 lid 1 van de Ziekenfondswet).
- 2 Als u 65 jaar of ouder bent, betaalt u de zorgverzekeraar in bepaalde gevallen een procentuele premie die afhankelijk is van de hoogte van uw inkomen. Het inkomen waarover de premie wordt berekend wordt vastgesteld op grond van de Ziekenfondswet.
- 3 U betaalt de verzekeringspremie maandelijks vooruit, waarbij u de verzekeraar machtiging dient te verlenen tot automatische incasso. Indien u geen automatische incasso verleent dan kan de zorgverzekeraar u hiervoor administratiekosten in rekening brengen. De zorgverzekeraar moet de nominale premie uiterlijk



ontvangen op de laatste dag van de maand, vóór de maand waarover u de nominale premie moet betalen (premievervaldatum).

- 4 Indien u de verschuldigde verzekeringpremie en/of administratiekosten niet of niet geheel op de premievervaldag heeft voldaan, bent u nalatig. U wordt dan eenmaal in de gelegenheid gesteld alsnog de verschuldigde verzekeringspremie en/of administratiekosten te voldoen binnen een termijn van 14 dagen na verzending van een herinneringsbrief (aanmaning). Deze herinneringsbrief geldt als ingebrekestelling. U bent dan tevens gehouden tot vergoeding van de door de zorgverzekeraar gemaakte incassokosten.
- 5 Indien u niet binnen 14 dagen na verzending van de herinneringsbrief de verschuldigde premie en administratiekosten hebt voldaan, bent u rechtens in verzuim.
- 6 Indien u de verzekeringspremie en administratiekosten niet op de premievervaldag heeft betaald, is de zorgverzekeraar gerechtigd incassokosten bij u in rekening te brengen. Per verstuurde herinneringsbrief of aanmaning bedragen deze kosten minimaal € 1,-.
- 7 Vanaf de datum dat u in verzuim bent, bent u gehouden de wettelijke verpagingsrente over de verschuldigde verzekeringspremie te voldoen. De zorgverzekeraar is daarnaast vanaf dat moment gerechtigd over te gaan tot het nemen van incasso-maatregelen. U bent in dat geval gehouden, naast de wettelijke rente, de buitengerechtigde incassokosten ad 15% van de hoofdsom te voldoen.
- 8 De zorgverzekeraar kan volledige betaling van de premie weigeren, zonder zelf in verzuim te komen, als daarbij niet tevens de rente en kosten door u worden voldaan. Het is u niet toegestaan om de door u nog verschuldigde bedragen toe te rekenen aan verschillende openstaande posten, zoals kosten of verschuldigde premie uit verschillende maanden.
- 9 Het is u niet toegestaan de ingevolge de artikel 9 verschuldigde bedragen (die kunnen bestaan uit de verschuldigde verzekeringspremie, administratiekosten, buitengerechtigde incassokosten, de wettelijke rente, de proces- en of executiekosten) te verrekenen met de van de zorgverzekeraar te vorderen bedragen.
- 10 De zorgverzekeraar int de nominale premie bij u voor uzelf en uw eventuele meeverzekerde(n).
- 11 Als de hoogte van de nominale premie verandert, laat de zorgverzekeraar dit tijdig weten.
- 12 Indien u overlijdt of van rechtswege de bevoegdheid verliest om zelfstandig over uw vermogen te beschikken dan zijn ieder van de overige meeverzekerde(n) hoofdelijk aansprakelijk voor de betaling van de verschuldigde bedragen.

## 10 Peildata voor de premievaststelling

- 1
  - a De zorgverzekeraar gaat uit van peildata als hij de door u verschuldigde nominale premie vaststelt.
  - b De zorgverzekeraar kan in bijzondere gevallen van de peildata afwijken.
- 2 De zorgverzekeraar berekent de nominale premie over de periode die op de eerste peildatum begint en eindigt op de laatste dag van de kalendermaand waarin de laatste peildatum is gelegen.
- 3 De zorgverzekeraar neemt als peildatum de eerste dag van iedere kalendermaand, vanaf het moment dat u recht kreeg op de ziekenfondsverzekering, totdat de inschrijving eindigt. Als u zich later aanmeldt dan zestig dagen nadat u recht kreeg op de verzekering, geldt als eerste peildatum de eerste dag van de kalendermaand, te rekenen vanaf de zestigste dag vóór de aanmeldingsdag.
- 4 De zorgverzekeraar berekent de premie op basis van het aantal premieplichtige-verzekerden, ingeschreven op de peildatum.
- 5 Als u zich bij de zorgverzekeraar aanmeldt met de bedoeling aanspraak te maken op vergoeding van medische kosten die u hebt gemaakt in een reeds beëindigde

periode, waarin u wel recht had op ziekenfondsverzekering maar u zich niet had ingeschreven, dan berekent de zorgverzekeraar over die periode een verhoging die maximaal het bedrag bedraagt van de op het tijdstip van aanmelding geldende nominale premie op jaarbasis. U dient dan wel krachtens de Ziekenfondswet aanspraak op de vergoeding te hebben. De verschuldigde premie wordt met de vergoeding verreken.

## **11 Verschuldigheid nominale premie**

- 1 U bent voor uw verzekering per maand slechts eenmaal de nominale premie verschuldigd.
- 2 Datzelfde geldt als u op grond van meer dan één bepaling uit de Ziekenfondswet bent verzekerd.
- 3 U betaalt niet dubbel als u bij een andere zorgverzekeraar stond ingeschreven voordat de eerste zorgverzekeraar u inschreef. Dit betekent dat als u bij dat ziekenfonds al voor een bepaalde periode premie hebt betaald, hoeft u daarvoor bij de zorgverzekeraar niet nog eens premie te betalen.

## **12 Verhoging nominale premie bij vertraagde aanmelding**

- 1 Meldt u zich later dan zestig dagen nadat u recht kreeg op ziekenfondsverzekering, dan kan de zorgverzekeraar de eerste nominale premie verhogen. Deze verhoging bedraagt maximaal de nominale jaarpremie die geldt op het tijdstip van aanmelding. Als de vertraagde aanmelding ook of alleen uw meeverzekerde(n) betreft, dan wordt de eerste nominale premie voor hem of haar op dezelfde wijze verhoogd. Deze verhoging wordt ook toegepast als u zich bij de zorgverzekeraar meldt, later dan zestig dagen na het einde van uw inschrijving bij een andere zorgverzekeraar, terwijl uw recht op ziekenfondsverzekering gewoon is doorgelopen.
- 2 Meldt u zich later dan zestig dagen nadat u recht kreeg op de ziekenfondsverzekering, maar kon u in redelijkheid niets aan deze vertraging doen, dan wordt de nominale premie niet verhoogd.
- 3 Als u een verhoging moet betalen over een periode van meer dan een maand, stelt de zorgverzekeraar u op uw verzoek in de gelegenheid om de betaling te spreiden over enkele termijnen. De zorgverzekeraar wijst uw verzoek om gespreide betaling af als u zich kennelijk bewust te laat heeft aangemeld.

## **13 Betaling nominale premie**

- 1 U kunt de premie, met in achtneming van het bepaalde in artikel 9, via de bank of giro overmaken of u kunt de zorgverzekeraar een machtiging verlenen tot automatische incasso. U kunt ook uw werkgever of uw uitkeringsinstantie machtigen om namens u de premie te betalen. Ook in dat geval gelden de bepalingen van dit reglement.
- 2 Als de zorgverzekeraar de premie niet tijdig kan innen, moet de premie niettemin op tijd betaald worden.

## **14 Verwijtbare nalatigheid bij het betalen van de nominale premie**

Als u op een verwijtbare manier nalaat de premie volledig te betalen, zal de zorgverzekeraar u geheel of gedeeltelijk de kosten laten betalen voor de genes-

kundige voorzieningen waarvan u en/of uw meeverzekerde(n) gebruik hebben gemaakt.

## 15 Inschrijving op naam

- 1 U laat de zorgverzekeraar bij uw inschrijving weten op naam van welke huisarts of apotheekhoudende huisarts u wilt worden ingeschreven. Daarbij kiest u uit de zorgverleners met wie de zorgverzekeraar daartoe een overeenkomst heeft gesloten. Inschrijving op naam van een apotheek is niet vereist.
- 2 Als u een apotheekhoudende huisarts als apotheker kiest, kunt u deze alleen kiezen wanneer hij ook uw huisarts is.
- 3 U krijgt alleen hulp voor rekening van de zorgverzekeraar als u zich wendt tot bovengenoemde zorgverleners op wiens naam u bent ingeschreven waarbij spoedeisend situaties zijn uitgezonderd evenals tijdelijk verblijf elders.
- 4 De zorgverzekeraar kan u toestemming geven om naar een andere zorgverlener te gaan.

## 16 Kennisgeving

- 1 De zorgverzekeraar verstrekt aan u periodiek een relatieblad, waarin naast de informatie over verzekeraar, verzekeringsproducten en diensten ook aanverwante zaken zijn opgenomen.
- 2 U kunt de zorgverzekeraar schriftelijk verzoeken ter zake toezending van het relatieblad, de persoonsgegevens te blokkeren. In dat geval zal het relatieblad niet meer aan u worden toegestuurd.
- 3 Indien op een dergelijk verzoek de persoonsgegevens van u geblokkeerd zijn en het relatieblad niet meer toegezonden wordt, kunt u en eventueel uw meeverzekerde(n) zich niet meer beroepen op het ontbreken van dan wel het niet hebben ontvangen van informatie welke in het relatieblad is opgenomen. De zorgverzekeraar is alsdan niet aansprakelijk voor door de u en/of meeverzekerden geleden schade voortvloeiende uit het ontbreken van dan wel het niet hebben ontvangen van deze informatie.

## 17 Zorgaanspraken ziekenfonds

- 1 U hebt recht op geneeskundige verzorging, waarvan aard, inhoud en omvang geregeld zijn in de Ziekenfondswet (artikel 8 lid 1), bijbehorende uitvoeringsregelingen en dit reglement. In bepaalde gevallen ontvangt u daarvoor in de plaats een financiële vergoeding. U hebt alleen aanspraak op zorg als u uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening daarop redelijkerwijs bent aangewezen.
- 2 De verzekeraar kan bij reglementen nadere voorwaarden aan de aanspraak op zorg stellen. U kunt de reglementen kosteloos opvragen bij de zorgverzekeraar. Tevens kunt u de reglementen op [www.agisweb.nl](http://www.agisweb.nl) raadplegen en downloaden.
- 3 Tot de zorg die in de Ziekenfondswet geregeld is behoren
  - a huisartsenhulp;
  - b fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck;
  - c logopedie;
  - d ergotherapie;
  - e verloskundige hulp;
  - f tandheelkundige hulp;
  - g farmaceutische zorg, dieetpreparaten en verbandmiddelen;
  - h niet-klinische specialistische hulp;
  - i behandeling en verblijf in een ziekenhuis met inbegrip van medisch specialistische hulp;

- j orgaantransplantaties;
  - k hulpmiddelen;
  - l ziekenvervoer;
  - m kraamzorg;
  - n audiologisch centrum;
  - o erfelijkheidsadvisering;
  - p nierdialyse;
  - q chronisch intermitterende beademing;
  - r revalidatie;
  - s hulp door een trombosedienst;
  - t dieetadvisering.
- 3 Als u zich bij de zorgverzekeraar meldt binnen zestig dagen nadat u recht kreeg op ziekenfondsverzekering, hebt u voor de periode van het ontstaan van het recht op ziekenfondsverzekering tot de dag van afgifte van het bewijs van inschrijving recht op volledige vergoeding van de kosten van de zorg als bedoeld in dit artikel en met inachtneming van het bepaalde in artikel 19.
  - 4 Als u, in de onder lid 3 bedoelde periode, particulier was verzekerd tegen ziektekosten, is de aanspraak beperkt tot de kosten die niet door de particuliere verzekering worden gedekt mits vallend onder de Ziekenfondswet. Daarnaast hebt u over bedoelde periode aanspraak op vergoeding van de premie voor de nog lopende particuliere ziektekostenverzekering, voor zover deze verzekering gelijkwaardig is aan de ziekenfondsverzekering.

## 18 Zorgaanspraken AWBZ

- 1 Voor zover in de AWBZ niet anders is geregeld, worden de wederzijdse rechten en verplichtingen van de zorgverzekeraar en de verzekerde(n) bepaald door het gestelde in dit reglement.
- 2 Een verzekerde heeft recht op verzorging, verpleging, begeleiding, behandeling, verblijf, en preventieve zorg, waarvan aard, inhoud en omvang geregeld zijn in de AWBZ (artikel 6 lid 1), bijbehorende uitvoeringsregelingen en dit reglement. In bepaalde gevallen ontvangt u daarvoor in de plaats een financiële vergoeding. U heeft alleen aanspraak op zorg als u uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening daarop redelijkerwijs bent aangewezen. Voorts moet u beschikken over een geldige indicatiestelling voor de noodzakelijke AWBZ zorg.
- 3 Tot de zorg die in de AWBZ geregeld is behoren:
  - a huishoudelijke verzorging;
  - b persoonlijke verzorging;
  - c verpleging;
  - d ondersteunende begeleiding;
  - e activerende begeleiding;
  - f behandeling;
  - g verblijf;
  - h het gebruik van een verpleegartikel gedurende een termijn van ten maximaal zesentwintig weken;
  - i opname en verblijf in een ziekenhuis vanaf de 366e dag;
  - j revalidatiezorg in een instelling voor revalidatie vanaf de 366e dag;
  - k zorg bestaande uit georganiseerde preventie;
    - prenatale zorg, met uitzondering van kraamzorg;
    - onderzoek naar aangeboren stofwisselingsziekten;
    - vaccinaties.
- 4 Voor het verkrijgen van een zorgaanspraak kunt u een eigen bijdrage verschuldigd zijn. Deze bijdrage kan afhankelijk zijn van uw (gezins)inkomen.

## 19 Geldend maken van zorgaanspraken ZFW

- 1 De zorgverzekeraar verschafft de namen en adressen van zorgverleners met wie hij zorgovereenkomsten heeft gesloten.
- 2 Voor vormen van zorg waarvoor een contracteerplicht geldt, kunt u alleen zorg voor rekening van de zorgverzekeraar krijgen van een zorgverlener of instelling met wie of welke de zorgverzekeraar een zorgovereenkomst heeft afgesloten. Alleen als het noodzakelijk is voor uw geneeskundige verzorging en als de zorgverzekeraar u daar vóóraf toestemming voor heeft gegeven, kunt u zorg voor rekening van een zorgverzekeraar krijgen van een zorgverlener met wie of welke de zorgverzekeraar geen zorgovereenkomst heeft gesloten.
- 3 Voor vormen van zorg waarvoor de zorgverzekeraar geen contracteerplicht heeft en tevens door het College van Tarieven gezondheidszorg geen tarief hoeft te worden vastgesteld of goedgekeurd, heeft u de keus tussen zorg in natura of vergoeding van kosten (restitutie). De zorgverzekeraar stelt bij nadere reglementen de hoogte en voorwaarden van de kostenvergoedingen vast in het geval u in dit geval zorg ontvangt van een niet gecontracteerde zorgverlener en/of in geval u gebruik maakt van de mogelijkheid van vergoeding van kosten. Er zullen reglementen vastgesteld worden voor ziekenhuizen, fysiotherapie, vervoer en hulpmiddelen. U kunt deze reglementen opvragen bij de zorgverzekeraar. Tevens kunt u de reglementen raadplegen of downloaden op [www.agisweb.nl](http://www.agisweb.nl).
- 4 Indien u gebruik maakt van de mogelijkheid van vergoeding van kosten dient u gebruik te maken van een daartoe door de zorgverzekeraar vastgesteld declaratieformulier. Dit formulier kunt u opvragen bij Agis Klantenservice (tel 0900 86 85 € 0,05 per minuut).
- 5 De zorgverzekeraar stelt bij nader reglement vast voor welke geregistreerde geneesmiddelen u aanspraak heeft op aflevering en welke criteria en procedures hierbij in acht worden genomen. De geneesmiddelen die de zorgverzekeraar met toepassing van artikel 9a Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering heeft aangewezen, zijn opgenomen in een bijlage bij dit reglement. De aanwijzing als hiervoor bedoeld is niet van toepassing voor zover behandeling met een aangewezen geneesmiddel voor u medisch niet verantwoord is, met dien verstande dat voor verstrekking of vergoeding van andere dan de aangewezen geneesmiddelen toestemming van de zorgverzekeraar vereist is. Een afwijkend voorschrift, op grond dat behandeling met een aangewezen geneesmiddel voor u medisch niet verantwoord is, dient vergezeld te gaan van een verklaring van de voorschrijver daarover, te bewaren door de apotheekhoudende. In afwijking hiervan heeft u gedurende 15 dagen, zonder voorafgaande toestemming, aanspraak op verstrekking of vergoeding van een niet aangewezen geneesmiddel bij het eerste recept voor een geneesmiddel met de desbetreffende werkzame stof dat na de aanwijzing aan de apotheekhoudende wordt aangeboden, mits u binnen de termijn van 15 dagen alsnog een verklaring van de voorschrijver bij de zorgverzekeraar inlevert. U kunt het reglement en de bijlage kosteloos opvragen bij de zorgverzekeraar. Tevens kunt u het reglement en bijlage raadplegen of downloaden op [www.agisweb.nl](http://www.agisweb.nl).
- 6 De algemene voorwaarden ten aanzien van hulpmiddelen verstrekking en de specifieke, per hulpmiddelengroep geldende vereisten, zijn opgenomen in het hulpmiddelenreglement.
- 7 Voor opname, behandeling en verder verblijf in het ziekenhuis, met inbegrip van medische specialistische zorg is in bepaalde gevallen toestemming van de zorgverzekeraar vereist. De zorgverzekeraar bepaalt in het reglement ziekenhuizen in welke gevallen het toestemmingsvereiste niet van toepassing is, dan wel welke andere voorwaarden van toepassing zijn.
- 8 Iedere keer als u een zorgverlener of zorgverlenende instelling bezoekt, moet u uw geldige klantenpas kunnen tonen.

## 20 Geldend maken van zorgaanspraken AWBZ

- 1 De zorgverzekeraar verwijst u in de voorkomende gevallen naar het zorgkantoor dat de AWBZ namens de zorgverzekeraar uitvoert.
- 2 U kunt in Nederland, behoudens via een persoonsgebonden budget (PGB), alleen zorg voor rekening van de AWBZ krijgen van een zorgverlener of instelling met wie of welke het zorgkantoor een zorgovereenkomst heeft afgesloten. Alleen als het noodzakelijk is voor uw geneeskundige verzorging en als het zorgkantoor u daar vóóraf toestemming voor heeft gegeven, kunt u in Nederland zorg voor rekening van de AWBZ krijgen van een zorgverlener of instelling met wie of welke het zorgkantoor geen zorgovereenkomst heeft gesloten. Ook als u zich naar het buitenland begeeft met het doel aldaar AWBZ-zorg te ontvangen moet u daar vóóraf toestemming van de zorgverzekeraar voor vragen.

### TIP

Hebt u vragen over een buitenlandse opname, neem dan contact op met de afdeling Buitenland:  
030 233 06 00

## 21 Zorgaanspraken in het buitenland

Als u voor zorg naar het buitenland gaat, adviseren wij u te allen tijde vooraf contact op te nemen met de zorgverzekeraar voor nadere informatie. Onder bepaalde omstandigheden is namelijk schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar een vereiste, om voor rekening van de zorgverzekeraar, aanspraken op verstrekkingen in het buitenland te kunnen maken.

## 22 Geldigheid van uw vorderingsrecht

- 1 Als u op grond van uw ziekenfonds-of AWBZ verzekering aanspraak kunt maken op vergoeding van bepaalde kosten, moet u de zorgverzekeraar zo spoedig mogelijk om vergoeding van de kosten verzoeken zodat de zorgverzekeraar over kan gaan tot een adequate afwikkeling van de vergoeding.
- 2 Een vordering die u op grond van de Ziekenfondswet of AWBZ op de zorgverzekeraar heeft, moet binnen één jaar na zijn ontstaan bij de zorgverzekeraar worden ingediend. Deze termijn is vijf jaar als u redelijkerwijs niet in staat bent om de vordering binnen één jaar in te dienen.

## 23 No-Claimregeling

- 1 Indien u of de meeverzekerde(n) in enig kalenderjaar geen of weinig gebruik heeft gemaakt van zorg waarop ingevolge de Ziekenfondswet aanspraak bestaat, heeft u of de meeverzekerde(n) jegens de zorgverzekeraar aanspraak op een uitkering van maximaal € 255,00. Voor de toepassing van dit artikel worden een vergoeding als bedoeld in artikel 10 en een uitkering als bedoeld in artikel 11 Ziekenfondswet gelijkgesteld aan het gebruik maken van zorg waarop aanspraak bestaat.
- 2 Indien de ten laste van de ziekenfondsverzekering komende kosten van zorg waarvan u of de medeverzekerde(n) gebruik heeft gemaakt, lager zijn dan € 255,00, is de uitkering voor u of medeverzekerde gelijk aan het verschil tussen dat bedrag en de kosten van de zorg.

- 3 Voor de toepassing van het eerste lid wordt het gebruik van verloskundige zorg, kraamzorg en huisartsenzorg buiten beschouwing gelaten. Voor de toepassing van het eerste lid worden tevens buiten beschouwing gelaten de bedragen die de verzekerde op grond van artikel 8, vierde lid, Ziekenfondswet als bijdrage in de kosten van zorg heeft betaald.
- 4 Indien de zorg in de vorm van een DBC wordt verleend, geldt als tijdstip van gebruik van zorg het tijdstip waarop de DBC is geopend.
- 5 Verzekerden voor wie geen nominale premie verschuldigd is, hebben geen aanspraak op de uitkering.
- 6 De zorgverzekeraar zal uiterlijk op 31 maart van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop de uitkering betrekking heeft, de uitkering aan u of de medeverzekerde(n) uitbetalen.
- 7 Als na de datum genoemd in lid 6 van dit artikel nog rekeningen voor het in het desbetreffende jaar genoten zorg bij de zorgverzekeraar binnen komen, waarmee bij de berekening van de uitkering geen rekening is gehouden, dan zullen deze kosten alsnog gevolgen hebben voor de berekening van de uitkering.

## 24 Agis Zorgservice (wachtnijstbemannnng)

- 1 De zorgverzekeraar informeert en bemiddelt, middels Agis Zorgservice, op verzoek van de verzekerde over wachttijden met betrekking tot:
  - opname in een ziekenhuis;
  - dagbehandeling in een ziekenhuis;
  - toegangstijd voor een polikliniek;
  - poliklinische behandeling;
  - diagnostisch onderzoek.

Wij wijzen u erop dat Agis Zorgservice u niet informeert over wachttijden voor thuis- en kraamzorg en verpleeg- en verzorgingshuizen.
- 2 De zorgverzekeraar zal zich, middels Agis Zorgservice, inspannen er voor zorg te dragen dat u voor operaties binnen een redelijke termijn wordt geholpen. De zorgverzekeraar streeft ernaar om de wachttijden voor de navolgende operaties tot een maximum te beperken:

• Staaroperaties:	13 weken;
• Dotterbehandelingen:	8 weken;
• Open hart operaties:	10 weken;
• Knie-en heupprotheses:	13 weken.

Wij wijzen u erop dat u aan deze wachttijden geen rechten kunnen worden ontleend anders dan de in dit lid genoemde inspanningsverplichting.
- 3 De wachttijd vangt aan op het moment dat de behandelend arts de diagnose heeft gesteld, én u zich hebt aangemeld bij Agis Zorgservice.
- 4 Indien de zorgverzekeraar niet in staat is uw operatie binnen de in lid 2 genoemde wachttijd te regelen binnen Nederland, dan verplicht de zorgverzekeraar zich in te spannen de betreffende behandeling plaats te laten vinden in een ziekenhuis of kliniek buiten Nederland. Een (geheel of gedeeltelijk) door de zorgverzekeraar bekostigde operatie in een ziekenhuis of kliniek buiten Nederland kan echter nimmer worden ondergaan zonder voorafgaande schriftelijke goedkeuring van die zorgverzekeraar.

### TIP

Bel Agis Zorgservice met vragen over wachttijden voor specialistische zorg:  
0900 266 94 63 (€ 0,05 per minuut)

## 25 Aansprakelijkheid van de zorgverzekeraar

De zorgverzekeraar is niet aansprakelijk voor de schade die de zorgverlener, tot wie u zich hebt gewend voor zorgverlening in het kader van de Ziekenfondswet en/of AWBZ, u toebrengt door zijn toedoen of nalaten.

## 26 Aansprakelijkheid van derden

- 1 U bent verplicht om de zorgverzekeraar kosteloos alle inlichtingen te verstrekken en alle medewerking te verlenen tot verhaal van geleden schade, als er sprake is van kosten die voortvloeien uit ziekte, ongeval of letsel, en een derde daarvoor aansprakelijk is.
- 2 Als een derde is betrokken bij het ontstaan van een ziekte, ongeval of letsel dat u is overkomen, moet u zo snel mogelijk aangifte (laten) doen bij de politie en de zorgverzekeraar op de hoogte brengen. In overleg met de zorgverzekeraar kunt u eventueel afzien van aangifte bij de politie als redelijkerwijs mag worden aangenomen dat de aangifte niet extra zal bijdragen aan de mogelijkheden voor de zorgverzekeraar om de kosten te verhalen op de derde.
- 3 U neemt contact op met de zorgverzekeraar voordat u met de derde - of degene die namens de derde optreedt, bijvoorbeeld de verzekeraar van die derde - een regeling treft over vergoeding van de geleden schade.
- 4 U mag in geen geval een regeling treffen die de zorgverzekeraar benadeelt in haar rechten om de kosten te verhalen op de derde zonder dat u daarvoor schriftelijk toestemming hebt van de zorgverzekeraar. Dat geldt met name als u een bepaald bedrag afspreekt, waarna de derde of diens verzekeraar (u) niets meer hoeft te betalen.

## 27 Agis Letselschadeservice

Bij het uitvoeren van de verhaalsacties als bedoeld in artikel 25 werkt de verzekeraar samen met een daartoe gespecialiseerd expertisebureau. Dit expertisebureau kan u ook bijstaan in het verhalen van uw persoonlijke schade als gevolg van een u overkomen en door derde veroorzaakt ongeval. Informatie daarover vindt u in onze brochure Agis letselschadeservice. U kunt deze brochure aanvragen via onze Klantenservice, via onze website of via onze Servicepunten, zie voor meer informatie de achterzijde van dit reglement.

### TIP

Bel Agis Letselschadeservice wanneer u hulp nodig hebt bij het verhalen van schades:  
033 445 58 33

## 28 Fraude

- 1 De verzekerde is aansprakelijk voor alle door zorgverzekeraar geleden schade waaronder de reeds gedane uitkeringen aan zorgverleners en/of derden als bedoeld in het artikel 83d Ziekenfondswet en artikel 65d AWBZ.
- 2 Bij constatering van fraude wordt er door de zorgverzekeraar aangifte gedaan bij de politie. Tevens wordt de verzekerde geregistreerd in het tussen de zorgverzekeraars gangbare fraudesignaleringsstelsel.



- 3 U en de meeverzekerde dienen bij constatering van (mogelijke) onregelmatigheden of fraude van zorgverleners (bijvoorbeeld in declaraties van de zorgverleners) deze (mogelijke) onregelmatigheden of fraude te melden bij het Agis fraudemeldpunt. Het Agis fraudemeldpunt is telefonisch te bereiken onder nummer: 0900 328 24 47 (€ 0,05 per minuut)

## 29 Wijziging in het reglement

De zorgverzekeraar kan dit verzekeringsreglement te allen tijde wijzigen. De zorgverzekeraar moet dat doen volgens de regels van de Ziekenfondswet en van de AWBZ.

## 30 Niet geregelde gevallen

De zorgverzekeraar beslist over alle gevallen die niet zijn geregeld in dit verzekeringsreglement, in de Ziekenfondswet, in de AWBZ of in de uitvoeringsregelingen van deze wetten.

## 31 Informatie over klacht en beroep

- 1 De zorgverzekeraar zal u uit eigen beweging en op uw verzoek informeren over de mogelijkheden om te klagen over of in bezwaar en beroep te gaan tegen een beslissing van de zorgverzekeraar.
- 2 Als u wilt klagen over of in beroep wilt gaan tegen een afwijzing van een verstrekking of zorgaanspraak, dient u met toepassing van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) binnen zes weken na verzending van het besluit, een bezwaarschrift in te dienen bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar zal over haar beslissing op uw bezwaarschrift advies vragen aan de Commissie Verstrekkingengeschillen van het College voor zorgverzekeringen. Nadat u dit advies én de beslissing op uw bezwaarschrift hebt ontvangen, hebt u zes weken na dagtekening van deze beslissing de tijd om in beroep te gaan bij de (sector bestuursrecht van de) rechtbank.
- 3 Als u het niet eens bent met beslissing over gesubsidieerde verstrekkingen, inschrijvingskwesties of over premiezaken, kunt u een bezwaarschrift indienen bij de zorgverzekeraar. U moet dat doen binnen zes weken na verzending van deze beslissing. Als u de beslissing van de zorgverzekeraar op uw bezwaarschrift hebt ontvangen, kunt u daartegen in beroep gaan bij de (sector bestuursrecht van de) rechtbank. Ook dat moet u binnen zes weken na dagtekening van de beslissing op het bezwaarschrift doen.
- 4 Als u wilt klagen over bovengenoemde zaken of andere zaken dan hierboven genoemd, kunt u dat schriftelijk doen. Stuur uw brief met uw klacht naar het adres op de achterzijde van dit reglement. Wordt uw klacht niet naar tevredenheid opgelost, dan kunt u zich wenden tot:

**De Ombudsman Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG Zeist**

## 32 Persoonsregistratie

De zorgverzekeraar legt wanneer u of uw meeverzekerde contact met zorgverzekeraar heeft persoonsgegevens vast ten behoeve van het afsluiten van de verzekering, het uitvoeren en afwickelen van de verzekering, het verlenen van service, het beheersen van de schadelast in verband met de verzekering, het tegengaan van fraude, het voldoen aan wettelijke bepalingen en het (doen) uitvoeren van statistische analyses. Daarnaast worden persoonsgegevens vastgelegd om het contact met u of de meeverzekerde te onderhouden. Deze persoonsgegevens worden bijvoorbeeld gebruikt om u of de meeverzekerde te informeren over de producten en diensten van zorgverzekeraar, voor het toezenden van een nieuwsbrief of het verstrekken van advies/informatie.

De zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor de verkregen en verwerkte persoonsgegevens aan derden waaronder begrepen zorgverleners, herverzekeringsmaatschappijen, medische adviseurs, het Regionaal Indicatie Orgaan en toezichthouders te verstrekken voor zover dat voor de uitvoering van de verzekering of voor zover dat voor de uitvoering van overige hiervoor genoemde doelen van verwerking van persoonsgegevens noodzakelijk is. De zorgverzekeraar handelt hiermee volgens de eisen van de Wet bescherming persoonsgegevens. Voormelde gegevensverwerkingen zijn aangemeld bij het College Bescherming Persoonsgegevens.

U of de meeverzekerde kan de zorgverzekeraar verzoeken om verstrekking van een overzicht van verwerkte persoonsgegevens. Zorgverzekeraar zal u of meeverzekerde binnen vier weken, mits zij daartoe wettelijk gehouden is, het overzicht verstrekken. Indien er onjuistheden zijn in de door verzekeraar geregistreerde persoonsgegevens, kan u of de meeverzekerde de zorgverzekeraar schriftelijk verzoeken tot correctie of verwijdering van deze persoonsgegevens. Voor het verstrekken van bovengenoemd overzicht kan een bijdrage in de kosten worden verlangd.



## Hebt u vragen?

U kunt Agis op vele manieren bereiken.

### Telefonisch

Onze Klantenservice staat u graag te woord.

bel **0900 86 85** (€ 0,05 per minuut)

### Schriftelijk

Agis Zorgverzekeringen

Postbus 19

3800 HA Amersfoort

### Persoonlijk

Bij onze Servicepunten kunt u terecht voor persoonlijk advies.

Adressen en openingstijden vindt u op onze site.

U kunt ook de folder 'Bezoek Agis' aanvragen via onze Klantenservice.

### Via internet

Veel informatie over onze zorgverzekeringen kunt u zelf vinden

op onze site: **[www.agisweb.nl](http://www.agisweb.nl)**

## Belangrijke telefoonnummers

Agis Klantenservice **0900 86 85** (€ 0,05 per minuut)

Agis Zorgservice **0900 202 27 27** (€ 0,05 per minuut)  
(wachlijstbemiddeling)

Agis Alarmcentrale **020 342 12 12**

Agis Topkraamzorg **0900 88 07** (€ 0,05 per minuut)