

VERZEKERINGSREGLEMENT ZIEKENFONDSWET EN AWBZ 2002

Artikel 1 Begripsbepalingen

1. In dit reglement wordt verstaan onder:
 - a. de zorgverzekeraar:
Onderlinge Verzekerings Maatschappij Univé Zorgverzekeraar u.a., gevestigd te Alkmaar;
 - b. de verzekering:
de in de Ziekenfondswet en/of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) geregelde verzekeringen;
 - c. de verzekerde:
de bij de zorgverzekeraar ingeschreven verzekerde en, voor wat betreft de ziekenfondsverzekering - tenzij het tegendeel blijkt - diens medeverzekerde(n);
 - d. de nominale premie:
de premie zoals bedoeld in artikel 17 Ziekenfondswet;
 - e. de zorgverlener:
de natuurlijke of rechtspersoon die zorg verleent en met wie de zorgverzekeraar een overeenkomst als bedoeld in artikel 9, lid 1 Ziekenfondswet en artikel 10, lid 1 AWBZ heeft gesloten.
 - f. het zorgkantoor:
de rechtspersoon die namens de zorgverzekeraar belast is met bepaalde uitvoeringstaken betreffende de AWBZ in een regio.
2. 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.
3. Begrippen die voorkomen in de Ziekenfondswet en/of de AWBZ en/of de daarop gebaseerde regelgeving en in dat verband zijn omschreven, hebben - tenzij het tegendeel blijkt - bij gebruik in dit reglement dezelfde betekenis.
4. De bepalingen in dit reglement gelden zowel voor de verzekering krachtens de AWBZ als - voor zover van toepassing - de Ziekenfondswet, tenzij uitdrukkelijk anders is aangegeven.
5. Een verzekerde heeft alleen aanspraken op grond van de verzekering als hij bij de zorgverzekeraar is ingeschreven.

Artikel 2 Aanmelding en inschrijving

1. De aanmelding als verzekerde in de zin van de Ziekenfondswet geschiedt door inlevering van een volledig ingevuld en door de verzekerde ondertekend aanmeldingsformulier bij de zorgverzekeraar, evenals de aanmelding van een in het vierde lid bedoelde verzekerde.
2. De zorgverzekeraar schrijft degene die zich aanmeldt, met zijn medeverzekerde(n), in mits hij naar het oordeel van de zorgverzekeraar voldoet aan de bij of krachtens de Ziekenfondswet gestelde voorwaarden voor de verzekering en met inachtneming van het dienaangaande bepaalde bij of krachtens de Ziekenfondswet en het overige bij de statuten en dit reglement bepaalde. De zorgverzekeraar kan op basis van artikel 5 van het Inschrijvingsbesluit ziekenfondsverzekering overgaan tot een voorlopige inschrijving, als op het moment van aanmelding nog niet is bewezen dat inschrijving rechtmatig is. Aan deze voorlopige inschrijving zijn alle in dit reglement genoemde rechten en plichten van zowel verzekerde als zorgverzekeraar onverkort van toepassing. De zorgverzekeraar kan echter een schadevergoeding van de verzekerde vorderen indien kennelijk sprake is van een onrechtmatige aanmelding als verzekerde. De schade

wordt in beginsel gesteld op een door het College voor zorgverzekeringen vast te stellen bedrag, gebaseerd op de landelijke gemiddelde jaarlijkse kosten per verzekerde van 18 tot 65 jaar, berekend over de periode van onrechtmatige inschrijving. Een voorlopige inschrijving duurt maximaal 3 maanden en kan maximaal éénmaal nog eens 3 maanden worden verlengd.

3. Voor degene, die verzekerd is in de zin van de Ziekenfondswet en als zodanig bij de zorgverzekeraar is, dan wel wordt ingeschreven, geldt deze inschrijving tevens als inschrijving voor de toepassing van de AWBZ.
4. De ingeschreven verzekerde ontvangt - mede ten behoeve van zijn medeverzekerde(n) - van de zorgverzekeraar een bewijs van inschrijving. Op het bewijs van inschrijving wordt de geldigheidsduur daarvan aangegeven. De verzekerde kan aan het bewijs van inschrijving geen aanspraken op verstrekkingen of vergoedingen ontlenen, indien niet (meer) aan de vereisten voor inschrijving in de verzekering wordt voldaan.

Artikel 3 Inschrijvingstermijn en beëindiging van de inschrijving

1. De inschrijving geldt voor een kalenderjaar. Als de inschrijving niet per 1 januari tot stand komt, geldt de inschrijving tot en met 31 december van het volgende kalenderjaar.
2. De inschrijving wordt na verloop van de in het eerste lid bedoelde termijn, alsmede telkens na verloop van een overeenkomstig dit lid verlengde termijn, met een termijn van één kalenderjaar verlengd, tenzij uiterlijk twee maanden voor de dag waarop die termijn is verstreken, van de verzekerde een schriftelijk verzoek om beëindiging van de inschrijving is ontvangen.
3. In afwijking van het eerste en tweede lid beëindigt de zorgverzekeraar de inschrijving, nadat de verzekerde daarom schriftelijk heeft verzocht, met ingang van de eerste dag van de volgende kalendermaand, als het verzoek is ingediend binnen twee maanden nadat:
 - a. de zorgverzekeraar de verzekerde mededeling heeft gedaan van een wijziging van de door hem verschuldigde premie;
 - b. de verzekerde in aansluiting op de medeverzekering uit eigen hoofde verzekerd is geworden.
4. In afwijking van het eerste en tweede lid beëindigt de zorgverzekeraar de inschrijving zonder dat daartoe een opzegging door de zorgverzekeraar is vereist:
 - a. met ingang van de dag waarop bij of krachtens de wet inschrijving bij de zorgverzekeraar niet langer is toegestaan;
 - b. terstond, indien de zorgverzekeraar gegronde reden heeft om te vermoeden dat de verzekerde niet meer voldoet aan de voorwaarden voor inschrijving en de verzekerde nalatig is de door de verzekeraar gevraagde inlichting te geven.
5. De zorgverzekeraar beëindigt de inschrijving als medeverzekerde in de verzekering:
 - a. tegelijk met beëindiging van de inschrijving van de verzekerde op wiens verzekering de medeverzekering steunt;
 - b. met ingang van de dag waarop bij of krachtens de wet inschrijving bij de zorgverzekeraar niet langer is toegestaan;
 - c. terstond, indien naar het oordeel van de zorgverzekeraar door of namens de medeverzekerde wordt nagelaten tijdig, desverlangd schriftelijk, inlichtingen te verstrekken, die de zorgverzekeraar heeft gevraagd ten behoeve van een goede uitvoering van de verzekering, waaronder een juiste vaststelling van de verzekeringsgerechtigdheid.

6. Beëindiging van de inschrijving anders dan op grond van een daartoe strekkend verzoek van de verzekerde, wordt door de zorgverzekeraar schriftelijk aan de verzekerde medegedeeld. Een beëindiging van de inschrijving op verzoek van de verzekerde wordt door de zorgverzekeraar schriftelijk bevestigd.

Artikel 4 Verplichtingen van de verzekerde

1. De verzekerde, alsmede de gewezen verzekerde, is verplicht:
 - a. zo tijdig mogelijk en schriftelijk aan de zorgverzekeraar alle inlichtingen te verstrekken, die de zorgverzekeraar behoeft voor een goede uitvoering van de verzekering en ook overigens de medewerking te verlenen die van hem mag worden verlangd voor een goede uitvoering van de verzekering;
 - b. de verklaringen hem verstrekt ingevolge bij of krachtens de Ziekenfondswet en/of AWBZ gegeven voorschriften zo spoedig mogelijk aan de zorgverzekeraar te doen toekomen;
 - c. de zorgverzekeraar terstond, doch uiterlijk in de week na die waarin deze zich voordeden schriftelijk in kennis te stellen van feiten of omstandigheden, welke tot beëindiging dan wel tot wijziging van de inschrijving en/of de hoogte van de premie kunnen leiden van hem of de medeverzekerde(n).
2. De verplichtingen bedoeld in het eerste lid hebben onder andere betrekking op:
 - a. wijzigingsformulier, vragenformulieren en verzekeringsverklaringen van de werkgever of de uitkerende instantie;
 - b. verandering van werkgever, beëindigen van de dienstbetrekking en/of uitkering, wijziging van het inkomen;
 - c. verklaringen van de belastingdienst betreffende de ziekenfondsverzekering van zelfstandigen;
 - d. wijziging van woonplaats en adres;
 - e. wijziging van gezinssamenstelling;
 - f. aansprakelijkheid voor kosten van een derde.

Artikel 5 Schadevergoeding

1. Onverminderd het bepaalde in het tweede lid van dit artikel en onverminderd het recht van de zorgverzekeraar de inschrijving te beëindigen, kan de zorgverzekeraar vergoeding vorderen van de schade, welke is geleden als gevolg van de omstandigheid, dat de verzekerde zich en/of zijn medeverzekerde(n) ten onrechte heeft doen inschrijven in de ziekenfondsverzekering, dan wel verzuimd heeft de zorgverzekeraar overeenkomstig het bepaalde in artikel 4, lid 1 onder c van dit reglement in kennis te stellen van feiten en omstandigheden welke tot het einde van zijn verzekering en/of die van zijn medeverzekerde(n) kunnen leiden. De schade wordt in beginsel gesteld op een door het College voor zorgverzekeringen vast te stellen bedrag, gebaseerd op de landelijke gemiddelde jaarlijkse kosten per verzekerde van 18 tot 65 jaar, berekend over de periode van onrechtmatige inschrijving.
2. Ten aanzien van degene die, zonder daartoe gerechtigd te zijn, opzettelijk aanspraken doet gelden als verzekerde kan de zorgverzekeraar de in het vorige lid bedoelde schade vaststellen op het werkelijke bedrag daarvan. Deze bepaling wordt toegepast indien de werkelijk geleden schade hoger is dan het bedrag waarop de schade bij toepassing van het eerste lid zou zijn vastgesteld.
3. Tenzij bij of krachtens de Ziekenfondswet anders is bepaald, is de zorgverzekeraar bevoegd de te maken kosten voor invordering van deze bedragen inclusief de gerechtelijke en buitengerechtelijke inningskosten, ten laste te brengen van de in het eerste en tweede lid bedoelde persoon als deze nalatig is de bedoelde bedragen binnen een door de zorgverzekeraar te bepalen termijn te betalen.

Artikel 6 Premievaststelling en premieheffing

1. De zorgverzekeraar heft van de verzekerde voor hem, en voor zijn medeverzekerde echtgenoot of samenwonende partner (als bedoeld in artikel 4, lid 1 Ziekenfondswet), een nominale premie, waarvan de hoogte door de zorgverzekeraar wordt vastgesteld.

2. De zorgverzekeraar heft, voor zover hij daartoe bij of krachtens de Ziekenfondswet is aangewezen van de verzekerden van 65 jaar of ouder een procentuele premie, waarvan de hoogte bij of krachtens artikel 18 Ziekenfondswet wordt vastgesteld. Het inkomen waarover de verzekerde premie is verschuldigd, wordt bij of krachtens de wet vastgesteld.
3. De premie is bij vooruitbetaling te voldoen. De premie dient te worden voldaan in door de zorgverzekeraar te bepalen termijnen.
4. De vervaldatum is de laatste dag van de maand, voorafgaande aan de maand waarover de premie is verschuldigd.
5. De zorgverzekeraar int de premie bij de verzekerde voor hem en zijn medeverzekerde (huwelijks)partner.
6. De zorgverzekeraar stelt de verzekerde zo tijdig mogelijk in kennis van wijzigingen van de hoogte van de premie.

Artikel 7 Peildata premie

De zorgverzekeraar gaat voor het vaststellen van de nominale premie, verschuldigd door de verzekerde(n) die wordt/worden ingeschreven, uit van de dagpremies.

Artikel 8 Verschuldigdheid nominale premie

1. Voor de verzekering van een verzekerde is over eenzelfde periode slechts éénmaal nominale premie verschuldigd.
2. Degene die uit hoofde van meer bepalingen ingevolge de Ziekenfondswet is verzekerd, is voor zichzelf één keer nominale premie Ziekenfondswet verschuldigd.
3. Ingeval van verandering van zorgverzekeraar worden door de nieuwe zorgverzekeraar bij de berekening van de nominale premie geen tijdvakken in aanmerking genomen, die door de zorgverzekeraar waarbij de verzekerde voordien was ingeschreven, reeds volgens de regelen die laatst bedoelde zorgverzekeraar toepast, in aanmerking zijn genomen.
4. De nominale premie is eerst vanaf het 18e jaar verschuldigd.

Artikel 9 Vertraagde aanmelding

1. Indien de aanmelding bij de zorgverzekeraar plaatsvindt later dan zestig dagen na aanvang van de verzekering, is nominale premie verschuldigd vanaf de zestigste dag voor de aanmelding. Daarbij 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 meeverzekerde 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 bewust vertraagde aanmelding.

Artikel 10 Betaling premie

1. De verzekerde dient de premie giraal te voldoen. Voor betaling per maand dient hij de zorgverzekeraar machtiging te verlenen tot automatische incasso.

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.

2. Indien de zorgverzekeraar de premie 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 11 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, alsmede 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/invorderingskosten bedragen ten minste € 11,34.

Artikel 12 Schuldige nalatigheid bij betaling premie

Indien de verzekerde schuldig nalatig blijft de door hem verschuldigde premie volledig te voldoen kan de zorgverzekeraar de kosten van door hem of zijn medeverzekerden geldend gemaakte aanspraken op zorg geheel of gedeeltelijk op hem verhalen.

Artikel 13 Zorgaanspraken ziekenfondsverzekering

1. De verzekerde heeft naar aard, inhoud en omvang en onder de voorwaarden bij of krachtens de Ziekenfondswet en dit reglement gesteld, aanspraak op verstrekkingen ter voorziening in zijn geneeskundige verzorging, dan wel op een eventueel daarvoor in de plaats tredende uitkering in geld. De verzekerde heeft alleen aanspraak op zorg als hij uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening daarop redelijkerwijs is aangewezen.
2. Tot in de Ziekenfondswet geregelde zorg behoren:
 - a. huisartsenhulp;
 - b. niet-klinisch specialistische hulp;
 - c. fysiotherapie en oefentherapie;
 - d. logopedie;
 - e. verloskundige hulp;
 - f. tandheelkundige hulp;
 - g. farmaceutische hulp;
 - h. opname, behandeling en verder verblijf in een ziekenhuis, met inbegrip van medisch specialistische hulp;
 - i. hulpmiddelen;
 - j. ziekenvervoer;
 - k. kraamzorg;
 - l. hulp door een audiologisch centrum;
 - m. erfelijkheidsadviesing;
 - n. niet-klinische haemodialyse;
 - o. chronisch intermitterende beademing;
 - p. revalidatie;
 - q. hulp door een trombosedienst.
 - r. onderzoek in het kader van tuberculose
3.
 - a. Als de verzekerde zich binnen zestig dagen na het ontstaan van de ziekenfondsverzekering bij de zorgverzekeraar aanmeldt heeft hij voor de periode van het ontstaan van de verzekering tot de afgifte van het bewijs van inschrijving, recht op volledige vergoeding van kosten voor in lid 1 en 2 bedoelde zorg, voor zover deze kosten naar het oordeel van het ziekenfonds niet onredelijk zijn.
 - b. Als de verzekerde in de onder a bedoelde periode particulier verzekerd was tegen ziektekosten is de aanspraak beperkt tot die kosten die niet door de particulier verzekering gedekt werden. Tevens bestaat aanspraak op vergoeding van premie voor de gedurende deze periode lopende particuliere ziektekostenverzekering, voor zover deze verzekering gelijkwaardig is aan de ziekenfondsverzekering.

Artikel 14 Zorgaanspraken AWBZ

1. De verzekerde heeft naar aard, inhoud en omvang en onder de voorwaarden bij of krachtens de AWBZ en dit reglement gesteld, aanspraak op zorg ter voorkoming van ziekten en ter voorziening in zijn geneeskundige behandeling, verpleging en verzorging. De zorg, als bedoeld in artikel 6, eerste lid van de AWBZ, wordt in beginsel door het uitvoeringsorgaan als verstrekking aan de verzekerde verleend.
2. Tot de in de AWBZ geregelde zorg behoren:
 - a. algemene geneeskundige verzorging:
 - dieetadviesing;
 - opname en verblijf in een ziekenhuis vanaf de 366^e dag;
 - b. zorg bestaande uit verzorging of verpleging:
 - verblijf in een verzorgingshuis;
 - opname en verblijf in een verpleeginrichting;
 - opname en verblijf in een inrichting voor lichamelijk gehandicapten;
 - zorg aan bewoners van het Dorp;
 - opname en verblijf in een gezinsvervangend tehuis voor lichamelijk gehandicapten;
 - plaatsing in een dagverblijf voor lichamelijk gehandicapten;
 - dagbehandeling in een verpleeginrichting;
 - thuiszorg (m.u.v. kortdurende thuiszorg);
 - c. revalidatiezorg in een instelling voor revalidatie na een verblijf van 365 dagen;
 - d. geestelijke gezondheidszorg:
 - psychiatrische zorg door een psychiatrisch ziekenhuis;
 - zorg door een psychiatrische afdeling van een algemeen of academisch ziekenhuis (PAAZ);
 - zorg door of vanwege een regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIAGG);
 - zorg door een regionale instelling voor beschermd wonen (RIBW);
 - niet-klinische psychiatrische zorg, te verlenen door een psychiater of zenuwarts;
 - zorg door een psychiatrische polikliniek;
 - psychiatrische deeltijdbehandeling;
 - e. zorg voor zintuiglijk gehandicapten:
 - zorg voor blinden en slechtzienden:
 - in een instelling (gedurende het etmaal of een deel daarvan);
 - in een gezinsvervangend tehuis voor blinden en slechtzienden;
 - zorg voor doven en slechthorenden:
 - in een instelling (gedurende het etmaal of een deel daarvan);
 - in een gezinsvervangend tehuis voor doven en slechthorenden;
 - f. zorg voor verstandelijk gehandicapten:
 - opname en verblijf in een instelling voor zwakzinnigen;
 - plaatsing in een dagverblijf voor verstandelijk gehandicapten;
 - opname en verblijf in een gezinsvervangend tehuis voor verstandelijk gehandicapten;
 - g. zorg bestaande uit georganiseerde preventie:
 - zorg aan ouder en kind;
 - onderzoek naar het hepatitis-B virus bij zwangeren;
 - onderzoek naar aangeboren stofwisselingsziekten;
 - vaccinaties;
 - h. andere vormen van zorg waaronder:
 - persoonsgebonden budget;
 - zwangerschapsafbreking in een abortuskliniek.
3. Voor het verkrijgen van een verstrekking kan de verzekerde een eigen bijdrage verschuldigd zijn. Deze bijdrage kan afhankelijk zijn van het inkomen van de verzekerde en zijn echtgenoot.

Artikel 15 Geldend maken van zorgaanspraken

1. De verzekerde die zijn aanspraak op zorg geldend wil maken wendt zich daartoe, naar vrije keuze, tot een persoon of instelling, praktijk uitoefenend of gevestigd - behoudens uitzonderingen bij of krachtens de Ziekenfondswet - in zijn woonplaats of naaste omgeving, met wie of waarmee de zorgverzekeraar tot dat doel een zogenoemde medewerkersovereenkomst heeft

gesloten. De zorgverzekeraar verschaft informatie over namen en adressen van personen en instellingen met wie de zorgverzekeraar een medewerkersovereenkomst heeft gesloten. De verzekerde moet voor hulp, te verlenen door een huisarts of apotheker, zijn ingeschreven op naam van een huisarts of apotheker, tenzij de zorgverzekeraar anders bepaalt. De verzekerde kan een apotheekhoudend huisarts alleen dan als apotheker kiezen, indien hij deze ook als huisarts kiest.

2. Indien de verzekerde voor het geldend maken van zijn aanspraak op zorg zich wenst te wenden tot een zorgverlener met wie de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten, kan de zorgverzekeraar daartoe vooraf toestemming verlenen, indien dat voor de verkrijging van de in artikel 13 bedoelde zorg voor de verzekerde nodig is.
3. De verzekerde is verplicht om telkenmale als hij zich vervoegt bij een persoon of instelling, bedoeld in de vorige leden, deze aan te tonen door middel van een geldig bewijs van inschrijving dat hij als verzekerde bij de zorgverzekeraar is ingeschreven.
4. De zorgverzekeraar verwijst de verzekerde in voorkomende gevallen naar het zorgkantoor dat de AWBZ uitvoert.
5. De aanspraak op aanschaf, dan wel bruikleen, correctie, vervanging en herstel van hulpmiddelen bestaat alleen als de zorgverzekeraar op een daartoe strekkend verzoek voorafgaand toestemming heeft gegeven. Bij deze toestemming kunnen nadere voorwaarden worden gesteld. Deze voorwaarden staan aangegeven in de bijlage bij dit reglement "Bepalingen voor hulpmiddelen".

Artikel 16 Zorgaanspraken in het buitenland

In die gevallen waarin de verzekerde zich wendt tot een persoon of inrichting in het buitenland en de zorgverzekeraar noch met deze tot dat doel een overeenkomst heeft gesloten, noch tevoren toestemming voor het verkrijgen van de zorg heeft verleend, zijn de voorwaarden zoals bij en krachtens wet bepaald van toepassing.

Artikel 17 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 18 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 19 Aansprakelijkheid van derden

1. Indien een derde voor de kosten, voortvloeiend uit een ziekte, ongeval of letsel van de ziekenfondsverzekerde, aansprakelijk is - anders dan krachtens een wettelijke verzekering, een publiekrechtelijke ziektekostenregeling of een overeenkomst, door de verzekerde met een andere (rechts)persoon gesloten - is de verzekerde verplicht ten genoegen van de zorgverzekeraar kosteloos alle inlichtingen te verstrekken en alle medewerking te verlenen tot verhaal van de geleden schade, een en ander onverminderd het bepaalde in de artikelen 83a, 83b en 83c Ziekenfondswet.
2. 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.

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 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 zorgverzekeraar veroorzaakte schade.

Artikel 20 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 redelijkerwijs niet in staat was de vordering binnen twee jaar in te dienen.

Artikel 21 Wijziging reglement

Dit verzekeringsreglement kan door de zorgverzekeraar te allen tijde worden gewijzigd, op de wijze door de zorgverzekeraar, met inachtneming van het bepaalde bij of krachtens de Ziekenfondswet en/of AWBZ, in zijn statuten en/of huishoudelijk reglement geregeld.

Artikel 22 Niet geregelde gevallen

In niet in dit verzekeringsreglement geregelde gevallen, voorzover daarin niet wordt voorzien bij of krachtens de Ziekenfondswet en/of AWBZ beslist de zorgverzekeraar.

Artikel 23 Informatie over klacht en beroep

1. De zorgverzekeraar zal de verzekerde desgevraagd en voor zover nodig uit eigen 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 93560, 2509 AN Den Haag.

Artikel 24 Bescherming persoonsgegevens

De bij de aanvraag of wijziging van een verzekering of een financiële overeenkomst verstrekte persoonsgegevens worden door de maatschappij verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van verzekeringsovereenkomsten en of financiële diensten en het beheren van de daaruit voortvloeiende relaties, met inbegrip van de voorkoming en bestrijding van fraude en het uitvoeren van activiteiten gericht op de vergroting van het klantenbestand.

Op deze verwerking van persoonsgegevens zijn de Gedragsregels Verwerking Persoonsgegevens Univé van toepassing. In deze Gedragsregels worden rechten en plichten van partijen bij de gegevensverwerking weergegeven. De volledige tekst van de Gedragsregels kunt u opvragen bij Univé Verzekeringen, Postbus 607, 8000 AP Zwolle, www.unive.nl.