

Verzekeringsreglement

Ziekenfondswet en AWBZ

Vanaf 1 januari 2003

In het kort:

Uw ziekenfondsverzekering en PWZ Achmea

In dit document staat informatie over uw ziekenfondsverzekering bij PWZ Achmea. PWZ Achmea doet er alles aan om de gezondheidszorg voor u zo goed mogelijk te organiseren. Daarvoor maken wij afspraken met praktisch alle zorgverleners en ziekenhuizen bij u in de buurt. Daarmee worden de kosten gedrukt en dat merkt u uiteindelijk in de premie die u betaalt voor uw verzekering.

Hoe bent u nu precies verzekerd?

In Nederland kennen we op de eerste plaats de AWBZ, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Als u zich inschrijft bij PWZ Achmea, bent u (in principe) ook verzekerd voor de AWBZ. De AWBZ is een verzekering voor iedere ingezetene. Onder de AWBZ valt onder andere de ouderenzorg, de zorg aan verstandelijk gehandicapten en bevolkingsonderzoek. Dit is allemaal wettelijk geregeld. Wat er allemaal in de AWBZ zit en hoeveel u daarvoor moet betalen, wordt door de overheid bepaald. Meestal wordt de inkomensafhankelijke premie AWBZ via de belasting direct op uw pensioen of salaris ingehouden. Voor nadere informatie verwijzen wij u naar het Zorgkantoor dat werkzaam is in uw woonplaats. Voor de regio's Zaanstreek/Waterland kunt u het Zorgkantoor bereiken op telefoonnummer (075) 651 41 70.

Op de tweede plaats kennen we in Nederland de Ziekenfondswet. In de Ziekenfondswet staat wie aanspraak kan maken op deze wet. Bovendien staat in de wet wat verzekerd is. Zaken als het ziekenhuis, de medisch specialist, de huisarts en de apotheek worden in de Ziekenfondswet geregeld. In deze wet staat ook hoeveel u moet betalen voor het ziekenfonds. De inkomensafhankelijke premie wordt ingehouden op uw pensioen, uitkering of salaris. Alleen de zogenaamde 'nominale premie' betaalt u rechtstreeks aan PWZ Achmea. Op grond van zowel de AWBZ als de Ziekenfondswet zijn wij verplicht om uw sof-nummer op te nemen in onze administratie. Dit nummer mogen wij uitsluitend gebruiken voor de uitvoering van de Ziekenfondswet en de AWBZ. Als u zich niet via het ziekenfonds kunt verzekeren, moet u zich particulier verzekeren. Ook daarvoor kunt u bij PWZ Achmea terecht. Op de derde plaats kunt u zich aanvullend verzekeren. Dat is verstandig, omdat lang niet alles door de AWBZ of de Ziekenfondswet vergoed wordt. PWZ Achmea heeft voor u een uitgebreide keuze aan aanvullende verzekeringen. Zo kunt u zich verzekeren voor belangrijke zaken als alternatieve geneeswijzen, orthodontie, fysiotherapie en de tandarts. Meer informatie over de aanvullende verzekeringen staat elders in dit voorwaardenboekje.

Vrije keuze van zorgverlener

U heeft zelf de keuze welke zorgverlener u wilt hebben. Dit houdt in dat u bepaalt welke huisarts, apotheek of tandarts in uw woonplaats het beste bij uw wensen past. Voor het ziekenhuis of de medisch specialist geldt dat ook, maar als u naar het ziekenhuis of de medisch specialist moet, is een verwijzing van uw huisarts noodzakelijk. Als u verhuist of als u zich voor het eerst inschrijft bij PWZ Achmea, dan kunt u

de huisarts, apotheek of tandarts aan ons doorgeven. U kunt niet meer dan één huisarts, apotheek of tandarts hebben. De zorgverlener dient een overeenkomst met PWZ Achmea te hebben.

Relatiepas

Als u zich inschrijft bij PWZ Achmea, ontvangt u een gratis relatiepas. Op deze pas staat uw relatienummer, dat u kunt gebruiken bij zorgverleners of in het buitenland. U hoeft dan niet uw polis overal mee naar toe te nemen. Draag daarom de pas altijd bij u.

Hulpverlening van Achmea health Alarmcentrale:

Bij tijdelijk verblijf in het buitenland (maximaal 6 maanden) bent u bij spoedeisende geneeskundige zorg verzekerd van steun van Achmea *health* Alarmcentrale. Voor de vergoeding van eventuele medische kosten moet u een Aanvullende Verzekering hebben.

De meest belangrijke vormen van hulpverlening zijn:

- garantiestelling en administratieve afhandeling bij ziekenhuisopname en overleg met de behandelend arts (iedere 48 uur);
- organiseren van het vervoer vanuit het buitenland naar Nederland;
- inlichten familieleden als u daartoe zelf niet in staat bent;
- organiseren van toezending medicijnen en hulpmiddelen;
- organiseren van communicatie tussen behandelend arts in het buitenland en de huisarts/medisch specialist in Nederland.

In geval van nood kunt u zich in verbinding stellen met de Achmea *health* Alarmcentrale, het telefoonnummer staat op de achterzijde van uw pas.

Fraude

Fraude is het onder valse voorwendselen of op oneigenlijke grond en/of wijze verkrijgen van een vergoeding van verzekeraar of verzekeringsovereenkomst met verzekeraar. Elk uit deze verzekering voortvloeiend recht op vergoeding vervalt indien de verzekeringnemer en/of verzekerde en/of een bij de vergoeding belanghebbende een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven of een onware opgave heeft gedaan met betrekking tot een ingediende vordering of feiten heeft verzwegen die voor de verzekeraar bij de beoordeling van een ingediende vordering van belang kunnen zijn. In een dergelijk geval vervalt elk recht op vergoeding ten aanzien van de gehele vordering, ook voor hetgeen waarover geen onware opgave is gedaan en/of geen verkeerde voorstelling van zaken is gegeven.

Fraude kan voorts tot gevolg hebben dat verzekeraar:

- a** aangifte doet bij de politie;
- b** de verzekeringsovereenkomst(en) beëindigt;
- c** registratie doet in de tussen verzekeraars erkende signaleringssystemen;
- d** uitgekeerde vergoeding en gemaakte (onderzoeks-) kosten terugvordert.

Verzekeringsreglement Ziekenfondswet en AWBZ

Artikel 1 Begripsbepalingen

In dit reglement wordt verstaan onder:

1.1a de zorgverzekeraar: de Onderlinge Waarborgmaatschappij Groene Land PWZ Zorgverzekeraar U.A., KvK nr. 04038100;

1.1b de verzekering: de in de Ziekenfondswet en/of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) geregelde verzekeringen;

1.1c de verzekerde: de bij de zorgverzekeraar ingeschreven verzekerde en, voor wat betreft de ziekenfondsverzekering, - tenzij het tegendeel blijkt - diens medeverzekerde(n);

1.1d de nominale premie: de premie zoals bedoeld in artikel 17 Ziekenfondswet;

1.1e de procentuele premie: de premie, zoals bedoeld in artikel 18 van de Ziekenfondswet, juncto artikel 14 Aanwijzingsbesluit verplicht verzekerden Ziekenfondswet;

1.1f 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.

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.

Artikel 2 Aanmelding en inschrijving

2.1 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.

2.2 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.

2.3 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, voorzover de verzekerde voor de AWBZ verzekerd is.

2.4 De zorgverzekeraar schrijft degene die noch bij een ziekenfonds is ingeschreven, noch bij een ziektekostenverzekeraar is verzekerd, noch deelneemt aan een publiekrechtelijke ziektekostenregeling voor ambtenaren, op diens verzoek in als verzekerde ingevolge de AWBZ. Alvorens tot inschrijving ingevolge de AWBZ over te gaan beoordeelt de zorgverzekeraar of degene die wordt ingeschreven verzekerd is ingevolge de AWBZ.

2.5 De ingeschreven verzekerde ontvangt - mede ten behoeve van zijn medeverzekerden - van de

zorgverzekeraar een bewijs van inschrijving. 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

3.1 De inschrijving geldt voor een termijn van 1 kalenderjaar. Indien echter de inschrijving niet per 1 januari geschiedt, loopt de eerste inschrijvingstermijn tot en met 31 december van het jaar volgend op het jaar waarin de inschrijving plaatsvond.

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 1 kalenderjaar verlengd, tenzij de zorgverzekeraar uiterlijk 2 maanden voor de dag waarop die termijn is verstreken, van de verzekerde een schriftelijke mededeling heeft ontvangen dat hij na afloop van die termijn de inschrijving niet wil verlengen.

3.3 Onverminderd hetgeen dienaangaande in de voorgaande leden 1 en 2, alsmede bij of krachtens de Ziekenfondswet en/of de AWBZ is bepaald, beëindigt de zorgverzekeraar de inschrijving in de verzekering zonder dat daartoe een opzegging door de zorgverzekeraar is vereist:

3.3a met ingang van de dag waarop de verzekerde niet meer aan de vereisten voor inschrijving voor de verzekering voldoet;

3.3b terstond, indien de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar nalatig is, desverlangd schriftelijk, de inlichtingen te verstrekken, die de zorgverzekeraar hem heeft gevraagd ten behoeve van een goede uitvoering van de verzekering, waaronder een juiste vaststelling van de verzekeringsgerechtigdheid en de zorgverzekeraar het gerechtvaardigde vermoeden heeft dat niet langer aan de vereisten voor inschrijving wordt voldaan.

3.4 De zorgverzekeraar beëindigt de inschrijving als medeverzekerde in de verzekering:

3.4a tegelijk met beëindiging van de inschrijving van de verzekerde op wiens verzekering de medeverzekering steunt;

3.4b met ingang van de dag waarop de medeverzekerde niet meer voldoet aan de vereisten voor inschrijving als medeverzekerde;

3.4c 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 en de zorgverzekeraar het gerechtvaardigde vermoeden heeft dat niet langer aan de vereisten voor inschrijving wordt voldaan.

3.5 Een beëindiging van de inschrijving op grond van een daartoe strekkende mededeling van de verzekerde, wordt door de zorgverzekeraar schriftelijk bevestigd. Indien de inschrijving om andere reden een einde neemt, wordt dit door de zorgverzekeraar meegedeeld.

3.6 De verzekerde heeft het recht de inschrijving tussentijds te beëindigen in het geval dat het verzoek is ingediend binnen 2 maanden nadat de zorgverzekeraar de verzekerde mededeling heeft gedaan van een wijziging van de door

hem verschuldigde nominale premie. De inschrijving wordt dan beëindigd per datum dat de nominale premie wordt gewijzigd.

Artikel 4 Verplichtingen van de verzekerde

4.1 De verzekerde, alsmede de gewezen verzekerde, is verplicht:

4.1a 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;

4.1b de verklaringen hem verstrekt ingevolge bij of krachtens de Ziekenfondswet en/of AWBZ gegeven voorschriften zo spoedig mogelijk aan de zorgverzekeraar te doen toekomen;

4.1c 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 medeverzekerden.

4.2 De verplichtingen bedoeld in het eerste lid hebben onder andere betrekking op:

4.2a mutatiekaart, vragenformulieren en verzekeringsverklaring werkgever;

4.2b verandering van werkgever, beëindigen van de dienstbetrekking en/of uitkering, wijziging van het inkomen;

4.2c wijziging van woonplaats en adres;

4.2d wijziging van gezinssamenstelling.

Artikel 5 Schadevergoeding

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 4, lid 1 onder c van dit reglement in kennis te stellen van het einde van zijn verzekering en/of die van zijn medeverzekerden. De schade wordt in beginsel gesteld op een door het College voor Zorgverzekeringen vast te stellen bedrag, gebaseerd op de landelijke gemiddelde jaarlijkse ziektekosten per hoofd van de bevolking in Nederland, berekend 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, indien de werkelijk geleden schade hoger is dan het bedrag waarop de schade bij toepassing van het eerste lid zou zijn vastgesteld.

5.3 Tenzij bij of krachtens de Ziekenfondswet anders is of wordt bepaald, is de zorgverzekeraar, ingeval de verzekerde nalatig is, de bedragen bedoeld in het eerste en tweede lid binnen een door de zorgverzekeraar te bepalen termijn te betalen, bevoegd de door de zorgverzekeraar te maken kosten voor invordering van deze bedragen inclusief de gerechtelijke en buitengerechtelijke inningskosten, ten laste te brengen van de schadelijch verzekerde of gewezen verzekerde.

Artikel 6 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 De zorgverzekeraar heft van de verzekerde voor hem en voor zijn medeverzekerde als bedoeld in artikel 4 lid 1 Ziekenfondswet, voor zover het 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.

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 int de premie bij de verzekerde voor hem en zijn medeverzekerden.

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

Artikel 7 Peildata premie

7.1a De zorgverzekeraar gaat voor het vaststellen van de premie uit van peildata.

7.1b De zorgverzekeraar kan in bijzondere gevallen van de onder a genoemde regel afwijken.

7.2 Als peildatum, bedoeld in het eerste lid onder a geldt iedere eerste dag van een kalendermaand te rekenen vanaf het tijdstip van de aanvang van het recht op de ziekenfondsverzekering en zolang de inschrijving voortduurt. Indien de aanmelding bij de zorgverzekeraar plaatsvindt later dan 60 dagen na de aanvang van het recht op de ziekenfondsverzekering geldt als peildatum iedere eerste dag van een kalendermaand te rekenen vanaf de zestigste dag voor die van de aanmelding en zolang het recht op inschrijving als verzekerde voortduurt.

7.3 De premie wordt berekend over een volledige kalendermaand. De peildatum is de eerste dag van de kalendermaand.

7.4 Het bepaalde in lid 1, onder a is niet van toepassing met betrekking tot degene die zich als ziekenfondsverzekerde aanmeldt met de bedoeling aanspraak te maken op een vergoeding van kosten van geneeskundige verzorging, bedoeld in het bepaalde bij en krachtens artikel 29 van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering over een reeds beëindigde periode van verplichte verzekering ingevolge de Ziekenfondswet.

Artikel 8 Nominale premie verschuldigd

8.1 Voor de verzekering van een verzekerde is over eenzelfde periode slechts éénmaal nominale premie verschuldigd.

8.2 Voor de verzekering van degene die uit hoofde van meer bepalingen ingevolge de Ziekenfondswet is verzekerd, is een nominale premie Ziekenfondswet verschuldigd als ware hij uit hoofde van niet meer dan 1 bepaling verzekerd.

8.3 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 regels die laatstbedoelde zorgverzekeraar toepast, in aanmerking zijn genomen.

Artikel 9 Verhoging nominale premie

9.1 Indien de aanmelding bij de zorgverzekeraar plaatsvindt later dan 60 dagen na de aanvang van het recht op de ziekenfondsverzekering is de premie slechts verschuldigd vanaf de zestigste dag voor die van de aanmelding, met dien verstande dat in dat geval de zorgverzekeraar de premie over die 60 dagen kan verhogen. De verhoging bedraagt ten hoogste de op het tijdstip van aanmelding geldende nominale premie op jaarbasis. Indien de vertraagde aanmelding als bedoeld in de vorige volzin tevens of uitsluitend de medeverzekerde als bedoeld in artikel 6, eerste lid Verzekeringsreglement Ziekenfondswet en AWBZ, betreft, wordt de verhoging voor deze medeverzekerden op overeenkomstige wijze berekend.

9.2 Het bepaalde in het eerste lid van dit artikel is eveneens van toepassing indien de inschrijving van de verzekerde plaatsvindt, zonder dat zijn verzekering op grond van de wet was geëindigd, op een dag later dan 60 dagen na het einde van een inschrijving bij een andere zorgverzekeraar.

9.3 Indien de verhoging wordt berekend over een periode langer dan 1 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

10.1 De verzekerde dient de premie bij voorkeur giraal te voldoen. Hij heeft daarbij de mogelijkheid 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.

10.2 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

11.1 Indien de verzekerde nalatig blijft de verschuldigde premie volgens de gestelde regels te betalen, kan de zorgverzekeraar het verschuldigde bedrag verhogen met administratiekosten, in en buiten rechte gemaakte invorderingskosten, alsmede de wettelijke rente.

11.2 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. De verhoging bedraagt tenminste EUR 2,-. Bij de derde en de volgende aanmaningen bedraagt de verhoging tenminste EUR 22,-, welk bedrag wordt verhoogd met de over het bedrag verschuldigde BTW indien de incasso in handen is gegeven van derden.

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

13.1 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 voor verstrekkingen die krachtens de wet zijn aangewezen.

13.2 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 door de zorgverzekeraar als verstrekking aan de verzekerde verleend.

Artikel 14 Geldend maken van zorgaanspraken

14.1 De verzekerde die zijn aanspraak op zorg geldend wil maken wendt zich daartoe, naar vrije keuze, tot een persoon of instelling in Nederland met wie of waarmee de zorgverzekeraar tot dat doel een zogenoemde medewerkersovereenkomst heeft gesloten. Daartoe maakt de verzekerde een keuze uit zorgverleners in zijn woonplaats of naaste omgeving die met de zorgverzekeraar tot dat doel een overeenkomst heeft gesloten, met dien verstande dat de verzekerde voor zorg te verlenen door een huisarts, tandarts of apotheker behoudens in door de zorgverzekeraar te bepalen uitzonderingsgevallen, zich dient te wenden tot de huisarts, tandarts respectievelijk apotheker, op wiens naam hij staat ingeschreven. De zorgverzekeraar verschaft informatie over namen en adressen van personen en instellingen met wie de zorgverzekeraar een medewerkersovereenkomst heeft gesloten.

14.2 Indien de verzekerde voor het geldend maken van zijn aanspraak op zorg zich wenst te wenden tot een persoon of instelling in Nederland met wie de zorgverzekeraar geen medewerkersovereenkomst heeft gesloten, kan de zorgverzekeraar daartoe vooraf toestemming verlenen, indien zulks voor de verkrijging van de in artikel 13 bedoelde zorg voor de verzekerde nodig is.

14.3 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.

Artikel 15 Zorgaanspraken in het buitenland

15.1 De verzekerde kan zich voor het tot gelding brengen van zijn aanspraak op zorg vanuit Nederland wenden tot een persoon of inrichting in het buitenland, indien de zorgverzekeraar vooraf toestemming heeft verleend en zulks voor de geneeskundige verzorging van de verzekerde nodig is.

15.2 De verzekerde kan zich voorts voor het tot gelding brengen van zijn aanspraak op zorg in andere gevallen dan zoals bedoeld in het eerste lid wenden tot een persoon of inrichting in het buitenland op de voorwaarden zoals bij en krachtens de wet bepaald.

15.3 De verzekerde dient voor het tot gelding brengen van zijn nota's van een apotheek, deze te voorzien van het voorschrift van de arts.

Artikel 16 Farmaceutische zorg

16.1 De verzekerde deelt bij de inschrijving aan de zorgverzekeraar mede op naam van welke apotheker, apotheekhoudende huisarts of instelling die farmaceutische zorg verleent, hij wenst te worden ingeschreven. Daartoe maakt de verzekerde een keuze uit de zorgverleners uit de eigen woonplaats met wie de zorgverzekeraar tot dat doel een overeenkomst heeft gesloten.

16.2 De verzekerde kan een apotheekhoudende huisarts alleen dan als apotheker kiezen, indien hij deze ook als huisarts kiest.

16.3 Onverminderd het bepaalde in de tweede volzin van het eerste lid kan de verzekerde op zijn schriftelijk verzoek worden overgeschreven op naam van een andere zorgverlener voor zijn farmaceutische zorg.

Artikel 17 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 18 Aansprakelijkheid van derden

18.1 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.

18.2 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 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.

18.3 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.

18.4 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.

18.5 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 19 Verval vorderingsrecht

Tenzij bij of krachtens de Ziekenfondswet en/of de AWBZ anders is of wordt bepaald, vervalt elke vordering, die de verzekerde uit hoofde van een in dit reglement genoemde verzekering jegens de zorgverzekeraar krijgt, indien zij niet binnen een jaar na haar ontstaan bij de zorgverzekeraar is ingediend. Het voorgaande lijdt uitzondering indien de verzekerde, naar het oordeel van de zorgverzekeraar, redelijkerwijze niet in staat was de vordering tijdig in te dienen. Het bepaalde in dit artikel heeft geen betrekking op aanspraken op verstrekkingen die de verzekerde uit hoofde van zijn verzekering tot gelding zou kunnen brengen.

Artikel 20 Wijziging reglement

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

Artikel 21 Niet geregelde gevallen

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

Artikel 22 Geschillen

Voor het recht op vergoeding kan geen beroep worden gedaan op telefonische of mondelinge toezeggingen. De zorgverzekeraar zal de verzekerde desgevraagd en voor zover nodig uit eigener beweging informatie verschaffen met betrekking tot klacht- en beroepsmogelijkheden.

Artikel 23 Privacy

Bij de aanvraag van een verzekering of financiële dienst vraagt de zorgverzekeraar om persoonsgegevens. Deze gegevens gebruikt de Achmea Groep voor het accepteren van de aanvraag, het uitvoeren van een verzekeringsovereenkomst of financiële dienst, relatiebeheer en ten behoeve van fraudepreventie. Ook kan de zorgverzekeraar deze gegevens gebruiken om u te informeren over voor u relevante producten en diensten. Als u geen prijs stelt op informatie over producten of diensten, dan kunt u dit schriftelijk melden bij PWZ Achmea, t.a.v. de privacymanager, Postbus 2169, 1500 GD Zaandam.