

Verzekeringsreglement 2005

Ziekenfondswet en AWBZ

ARTIKEL 1 BEGRIPSBEPALINGEN

Dit reglement verstaat onder:

- a. zorgverzekeraar: Onderlinge Ziekenfonds Maatschappij AnderZorg U.A.;
- b. verzekering: de in de Ziekenfondswet (Zfw) 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);
- e. nominale premie: de premie bedoeld in artikel 17 Ziekenfondswet;
- f. zorgovereenkomst: overeenkomst als bedoeld in artikel 44 Ziekenfondswet of artikel 42 AWBZ;
- g. zorgverlener: de persoon of instelling die zorg verleent en met wie de zorgverzekeraar een zorgovereenkomst heeft gesloten;
- h. 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.

ARTIKEL 2 ALGEMEEN

2.1 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.

2.2 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.

2.3 De bepalingen in dit reglement gelden voor de verzekering krachtens de Ziekenfondswet en AWBZ, tenzij het tegendeel blijkt.

ARTIKEL 3 INSCHRIJVINGSTERMIJN EN BEËINDIGING VAN DE INSCHRIJVING

3.1 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.

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 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:

- a. de zorgverzekeraar de verzekerde mededeling heeft gedaan van een wijziging van de door hem verschuldigde nominale premie;
- b. 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 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 zorgverzekeraar gevraagde inlichtingen te verstrekken.

3.5 In afwijking van het eerste en tweede lid beëindigt de zorgverzekeraar de inschrijving als medeverzekerde tegelijk met 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.

ARTIKEL 4 VERPLICHTINGEN VAN DE VERZEKERDE

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 Zfw en AWBZ genoemde inlichtingenverplichtingen na te komen.

ARTIKEL 5 SCHADEVERGOEDING BIJ ONRECHTMATIGE INSCHRIJVING

- a. De zorgverzekeraar kan 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 in kennis te stellen van feiten of omstandigheden welke tot het einde van zijn verzekering en die van zijn medeverzekerden kunnen leiden.
- b. 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 6 PEILDATUM, PREMIEVASTSTELLING EN PREMIEHEFFING

6.1 De zorgverzekeraar gaat bij de vaststelling van de nominale premie uit van peildata gelegen op de eerste dag van iedere kalendermaand.

6.2 De vervaldatum van de premie is de laatste dag van de maand voorafgaande aan de maand waarover de premie is verschuldigd.

6.3 De zorgverzekeraar stelt de verzekerde zo spoedig mogelijk in kennis van wijzigingen van de hoogte van de premie.

6.4 De hoogte van de nominale premie wordt jaarlijks door de zorgverzekeraar vastgesteld. De zorgverzekeraar heeft het recht c.q. behoudt zich het recht voor om lopende het kalenderjaar de hoogte van de nominale premie op een door de zorgverzekeraar vast te stellen datum tussentijds te wijzigen.

ARTIKEL 7 VERTRAGDE AANMELDING

7.1 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 vertragde aanmelding tevens of uitsluitend de medeverzekerde als bedoeld in artikel 6, eerste lid, betreft, wordt de verhoging voor deze medeverzekerde op overeenkomstige wijze berekend.

7.2 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.

7.3 Als een vertragde aanmelding de verzekerde in redelijkheid niet is toe te rekenen, maakt de zorgverzekeraar geen gebruik van zijn bevoegdheid de nominale premie te verhogen.

7.4 Als de zorgverzekeraar de nominale premie wegens vertragde aanmelding verhoogt stelt hij 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 sprake is van een opzettelijk vertragde aanmelding.

ARTIKEL 8 BETALING PREMIE

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

8.2 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.

8.3 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.

ARTIKEL 9 NALATIGHEID BIJ BETALING PREMIE

9.1 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.

9.2 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.

9.3 De administratiekosten bedragen ten minste € 7,50. De invorderingskosten bedragen ten minste € 10,-.

ARTIKEL 10 GELDEND MAKEN VAN ZORGAANSPRAKEN

10.1 De zorgverzekeraar verschafft de namen en adressen van zorgverleners met wie hij zorgvereenkomsten heeft gesloten.

10.2 De zorgverzekeraar verwijst de verzekerde in voorkomende gevallen naar het zorgkantoor dat de AWBZ namens de zorgverzekeraar uitvoert.

10.3 De zorgverzekeraar stelt bij nader reglement vast voor welke geregistreerde geneesmiddelen de verzekerde aanspraak heeft op aflevering, voor zover behandeling met dit geneesmiddel voor de verzekerde medisch verantwoord is. Deze voorwaarden kunnen tevens bepalen, dat de verzekerde slechts aanspraak heeft op in dat reglement aangewezen geneesmiddelen na voorafgaande toestemming van de verzekeraar.

10.4 De algemene voorwaarden ten aanzien van de hulpmiddelenverstrekking en de specifieke, per hulpmiddelengroep geldende vereisten, zijn opgenomen in het Reglement hulpmiddelen.

10.5 Voor opneming, behandeling en verder verblijf in een ziekenhuis, met inbegrip van medisch specialistische zorg is in bepaalde gevallen toestemming van de zorgverzekeraar vereist. De zorgverzekeraar bepaalt in het reglement ziekenhuiszorg in welke gevallen het toestemmingsvereiste niet van toepassing is, dan wel welke andere voorwaarden van toepassing zijn.

ARTIKEL 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 of apotheekhoudende instelling 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.

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

13.1 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.

13.2 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.

13.3 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.

13.4 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.

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

ARTIKEL 15 NIET GEREGLDE 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 het Verbond van Verzekeraars van toepassing. Gegevens kunnen door ons worden gebruikt voor het aanbieden van andere producten en diensten.

ARTIKEL 17 KLACHT 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 93560, 2509 AN Den Haag.