

# Zorgverzekeraar



## VERZEKERINGSREGLEMENT ZIEKENFONDSWET EN AWBZ 2005 VAN DE STICHTING ZIEKENFONDS VGZ /NV VGZ ZORGVERZEKERAAR

Artikel 1	Begripsbepalingen.....	2
Artikel 2	Algemeen.....	2
Artikel 3	Verplichtingen van de verzekerde.....	3
Artikel 4	Schadevergoeding bij onrechtmatige inschrijving.....	3
Artikel 5	Premievaststelling en premieheffing.....	3
Artikel 6	Dagpremieheffing.....	3
Artikel 7	Vertraagde aanmelding.....	4
Artikel 8	Betaling premie.....	4
Artikel 9	Nalatigheid bij betaling premie.....	5
Artikel 10	Geldend maken van zorgaanspraken.....	5
Artikel 11	Inschrijving op naam.....	7
Artikel 12	Aansprakelijkheid zorgverzekeraar.....	7
Artikel 13	Aansprakelijkheid van derden.....	7
Artikel 14	Verval vorderingsrecht.....	8
Artikel 15	Niet geregelde gevallen.....	8
Artikel 16	Persoonsgegevens.....	8
Artikel 17	Klacht en beroep.....	8

## **VERZEKERINGSREGLEMENT 2005 ZIEKENFONDSWET EN AWBZ**

### **Artikel 1. Begripsbepalingen**

1. Dit reglement verstaat onder:
  - a. zorgverzekeraar: Stichting Ziekenfonds VGZ en NV VGZ Zorgverzekeraar;
  - b. verzekering: de in de Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) geregelde verzekeringen;
  - c. de verzekerde: de bij de zorgverzekeraar ingeschreven verzekerde en, voor de ziekenfondsverzekering, diens medeverzekerde(n);
  - d. nominale premie: de premie bedoeld in artikel 17 Ziekenfondswet;
  - e. zorgovereenkomst: overeenkomst als bedoeld in artikel 44 Ziekenfondswet of artikel 42 AWBZ;
  - f. zorgverlener: de persoon of instelling die zorg verleent en met wie de zorgverzekeraar een zorgovereenkomst heeft gesloten;
  - g. het zorgkantoor: de op grond van artikel 16 AWBZ aangewezen rechtspersoon die namens de zorgverzekeraar belast is met bepaalde uitvoeringstaken betreffende de AWBZ in een regio;
  - h. het werkgebied: de gemeente(n) of delen daarvan waarin de zorgverzekeraar gerechtigd is zijn werkzaamheden als ziekenfonds uit te oefenen.

### **Artikel 2. Algemeen**

1. Voor zover bij of krachtens de Ziekenfondswet en 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 bepaald.
2. Begrippen die voorkomen in de Ziekenfondswet en de AWBZ en de daarop gebaseerde regelgeving, hebben bij gebruik in dit reglement dezelfde betekenis, tenzij het tegendeel blijkt.
3. De bepalingen in dit reglement gelden voor de verzekering krachtens de Ziekenfondswet en AWBZ, tenzij het tegendeel blijkt.

### **Artikel 3. Verplichtingen van de verzekerde**

1. De verzekerde dient:
  - a. verklaringen van de belastingdienst betreffende de ziekenfondsverzekering van zelfstandigen en gewezen zelfstandigen over te leggen;
  - b. wijziging van adres aan de zorgverzekeraar te melden;
  - c. andere in de Ziekenfondswet en AWBZ genoemde inlichtingenverplichtingen na te komen.

### **Artikel 4. Schadevergoeding bij onrechtmatige inschrijving**

1. De zorgverzekeraar is bevoegd alle kosten voor invordering van schadevergoeding in verband met onrechtmatige inschrijving ten laste te brengen van de verzekerde, als deze nalatig is de bedoelde bedragen binnen een door de zorgverzekeraar te bepalen termijn te betalen.

### **Artikel 5. premievaststelling en premieheffing**

1. De zorgverzekeraar heft van de verzekerde voor hem en voor zijn medeverzekerde(n) als bedoeld in artikel 4, lid 1 Ziekenfondswet, een nominale premie, waarvan de hoogte door de zorgverzekeraar wordt vastgesteld.
2. De vervaldatum van de premie is de laatste dag van de maand voorafgaande aan de maand waarover de premie is verschuldigd.
3. De zorgverzekeraar stelt de verzekerde zo spoedig mogelijk in kennis van wijzigingen van de hoogte van de premie.

### **Artikel 6. Dagpremieheffing**

1. De premie wordt in rekening gebracht over de periode die begint met de dag waarop de verzekering aanvangt en eindigt met de dag waarop de verzekering eindigt.
2. Indien de inschrijving bij de zorgverzekeraar plaats vindt later dan zestig dagen na het tijdstip waarop de aanmelding had dienen plaats te vinden, is de verzekerde premie verschuldigd vanaf de zestigste dag voor die van de aanmelding, zulks rekening houdend met het bepaalde in artikel 7.
3. Indien het begin of het einde van de verzekering niet gelegen is op de eerste, respectievelijk de laatste dag van een kalendermaand, wordt de premie over die

maand naar evenredigheid berekend; hierbij geldt een dagpremie die 1/360 van de geldende jaarpremie bedraagt.

### **Artikel 7. Vertraagde aanmelding**

1. Indien de aanmelding bij de zorgverzekeraar plaatsvindt later dan zestig dagen na aanvang van de verzekering, wordt de nominale premie die voor de eerste keer is verschuldigd verhoogd. De verhoging bedraagt maximaal het bedrag van de op het tijdstip van aanmelding geldende nominale premie op jaarbasis. Indien de vertraagde aanmelding tevens of uitsluitend de medeverzekerde als bedoeld in artikel 6, eerste lid betreft, wordt de verhoging voor deze medeverzekerde op overeenkomstige wijze berekend.
2. Het bepaalde in het eerste lid van dit artikel vindt eveneens toepassing indien de inschrijving van de verzekerde plaatsvindt, zonder dat zijn verzekering was geëindigd, op een dag later dan zestig dagen na het einde van een inschrijving bij een andere zorgverzekeraar.
3. Indien de vertraagde aanmelding als bedoeld in lid 1 en lid 2 plaatsvindt, maar deze vertraging de verzekerde in redelijkheid niet is toe te rekenen, wordt de nominale premie niet verhoogd.
4. Indien de verhoging wordt berekend over een periode langer dan een kalendermaand, stelt de zorgverzekeraar de verzekerde op diens verzoek in de gelegenheid het bedrag van de verhoging in termijnen te betalen. De vorige volzin is niet van toepassing indien naar het oordeel van de zorgverzekeraar kennelijk sprake is van opzettelijk vertraagde aanmelding.

### **Artikel 8. Betaling premie**

1. De verzekerde dient de premie bij voorkeur giraal te voldoen. Hij heeft daarbij de mogelijkheid de zorgverzekeraar machtiging te verlenen tot automatische incasso.
2. De verzekerde kan zijn werkgever of de daarmee gelijk te stellen uitkerende instantie machtigen namens hem de premie aan de zorgverzekeraar te voldoen. Deze wijze van betalen laat de overige bepalingen van dit reglement onverlet.
3. Indien de zorgverzekeraar de premie niet bij de verzekerde incasseert, ontslaat het niet tijdig incasseren van de premie door de zorgverzekeraar de verzekerde niet van zijn verplichting tot tijdige premiebetaling.

## **Artikel 9. Nalatigheid bij betaling premie**

1. Indien de verzekerde de verschuldigde premie niet uiterlijk op de vervaldag heeft betaald kan de zorgverzekeraar het verschuldigde bedrag verhogen met administratiekosten, in en buiten rechte gemaakte invorderingskosten en wettelijke rente.
2. De verhoging als bedoeld in het eerste lid zal eerst plaatsvinden nadat de verzekerde door de zorgverzekeraar schriftelijk is aangemaand de verschuldigde premie binnen een bij de aanmaning genoemde termijn te betalen en de verzekerde binnen die termijn de verschuldigde premie niet heeft betaald.
3. De administratiekosten bedragen ten minste € 10,--. De buitengerechtelijke invorderingskosten worden gesteld op 20% van de achterstallige premie.

## **Artikel 10. Geldend maken van zorgaanspraken**

1. De verzekerde die zijn aanspraak op zorg geldend wil maken wendt zich daartoe, naar vrije keuze, tot een zorgverlener in of buiten Nederland met wie of waarmee de zorgverzekeraar tot dat doel een zorgovereenkomst heeft gesloten.  
De zorgverzekeraar verschaft de namen en adressen van zorgverleners met wie hij zorgovereenkomsten heeft gesloten.
2. Indien de verzekerde zich voor het geldend maken van zijn aanspraak op zorg wenst te wenden tot een zorgverlener met wie de zorgverzekeraar geen zorgovereenkomst heeft gesloten, kan de zorgverzekeraar daartoe vooraf toestemming verlenen, indien zulks voor zijn geneeskundige zorg nodig is.
3. Indien de verzekerde zich voor het geldend maken van zijn aanspraak op zorg wendt tot een zorgverlener waarmee de zorgverzekeraar geen zorgovereenkomst heeft gesloten en de zorgverzekeraar evenmin vooraf toestemming als bedoeld in het vorige lid heeft verleend en indien voor deze zorg de verplichtingen, bedoeld in artikel 47, eerste lid Ziekenfondswet, en artikel 48, eerste lid Ziekenfondswet, niet gelden en bovendien door het College tarieven gezondheidszorg geen tarief als bedoeld in de Wet tarieven gezondheidszorg dient te worden goedgekeurd of vastgesteld (per 1 januari 2005 geldt dit voor fysiotherapie, enkele Diagnose Behandel Combinaties, ziekenvervoer per taxi en hulpmiddelen), heeft de verzekerde aanspraak op vergoeding van kosten (restitutie) tot het maximumbedrag zoals opgenomen in het Reglement restitutie VGZ. Dit reglement is op aanvraag verkrijgbaar en te raadplegen op [www.vgz.nl](http://www.vgz.nl).

4. De verzekerde is verplicht om telkenmale als hij zich vervoegt bij een persoon of instelling, bedoeld in de vorige leden, deze door middel van een geldig bewijs van inschrijving aan te tonen dat hij als verzekerde bij de zorgverzekeraar is ingeschreven.
5. De zorgverzekeraar verwijst de verzekerde in voorkomende gevallen naar het zorgkantoor dat de AWBZ namens de zorgverzekeraar uitvoert.
6. Onverminderd hetgeen bepaald wordt bij of krachtens het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering kan de zorgverzekeraar *schriftelijk* de voorwaarden vaststellen waaronder de zorgaanspraken tot gelding kunnen worden gebracht.
7. De zorgverzekeraar bepaalt *schriftelijk* in welke gevallen voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist is, dan wel welke andere voorwaarden van toepassing zijn. In ieder geval is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist voor plastische chirurgie.
8. De zorgverzekeraar heeft voor enkele geneesmiddelen bepaald dat slechts aanspraak bestaat op door de zorgverzekeraar aangewezen geregistreerde geneesmiddelen, tenzij behandeling met het aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is. De aanwijzing van deze geneesmiddelen, vindt plaats volgens de bepalingen van het Reglement farmaceutische zorg VGZ. Een overzicht van de door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddelen is eveneens opgenomen in dit laatste Reglement.  
Daarnaast kan de zorgverzekeraar bepalen dat de verzekerde slechts aanspraak heeft op in het Reglement farmaceutische zorg VGZ aangewezen geneesmiddelen na voorafgaande toestemming van de verzekeraar. Het Reglement farmaceutische zorg VGZ maakt onderdeel uit van dit reglement. Dit reglement is op aanvraag verkrijgbaar en te raadplegen op [www.vgz.nl](http://www.vgz.nl).
9. De zorgverzekeraar stelt *schriftelijk* vast de algemene voorwaarden die gelden ten aanzien van de hulpmiddelenverstrekking en tevens de specifieke per hulpmiddelengroep geldende vereisten. Deze voorwaarden zijn opgenomen in het Reglement Hulpmiddelen VGZ. Dit reglement is op aanvraag verkrijgbaar en te raadplegen op [www.vgz.nl](http://www.vgz.nl).

### **Artikel 11. Inschrijving op naam**

1. De verzekerde deelt bij de inschrijving aan de zorgverzekeraar mee op naam van welke gecontracteerde huisarts en welke gecontracteerde apotheker, apotheekhoudend huisarts of apotheekhoudende instelling hij wenst te worden ingeschreven.
2. Indien de verzekerde op naam bij een bepaalde zorgverlener is ingeschreven, wendt hij zich tot deze zorgverlener. De zorgverzekeraar kan de verzekerde toestemming geven zich tot een andere zorgverlener te wenden.

### **Artikel 12. Aansprakelijkheid zorgverzekeraar**

De zorgverzekeraar is jegens de verzekerde niet aansprakelijk voor schade door hem geleden als gevolg van enige daad of nalatigheid van een zorgverlener tot wie de verzekerde zich heeft gewend om zijn aanspraak ingevolge de Ziekenfondswet en/of AWBZ geldend te maken.

### **Artikel 13. Aansprakelijkheid van derden**

1. Wanneer bij een aan de ziekenfondsverzekerde overkomen ziekte, ongeval of letsel, een derde is betrokken, dient hiervan zo spoedig mogelijk door of namens de verzekerde aangifte te geschieden bij de zorgverzekeraar en de bevoegde politieinstantie. Van de aangifte bij de bevoegde politieinstantie kan – zo mogelijk na overleg met de zorgverzekeraar – worden afgezien indien deze aangifte redelijkerwijze geacht kan worden niet bij te dragen aan het verhaal door de zorgverzekeraar van de kosten op bedoelde derde.
2. De betrokken verzekerde is verplicht kosteloos alle inlichtingen te verstrekken voor en alle medewerking te verlenen aan verhaal van de geleden schade door de zorgverzekeraar, een en ander onverminderd het bepaalde in de artikelen 83a, 83b en 83c Ziekenfondswet.
3. De ziekenfondsverzekerde is verplicht alvorens met een derde of met degene, die voor of namens de derde optreedt – daaronder begrepen de verzekeraar van de derde – een regeling te treffen met betrekking tot de door hem geleden schade, zich hieromtrent in verbinding te stellen met de zorgverzekeraar.
4. In geen geval mag de ziekenfondsverzekerde zonder schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar met die derde of degene die voor of namens die derde optreedt, enigerlei regeling treffen – waaronder mede te begrijpen het verlenen

van kwijting – waardoor de zorgverzekeraar in zijn rechten zou kunnen worden benadeeld.

5. Bij geheel of gedeeltelijk niet voldoen aan het bepaalde in de voorgaande leden, is de ziekenfondsverzekerde tegenover de zorgverzekeraar gehouden tot vergoeding van de daardoor aan de kant van de zorgverzekeraar veroorzaakte schade.

#### **Artikel 14. Verval vorderingsrecht**

Een vordering die een verzekerde op grond van de Ziekenfondswet of AWBZ op de zorgverzekeraar heeft moet binnen twee jaar na zijn ontstaan bij de zorgverzekeraar worden ingediend. Deze termijn is vijf jaar als de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar redelijkerwijs niet in staat was de vordering binnen twee jaar in te dienen.

#### **Artikel 15. Niet geregelde gevallen**

In niet in dit verzekeringsreglement geregelde gevallen beslist de zorgverzekeraar.

#### **Artikel 16. Persoonsgegevens**

Op de verwerking van persoonsgegevens is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens van Financiële Instellingen van toepassing. Gegevens kunnen door ons worden gebruikt voor het aanbieden van andere producten en diensten.

#### **Artikel 17. Klacht en beroep**

1. De zorgverzekeraar zal de verzekerde desgevraagd en voor zoveel nodig eigener beweging informatie verschaffen met betrekking tot klacht- en beroepsmogelijkheden, in het bijzonder betreffende de toepassing van de Algemene wet bestuursrecht en de Wet op de Nationale ombudsman.
2. Klachten, voortvloeiend uit de uitvoering van de verzekering en de toepassing van dit verzekeringsreglement, kunnen – nadat zij ter kennis zijn gebracht van de zorgverzekeraar, en deze in de gelegenheid is gesteld daarop te reageren – worden voorgelegd aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, postbus 291, 3700 AG Zeist, als ook aan de Nationale ombudsman, Postbus 29729, 2502 LS te Den Haag.