

1. Begripsbepalingen

- 1.1. In dit reglement wordt verstaan onder:
- de zorgverzekeraar:
het als ziekenfonds toegelaten uitvoeringsorgaan van de Ziekenfondswet en AWBZ, Stichting Centrale Zorgverzekeraars groep, Ziekenfonds, gevestigd te Tilburg;
 - de verzekering:
de in de Ziekenfondswet en/of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) geregelde verzekeringen;
 - de verzekerde:
de bij de zorgverzekeraar ingeschreven verzekerde en, voor wat betreft de ziekenfondsverzekering, - tenzij het tegendeel blijkt - diens medeverzekerde(n);
 - het werkgebied:
de gemeente(n) of delen daarvan waarin de zorgverzekeraar gerechtigd is zijn werkzaamheden als ziekenfonds uit te oefenen;
 - de nominale premie:
de premie zoals bedoeld in artikel 17 Ziekenfondswet;
 - de zorgverlener:
de natuurlijke of rechtspersoon die zorg verleent en met wie de zorgverzekeraar een overeenkomst als bedoeld in artikel 44 Ziekenfondswet of artikel 421 AWBZ heeft gesloten;
 - 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.
- 1.2. 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.
- 1.3. 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.
- 1.4. 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.

2. Verplichtingen van de verzekerde

De verzekerde dient:

- verklaringen van de belastingdienst betreffende de ziekenfondsverzekering van zelfstandigen en
gewezen zelfstandigen over te leggen;
- wijziging van adres aan de zorgverzekeraar te melden;
- andere in de Ziekenfondswet en AWBZ genoemde inlichtingenverplichtingen na te komen;
- 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 diens medeverzekerden.

3. Inschrijvingstermijn en beëindiging van de inschrijving

- 3.1. De inschrijving geldt voor één kalenderjaar. Als de inschrijving niet per 1 januari tot stand komt, geldt de inschrijving tot en met 31 december van het volgende kalenderjaar.
- 3.2. 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 is ontvangen om de inschrijving niet te verlengen.
- 3.3. 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:
- de zorgverzekeraar de verzekerde mededeling heeft gedaan van een wijziging van de door hem verschuldigde nominale premie;
 - de verzekerde in aansluiting op medeverzekering uit eigen hoofde verzekerd is geworden.
- 3.4. In afwijking van het eerste en tweede lid beëindigt de zorgverzekeraar de inschrijving in de verzekering zonder dat daartoe een opzegging door de zorgverzekeraar is vereist:
- met ingang van de dag waarop bij of krachtens de wet inschrijving bij de zorgverzekeraar niet langer is toegestaan;
 - terstond, indien de zorgverzekeraar de verzekerde, desgevraagd schriftelijk, om inlichtingen heeft verzocht, die noodzakelijk zijn ten behoeve van een juiste vaststelling van de verzekeringsgerechtigdheid, en de zorgverzekeraar door het uitblijven van gevraagde

informatie het gerechtvaardigde vermoeden heeft dat de verzekerde niet langer voldoet aan de vereisten voor inschrijving.

- 3.5. In afwijking van het eerste en tweede lid beëindigt de zorgverzekeraar de inschrijving als medeverzekerde tegelijk met de beëindiging van de inschrijving van de verzekerde op wiens verzekering de medeverzekering steunt.
- 3.6. 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.

4. Vertraagde aanmelding

- 4.1. 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
- 4.2. Indien de vertraagde de verzekerde in redelijkheid niet is toe te rekenen, wordt de nominale premie niet verhoogd.
- 4.3. 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, behalve als naar het oordeel van de zorgverzekeraar kennelijk sprake is van bewust vertraagde aanmelding.

5. Schadevergoeding bij onrechtmatige inschrijving

- 5.1. 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 2, onder d van dit reglement in kennis te stellen van feiten of omstandigheden welke tot het einde van zijn verzekering en die van zijn medeverzekerden kunnen leiden. De schade wordt in beginsel gesteld op een door de College voor zorgverzekeringen vast te stellen bedrag, gebaseerd op de landelijke gemiddelde jaarlijkse kosten per hoofd, over de periode van onrechtmatige inschrijving.
- 5.2. Ten aanzien van degene die, zonder daartoe gerechtigd te zijn, opzettelijk aanspraken doet gelden als verzekerde, ingeschreven in de ziekenfondsverzekering, kan de zorgverzekeraar de in het vorige 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.
- 5.3. De zorgverzekeraar is bevoegd alle gerechtelijke en buitengerechtelijke kosten voor invordering van deze bedragen ten laste te brengen van de verzekerde, als deze nalatig is de bedoelde bedragen binnen een door de zorgverzekeraar te bepalen termijn te betalen.

6. Peildatum, premievaststelling en premieheffing

- 6.1. De zorgverzekeraar heft van de verzekerde voor hem, en voor zijn medeverzekerde als bedoeld in artikel 4, lid 1 Ziekenfondswet, een nominale premie, waarvan de hoogte door de zorgverzekeraar wordt vastgesteld.
- 6.2. Bij de vaststelling van de nominale premie gaat de zorgverzekeraar uit van peildata. Als peildatum geldt iedere eerste dag van een kalendermaand te rekenen vanaf het tijdstip van de aanvang van de verzekering en zolang de inschrijving voortduurt.
- 6.3. De verzekerde is verplicht de premie in maandelijkse termijnen bij vooruitbetaling te voldoen. De vervaldatum is de laatste dag van de maand voorafgaande aan de maand waarover de premie is verschuldigd.

- 6.4. De zorgverzekeraar stelt de verzekerde zo tijdig mogelijk in kennis van wijzigingen van de hoogte van de premie.

7. Betaling premie

- 7.1. De verzekerde dient de premie bij voorkeur giraal te voldoen. Hij heeft daarbij de mogelijkheid de zorgverzekeraar machtiging te verlenen tot automatische incasso.
- 7.2. 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.
- 7.3. 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.

8. Nalatigheid bij betaling premie

- 8.1. 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 de wettelijke rente.
- 8.2. De verhoging als bedoeld in het eerste lid kan 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.
- 8.3. De in het voorgaande lid bedoelde verhoging bedraagt ten minste € 5.

9. Geldend maken van zorgaanspraken

- 9.1. De zorgverzekeraar verschaft informatie over namen en adressen van zorgverleners met wie hij een medewerkerovereenkomst heeft gesloten.
- 9.2. De zorgverzekeraar verwijst de verzekerde in voorkomende gevallen naar het zorgkantoor dat de AWBZ namens de zorgverzekeraar uitvoert.
- 9.3. Voor opname, behandeling en verder verblijf in een ziekenhuis, met inbegrip van medisch-specialistische zorg, en voor kaakchirurgie en plastische chirurgie, is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar vereist. De zorgverzekeraar kan bepalen in welke gevallen het toestemmingsvereiste niet van toepassing is, dan wel welke andere voorwaarden van toepassing zijn. Die nadere voorwaarden zijn op te vragen bij de zorgverzekeraar.
- 9.4. Aan de aanspraak op farmaceutische zorg worden de volgende voorwaarden verbonden:
- aanspraak op dieetpreparaten (dieetvoeding voor medisch gebruik) bestaat alleen als de zorgverzekeraar op een daartoe strekkend toegelicht verzoek voorafgaande toestemming heeft verleend;
 - aanspraak op geneesmiddelen, die voorkomen op bijlage 2 van de Regeling farmaceutische hulp 1996, bestaat alleen als de zorgverzekeraar op een daartoe strekkend toegelicht verzoek voorafgaande toestemming heeft verleend;
 - de aanspraak op geneesmiddelen kan beperkt worden tot de in een nader reglement aangewezen geneesmiddelen, voor zover behandeling met dit geneesmiddel voor de verzekerde medisch verantwoord is. Dit reglement kan tevens bepalen, dat de verzekerde slechts aanspraak heeft op in dat reglement aangewezen geneesmiddelen na voorafgaande toestemming van de verzekeraar.
- 9.5. Een aanspraak op een gebitsprothese bestaat alleen als de zorgverzekeraar op een daartoe strekkend verzoek voorafgaande toestemming heeft gegeven.
- 9.6. Voor andere dan de in het vorig lid genoemde hulpmiddelen geldt, dat de zorgverzekeraar aan de verstrekking van hulpmiddelen algemene en specifieke, per hulpmiddelengroep geldende, voorwaarden heeft gesteld, die zijn opgenomen in het Reglement hulpmiddelen. Dit reglement kunt u opvragen bij de zorgverzekeraar en is gepubliceerd op www.cz.nl.

10. Aanspraak op vergoeding van kosten van zorg

- 10.1 Voor vormen van zorg waarvoor de zorgverzekeraar geen contracteerplicht heeft en tevens door het College Tarieven Gezondheidszorg geen tarief hoeft te worden vastgesteld of goedgekeurd, heeft de verzekerde keus tussen zorg in natura of vergoeding van kosten (restitutie).
- 10.2 De zorgverzekeraar stelt bij nader reglement de hoogte van de kostenvergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van de mogelijkheid van vergoeding van kosten.

11. Inschrijving op naam

- 11.1. De verzekerde deelt bij de inschrijving aan de zorgverzekeraar mee op naam van welke gecontracteerde huisarts en welke gecontracteerde apotheker, apotheekhoudend huisarts, apotheekhoudende instelling of drogist hij wenst te worden ingeschreven.
- 11.2. 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.

12. Aanprakelijkheid zorgverzekeraar

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

13. Aansprakelijkheid van derden

- 13.1 Wanneer bij een aan de verzekerde 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 politie-instantie. Van de aangifte bij de bevoegde politie-instantie 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.
- 13.2 De verzekerde is verplicht kosteloos alle inlichtingen te verstrekken voor en alle medewerking te verlenen aan het verhaal van de geleden schade door de zorgverzekeraar, een en ander onverminderd het bepaalde in de artikelen 83a, 83b en 83c Ziekenfondswet en de artikelen 65a, 65b en 65c AWBZ.
- 13.3 De verzekerde 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.
- 13.4. In geen geval mag de verzekerde 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.
- 13.5. Bij geheel of gedeeltelijk niet voldoen aan het bepaalde in de voorgaande leden, is de verzekerde tegenover de zorgverzekeraar gehouden tot vergoeding van de daardoor aan de kant van de zorgverzekeraar veroorzaakte schade.

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

15. Niet geregelde gevallen

In niet in dit verzekeringsreglement geregelde gevallen beslist de zorgverzekeraar.

16. Persoonsgegevens

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

17. Informatie over klacht, bezwaar en beroep

17.1 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.

17.2 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.

18. Inwerkingtreding

Dit Verzekeringsreglement geldt met ingang van 1 januari 2005.