

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg en OWM CZ Groep U.A. te Tilburg  
Zaak : Eigen risico  
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artf. 19 Zvw en 2.17 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021  
Zaaknummer : 202101842  
Zittingsdatum : 9 februari 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, en
  - 2) OWM CZ Groep U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 18 oktober 2021 heeft verzoeker per klachtenformulier de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een niet-bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Hieraan heeft verzoeker voldaan; op 4 november 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 3 januari 2022 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 4 januari 2022 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Verzoeker heeft, met het daarvoor bestemde formulier, op 13 januari 2022 laten weten dat hij instemt met bindende advisering door de commissie.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Partijen - verzoeker op 17 januari 2022 en de ziektekostenverzekeraar op 18 januari 2022 - hebben laten weten dat zij van deze mogelijkheid geen gebruik willen maken.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de CZ Zorgkeuzepolis (restitutie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Tandarts De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Op 10 september 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief € 149,97 aan eigen risico 2021 bij verzoeker in rekening gebracht.
- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij ongedateerd e-mailbericht heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

#### 4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat hij niet is gehouden het bedrag van € 149,97, dat door de ziektekostenverzekeraar in rekening is gebracht als eigen risico 2021, te voldoen.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

#### 5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering.

#### 6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over het eigen risico zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

##### *Standpunt verzoeker*

- 6.2. Verzoeker heeft aangevoerd dat de zorgverzekering dekking biedt voor bloedonderzoek, röntgenfoto's, neusdruppels en allergietabletten. In de verzekeringsvoorwaarden is duidelijk vermeld dat de hiermee samenhangende kosten 100% worden vergoed. Nergens is vermeld dat hij de kosten waar het nu om gaat zelf moet voldoen. Dit is hem ook niet vooraf meegedeeld door zijn zorgaanbieders of door de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar weigert echter aan zijn verplichtingen te voldoen en heeft de zorgkosten voor een bedrag van € 149,97 bij hem in rekening gebracht. Hiermee is verzoeker het niet eens. Hij betaalt niet voor niets iedere maand € 160,- aan premie.

##### *Standpunt ziektekostenverzekeraar*

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat in 2021 sprake is van een wettelijk verplicht eigen risico van € 385,-. Dit wordt in rekening gebracht op het moment dat de ziektekostenverzekeraar zorgkosten op grond van de zorgverzekering vergoedt. In de toepasselijke regelgeving is vermeld dat bepaalde vormen van zorg zijn uitgesloten van het wettelijk verplicht eigen risico. De zorg die verzoeker heeft ontvangen, valt hier echter niet onder. Dit betekent dat het bedrag van € 149,97 terecht bij hem in rekening is gebracht.

##### *Beoordeling van het geschil*

- 6.4. Iedere verzekerde van 18 jaar en ouder heeft een wettelijk verplicht eigen risico heeft van € 385,-. Dit is door de ziektekostenverzekeraar vermeld in artikel A.12.1. van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering. Hierin staat: "(...) *Verplicht eigen risico betekent dat u de eerste € 385,- aan kosten die u als vergoeding uit uw zorgverzekering zou ontvangen, zelf moet betalen. Pas als u dit hebt gedaan, krijgt u de overige kosten die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen van ons vergoed (...)*". Dit komt overeen met hetgeen de wetgever heeft bepaald in artikel 19 Zvw.
- 6.5. Het wettelijk verplicht eigen risico geldt niet voor die vormen van zorg en/of in die situaties die zijn vermeld in artikel 2.17 Bzv. De ziektekostenverzekeraar heeft een en ander opgenomen in artikel A.12.3 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering.

- 6.6. Uit het declaratieoverzicht van de ziektekostenverzekeraar van 10 september 2021 blijkt dat in 2021 laboratoriumonderzoek heeft plaatsgevonden in het ziekenhuis en dat verzoeker daar ook een röntgenfoto heeft laten maken. Verder blijkt hieruit dat aan verzoeker door de apotheek geneesmiddelen en een neusspray ter hand zijn gesteld. Deze vormen van zorg, te weten medisch specialistische zorg en farmaceutische zorg, zijn door de wetgever niet uitgesloten van het wettelijk verplicht eigen risico. Voorts is niet gebleken dat het eigen risico 2021 reeds vol was gemaakt op 10 september 2021. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 149,97 terecht bij verzoeker in rekening heeft gebracht en dat hij is gehouden dit bedrag aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen.
- 6.7. Hetgeen verzoeker heeft aangevoerd, met name dat uit het vergoedingenoverzicht van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat voornoemde zorg 100% wordt vergoed, is correct. De ziektekostenverzekeraar heeft de declaraties van de zorgaanbieders die voornoemde zorg hebben verleend, dan ook volledig aan hen voldaan. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar het wettelijk verplicht eigen risico bij verzoeker in rekening gebracht. Dit is in overeenstemming met de verzekeringsvoorwaarden en de onderliggende regelgeving. Verzoeker wordt geacht bekend te zijn met de verzekeringsvoorwaarden, zodat hij voorafgaand aan de levering van voornoemde zorg wist, of behoorde te weten, dat het wettelijk verplicht eigen risico bij hem in rekening zou worden gebracht. Op de ziektekostenverzekeraar rust geen andere verplichting dan verzoeker in de verzekeringsvoorwaarden en op zijn website te informeren over het wettelijk verplicht eigen risico. Aan die verplichting heeft hij voldaan. Verzoeker had de mogelijkheid om voorafgaand aan de levering van zorg bij de ziektekostenverzekeraar te informeren naar de toepasselijkheid van het wettelijk verplicht eigen risico. Gesteld noch gebleken is dat verzoeker van deze mogelijkheid gebruik heeft gemaakt. Op de ziektekostenverzekeraar rust geen verdergaande informatieplicht.
- 6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
7. Bindend advies
- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 9 februari 2022

A.I.M. van Mierlo

# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving  
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

---

## Zorgverzekeringswet

---

### Artikel 19

1. Iedere verzekerde van achttien jaar of ouder heeft een verplicht eigen risico van € 385 per kalenderjaar.
2. Het bedrag, genoemd in het eerste lid, wordt jaarlijks geïndexeerd overeenkomstig het verschil in geraamde uitgaven voor de zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, tussen het kalenderjaar waarop het verplicht eigen risico betrekking zal hebben en vergelijkbare uitgaven voor het jaar voorafgaand aan dat kalenderjaar.
3. Indien het geïndexeerde bedrag naar beneden afgerond € 5 of een veelvoud daarvan verschilt van het in het eerste lid genoemde bedrag, wordt dit bedrag bij ministeriële regeling gewijzigd, waarna het in die regeling genoemde bedrag in de plaats treedt van het in het eerste lid genoemde bedrag.
4. Rekeningen voor kosten van zorg of overige diensten worden slechts op het verplicht eigen risico in mindering gebracht, indien deze door de zorgverzekeraar zijn ontvangen voor een bij algemene maatregel van bestuur te bepalen dag van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop het verplicht eigen risico betrekking heeft, tenzij het aan de verzekerde te wijten is dat de rekening niet voor die dag is ingediend.
5. In afwijking van het vierde lid is de zorgverzekeraar gerechtigd het verplicht eigen risico in rekening te brengen indien het aan de verzekerde te wijten is dat de rekening niet voor de bij algemene maatregel van bestuur bepaalde dag is ingediend.
6. Bij algemene maatregel van bestuur wordt bepaald op welke wijze het verplicht eigen risico in mindering wordt gebracht.
7. Het tweede en derde lid blijven buiten toepassing voor de jaren 2019, 2020, 2021 en 2022.

---

## Besluit zorgverzekering

---

### Artikel 2.17

1. Kosten van het gebruik van zorg en overige diensten die buiten het verplicht eigen risico vallen, betreffen kosten van:
  - a. verloskundige zorg en kraamzorg,
  - b. huisartsenzorg,
  - c. multidisciplinaire eerstelijnszorg waar huisartsenzorg deel van uitmaakt,
  - d. gecombineerde leefstijlinterventie,
  - e. de zorg waarop ingevolge dit hoofdstuk aanspraak bestaat aan de donor nadat de periode, bedoeld in artikel 2.5, eerste lid, onderdeel d, is verstreken, voor zover die zorg verband houdt met de opname, bedoeld in artikel 2.5, eerste lid, onderdeel d,
  - f. vervoer, bedoeld in artikel 2.5, tweede lid, en
  - g. verpleging en verzorging als bedoeld in artikel 2.10.
2. De zorgverzekeraar kan bepalen dat kosten van het gebruik van zorg en overige diensten als bedoeld in artikel 11 van de wet geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen, indien:
  - a. de verzekerde gebruik maakt van een door de zorgverzekeraar aangewezen zorgaanbieder,
  - b. de verzekerde een bij ministeriële regeling aangewezen gezondheidsbevorderend of op preventie gericht programma volgt, voor zover dat programma is aangewezen door de zorgverzekeraar en de kosten betrekking hebben op de aandoening waarvoor de verzekerde dat programma heeft gevolgd, of
  - c. de verzekerde gebruik maakt van door de zorgverzekeraar aangewezen farmaceutische zorg of hulpmiddel.
3. De dag, bedoeld in artikel 19, vierde lid, van de wet, is 31 december.

hierbij gelden.

## A.12. Verplicht eigen risico

### A.12.1. Hoogte eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u voor de zorgverzekering een verplicht eigen risico van € 385,- voor een heel jaar. Als de verzekering ingaat of eindigt na 1 januari of als u na 1 januari 18 jaar wordt, is het verplicht eigen risico van dat jaar lager. Zie daarvoor ook artikelen A.12.6. en A.12.7.

Verplicht eigen risico betekent dat u de eerste € 385,- aan kosten die u als vergoeding uit uw zorgverzekering zou ontvangen, zelf moet betalen. Pas als u dit hebt gedaan, krijgt u de overige kosten die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen van ons vergoed.

Een eigen risico is iets anders dan een (wettelijke) eigen bijdrage. Eigen risico en (wettelijke) eigen bijdragen kunnen naast elkaar van toepassing zijn op de verzekerde zorg.

### A.12.2. Verrekening eigen risico

- De kosten van zorg worden verrekend met het verplicht eigen risico van het jaar waarin de zorg is geleverd.  
Wordt in 2 achtereenvolgende jaren gebruik gemaakt van de zorg en op één rekening, in één bedrag in rekening gebracht dan worden de kosten van deze zorg verrekend met het verplicht eigen risico van het eerste jaar.
- Rekeningen worden met het eigen risico verrekend als deze uiterlijk op 31 december van het jaar na behandeling of na opening van de DBC bij ons binnen zijn. Een behandeling op 1 april 2020 mag dus niet meer verrekend worden met het eigen risico als wij de rekening na 31 december 2021 ontvangen.

#### Let op!

De kosten van een DBC-zorgproductcode (behalve de eerstelijns DBC-zorgproductcodes) tellen alleen mee voor het verplicht eigen risico van het jaar waarin een DBC-zorgproductcode is begonnen (opening van de DBC-zorgproductcode). Dit geldt echter niet voor Overige Zorg Producten (OZP's) voor medisch specialistische of specialistische psychiatrische zorg.

### A.12.3. Geen eigen risico

Sommige kosten tellen niet mee voor het verplicht eigen risico. Die kosten krijgt u dus al wel van ons vergoed, ook al hebt u uw verplicht eigen risico van € 385,- nog niet vol gemaakt. De volgende kosten tellen niet mee voor het verplicht eigen

risico:

1. De kosten van huisartsenzorg. Het verplicht eigen risico geldt weer wel voor kosten van zorg die met huisartsenzorg te maken hebben, maar waarbij de zorg ergens anders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht. Deze zorg moet dan wel uitgevoerd worden door een persoon of instelling die een tarief mag vragen dat door de NZa is vastgesteld.

Voorbeeld:

U maakt in een jaar voor € 75,- aan kosten die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen. Het gaat om € 30,- aan kosten voor een consult bij de huisarts. Deze kosten tellen niet mee voor het verplicht eigen risico. Daarnaast gaat het om € 45,- aan kosten voor bloedafname en bloedonderzoek, op verwijzing van de huisarts. Het bloedprikken en laboratoriumkosten voor het bloedonderzoek tellen wel mee voor het verplicht eigen risico. U moet dan € 45,- zelf betalen. De € 30,- voor het huisartsenconsult worden wel door ons vergoed.

2. De kosten van verloskundige zorg en kraamzorg artikelen B.5., B.6. en B.7.

#### Let op!

Het verplicht eigen risico geldt weer wel voor:

- De NIPT uit artikel B.5.3.;
  - opname in een instelling na de bevalling (bijvoorbeeld als u als gezonde moeder in het ziekenhuis blijft terwijl uw kind met medische noodzaak opgenomen is);
  - kosten die hiermee te maken kunnen hebben, maar die in een ander artikel van onze verzekeringsvoorwaarden zijn opgenomen, zoals IVF, ambulancevervoer, medicijnen, hulpmiddelen en (laboratorium of diagnostisch) onderzoek dat niet door de huisarts is gedaan en ook niet door hem in rekening is gebracht.
3. De kosten van zorg voor u als donor vanaf 13 weken (bij levertransplantatie vanaf 6 maanden) na de opname ter selectie of de verwijdering van het transplantatiemateriaal. (zie artikel B.4.7.2.). Het gaat hierbij om zorg die verband houdt met de orgaantransplantatie.
  4. De kosten van vervoer van de donor bij orgaantransplantatie als deze vervoerskosten onder zijn eigen zorgverzekering vallen (zie artikel B.4.7.2).
  5. De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder kosten van inschrijving vallen:
    - een bedrag voor de inschrijving als patiënt.



Wij vergoeden maximaal het tarief dat hiervoor op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (rekening houdend met fiscale wetgeving) is vastgesteld;

- o kosten die te maken hebben met:
  - de manier waarop de geneeskundige zorg in de huisartsenpraktijk of de instelling wordt verleend;
  - de kenmerken van het patiëntenbestand;
  - de plaats van de praktijk of instelling.

Wij moeten hierover met de huisarts of instelling wel een contract hebben afgesloten. In dat contract moeten wij ook hebben afgesproken dat zij deze kosten bij uw inschrijving in rekening mogen brengen.

6. De kosten van ketenzorg.
7. De kosten van wijkverpleging (zie ook artikel B.26.).
8. Hulpmiddelen die wij u in bruikleen geven. Hiervoor zijn geen kosten verschuldigd. Daarom geldt hiervoor het verplicht eigen risico niet. Het verplicht eigen risico geldt weer wel voor de kosten van de verbruiksartikelen en gebruikskosten die samenhangen met het hulpmiddel dat wij u in bruikleen geven.
9. De gehele of gedeeltelijke kosten van zorg en overige diensten als u een programma voor diabetes, depressie, hart- en vaatziekten, chronisch obstructief longlijden, overgewicht, dementie, trombosezorg, incontinentiezorg of stoppen met roken hebt gevolgd, dat wij hebben aangewezen.

Wij hebben hier de kosten voor een Stoppen-met-roken (SMR) programma voor aangewezen inclusief de medicijnen of nicotinevervangende middelen (farmacotherapie) als onderdeel van een SMR programma (zie artikel B.21.2.) en voorgeschreven door een gecontracteerde zorgverlener SMR.

Deze kosten worden wel verrekend met het vrijwillig eigen risico.
10. De kosten van de app Skinvision (zie artikel B.4.3.). Deze kosten worden wel verrekend met het vrijwillig eigen risico.
11. De kosten voor door ons aangewezen zorg als u gebruik maakt van een voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener.

Uitsluitend in de Zorgverzekering Natura Select hebben wij hiervoor de volgende zorg aangewezen:

  - o Fysiotherapie bij Claudicatio Intermittens. Zie artikel B.8.4.
  - o Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie. Zie artikel B.8.2.
  - o Generalistische Basis GGZ en Gespecialiseerde GGZ-zorg die wordt gegeven in de

vorm van een e-Health zorgarrangement. Zie artikel B.19.1. en B.19.2.

In de artikelen van de betreffende zorg kunt u de nadere voorwaarden lezen. Op uw polisblad kunt u zien of u een Zorgverzekering Natura Select hebt afgesloten.

Deze kosten worden wel verrekend met het vrijwillig eigen risico.

Daarnaast geldt geen verplicht eigen risico (en ook geen vrijwillig eigen risico) voor de zorg die onder de vergoeding van uw aanvullende verzekering(en) valt.

Voor medisch specialistische zorg uit de aanvullende verzekering (artikel D.1.) geldt het verplicht eigen risico weer wel voor bijvoorbeeld vooronderzoeken, nacontroles of laboratoriumonderzoek als deze niet onder de DBC van de ingreep vallen.

### **A.12.4. Kosten voor eigen rekening**

Kosten die u op grond van de verzekeringsvoorwaarden zelf moet betalen, tellen niet mee voor het door u te betalen verplicht eigen risico. Het kan hier bijvoorbeeld gaan om (wettelijke) eigen bijdragen.

### **A.12.5. Betaling aan zorgverlener en eigen risico**

Als een gecontracteerde zorgverlener rechtstreeks bij ons declareert, kunnen wij uw kosten rechtstreeks aan de zorgverlener vergoeden. Als u nog een (deel van het) eigen risico moet betalen, vorderen wij dit bedrag bij u terug of verrekenen dit met u.

Als u zelf de rekening naar ons instuurt of als de zorgverlener niet gecontracteerd is, betalen wij aan u als er nog een (deel van het) eigen risico openstaat. U ontvangt van ons dan het bedrag waar u voor verzekerd bent, minus het nog openstaande eigen risico. U moet zelf zorgen voor een volledige en tijdige betaling aan de zorgverlener.

### **A.12.6. Als de zorgverzekering in de loop van het jaar begint, eindigt of verandert**

Als uw zorgverzekering in de loop van het jaar begint of eindigt, betaalt u een evenredig deel van het verplicht eigen risico voor dat deel van het jaar dat de zorgverzekering liep, afgerond op hele euro's.

Wij tellen het aantal dagen van het jaar dat de zorgverzekering loopt en delen dit door het totaal aantal dagen in dat jaar (dat is 365 dagen en 366 dagen bij schrikkeljaren). De uitkomst hiervan vermenigvuldigen wij met € 385,-. De uitkomst wordt afgerond op hele euro's.

### Voorbeeld verplicht eigen risico:

Uw zorgverzekering begint op 23 september 2021. Van 23 september 2021 tot en met 31 december 2021 is 100 dagen. 2021 is geen schrikkeljaar en kent dus 365 dagen. Uw verplicht eigen risico wordt dan:

- € 385,- : 365 = € 1,0547 eigen risico per dag
- € 1,0547 x 100 dagen = € 105,47 eigen risico dat jaar (niet afgerond)
- € 105,47 ronden wij af. De uitkomst is dan € 105,-. Dat is uw verplicht eigen risico voor dat jaar.

### Let op!

Wanneer u binnen een jaar verschillende aangegane zorgverzekeringen hebt bij ons met een verschillend vrijwillig gekozen eigen risico, moeten de naar rato berekende eigen risicobedragen voor dat jaar bij elkaar worden opgeteld.

### Voorbeeld verplicht en vrijwillig eigen risico:

Uw eerste zorgverzekering loopt van 1 januari 2021 t/m 30 juni 2021; dit zijn 181 dagen. U hebt dan alleen het verplichte eigen risico van € 385,-.

Uw tweede zorgverzekering loopt van 1 juli 2021 t/m 31 december 2021 dit zijn 184 dagen. U kiest dan, naast het verplichte eigen risico voor een vrijwillig eigen risico van € 300,-.

Uw (verplicht) eigen risico voor de eerste zorgverzekering wordt dan:

- € 385,- : 365 = € 1,0547 eigen risico per dag
- € 1,0547 x 181 dagen = € 190,90 eigen risico; dat is afgerond € 191,-.

Uw (verplicht en vrijwillig) eigen risico voor uw 2<sup>e</sup> zorgverzekering wordt dan:

- € 385,- + € 300,- = € 685,-
- € 685,- : 365 = € 1,8767 eigen risico per dag
- € 1,8767 x 184 dagen = € 345,31 eigen risico; dat is afgerond € 345,-.

Voor deze 2 periodes tellen wij beide eigen risico bedragen bij elkaar op: € 191,- + € 345,- = € 536,-. Dat is uw eigen risico (verplicht + vrijwillig) voor het gehele jaar.

### A.12.7. Als u 18 jaar wordt

Tot 18 jaar is het verplicht eigen risico € 0,-. Vanaf 18 jaar is dat € 385,- voor een heel jaar. Als de hoogte van uw verplicht eigen risico in de loop van het jaar verandert en u direct voor de wijziging al een zorgverzekering bij ons had, geldt een evenredig deel als verplicht eigen risico, afgerond op hele euro's.

De hoogte van het verplicht eigen risico wordt dan als volgt berekend:

- Wij vermenigvuldigen het bedrag van het verplicht eigen risico met het aantal dagen van dat jaar dat dit verplicht eigen risico gaat gelden;
- De uitkomst daarvan delen wij door het totaal aantal dagen in dat jaar (dat is 365 dagen en 366 dagen bij schrikkeljaren);
- Dat bedrag ronden wij af op hele euro's.

### Voorbeeld:

U hebt een zorgverzekering afgesloten voor u en uw zoon. Op 5 november 2021 wordt uw zoon 18 jaar. Vóór 5 november 2021 had hij geen verplicht eigen risico (€ 0,-) en vanaf 5 november 2021 een verplicht eigen risico van € 385,-. Vanaf 5 november resteren dat jaar nog 57 dagen. Het eigen risico voor uw zoon bedraagt dat jaar dan:

- € 385,- : 365 dagen = € 1,0547 eigen risico per dag.
- € 1,0547 x 57 dagen = € 60,12 eigen risico; dat is afgerond € 60,-. Dit is dan het resterende deel van het eigen risico voor dat jaar, geldend vanaf het moment dat uw zoon 18 jaar is geworden.

### A.12.8. Eerst verplicht en daarna vrijwillig eigen risico

Met de kosten die onder de dekking van de zorgverzekering vallen, maakt u eerst het verplichte eigen risico vol. Als dat is verrekend, komen de kosten voor rekening van het eventueel gekozen vrijwillige eigen risico. Staat dat ook op € 0,- dan krijgt u de kosten die u maakt en die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen vanaf dat moment daadwerkelijk vergoed van ons.

### A.12.9. Gespreide betaling

U (verzekeringnemer) kunt het verplicht eigen risico gespreid betalen.

### Wanneer kunt u deelnemen?

- U hebt op 1 januari bij ons een zorgverzekering;
- U hebt een zorgverzekering met alleen een verplicht eigen risico; u hebt dus niet gekozen voor een vrijwillig eigen risico;
- U bent 18 jaar of ouder;
- Uw aanvraag voor gespreide betaling is voor 1 februari van het jaar waarop het verplicht eigen risico betrekking heeft, bij ons binnen;
- U bepaalt welke verzekerden, genoemd op uw polisblad, u voor deze regeling aanmeldt. Deze deelnemende verzekerden meldt u bij de aanvraag tegelijkertijd aan;
- U betaalt vanaf het 1e kwartaal van het deelnamejaar in 10 termijnen.

### Voorwaarden tijdens deelname

- Deelname wordt jaarlijks verlengd, behalve als u voor 1 februari van het volgende jaar aangeeft dat en voor welke verzekerden u wilt stoppen met deze betalingsregeling.
- U ontvangt een eindafrekening in het 1e kwartaal van het volgende jaar. Hebt u teveel betaald aan verplicht eigen risico, dan betalen wij het (resterende) bedrag uiterlijk in datzelfde kwartaal aan u terug. Als hierna nog rekeningen bij ons binnen komen die met uw verplicht eigen risico van het afgelopen jaar moeten worden verrekend, dan vorderen wij dat bedrag direct bij u terug.

### Einde van de deelname

- Als u niet meer wilt deelnemen, meldt u zich bij ons af.
- Wij kunnen de deelname beëindigen als:
  - niet meer wordt voldaan aan bovenstaande voorwaarden;
  - u niet tijdig betaalt;
  - uw verzekeringssituatie wijzigt in die zin dat de verzekeringnemer of aantal deelnemers verandert.
- Eindigt deelname voor deze betalingsregeling gedurende het jaar, dan ontvangt u direct een eindafrekening. Teveel betaald verplicht eigen risico betalen wij dan aan u terug. Als u nog verplicht eigen risico moet betalen, dan betaalt u dat direct in één keer aan ons. Als hierna nog rekeningen bij ons binnen komen die met uw verplicht eigen risico moeten worden verrekend, dan vorderen wij dat bedrag direct bij u terug.

## A.13. Vrijwillig gekozen eigen risico

### A.13.1. Voorwaarden vrijwillig eigen risico

De artikelen A.12.2., A.12.3. punt 1 tot en met 8 en A.12.4 tot en met A.12.8. over het verplicht eigen risico gelden ook voor het vrijwillig eigen risico van uw zorgverzekering. Daarnaast gelden voor het vrijwillig eigen risico de hierna genoemde verzekeringsvoorwaarden.

### A.13.2. Lagere premie

Naast het verplichte eigen risico, kunt u als u 18 jaar of ouder bent bij uw zorgverzekering kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Hoe hoger dit vrijwillig eigen risico, hoe lager de premie die u (verzekeringnemer) voor uw zorgverzekering betaalt.

U kunt kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,-, of € 500,- per jaar.

Bij een Zorgverzekering Natura JUST kunt u alleen kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 300,- of € 500,- per jaar.

Bij een Zorgverzekering Natura Select kunt u alleen kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 500,- per jaar.

Op aanvullende verzekeringen is geen eigen risico van toepassing.

### A.13.3. Als u 18 jaar wordt

Wij vragen u uiterlijk in de maand vóór de 18<sup>e</sup> verjaardag voor welke hoogte van het vrijwillig eigen risico u wilt kiezen vanaf de 18<sup>e</sup> verjaardag. Reageert u niet of niet op tijd op deze vraag, dan berekenen wij de premie voor uw zorgverzekering zonder vrijwillig eigen risico.

## A.14. Algemene verplichtingen

### A.14.1. Als u verplichtingen niet nakomt

U hebt bepaalde algemene verplichtingen tegenover ons. Deze verplichtingen zijn genoemd in dit artikel. Als u onze belangen schaadt, doordat u deze verplichtingen niet nakomt, hebt u geen recht op dekking van zorg. Ook kunnen wij de vergoedingen die u eerder van ons voor zorg ontving, terugvorderen en hebt u geen recht meer op de zorg of de vergoeding die u nog moet ontvangen voor rekeningen die zijn ingediend.

### A.14.2. Algemene verplichtingen

U bent verplicht:

- te kunnen bewijzen dat u bent wie u zegt te zijn als u zorg inroept bij een instelling voor medisch specialistische zorg of bij een polikliniek.
- de behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur als die daarom vraagt;
- ons, onze medisch adviseur, adviserend tandarts, controleur of de zorgverlener met wie wij een overeenkomst hebben gesloten, te helpen bij het verkrijgen van alle noodzakelijke informatie;
- ons binnen 30 dagen te melden dat u in hechtenis bent genomen of in de gevangenis zit of u daartoe veroordeeld bent;
- ons binnen 30 dagen te melden dat uw hechtenis of gevangenschap is beëindigd;
- ons bij overlijden van de verzekeringnemer of wanneer de verzekeringnemer niet meer bevoegd is zelfstandig over zijn vermogen te beschikken, binnen 30 dagen te laten weten wie de nieuwe verzekeringnemer(s) wordt / wor-