

# Algemene regels 2022

## ● Inhoudsopgave

<b>Inleiding</b>	<b>3</b>
<b>1. De verzekeringen van PNOzorg</b>	<b>4</b>
Over onze verzekeringen	4
Wie de verzekering afsluit. Wie verzekerd is. En wie het bewijs van de verzekering krijgt	5
Welke regels de verzekering en de premie bepalen	5
<b>2. Ik word klant van PNOzorg</b>	<b>7</b>
Een verzekering afsluiten of aanvragen is zó gebeurd	7
Wanneer uw verzekering ingaat	7
Wat verder belangrijk is	8
<b>3. Ik ben verzekerd bij PNOzorg</b>	<b>10</b>
Ik heb zorg nodig	10
Ik betaal zelf: eigen bijdragen en eigen risico	11
Soms vergoedt de verzekering minder, of niet	13
Ik wil zorgkosten declareren	15
Ik betaal premie	16
Meewerken en informeren	18
Wij gebruiken uw gegevens. Zorgvuldig	19
Overstappen van aanvullende verzekering	19
Wij kunnen de verzekering wijzigen	20
<b>4. Ik ga weg bij PNOzorg, of PNOzorg beëindigt de verzekering</b>	<b>21</b>
Opzeggen	21
Soms eindigt de Basisverzekering zonder opzegging	21
Soms beëindigen wij de verzekering	22
Als u fraudeert	22
Als u niet tevreden bent of een klacht heeft	23
Recht dat van toepassing is	24

### ● Inleiding

**Hier staan de algemene regels van de PNOzorg Basisverzekering en de aanvullende verzekeringen van PNOzorg. Samen met de vergoedingen bepalen ze waar u recht op heeft. En wat u daarvoor moet doen.**

In deze algemene regels staan ook regels voor het afsluiten van een verzekering bij PNOzorg.

Deze algemene regels zijn verdeeld in 4 onderwerpen.

1. De verzekeringen van PNOzorg
2. Ik word klant van PNOzorg
3. Ik ben verzekerd bij PNOzorg
4. Ik ga weg bij PNOzorg. Of PNOzorg beëindigt de verzekering

Het belangrijkste staat in **vette** letters. Zo vindt u snel wat u zoekt.

# ● 1. De verzekeringen van PNOzorg

**Bijna iedereen in Nederland moet een basisverzekering hebben. De basisverzekering vergoedt onder meer de huisarts, het ziekenhuis, de geestelijke gezondheidszorg (ggz), het vervoer met een ambulance en voor kinderen tot 18 jaar ook de tandarts. De overheid bepaalt de inhoud van de basisverzekering.**

De basisverzekering van PNOzorg heet PNOzorg Basisverzekering. Met de Basisverzekering heeft u optimale vrijheid bij het kiezen van een arts, ziekenhuis of zorgverlener. PNOzorg heeft verder aanvullende verzekeringen. Ook met deze keuzevrijheid. Deze breiden de vergoedingen van de basisverzekering uit. Bijvoorbeeld met fysiotherapie, de tandarts vanaf 18 jaar of alternatie

## ● Over onze verzekeringen

1. Met al onze verzekeringen heeft u recht op vergoeding van kosten van zorg en diensten. Dat noemen we restitutie. Wijkverpleging en ggz zijn verzekerd op basis van restitutie met gecontracteerde zorg. Dat betekent dat wij de zorg volledig vergoeden bij een gecontracteerde zorgverlener. Kiest u voor zorg bij een zorgverlener met wie we geen contract hebben? Dan geldt een maximale vergoeding. Omdat we de vergoeding bij niet-gecontracteerde wijkverpleging en ggz beperken, heet onze verzekering officieel een combinatieverzekering.

We spreken hierna kortweg van 'verzekering', en van 'vergoeden van zorg'.

Als wij hierna van 'PNOzorg' spreken, of van 'wij' of 'ons' bedoelen we ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V.<sup>1</sup> als het over de Basisverzekering gaat. En ONVZ Aanvullende Verzekering N.V.<sup>2</sup> als het over aanvullende (tand)verzekeringen gaat. De PNOzorg Basisverzekering noemen we ook de Basisverzekering.

Onze verzekeringen zijn:

- a. Basisverzekering
- b. aanvullende verzekeringen:
  - Start
  - Plus
  - Optimaal
  - Top
  - Excellent
  - Buitenland
  - OntzorgPlus
  - Zorgplan
- c. aanvullende tandverzekeringen:
  - Tandplus A
  - Tandplus B
  - Tandplus C
  - Tandplus Preventief

2. **Op onze site [www.pnozorg.nl](http://www.pnozorg.nl) en in de vergoedingen staat:**

- **welke zorg** en diensten verzekerd zijn
- **wie** die zorg mag geven
- **welke voorwaarden** verder gelden

De verzekeringen vergoeden zorg en diensten die **medisch noodzakelijk** zijn. Wat dat is, staat in [algemene regel 24](#).

### • **Wie de verzekering afsluit. Wie verzekerd is. En wie het bewijs van de verzekering krijgt**

3. Iedereen die volgens de Zorgverzekeringswet (Zvw) een basisverzekering moet hebben, kan een Basisverzekering afsluiten. Of dat voor zich laten doen.
4. De persoon die een verzekering afsluit, heet officieel **verzekeringnemer**. Die noemen wij **'hoofdverzekerde'**. Een hoofdverzekerde kan een verzekering voor zichzelf afsluiten. Maar ook voor iemand anders. Zoals partner of kinderen. De persoon die verzekerd is, is **de verzekerde**. Als u een verzekering afsluit voor uzelf bent u hoofdverzekerde én verzekerde.
5. **De hoofdverzekerde krijgt van ons de zorgpolis**. Dat is het bewijs van de verzekering. Op de zorgpolis staat wie er verzekerd is. En welke verzekeringen zijn afgesloten.

### • **Welke regels de verzekering en de premie bepalen**

6. De algemene regels en de vergoedingen bepalen de Basisverzekering en de aanvullende verzekeringen.
7. Ook de Zorgverzekeringswet en de regelingen die daarbij horen, bepalen de Basisverzekering. Die regelingen zijn onder andere het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Verder zijn ook andere wetten en regelingen van toepassing. Die kunnen we hier niet allemaal noemen.
8. Wijken de algemene regels of vergoedingen van de Basisverzekering af van de Zorgverzekeringswet? Dan geldt die wet.
9. De Basisverzekering en de aanvullende verzekeringen zijn ook gebaseerd op informatie die u ons heeft verstrekt, bijvoorbeeld bij uw aanvraag.
10. Bij de algemene regels hoort de [premietabel](#). Daarin staan de basispremies van de verzekeringen. En kortingen en toeslagen.  
  
En bij de vergoedingen hoort het overzicht [maximale vergoedingen](#). Daarin staat hoeveel wij maximaal vergoeden als u voor wijkverpleging of voor ggz naar een zorgverlener gaat met wie wij geen contract hebben.
11. Bent u collectief verzekerd? Dan gelden ook de regels voor de collectieve verzekering. Die kunt u opvragen bij de partij die deze met PNOzorg heeft afgesloten. Vaak de werkgever.

### Uitleg

1. ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V.: Risicodraagster van onze ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering is ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. (handelsregisternummer 30135168, AFM-nummer 12000633) en van onze aanvullende en andere verzekeringen ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. (handelsregisternummer 30209308, AFM-nummer 12001024). Beide zijn gevestigd te Houten. Postbus 392, 3990 GD Houten. Telefoon: 030 639 62 22. Fax: 030 635 12 75. Internet: [www.onvz.nl](http://www.onvz.nl)
2. ONVZ Aanvullende Verzekering N.V.: Risicodraagster van onze ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering is ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. (handelsregisternummer 30135168, AFM-nummer 12000633) en van onze aanvullende en andere verzekeringen ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. (handelsregisternummer 30209308, AFM-nummer 12001024). Beide zijn gevestigd te Houten. Postbus 392, 3990 GD Houten. Telefoon: 030 639 62 22. Fax: 030 635 12 75. Internet: [www.onvz.nl](http://www.onvz.nl)

### ● 2. Ik word klant van PNOzorg

**Wilt u klant worden van PNOzorg? Van harte welkom! Wisselen van zorgverzekeraar kan altijd per 1 januari. En gaat gemakkelijk met onze overstapservice.**

#### ● Een verzekering afsluiten of aanvragen is zó gebeurd

12. U sluit de basisverzekering of een aanvullende (tand)verzekering van PNOzorg zelf af op onze site. Afsluiten kan ook via uw verzekeringsadviseur.
13. **Voor sommige aanvullende verzekeringen stellen wij vragen over de gezondheid van de verzekerde(n).** Daarmee beoordelen wij of u de verzekering kunt afsluiten.
14. **Een aanvullende verzekering voor uw kind? Dat kan.** Dit kan geen hogere verzekering zijn dan die van u, uw partner of een andere verzekerde van 18 jaar of ouder die op dezelfde zorgpolis staat.  
  
Bij Buitenland en OntzorgPlus geldt: u of uw partner moet deze verzekering hebben.  
  
En verder kan dit geen Zorgplan of Tandplus verzekering zijn. Zorg van de tandarts valt tot 18 jaar overigens onder de basisverzekering.  
  
Ook voor kinderen stellen wij de vragen van algemene regel 13. Behalve als u uw kind binnen 4 maanden na de geboorte aanmeldt. Dan stellen wij die vragen niet.

#### ● Wanneer uw verzekering ingaat

15. **Op de zorgpolis staat wanneer uw verzekering ingaat.**
16. **Een Basisverzekering gaat meestal in op 1 januari van het volgende jaar. De volgende regels gelden.**
  - a. Stapt u voor 31 december over naar PNOzorg? Dan zorgen wij dat uw Basisverzekering op 1 januari ingaat. Zijn er geen bijzondere omstandigheden? Dan sluiten de basisverzekering die u nu heeft en uw nieuwe basisverzekering op elkaar aan.

#### **Overstapservice**

Stapt u over naar PNOzorg? Onze overstapservice regelt het voor u. Als u bij ons een Basisverzekering aanvraagt, zeggen wij uw huidige basisverzekering voor u op. Vraagt u ook een aanvullende verzekering bij ons aan? Dan kunnen wij uw huidige aanvullende verzekering ook voor u opzeggen. Dat doen wij pas als uw aanvullende verzekering bij ons afgesloten is.

- b. Sluit u voor 1 februari een Basisverzekering af? En heeft u uw huidige basisverzekering ergens anders vóór 1 januari opgezegd? Ook dan gaat uw basisverzekering bij ons in op 1 januari.
- c. Wordt u 18 jaar en sluit u 1 of meer eigen verzekeringen af? Dan gaan deze in op de 1e dag van de maand na de maand dat u 18 jaar wordt.

Behalve de Tandplus. Als u al bij ons verzekerd bent, gaat die in op de dag dat u 18 jaar wordt. Want de meeste zorg van de tandarts valt dan niet meer onder de basisverzekering.

U moet de verzekeringen wel aanvragen voordat u 18 jaar wordt.

- d. Heeft u nog geen basisverzekering? En moet u deze (volgens de Zorgverzekeringswet) wel hebben? En sluit u een Basisverzekering af binnen 4 maanden na de datum waarop u een basisverzekering moest hebben? Dan is de ingangsdatum de 1e dag waarop u verzekerd moest zijn.

Sluit u een Basisverzekering af 4 of meer maanden na de datum waarop u een basisverzekering moest hebben? Dan is de ingangsdatum de dag dat wij uw volledige aanvraag ontvangen hebben.

Dit is bijvoorbeeld zo als u in het buitenland werkte en in Nederland komt werken.

- e. Wisselt u van werkgever? En kunt u daardoor naar een andere collectieve verzekering overstappen? Als die andere collectieve verzekering bij PNOzorg loopt, kunt u:

- tussentijds naar ons overstappen, of
- tussentijds van de ene naar de andere collectieve verzekering bij ons overstappen

Uw nieuwe dienstverband moet wel direct aansluiten op uw vorige. En u moet uw huidige collectieve verzekering op tijd opzeggen. Dat kan tot 30 dagen nadat uw nieuwe dienstverband ingaat. Uw nieuwe collectieve verzekering gaat dan in op de 1e dag van de maand ná de maand waarin u heeft opgezegd. Zegt u te laat op? Of sluiten uw dienstverbanden niet op elkaar aan? Dan kunt u per 1 januari van het volgende jaar naar ons overstappen.

- f. Zijn de gevallen a tot en met e niet van toepassing? Dan gaat de Basisverzekering in op de dag waarop wij uw aanvraag hebben ontvangen. De ingangsdatum kan ook later zijn als de verzekerde nog verzekerd is op een andere basisverzekering.

**In alle gevallen geldt: als uw aanvraag niet volledig is, gaat de Basisverzekering pas in wanneer PNOzorg alle gegevens ontvangen heeft.**

17. **Vraagt u met een Basisverzekering ook een aanvullende verzekering aan? Of wilt u een andere aanvullende verzekering van PNOzorg dan u nu heeft? Voor de ingangsdatum van de aanvullende verzekeringen gelden dezelfde regels als voor onze basisverzekering, die staan in algemene regel 16 a tot en met e. Behalve als we de vragen van algemene regel 13 stellen. Dan ontvangt u bericht of de verzekering is geaccepteerd. En wat dan de ingangsdatum is.**

### • Wat verder belangrijk is

18. **Bij een nieuwe verzekering heeft u 14 dagen bedenktijd.** De bedenktijd gaat in op de dag dat u de zorgpolis ontvangt. Of dat u bericht heeft ontvangen dat de polis in de Mijn-omgeving staat. U kunt zonder reden opzeggen. Er bestaat dan geen recht op vergoeding van zorg en diensten. Betaalde premies krijgt u terug.
19. **Lid van Vereniging ONVZ.** Sluit u de Basisverzekering af? Dan kunt u lid worden van de Vereniging ONVZ. Deze vereniging heeft een belangrijke stem binnen ONVZ. Iedere hoofdverzekerde kan maar 1 keer lid zijn. Ook al sluit hij/zij voor meer personen de Basisverzekering af. Het lidmaatschap stopt als de Basisverzekering eindigt.



20. **Neemt u per chat, social media of e-mail contact met ons op? Dan mogen wij ook op die manier reageren.** Dat doen wij niet als dat door privacyregels niet kan. Of als u aangeeft dat u op een andere manier reactie wilt ontvangen. Neemt u via de site contact met ons op? Dan reageren wij telefonisch of per e-mail.

### ● 3. Ik ben verzekerd bij PNOzorg

**U heeft een verzekering bij PNOzorg. Dan heeft u recht op vergoeding van zorg en diensten volgens de regels van die verzekering. Hier leest u daar meer over.**

Stel: u heeft bij ons een verzekering en u heeft fysiotherapie nodig. Wordt dat vergoed? En is het eigen risico van toepassing, of geldt er een eigen bijdrage?

#### ● Ik heb zorg nodig

21. Heeft u zorg nodig? De volgende regels en de vergoedingen bepalen of wij de zorg of diensten vergoeden. Meestal gaat vergoeding vanzelf. De zorgverlener vraagt rechtstreeks vergoeding van PNOzorg. En PNOzorg betaalt rechtstreeks aan de zorgverlener.

U mag het recht op vergoeding van zorgkosten niet aan iemand anders overdragen zonder onze toestemming (cessie). En niet gebruiken om iemand anders zekerheid te geven dat u een rekening van die ander gaat betalen (pandrecht).

**Wij betalen altijd in euro's.** Bij rekeningen in een andere muntsoort rekenen wij het bedrag om naar euro's. Met de wisselkoers op de laatste werkdag van de maand vóór de maand waarin u de zorg ontving.

22. **Uw verzekering vergoedt de zorg en geeft recht op de diensten die in de vergoedingen staan. Als aan de voorwaarden is voldaan.** Dat zijn de voorwaarden in de algemene regels die u nu leest. En de voorwaarden die bij de vergoedingen op de site staan.

In deze algemene regels staat bijvoorbeeld dat wij alleen zorg vergoeden die u in redelijkheid nodig heeft. Dit geldt dan altijd. Ook al wordt dit niet steeds herhaald.

Bij de vergoeding kan staan dat u van ons vooraf toestemming moet hebben voor u voor behandeling naar de zorgverlener gaat.

23. **De verzekering vergoedt de zorg en diensten zolang u bij ons verzekerd bent.** Op de datum van behandeling of de datum van aflevering (bij bijvoorbeeld een geneesmiddel) moet u dus bij ons verzekerd zijn. Brengt uw zorgverlener de hele behandeling met 1 tarief in rekening, zoals bij een dbc? Dan moet u op de datum van het openen van de dbc bij ons verzekerd zijn.

24. **Wij vergoeden alleen de zorg:**

**a. die naar inhoud en omvang effectief en veilig is**

Dit is het geval als de wetenschap heeft aangetoond dat de zorg goed werkt. En dit in de praktijk is gebleken. Als deze maatstaf er niet is, dan geldt wat het betrokken vakgebied goede zorg vindt. Dat is de zorg die de groep van zorgverleners normaal gesproken verleent.

**b. en waarop u naar inhoud en omvang in redelijkheid bent aangewezen**

Dit is het geval als de zorg voor u doelmatig is. De zorg mag dus niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn. Dit geldt ook voor diensten.

**U heeft recht op zorg binnen een redelijke termijn en binnen redelijke afstand van uw woonadres.**

Wat redelijk is, hangt af van de soort zorg en hoe dringend de zorg nodig is.

25. **Soms moet u kijken of de zorgverlener een contract met ons heeft.** Dat is zo bij de vergoedingen Verpleging en verzorging thuis, Generalistische basis-ggz en Gespecialiseerde ggz. Voor die vergoedingen geldt dat de basisverzekering de zorg van gecontracteerde zorgverleners volledig vergoedt. Kiest u voor een zorgverlener die geen contract met ons heeft? Dan gelden maximale vergoedingen. Als uw zorgverlener meer rekent dan die maximale vergoeding, moet u een deel van de rekening zelf betalen.

Of een zorgverlener een contract met ons heeft, ziet u in de Zorgzoeker op onze site.

Bent u in behandeling als het contract met de zorgverlener wordt beëindigd na 1 januari 2022? Dan heeft dat voor u geen gevolgen. U kunt de behandeling gewoon afmaken bij die zorgverlener.

Heeft u een Zvw-pgb? Dan gelden de maximumbedragen van het reglement Zvw-pgb.

Krijgt u een vergoeding voor ggz uit de aanvullende verzekering? Dan geldt een maximale vergoeding per kalenderjaar. Het maakt dan niet uit of uw zorgverlener een contract met ons heeft of niet.

26. **De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bepaalt soms het tarief.** Is dat een vaste prijs? Dan vergoeden wij die. Is dat een maximumprijs? Dan vergoeden wij nooit méér.

**Is er geen vaste of maximumprijs? Dan vergoeden wij de marktconforme prijs.** Marktconform wil zeggen dat de prijs van uw zorgverlener niet onredelijk hoog is in vergelijking met wat andere zorgverleners in Nederland voor die zorg rekenen. Dit bekijken wij per zorgsoort. Bij medisch-specialistische zorg bijvoorbeeld vergoeden wij maximaal de prijs waar 95% van de zorgverleners onder blijft. Als er in uw geval een bijzondere (medische) reden is voor een hogere prijs, kunnen wij een uitzondering maken.

**Voor wijkverpleging en ggz geldt bij niet-gecontracteerde zorgverleners een maximale vergoeding.** Dat staat in algemene regel 25.

### ● Ik betaal zelf: eigen bijdragen en eigen risico

27. **Soms betaalt u een wettelijke eigen bijdrage.** Voor sommige zorg van de basisverzekering (zoals kraamzorg thuis, sommige geneesmiddelen of een kunstgebit) geldt een wettelijke eigen bijdrage. Dat is het bedrag dat u zelf moet betalen voor de zorg. De overheid bepaalt deze eigen bijdrage.

28. **U betaalt ook het verplichte eigen risico.** De overheid bepaalt elk jaar het bedrag. **Voor 2022 is het bedrag € 385.** Dit deel van uw zorgkosten betaalt u zelf. **Het eigen risico geldt alleen voor de basisverzekering.**

U betaalt geen eigen risico over de eigen bijdrage. Dit werkt zo. Als wij een rekening krijgen, halen we daar eerst de eigen bijdrage vanaf. Daarna berekenen wij het eigen risico.

Bij geneesmiddelen werkt dit anders. Als u de maximale eigen bijdrage van € 250 heeft betaald, vergoedt de basisverzekering de rest. Voor die kosten geldt dan wel het eigen risico.

29. **Het eigen risico gaat in op de 1e dag van de maand na die waarin u 18 jaar wordt.** Onder de 18 en in de maand van de 18e verjaardag geldt het eigen risico niet.
30. U kunt bovenop het verplichte eigen risico een vrijwillig eigen risico kiezen. Ook dit deel van uw zorgkosten krijgt u niet vergoed. U krijgt dan wel korting op de premie. In de premietabel staat welke bedragen u kunt kiezen als vrijwillig eigen risico. Met de korting. Wij verrekenen zorgkosten eerst met het verplichte en dan met het vrijwillig eigen risico.

## Algemene regels

31. Wordt u 18 jaar en wilt u een vrijwillig eigen risico? Dan moet u dat aan ons doorgeven binnen 30 dagen nadat u 18 jaar bent geworden. Doet u dat niet, dan kunt u per 1 januari van het volgende jaar voor een vrijwillig eigen risico kiezen. Tot dan geldt alleen het verplichte eigen risico.
32. **Voor sommige zorg geldt geen (verplicht of vrijwillig) eigen risico.** In de tabel hieronder leggen wij dit uit.

### Het eigen risico geldt niet voor...

### Maar wel voor...

huisartsenzorg

onderzoek of behandeling buiten de huisartsenpraktijk, als de huisarts het voorschrijft, en de kosten apart in rekening worden gebracht

zorg van de huisarts, samen met andere zorgverleners, bij chronische aandoeningen

verpleging en verzorging

eerstelijns verblijf

voetzorg bij diabetes mellitus (suikerziekte)

programma's voor stoppen met roken

gecombineerde leefstijlinterventie bij overgewicht

beoordeling medicatie bij chronisch gebruik van geneesmiddelen op recept door de apotheek

geneesmiddelen zelf

verloskundige zorg en kraamzorg

zorg die daarmee te maken heeft, zoals geneesmiddelen, laboratoriumonderzoek en ambulancevervoer

hulpmiddelen in bruikleen

verbruiksartikelen voor deze hulpmiddelen en kosten van gebruik

zorg voor u als orgaan- of weefseldonor, als de zorgperiode van 13 weken (bij levertransplantatie: een half jaar) voorbij is

vervoerskosten die u als orgaan- of weefseldonor maakt tijdens de zorgperiode van 13 weken (bij levertransplantatie: een half jaar)

zorg die de aanvullende verzekeringen vergoeden

33. Declareert u of uw zorgverlener zorg die onder het eigen risico valt? Dan telt die zorg mee voor het eigen risico van het jaar van behandeling. Soms moet de zorgverlener consulten, onderzoeken en behandelingen in 1 keer declareren. Bijvoorbeeld met een dbc. Dan telt de dbc mee voor het eigen risico in het jaar waarin deze is geopend.
34. **Maakt u in 2022 zorgkosten? En stuurt uw zorgverlener ons de rekening pas in 2024 of later? Dan brengen we het verplichte eigen risico niet in rekening.** Behalve als het aan u ligt dat wij de rekening niet eerder ontvingen. Dan kunnen wij het eigen risico wel in rekening brengen.

35. **Bent u een deel van het jaar bij ons verzekerd? Dan passen wij het verplichte en vrijwillig eigen risico en de maximale eigen bijdrage voor geneesmiddelen aan.** Wij berekenen dit dan op basis van het aantal dagen dat de verzekering heeft gelopen. Het bedrag ronden wij af op hele euro's.

**Wordt u in de loop van het jaar 18? Ook dan passen wij het eigen risico aan. Maar niet de eigen bijdrage voor geneesmiddelen. Want die geldt ook onder de 18.**

Uw verzekering gaat in op 3 februari. Er zijn dan 33 dagen van het jaar voorbij en nog 332 te gaan. Uw eigen risico is 332/365 van € 385: € 350,19. We ronden dat af op € 350.

### • Soms vergoedt de verzekering minder, of niet

36. **Soms moet u voor zorg of hulp naar het zorgkantoor of de gemeente. Dan vergoeden onze basisverzekering en aanvullende verzekeringen de zorg of hulp niet.** Ook niet als u de zorg of hulp van zorgkantoor of gemeente niet voldoende vindt. OntzorgPlus heeft een eigen regeling.

Het gaat onder meer om:

- intensieve zorg (Wet langdurige zorg, Wlz)
- ondersteuning om zolang mogelijk thuis te kunnen blijven wonen (Wet maatschappelijke ondersteuning 2015, Wmo)
- zorg en hulp voor jongeren (Jeugdwet)

## Algemene regels

37. **De Basisverzekering vergoedt de volgende zorg en diensten ook niet. De aanvullende verzekeringen soms wel.**

### Niet vergoed door onze basisverzekering

### Soms helemaal of voor een deel door onze aanvullende verzekering

eigen bijdragen volgens:

- Wet langdurige zorg
- Wet maatschappelijke ondersteuning 2015
- Jeugdwet

eigen bijdragen voor bevolkingsonderzoek

keuringen (bijvoorbeeld aanstellings- en rijbewijskeuringen)

doktersverklaringen

grieprik

Plus en hoger

geneesmiddelen tegen ziekte op reis

Start en hoger

alternatieve geneeswijzen

Start en hoger

kosten voor niet of te laat betalen van rekeningen

niet nagekomen afspraken (no-show)

schade door (burger)oorlog, opstand en andere conflicten die hierop lijken

activiteiten om een bepaald sportniveau te bereiken. Of sportprestaties te verbeteren

Optimaal en hoger. Alleen de sportarts

38. Bij zorg door terrorisme<sup>1</sup> krijgt u mogelijk een lagere vergoeding. Wij hebben onze verplichting om deze zorg te vergoeden verzekerd bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT). Deze verzekering vergoedt maximaal € 1 miljard per kalenderjaar. Zijn er meer kosten? Dan vergoedt de NHT deze voor een deel. Wij vergoeden de zorg dan ook voor dit deel. Het [Clausuleblad terrorismedekking](#) van de NHT regelt de vergoeding. Hebben wij de zorg niet verzekerd bij de NHT? Ook dan vergoeden wij de zorg alsof deze wel verzekerd zou zijn bij de NHT.

Woont u niet in Nederland? Dan wordt zorg door terrorisme niet vergoed.

39. De overheid kan in bijzondere situaties (bijvoorbeeld bij natuurrampen) een deel van de zorg vergoeden. Dan krijgt u een aanvullende vergoeding.
40. **Voor de aanvullende verzekeringen gelden de volgende 2 beperkingen. Meestal merkt u hier niets van.** Verzekeraars lossen dit zoveel mogelijk samen op.

1. **De aanvullende verzekering vergoedt niet voor het deel waarvoor een andere regeling geldt.** De aanvullende verzekeringen zijn zogenaamde *excedentverzekeringen*. Dit betekent dat de vergoedingen niet gelden voor zover een andere regeling vergoedt. Daarboven vergoeden wij wel. Tot de maximale vergoeding. Een regeling is een verzekering, wet of voorziening.
  2. **De aanvullende verzekering vergoedt niet bij samenloop.** Samenloop betekent dat zorg of zorgkosten onder 2 of meer regelingen vallen. Of onder die andere regeling zou vallen, als de aanvullende verzekering niet bestond. Het maakt niet uit of de andere regeling eerder of later is ingegaan.
41. **Tot slot vergoeden wij ook niet in de volgende situaties.**
- a. Onze basisverzekering en aanvullende verzekeringen vergoeden geen zorg die is voorgeschreven of geleverd:
    - door de verzekerde aan zichzelf
    - door een gezinslid of een familielid in de 1e of 2e graad van de verzekerde aan die verzekerdeWij vergoeden de zorg wel als we vooraf toestemming hebben gegeven.
  - b. Heeft u voor wijkverpleging of voor ggz een zorgverlener met wie wij geen contract hebben? Dan is de vergoeding van onze basisverzekering gemaximeerd (zie algemene regel 25). Onze aanvullende verzekeringen vergoeden de kosten boven dat maximum niet. Heeft u een natura basisverzekering? En gaat u naar een zorgverlener waarmee uw verzekeraar geen contract heeft? Dan moet u bijna altijd een deel van uw zorgkosten zelf betalen. Onze aanvullende verzekeringen vergoeden dat deel niet.
  - c. Onze aanvullende verzekeringen vergoeden ook geen zorg of diensten die nodig is/zijn als gevolg van uw opzet of roekeloosheid.

### • Ik wil zorgkosten declareren

U heeft zorg gekregen. Hoe zit het dan met de vergoeding? Vaak heeft u hier geen omkijken naar. Want zorgverleners sturen ons meestal de rekening rechtstreeks. Krijgt u toch zelf een rekening? Dan kunt u die op verschillende manieren bij ons indienen. Hieronder leest u meer.

42. **Veel zorgverleners dienen de rekening elektronisch bij ons in. Wij betalen dan rechtstreeks aan de zorgverlener. Zo voldoen wij aan de verplichting om uw rekening te vergoeden.** Betalen wij de zorgverlener meer dan waarop u recht heeft? Dan gaat u ermee akkoord dat wij zelf het verschil bij de zorgverlener terugvragen.
43. **Soms moet u ons zorgkosten terugbetalen.** Als wij rechtstreeks met uw zorgverlener afrekenen, betalen wij soms de hele rekening. Ook als u een deel ervan zelf moet betalen door eigen risico of eigen bijdrage. Of omdat uw verzekering niet alle zorg vergoedt. Voor het bedrag dat u zelf moet betalen, krijgt u van ons een rekening. Die moet u binnen 21 dagen betalen.
44. **Dient u zelf een rekening van een zorgverlener bij ons in? Dan moet u zich aan de volgende 3 regels houden.** Anders kan het zijn dat wij de kosten niet vergoeden. Of dat u de vergoeding moet terugbetalen.
  - a. **Dien uw rekeningen zo snel mogelijk bij ons in. We moeten ze binnen 3 jaar hebben ontvangen.** De 3 jaar gaan in op het moment dat u de zorg gekregen heeft. Dus niet op het moment dat u de rekening van de zorgverlener krijgt.
  - b. **Rekeningen die u indient moeten duidelijk zijn.** Er moet bijvoorbeeld op staan welke zorg u heeft gekregen. En wie die heeft verleend. De rekeningen moeten in het Nederlands, Engels, Duits, Frans of Spaans zijn. Anders kunnen wij om een vertaling vragen.

- c. Dient u de rekening digitaal in, bijvoorbeeld via de PNOzorg app of onze site? **U moet de originele rekening nog 1 jaar bewaren nadat wij deze hebben ontvangen.** Wij kunnen de originele rekening bij u opvragen.

Betalen wij de zorgverlener meer dan waarop u recht heeft? Dan gaat u ermee akkoord dat wij zelf het verschil bij de zorgverlener terugvragen.

45. **Wij kunnen rekeningen controleren.** Wij gaan dan bijvoorbeeld na of u de zorg of dienst wel heeft gekregen en nodig had. Is dat niet zo? Dan kan het zijn dat u moet terugbetalen.

### • Ik betaal premie

46. **De hoofdverzekerde moet de premies voor de verzekeringen steeds vooraf betalen.** U kunt per maand, kwartaal, halfjaar of jaar betalen.

47. **Voor kinderen tot 18 jaar betaalt u voor de volgende 6 verzekeringen geen premie.**

- Basisverzekering
- Start
- Plus
- Optimaal
- Buitenland
- OntzorgPlus

Voor Top en Excellent geldt een speciale kinderpremie. Die betaalt u voor maximaal 2 kinderen. U moet kinderen zelf aanmelden.

U gaat premie betalen vanaf de 1e maand na de 18e verjaardag. Dan bestaat ook geen recht meer op de kinderpremie.

48. **U betaalt de basispremie. Daar kunnen nog kortingen vanaf gaan.** De basispremie en de kortingen staan in de [premietabel](#). Korting krijgt u:

- als u per kwartaal, half jaar of jaar betaalt in plaats van per maand
- als u een vrijwillig eigen risico kiest
- als deelnemer aan de collectiviteit van Vereniging ONVZ
- als deelnemer aan een andere collectiviteit

49. Combineert u onze aanvullende verzekering(en) niet met een Basisverzekering? **Dan betaalt u bovenop de premie een toeslag van 50%.** Behalve voor de OntzorgPlus. Daarvoor is de toeslag € 20 per maand.

Woont u in het buitenland? Daar geldt soms een heffing of belasting op de premie. Deze berekenen wij aan u door.

50. Berekenen wij premie over een deel van 1 maand? Dan stellen we 1 maand op 30 dagen.



51. **Betaalt u de premie van de basisverzekering niet (op tijd)?** Dan geldt de volgende regeling. Wat geldt voor aanvullende verzekeringen staat in algemene regel 74.

a. **Wij verrekenen met wat u van ons tegoed heeft**

Wij kunnen niet (op tijd) betaalde premies verrekenen met door u gedeclareerde kosten. Of andere bedragen die u van ons tegoed heeft. Andersom mag u premie die u moet betalen niet verrekenen met vergoedingen die u nog van ons krijgt

b. **Premieachterstand van 2 maandpremies**

Heeft u een premieachterstand die overeenkomt met 2 maandpremies? Dan bieden wij u een betalingsregeling aan. U heeft 4 weken de tijd om die te accepteren. Als u de regeling niet accepteert, krijgt u informatie over de gevolgen daarvan.

Heeft u anderen verzekerd en is er voor hen (ook) een betalingsachterstand ontstaan? Zij ontvangen dan kopieën van onze berichten hierover aan u. En ze kunnen dan zelf een basisverzekering afsluiten.

c. **Premieachterstand van 4 maandpremies**

Bij een premieachterstand die overeenkomt met 4 maandpremies ontvangt u een waarschuwing. Dat we u bij het CAK aanmelden voor de regeling wanbetalers als u een betalingsachterstand van 6 maandpremies heeft. Dat doen we niet als:

- u alsnog een betalingsregeling accepteert
- u ons binnen maximaal 4 weken na de waarschuwing laat weten dat u vindt dat u geen schuld heeft bij ons. Of dat de premieachterstand niet juist is berekend. U ontvangt bericht van ons of wij dit met u eens zijn. Zijn wij het niet eens? Dan kunt u uw bezwaar voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) of de burgerlijke rechter. Informatie over het indienen van een klacht bij de SKGZ staat in algemene regels 79 en 80. Als u dat doet binnen 4 weken nadat u bericht van ons heeft ontvangen, melden wij u in ieder geval niet aan bij het CAK tot de SKGZ of de rechter heeft beslist

d. **Premieachterstand van 6 maandpremies**

Bij een premieachterstand die overeenkomt met 6 maandpremies of meer melden wij u aan bij het CAK voor de regeling wanbetalers. U moet dan de bestuursrechtelijke premie aan het CAK gaan betalen. Die premie is (veel) hoger dan de premie bij ons. Als u de bestuursrechtelijke premie moet betalen, hoeft u ons geen premie te betalen.

We melden u niet aan als u de zaak heeft voorgelegd aan de SKGZ of de rechter zoals hierboven bij c vermeld.

Of als u zich heeft aangemeld bij een professionele schuldhulpverlener en een contract heeft gesloten om uw schulden te regelen.

Wij melden u af bij het CAK als u heeft betaald:

- totaal verschuldigde premies
- door ons voorgeschoten zorgkosten of onterechte vergoedingen én
- incasso- en proceskosten

Als wij u hebben afgemeld bij het CAK, stopt het betalen van de bestuursrechtelijke premie. En betaalt u weer premie aan ons.

U hoeft de bestuursrechtelijke premie aan het CAK niet (meer) te betalen als:

- de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen op u van toepassing is
- u deelneemt aan een schuldenregeling via een professionele schuldhulpverlener en wij hieraan deelnemen
- wij met u een betalingsregeling zijn aangegaan

52. **Betaalt u premie per kwartaal, halfjaar of jaar en betaalt u niet (op tijd)?** Dan kunnen wij bepalen dat u per maand moet betalen. De premiekorting voor betaling per kwartaal, halfjaar of jaar vervalt dan.

Dit geldt voor uw basisverzekering en aanvullende verzekering(en).

53. **Betaalt u door ons voorgeschoten zorgkosten (waaronder eigen risico of eigen bijdragen) of onterechte vergoedingen niet (op tijd)?** Dan geldt voor de basisverzekering het volgende:

a. **Verrekenen met wat u van ons tegoed heeft**

Wij hebben het recht om deze voorgeschoten kosten en onterechte vergoedingen te verrekenen met door u gedeclareerde kosten of andere bedragen die u van ons tegoed heeft. Andersom mag u premie die u moet betalen niet verrekenen met vergoedingen die u nog van ons krijgt

b. **Wij bieden u een betalingsregeling aan**

Heeft u een betalingsachterstand van deze voorgeschoten kosten en onterechte vergoedingen? Dan bieden wij u een betalingsregeling aan.

Wat geldt voor de aanvullende verzekering staat in algemene regel 74.

54. **Moeten wij kosten maken om te zorgen dat u premie, voorgeschoten kosten en onterechte vergoedingen (terug)betaalt?** Dan komen die voor uw rekening. Bijvoorbeeld kosten van een incassobureau of van een rechtszaak.

55. Tijdens detentie worden uw verzekeringen opgeschort. De overheid regelt dan uw zorg. U kunt bij ons dan geen aanspraak maken op vergoeding van zorg. En u hoeft ook geen premie te betalen. U moet ons laten weten dat u in detentie zit, en voor welke periode. U moet ons ook laten weten wanneer u vrij bent gekomen.

### ● **Meewerken en informeren**

56. **Hebben wij voor controle of onderzoek informatie nodig? Daar moet u aan meewerken.** U moet zorgen dat onze medisch adviseur of een andere medewerker die informatie krijgt. Bijvoorbeeld van uw behandelend arts. Hierbij gelden de privacyregels. Werkt u niet mee? Dan kan het zijn dat u zorg of diensten niet vergoed krijgt. Of ons vergoedingen moet terugbetalen.

57. **Belangrijke veranderingen in uw situatie moet u binnen 1 maand aan ons doorgeven.** Met belangrijk bedoelen we gebeurtenissen die wij moeten weten om uw verzekering(en) goed uit te voeren. Bijvoorbeeld:

- u verhuist naar het buitenland of gaat daar werken
- u krijgt een ander bankrekeningnummer
- u heeft een kind gekregen
- u bent niet langer verplicht om een basisverzekering te hebben

Doet u dit niet, dan kan het zijn dat u rekeningen niet vergoed krijgt. Of ons vergoedingen moet terugbetalen.

58. Is iemand anders aansprakelijk voor uw zorgkosten. Bijvoorbeeld omdat u bent aangereden? Of heeft u een (reis)verzekering met dekking voor medische kosten? **U moet meewerken als wij de zorgkosten bij de aansprakelijke persoon of de (reis)verzekeraar willen terugvragen.** Vraagt u zelf ook (andere) kosten terug bij de tegenpartij? Dat mag onze rechten dan niet beperken. Anders kan het zijn dat u zorgkosten aan ons moet terugbetalen.

### • Wij gebruiken uw gegevens. Zorgvuldig

59. **Als u bij ons een verzekering heeft of aanvraagt, nemen wij uw gegevens op in onze administratie.** Als u ons belt, kunnen wij het telefoongesprek opnemen en omzetten in geschreven tekst. Hierbij gelden de privacyregels. Die regels staan in de wet, onze gedragscode en ons privacy statement. Omdat ONVZ de verzekeringen uitvoert, geldt zijn privacy statement.

Is er een dringende reden om uw adres niet uit te wisselen? Dan kunt u dat bij ons melden. Wij nemen dan maatregelen.

60. **Wij moeten uw burgerservicenummer (BSN) in onze administratie opnemen.** Wij moeten het ook gebruiken bij contacten met zorgverleners.

61. Wij gebruiken uw gegevens, opgenomen telefoongesprekken en chatgeschiedenis:

- om uw verzekeringen en onze dienstverlening uit te voeren en te verbeteren
- om te voldoen aan wettelijke verplichtingen
- voor controle, analyse en (wetenschappelijk of statistisch) onderzoek
- voor marketing
- voor het voorkomen en bestrijden van fraude en andere criminaliteit

Soms gebruiken wij ook medische gegevens. Dat doen wij alleen als dat nodig is voor deze doelen, behalve marketing. Meer informatie hierover staat in ons privacy statement. Ook over uw rechten.

62. Stichting CIS houdt bij wie heeft gefraudeerd. Wij mogen daar nakijken of u er bekend bent. Ook mogen wij uw gegevens via CIS uitwisselen met andere verzekeraars, als daar reden voor is. Wij gebruiken deze informatie bij het afsluiten van verzekeringen en het behandelen van declaraties. Het privacyreglement van CIS vindt u op [www.stichtingcis.nl](http://www.stichtingcis.nl).

63. Om uw verzekeringen uit te voeren, vragen en geven wij uw adres- en polisgegevens van/aan onder meer zorgverleners en leveranciers van hulpmiddelen. Wij doen dat digitaal via het netwerk voor veilige communicatie in de zorg (Vecozo). Of via een beveiligde e-mailverbinding. Zo kan de zorg die u krijgt makkelijk en veilig bij ons worden gedeclareerd.

Neemt u deel aan een collectieve verzekering via uw werkgever? Dan wisselen wij voor de uitvoering van de verzekeringen gegevens uit met uw werkgever. Zo kijken wij na of u (nog) recht op premiekorting heeft.

64. Wilt u geen post, e-mail of andere uitingen ontvangen met marketing als doel? Geef het aan ons door. Dan sturen wij u deze informatie niet meer.

### • Overstappen van aanvullende verzekering

65. Dan tellen zorgkosten die de oude aanvullende verzekering heeft vergoed mee voor de maximale vergoeding van de nieuwe aanvullende verzekering. Dat geldt ook als u wisselt tussen aanvullende verzekeringen van ons en onze partners ONVZ of VVAA zorgverzekering.

- **Wij kunnen de verzekering wijzigen**

66. **Wij kunnen de voorwaarden en de premie van de verzekeringen wijzigen.** De hoofdverzekerde krijgt van ons bericht over deze wijzigingen. Daarin staat ook wanneer de wijzigingen ingaan. Meestal is dat op 1 januari. Als wij de basispremie wijzigen, gaat de nieuwe premie na 7 weken in. Later kan ook. Soms kunt u dan opzeggen. Dit staat in algemene regel 67d.

### **Uitleg**

1. **Terrorisme:** Gewelddadige handelingen, kwaadwillige besmetting of handelingen ter voorbereiding van een en ander waarbij aannemelijk is dat deze zijn beraamd of uitgevoerd met het doel politieke, religieuze of ideologische doelen te verwezenlijken. Preventieve maatregelen zijn daaronder begrepen

### ● 4. Ik ga weg bij PNOzorg, of PNOzorg beëindigt de verzekering

We hopen natuurlijk dat u bij ons blijft. Wilt u de verzekering toch beëindigen? Hier leest u hoe en wanneer dat kan.

#### ● Opzeggen

67. **De hoofdverzekerde kan de verzekering elk jaar opzeggen.** Dit kan met een brief, e-mail of via onze site. Als de opzegging op 31 december bij ons binnen is, eindigt de verzekering op 1 januari van het volgende jaar.

In 5 gevallen kan de hoofdverzekerde ook tijdens het jaar opzeggen.

- a. Als u nog in de bedenktijd van algemene regel 18 zit.
- b. Als u van werkgever verandert en bij uw oude én nieuwe werkgever deelneemt aan een collectieve verzekering. De opzegging moet dan binnen 1 maand na het einde van uw oude dienstverband bij ons binnen zijn. De opzegging gaat in op de 1e dag van de volgende maand. Anders loopt de oude verzekering nog door tot 1 januari van het volgende jaar. De korting van de collectieve verzekering geldt dan niet meer.
- c. Als de hoofdverzekerde iemand anders verzekerd heeft en deze verzekerde een nieuwe verzekering krijgt. Bijvoorbeeld bij scheiding. De oude verzekering eindigt op het moment dat de nieuwe verzekering ingaat. De opzegging moet wel op dat moment bij ons binnen zijn. Anders loopt de oude verzekering nog door in de maand waarin wij de opzegging ontvangen en de maand daarna.
- d. Als wij de verzekering of de premie tussentijds wijzigen volgens algemene regel 66. De verzekering eindigt op de datum waarop de wijziging zou ingaan. U moet dan wel opzeggen voordat de wijziging ingaat. Of binnen 1 maand nadat de hoofdverzekerde bericht over de wijziging heeft gekregen. Opzeggen kan niet als de wijziging het gevolg is van het veranderen van een wettelijke bepaling. Of als de wijziging in uw voordeel is.
- e. Als de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) u laat weten dat wij medische gegevens over u hebben bekeken die niet voor ons bestemd waren. Wij zullen dat nooit doen. De opzegging moet binnen 6 weken na het bericht van de NZa bij ons binnen zijn. Uw verzekering eindigt dan op de 1e dag van de 2e maand na uw opzegging.

68. **Als het CAK u bij ons heeft verzekerd, kunt u de eerste 12 maanden niet opzeggen. Daarna wel, ook tijdens het jaar.** Het CAK is een organisatie van de overheid. Die kijkt wie geen basisverzekering heeft, maar er wel een moet hebben. Als het nodig is, sluit het CAK dan een basisverzekering voor u af. En kiest zelf de verzekeraar.

U kunt die verzekering binnen 14 dagen opzeggen als u laat zien dat u wél een basisverzekering had.

#### ● Soms eindigt de Basisverzekering zonder opzegging

69. Blijkt na het afsluiten van een Basisverzekering dat u hier geen recht op heeft? Dan eindigt de Basisverzekering vanaf de ingangsdatum. Of de datum waarop u er geen recht meer op had. Heeft u al premie betaald? Dan betalen wij die terug. Zorgkosten die wij hebben vergoed, halen wij hier van af. Zijn de door ons betaalde zorgkosten hoger dan de betaalde premie? Dan moet u ons het verschil terugbetalen.

U heeft bijvoorbeeld geen recht op een Basisverzekering als u werkt in een ander EU-land. Dan moet u in dat land een zorgverzekering afsluiten.

70. De verzekeringen eindigen op de dag nadat verzekerde is overleden. Teveel betaalde premie betalen wij terug of verrekenen wij.
71. De Basisverzekering eindigt ook als onze vergunning als schadeverzekeraar zou worden ingetrokken. U krijgt daarvan minimaal 2 maanden vooraf bericht.

### • Soms beëindigen wij de verzekering

72. Verlaagt u of uw partner de aanvullende verzekering? Dan verlagen wij ook de aanvullende verzekeringen van de kinderen. Beëindigt u of uw partner de aanvullende verzekering? Dan beëindigen wij ook de aanvullende verzekeringen van de kinderen. Dit geldt ook als wij de betreffende aanvullende verzekering beëindigen. Wij verlagen of beëindigen niet als er een verzekerde van 18 jaar of ouder is op dezelfde polis met een gelijke of hogere aanvullende verzekering dan de kinderen.
73. Wij beëindigen uw aanvullende verzekering(en) als uw basisverzekering eindigt omdat u geen recht meer heeft op een (Nederlandse of buitenlandse) basisverzekering.
74. **Wij kunnen de aanvullende verzekering(en) beëindigen als u niet op tijd betaalt.** Voor wij uw verzekering(en) beëindigen, doorlopen wij de volgende stappen:
  - a. *Wij verrekenen met wat u van ons tegoed heeft*  
Wij kunnen niet (op tijd) betaalde premies verrekenen met door u gedeclareerde kosten. Of andere bedragen die u van ons tegoed heeft. Andersom mag u premie die u moet betalen niet verrekenen met vergoedingen die u nog van ons krijgt.
  - b. Als u de premie niet (op tijd) betaalt, sturen wij u een aanmaning. Dat doen wij ook als u zorgkosten die wij hebben voorgesloten niet (op tijd) worden terugbetaalt.
  - c. Als u het openstaande bedrag niet (op tijd) betaalt, dan kunnen wij uw aanvullende verzekering(en) beëindigen. Dat doen wij dan vanaf de datum waarop u de premie of kosten had moeten betalen.
75. Wij kunnen de verzekering(en) ook beëindigen als u onze medewerkers bedreigt of intimideert. Of als u onze eigendommen beschadigt.

### • Als u fraudeert

76. **Bij fraude nemen wij maatregelen.** Wij spreken van fraude als u bewust een regel overtreedt of dit laat doen om er zelf beter van te worden. Of om er iemand anders beter van te laten worden. Dit is het geval als u met onjuiste of onvolledige informatie bij ons een verzekering afsluit of probeert af te sluiten. Of van ons een vergoeding of dienst krijgt of probeert te krijgen waarop u geen recht heeft.

Voorbeelden van fraude zijn:

- u stuurt ons vervalste stukken
- u geeft ons bewust een onjuist beeld van uw situatie
- u vermeldt bij een declaratie iets wat niet waar is
- u houdt informatie achter die voor ons van belang is

77. Bij een vermoeden van fraude doen wij onderzoek. Wij houden ons aan het [Protocol Verzekeraars en Criminaliteit](#). Met afspraken van verzekeraars over het aanpakken van fraude.

78.

Is fraude vastgesteld? Dan kunnen dit de gevolgen zijn:

- rekeningen waarmee is gefraudeerd vergoeden wij niet
- rekeningen die wij onterecht aan u of uw zorgverlener hebben betaald moet u aan ons terugbetalen
- kosten van het fraudeonderzoek zijn voor uw rekening
- wij kunnen aangifte doen bij de politie
- wij kunnen uw gegevens (laten) opnemen in de registers die in algemene regel 62 staan
- wij kunnen uw verzekering(en) met terugwerkende kracht beëindigen tot de datum van de fraude
- wij kunnen u tot 5 jaar daarna weigeren voor een nieuwe verzekering

### • Als u niet tevreden bent of een klacht heeft

**Wij doen steeds ons best om u zo goed mogelijk van dienst te zijn. Toch kan het gebeuren dat u niet tevreden bent. Wilt u een klacht indienen? Hieronder staat hoe dat kan.**

79. **Bent u het niet eens met onze beslissing? Of ontevreden over onze dienstverlening? Dan kunt u bij onze Klachtenservice een klacht indienen.** U ontvangt onze reactie binnen 30 dagen.
80. **Bent u niet tevreden met onze reactie. Of reageren wij niet? Dan kunt u uw klacht voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ).** De procedure bij de SKGZ verloopt in 2 stappen.
- a. Eerst probeert de Ombudsman Zorgverzekeringen uw klacht op te lossen door bemiddeling.
  - b. Lukt dat niet, dan kunt u uw klacht voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.

Meer informatie vindt u op de site [skgz.nl/procedure](http://skgz.nl/procedure).

U kunt uw klacht op 2 manieren bij de SKGZ indienen.

- a. Via het klachtenformulier op [skgz.nl/klacht-indienen](http://skgz.nl/klacht-indienen)
- b. Door een brief te sturen naar:  
SKGZ  
Antwoordnummer 5518  
3700 VB Zeist

**U moet de klacht op tijd bij de SKGZ indienen.** De SKGZ heeft 4 termijnen.

- a. Heeft u een reactie van ons gekregen? U kunt uw klacht tot 1 jaar na onze reactie indienen bij de Ombudsman.
- b. Hebben wij niet gereageerd? U kunt uw klacht tot 13 maanden na uw vraag aan PNOzorg indienen bij de Ombudsman.
- c. U kunt uw klacht ook direct aan de Geschillencommissie voorleggen. Dit kan tot 1 jaar na het (niet) handelen van PNOzorg waarover uw klacht gaat. Heeft u het (niet) handelen niet direct gemerkt? Dan gaat de termijn van 1 jaar in op het moment dat u wel op de hoogte had kunnen zijn.
- d. Heeft de Ombudsman uw probleem volgens u niet opgelost? En wilt u uw klacht daarom voorleggen aan de Geschillencommissie? Dit kan tot 3 maanden na de reactie van de Ombudsman.

U kunt uw klacht ook voorleggen aan de burgerlijke rechter. Dan kunt u niet meer naar de SKGZ.

81. Is uw klacht dat onze formulieren te ingewikkeld of overbodig zijn? Dan kunt u deze ook bij de NZa indienen. Telefonisch of per e-mail.

Nederlandse Zorgautoriteit

Informatielijn: 088 770 87 70

E-mail: [informatielijn@nza.nl](mailto:informatielijn@nza.nl)

- **Recht dat van toepassing is**

82. De verzekeringen vallen onder Nederlands recht.



## **PNOzorg**

### **Postadres**

PNOzorg  
Postbus 459  
3990 GG Houten

### **Declaraties**

PNOzorg  
Declaratiebehandeling  
Postbus 463  
3990 GG Houten

### **Bezoekadres**

PNOzorg  
De Molen 66  
3995 AX Houten

### **PNO Service Center**

030 639 62 62

[www.pnozorg.nl](http://www.pnozorg.nl)

[www.facebook.com/pnozorg.nl](https://www.facebook.com/pnozorg.nl)

[www.twitter.com/pnozorg](https://www.twitter.com/pnozorg)