Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen
mr. H.A.J. Kroon, mr. drs. J.W. Heringa en mr. J.J.M. Linders

Zaaknummer: 202500920

Partijen

A. te B., hierna te noemen: verzoeker,

en

1) Salland Zorgverzekeraar N.V. te Deventer, en
2) Salland Aanvullende Verzekeringen N.V. te Deventer, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

1.1. Verzoeker heeft bij ongedateerde brief, ontvangen op 17 juli 2025, de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 3 september 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.

1.2. Bij brief van 3 november 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is aan verzoeker gestuurd, die hierop bij berichten van 26 november 2025, 20 december 2025, en 22 december 2025 heeft gereageerd, onder overlegging van stukken. Kopieën zijn aan de ziektekostenverzekeraar gezonden, die hierop bij brief van 13 januari 2026 heeft gereageerd. Een afschrift van deze brief werd aan verzoeker gestuurd.

1.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 1 april 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gezonden.

2. Vaststaande feiten

2.1. Verzoeker was tot 9 maart 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering). Voorts werden ten behoeve van verzoeker de aanvullende ziektekostenverzekeringen No Risk I en II afgesloten (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering).

2.2. De voormalig werkgever heeft op 9 maart 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gemeld dat verzoeker vanaf dat moment niet meer bij hem werkzaam was. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering beëindigd. Met ingang van 10 maart 2025 ontvangt verzoeker een Ziektewetuitkering.
Hij heeft op 10 maart 2025 medisch-specialistische zorg gehad, waarvan de kosten bij de ziektekostenverzekeraar zijn gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 17 april 2025 aan verzoeker meegedeeld dat de gedeclareerde kosten ten bedrage van € 63,- niet worden vergoed vanwege het ontbreken van een verzekeringsovereenkomst.

2.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd en ook verzocht om vergoeding van de kosten van een op 11 maart 2025 aan hem afgeleverd geneesmiddel (€ 4,91). Bij brief van 20 mei 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn afwijzing handhaaft.

2.4. Desgevraagd heeft de Sociale Verzekeringsbank (SVB) bij brief van 4 september 2025 aan verzoeker meegedeeld dat hij in ieder geval vanaf 9 maart 2025 verzekeringsplichtig was voor de Wet langdurige zorg en daarom gehouden was een zorgverzekering af te sluiten.

3. Standpunt verzoeker

3.1. Verzoeker heeft eerst aan de commissie verzocht te bepalen dat zijn zorgverzekering ten onrechte met ingang van 9 maart 2025 door de ziektekostenverzekeraar werd beëindigd. De ziektekostenverzekeraar dient de, als gevolg daarvan, voor rekening van verzoeker gebleven kosten te vergoeden, eventueel vanuit een oogpunt van billijkheid. Voorts moet de ziektekostenverzekeraar zijn communicatie in voorkomend geval verbeteren, met name voor verzekerden met psychosociale risico's.

3.2. In zijn e-mailbericht van 29 juli 2025 stelt verzoeker dat de beëindiging van de zorgverzekering voor hem heeft geleid tot financieel verlies, beperkingen in de gezondheidszorg en een schending van zijn rechten als verzekerde. Hij licht toe dat hij indertijd zijn baan verloor en noch van zijn voormalig werkgever noch van de ziektekostenverzekeraar informatie ontving. Hierdoor wist hij niet dat hij onverzekerd was geraakt en was hij niet in staat adequaat te handelen. Pas op 24 juli 2025 ontdekte hij het "opzeggingsdocument" per ongeluk in het klantenportaal van de ziektekostenverzekeraar. Het was niet zijn wens de zorgverzekering op te zeggen of onverzekerd te raken. Over zijn verzekeringssituatie heeft hij diverse malen contact gehad met de ziektekostenverzekeraar, onder andere op 11 maart 2025.
Verzoeker woonde op dat moment in een opvanghuis. Hierdoor was het voor hem moeilijk correspondentie te ontvangen en administratieve zaken af te wikkelen. Daarnaast was hij vlak daarvoor slachtoffer geworden van een gewelddadige aanval en kampte hij met PTSS en een depressie. De ziektekostenverzekeraar had daarmee rekening moeten houden en zijn communicatie rond de opzegging hieraan moeten aanpassen.
Volgens verzoeker is het feit dat hij niet is gekend in de beëindiging van de verzekering in strijd met de goede trouw (artikelen 6:2 en 6:248 van het Burgerlijk Wetboek) en de plicht hem als klant te beschermen (artikelen 5 en 6 Zorgverzekeringswet, artikel 6:162 van het Burgerlijk Wetboek en de Algemene Verordening Gegevensbescherming).
Toen hij zich op 26 maart 2025 bij een andere zorgverzekeraar aanmeldde bleek het niet mogelijk met terugwerkende kracht een aansluitende verzekering af te sluiten, hoewel de Zorgverzekeringswet de mogelijkheid daartoe kent. Als gevolg hiervan kon hij tijdelijk geen gebruik maken van verzekerde zorg en kon een consult bij een neuroloog ten bedrage van € 200,- niet plaatsvinden. Andere medische kosten heeft verzoeker zelf betaald. Het gaat hierbij om kosten van medisch specialistische zorg, te weten beeldvormig onderzoek van de ribben (€ 63,-) en een geneesmiddel (ibuprofen 400 mg, € 4,91). Verzoeker doet in dit verband een beroep op artikel 13 van de Zorgverzekeringswet.

3.3. Verzoeker stelt in zijn ongedateerde brief, gericht aan de commissie, dat de huisarts al vóór de einddatum van de zorgverzekering zijn gezondheidstoestand had beoordeeld en had vastgesteld dat aanvullend, beeldvormend onderzoek in het ziekenhuis nodig was. Hiervoor is tijdens de looptijd van de verzekering al een afspraak gemaakt. Om objectieve, financiële redenen werd de afspraak verzet. Volgens verzoeker was de behandeling feitelijk al vóór 9 maart 2025 begonnen en is alleen om organisatorische of capaciteitsredenen de specifieke datum verschoven. Hij verwijst naar de artikelen 11 en 14 van de Zorgverzekeringswet. Verder stelt verzoeker dat

formele administratieve redenen (de startdatum van de Diagnose Behandelcombinatie), gelet op de artikelen 6:248 en 6:258 van het Burgerlijk Wetboek, geen reden mogen zijn om vergoeding te weigeren. Een zodanige weigering is ook in strijd met internationale en EU-regelgeving, met name artikel 35 van het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie, Richtlijn 2011/24/EU en artikel 8 van het Europese Verdrag voor de Rechten van de Mens.

3.4. In zijn e-mailbericht van 26 november 2025 heeft verzoeker verklaard dat met het herstel van de zorgverzekering met terugwerkende kracht het geschil niet is opgelost, omdat de verzekering werd beëindigd tijdens een lopende ziekteperiode, waarvan hij op 7 maart 2025 melding had gemaakt. Hierdoor heeft hij enige tijd geen dekking gehad en is hij noodzakelijke medische zorg misgelopen. Dit heeft geleid tot financiële en gezondheidsschade. Ook staan er nog vragen open over de reden en de rechtmatigheid van de beëindiging, de communicatie tussen de voormalige werkgever en de ziektekostenverzekeraar, en de gevolgen van de onderbreking van de behandeling en de kosten. Verzoeker verklaart aanzienlijke immateriële schade te hebben geleden door onzekerheid, stress en verslechtering van zijn gezondheid in de onverzekerde periode.

3.5. In reactie op de vraag om verheldering van de klacht, namens de commissie gesteld op 2 december 2025, heeft verzoeker verklaard het niet eens te zijn met de beslissing van de ziektekostenverzekeraar de einddatum van de aanvullende ziektekostenverzekering niet te verleggen. Dit is zijns inziens in strijd met artikel 6:248 van het Burgerlijk Wetboek. Verder stelt hij dat de beëindiging van de verzekering was gebaseerd op valse verklaringen. Werkgeversgegevens bewijzen dat de verzekering na 9 maart 2025 is voortgezet. Hierin is namelijk sprake van “ZW”, hetgeen volgens verzoeker staat voor Ziektekostenwet.
Verzoeker merkt voorts op dat bij de ziektekostenverzekeraar bekend was dat hij op 6 en 7 maart 2025 de huisarts bezocht. Dit betreft een verzekerde gebeurtenis. De behandeling is op dat moment gestart, en de medisch specialistische zorg en geneesmiddelen zijn een direct gevolg van de verwijzing door de huisarts. Verzoeker verwijst opnieuw naar artikel 13 van de Zorgverzekeringswet.
Toen verzoeker zich in het ziekenhuis meldde voor een consult bij de neuroloog werd de afspraak geannuleerd en werd hem zorg geweigerd. Dit leverde een direct gezondheidsrisico op.
Gelet op het voorgaande dient de ziektekostenverzekeraar de einddatum van de aanvullende ziektekostenverzekering te wijzigen naar 25 maart 2025. Ook moet hij alle medische kosten (waaronder die van het ziekenhuis en de apotheek) vergoeden zonder aftrek van het eigen risico. Verder vraagt verzoeker de commissie te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar nalatig is geweest door zich te baseren op onjuiste gegevens en door hem de behandeling door de neuroloog te weigeren.

3.6. In zijn bericht van 22 december 2025 voert verzoeker aan dat zijn voormalig werkgever hem onrechtmatig heeft ontslagen tijdens zijn ziekte, waardoor hij midden in de behandeling de verzekeringsdekking verloor. Dit is in strijd met het doel van de aanvullende ziektekostenverzekering, te weten het waarborgen van de sociale zekerheid door het dekken van het wettelijk verplicht eigen risico. De voormalig werkgever is eigen risicodrager voor de Ziektewet en de periode waarin een weknemer op grond van die wet een uitkering ontvangt wordt beschouwd als een voortzetting van de arbeidsrelatie. Het UWV heeft het recht op uitkering vanaf 26 februari 2025 erkend. De arbeidsovereenkomst werd, gelet op artikel 7:670 van het Burgerlijk Wetboek ten onrechte door de voormalig werkgever beëindigd.

3.7. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop – naar de commissie begrijpt – nog aangevoerd dat de beëindiging van zijn verzekering consequenties heeft gehad. Vooral financiële consequenties. Door de ziektekostenverzekeraar is een fout gemaakt, en later heeft hij een verzoek gedaan op grond van de artikelen 11, 13 en 14 van de Zorgverzekeringswet. Hij is ziek geworden en zijn behandeling is afgebroken. Hij kreeg onder andere medicatie en er is een X-Ray gemaakt. In de

laatste week waren er twee verschillende artsen bij zijn behandeling betrokken, waaronder de huisarts. Er waren problemen met zijn adres. Hierin zijn diverse fouten gemaakt, ook door de werkgever. De ziektekostenverzekeraar had het goede adres moeten hanteren alvorens hem een bericht te sturen. De ziektekostenverzekeraar heeft hem niet goed behandeld en heeft ervoor gezorgd dat een lopende behandeling is stopgezet. De ziektekostenverzekeraar lijkt er meer te zijn vanwege commerciële redenen dan voor de cliënt. Intussen is hij al twee jaar onder behandeling van een arts. Hij wist in het begin, toen hij net bij deze werkgever begon, ook niet hoe alles werkte met de verplichte verzekering.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn e-mailbericht van 20 mei 2025 verklaard dat de zorgverzekering is beëindigd met ingang van 9 maart 2025. De kosten van de medisch specialistische zorg en het geneesmiddel zijn buiten de verzekerde periode gemaakt, namelijk op 10 respectievelijk 11 maart 2025. Hierbij heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker erop gewezen dat onder overlegging van de beslissing van het UWV de ingangsdatum van de verzekering bij de nieuwe zorgverzekeraar mogelijk kan worden gewijzigd.

4.2. In zijn brief van 3 november 2025, gericht aan de commissie, heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de aanvullende ziektekostenverzekering alleen kan worden afgesloten op basis van collectiviteitsafspraken. De combinatie van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering wordt de Flexpolis genoemd, en deze is bedoeld voor arbeidsmigranten of expats, die geen ingezetenen als bedoeld in de Wet langdurige zorg zijn, maar als niet-ingezetenen op grond van een loondienstverband onder genoemde wet vallen en die daarmee verzekeringsplichtig zijn voor de Zorgverzekeringswet. Deze verzekeringsplicht eindigt doorgaans als het loondienstverband eindigt. Van dat laatste ontvangt de ziektekostenverzekeraar bericht van de werkgever. De aan- en afmelding voor de verzekering en de incasso van de premie vinden plaats via de werkgever, op basis van een door de werknemer afgegeven machtiging.
Voor de aan- en afmelding wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van een (zakelijk) portaal. De werkgever dient bij de afmelding te vermelden of sprake is van bijzondere omstandigheden in verband met het eindigen van het dienstverband, die maken dat de verzekeringsplicht van betrokkene zou kunnen doorlopen. Ook de verzekerde wordt over de afmelding geïnformeerd, waarbij wordt verzocht per omgaande aan te geven of sprake is van het ontvangen van een Ziektewetuitkering of een andere reden dat de verzekeringsplicht op grond van de Zorgverzekeringswet zou kunnen doorlopen.
In dit geval werd bij de afmelding door de werkgever alleen vermeld “einde dienstverband”. De ziektekostenverzekeraar heeft hieruit geconcludeerd dat ook de verzekeringsplicht was geëindigd. Bij brief van 10 maart 2025 is verzoeker hierover geïnformeerd, waarbij hem is verzocht door te geven of sprake is van een WW- dan wel Ziektewetuitkering. Hierop is in eerste instantie geen reactie gekomen. Deze brief werd gestuurd naar het adres waar verzoeker op dat moment stond ingeschreven.
Naar aanleiding van de inmiddels ontvangen SVB-verklaring is de ziektekostenverzekeraar bereid de zorgverzekering te herstellen en deze te laten doorlopen tot 26 maart 2025, tegen betaling van de premie. Voor zover vallend onder de dekking van de verzekering zullen de ingediende nota’s alsnog worden vergoed.
Met betrekking tot de informatievoorziening verklaart de ziektekostenverzekeraar dat hij een notificatie-e-mailbericht heeft gestuurd naar het bij hem bekende mailadres van verzoeker. Hierbij is verwezen naar eerdergenoemde brief en de in de Mijn-omgeving geplaatste informatie. Het door verzoeker aangehaalde telefoongesprek van 11 maart 2025 is bij de ziektekostenverzekeraar niet geregistreerd. Van een gesprek op 25 maart 2025 is genoteerd dat verzoeker is verteld dat hij een nieuwe zorgverzekering kon aanvragen via de website. Ook is hem het telefoonnummer van het UWV verstrekt.

4.3. Bij brief van 13 januari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard niet bekend te zijn met een melding van verzoeker van 7 maart 2025. De in het geding zijnde nota's zijn inmiddels vergoed volgens de verzekeringsvoorwaarden. Er is geen verdere financiële schade bekend. Ook is de ziektekostenverzekeraar niet bekend met door verzoeker opgelopen gezondheidsschade in de onverzekerde periode. Tot vergoeding van immateriële schade ziet hij geen aanleiding. Los daarvan kan de commissie op grond van het toepasselijke reglement hiervoor geen vergoeding toekennen.
De ziektekostenverzekeraar licht toe dat de voormalig werkgever van verzoeker eigen risicodrager is voor de Ziektewet. Verzoeker is destijds niet ziek gemeld, maar hij heeft zelf een aanvraag gedaan bij het UWV. De ziektekostenverzekeraar is bereid de aanvullende ziektekostenverzekering in stand te laten tot 26 maart 2025 en het eigen risico voor de medisch specialistische behandeling alsnog te vergoeden ten laste van die verzekering. Aan verzoeker zal € 63,- worden overgemaakt. Het geneesmiddel betreft een zelfzorggeneesmiddel dat niet voorkomt in het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem en waarvoor geen dekking bestaat onder de zorgverzekering.
De ziektekostenverzekeraar bestrijdt dat hij nalatig is geweest. Verzoeker is diverse malen verzocht om informatie over zijn omstandigheden. De UWV-gegevens zijn hem nu pas bekend geworden. Ook van de behandeling bij de neuroloog, de noodzaak hiervan, de gestelde kosten en de annulering van het consult was de ziektekostenverzekeraar eerder niet op de hoogte.

4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat de polis op naam staat van verzoeker, en deze is beëindigd op verzoek van de werkgever. In de brief van 3 november 2025 staat een uitleg waarom dit is gebeurd. In de meeste gevallen waarin iemand in deze positie is verzekerd, eindigt de verzekering wanneer het contract met de werkgever eindigt. Daarom wordt een polis beëindigd als gevolg van een melding van een werkgever. De ziektekostenverzekeraar vraagt de werkgever dan wel mee te delen of er bijvoorbeeld sprake is van ziekte. De werkgever van verzoeker heeft dit niet genoemd. Aan de verzekeringnemer wordt vervolgens een bericht gestuurd, zowel naar het huisadres als naar het e-mailadres. Het adres dat is gebruikt is correct. Het is vervelend dat deze informatie verzoeker niet heeft bereikt. Zodra de juiste informatie werd ontvangen, is een en ander hersteld. Meer kon de ziektekostenverzekeraar ook niet doen. De ziektekostenverzekeraar is bereid te betalen voor medische kosten die tijdens de met terugwerkende kracht verzekerde periode hebben plaatsgevonden. Verzoeker moest in eerste instantie premie betalen, maar dit is ook teruggestort. Dit is in rekening gebracht bij de werkgever. Desgevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat er een contract is met de werkgever en daarom mag hij de overeenkomst beëindigen. Er is een werkcontract waarin staat dat de verzekerde periode gelijk staat aan het werkcontract, de werkgever is verantwoordelijk voor de verzekering. Daarom sluit hij deze af. Verzoeker is de verzekeringnemer en hij heeft een volmacht aan de werkgever verstrekt om namens hem te handelen aangaande de gesloten zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 5.13 van de Algemene bepalingen van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over de verzekeringsplicht, het eigen risico, medisch specialistische zorg, en geneesmiddelen en ook die uit de Wet langdurige zorg (Wlz) over wie verzekerd is, 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.

6.2. De commissie neemt bij de beoordeling van het geschil het gewijzigde verzoek en de daaropvolgende correspondentie als uitgangspunt. Hieruit komen vier geschilpunten naar voren:
(i) de beëindiging van de zorgverzekering met ingang van 9 maart 2025,
(ii) de beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 9 maart 2025,
(iii) de vergoeding van de gemaakte medische kosten, en
(iv) het verwijt dat de ziektekostenverzekeraar nalatig is geweest. De commissie overweegt ten aanzien hiervan als volgt.

Beëindiging zorgverzekering

6.3. Wie verzekerd is ingevolge de Wlz is geregeld in de artikelen 2.1.1 en 2.1.2 Wlz. Hierbij gaat het om een persoon die (i) Nederlands ingezetene is, of (ii) geen ingezetene in Nederland is, maar ter zake van in Nederland of op het continentaal plat in dienstbetrekking verrichte arbeid aan de loonbelasting is onderworpen. In het Besluit uitbreiding en beperking kring der verzekerden volksverzekeringen 1999 zijn hieraan bepaalde groepen personen toegevoegd onderscheidenlijk hiervan uitgezonderd.
Wlz-verzekerden zijn in beginsel verplicht een zorgverzekering af te sluiten, met uitzondering van gemoedsbezwaarden en militairen in actieve dienst.
De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat verzoeker bij hem was verzekerd op basis van de Flexpolis, een collectieve verzekering bedoeld voor arbeidsmigranten of expats, die geen ingezetenen zijn, maar als niet-ingezetenen op grond van een loondienstverband onder de Wlz vallen en verzekeringsplichtig zijn voor de Zvw. Voor deze groep geldt dat de verzekeringsplicht doorgaans eindigt als het loondienstverband eindigt. Over de aan- en afmelding heeft de ziektekostenverzekeraar afspraken gemaakt met de werkgevers. In dit geval is verzoeker afgemeld met de mededeling “einde dienstverband”, kennelijk zonder verdere toelichting.
De commissie overweegt dat, waar het gaat om de zorgverzekering, gelet op artikel 6 Zvw – welk artikel ten grondslag ligt aan artikel 3.4 van de Algemene bepalingen - die enkele mededeling onvoldoende is om te concluderen dat de verzekeringsplicht van verzoeker was geëindigd. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband echter onweersproken gesteld dat verzoeker de werkgever gemachtigd had namens verzoeker met werkgever afspraken te maken over de zorgverzekering en de aanvullende verzekering, en dat aan verzoeker op 10 maart 2025 een brief is gestuurd, waarvan door hem in de procedure een kopie is overgelegd. Deze brief werd gestuurd naar het bekende woonadres, en in hierin wordt gesteld: “*If you are receiving unemployment or sickness benefit from the UWV, please send us a copy of the decision from the UWV granting you this benefit and your most recent payment specification.*” Het staat vast dat verzoeker hier op dat moment geen gevolg aan heeft gegeven. Ook op een notificatie-e-mailbericht werd door verzoeker niet gereageerd. Gesteld noch gebleken is dat het daarbij gehanteerde e-mailadres onjuist is. De door de ziektekostenverzekeraar gevolgde handelwijze is in overeenstemming met artikel 5.3 van de Algemene bepalingen.
Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de ziektekostenverzekeraar rond de datum van beëindiging van de zorgverzekering geen aanwijzingen had dat verzoeker – als niet-ingezetene - nog steeds verzekeringsplichtig zou kunnen zijn. Hij mocht daarom concluderen dat de zorgverzekering met ingang van 9 maart 2025 moest worden beëindigd.

Aanvullende ziektekostenverzekering

6.4. Voor de aanvullende ziektekostenverzekering ligt het in zoverre anders dat de deelname niet wordt bepaald door de wet- en regelgeving, maar door de afspraken, gemaakt tussen de ziektekostenverzekeraar en de voormalig werkgever van verzoeker. De mededeling “einde dienstverband” was in dat verband voldoende om te besluiten dat verzoeker met ingang van 9 maart 2025 geen recht meer had op deelname aan deze verzekering.

6.5. Verzoeker heeft zich op 26 maart 2025 aangemeld bij een andere zorgverzekeraar. Of deze gehouden was een aansluitende zorgverzekering aan te bieden vormt in deze procedure geen onderwerp van geschil. De betrokken zorgverzekeraar is hierbij immers geen partij.
De commissie constateert verder dat de ziektekostenverzekeraar lopende de procedure heeft vastgesteld dat verzoeker, omdat hij een Ziektewetuitkering ontvangt, ook na 9 maart 2025 aanspraak had op de zorgverzekering en voortzetting van de aanvullende ziektekostenverzekering. Hierover bestaat tussen partijen dan ook geen geschil (meer). Hetgeen verzoeker heeft gesteld over het handelen van zijn voormalig werkgever moet de commissie voor kennisgeving aannemen, daar zij niet bevoegd is hierover te oordelen. Met het herstel van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering behoeft het door verzoeker, onder verwijzing naar Nederlandse, Europese en internationale regelgeving, hierover gestelde geen verdere bespreking.

Vergoeding gemaakte medische kosten

6.6. Door verzoeker zijn twee nota’s overgelegd. De eerste heeft betrekking op medisch specialistische zorg en betreft een bedrag van € 63,-. De kosten van medisch specialistische zorg vallen onder de dekking van de zorgverzekering, zoals blijkt uit het bepaalde op bladzijde 61 e.v. van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hierbij is het eigen risico van toepassing. Na het herstel van de zorgverzekering met terugwerkende kracht heeft de ziektekostenverzekeraar de betreffende kosten vergoed onder inhouding van het wettelijk verplicht eigen risico. In artikel 2.1 van de Algemene bepalingen in samenhang met artikel 5 van de Specifieke bepalingen Basisverzekering is onder andere opgenomen dat hiervoor de startdatum van de Diagnose Behandelcombinatie bepalend is. Anders dan verzoeker meent is de medisch specialistische zorg geen onderdeel van de bij de huisarts aangevangen behandeling, maar een apart traject. Gesteld noch gebleken is dat het eigen risico 2025 op dat moment al was vol gemaakt, zodat genoemd bedrag op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering terecht werd verrekend. Nadat ook de aanvullende ziektekostenverzekering was hersteld is aan verzoeker € 63,- vergoed vanwege het verrekende eigen risico. De commissie concludeert dat over deze nota geen geschil meer bestaat tussen partijen.
De tweede nota ziet op ibuprofen 400 mg en betreft een bedrag van € 4,91. Hierover merkt de commissie op dat sprake is van een geregistreerd geneesmiddel dat niet door de minister van VWS is aangewezen in het kader van artikel 2.8, eerste lid, onder a, Bzv. De kosten hiervan vallen niet onder de dekking van de zorgverzekering, zoals beschreven op bladzijde 36 e.v. Ook de aanvullende ziektekostenverzekering dekt dergelijke zelfzorggeneesmiddelen niet. De commissie concludeert dat vergoeding van het bedrag van € 4,91 terecht door de ziektekostenverzekeraar werd geweigerd.

6.7. Waar het de kosten van het consult bij de neuroloog betreft, stelt de commissie vast dat de betreffende afspraak op de geplande datum kennelijk geen doorgang heeft gevonden. Het moet er daarom voor worden gehouden dat het door verzoeker genoemde bedrag van € 200,- niet bij hem in rekening is gebracht. Voor zover dit anders zou zijn, is door verzoeker geen nota of bewijs van betaling overgelegd. Van andere dan de hiervoor besproken medische kosten, gemaakt in de periode tussen 9 en 26 maart 2025, is de commissie niet gebleken.

6.8. Eventuele nota's die betrekking hebben op de periode waarin verzoeker onverzekerd was kan hij nog indienen. Op dit moment zijn alle ingediende nota's op de juiste wijze afgehandeld.

Nalatigheid ziektekostenverzekeraar

6.9. Met betrekking tot eerdergenoemd consult bij de neuroloog heeft verzoeker gesteld dat dit door nalatigheid van de ziektekostenverzekeraar niet kon doorgaan. De commissie volgt verzoeker hierin niet. Zoals al is geconstateerd mocht de ziektekostenverzekeraar, bij uitblijven van informatie van de voormalig werkgever en het niet reageren door verzoeker op de brief en het e-mailbericht, concluderen dat de verzekeringsplicht op grond van de Zvw was geëindigd en overgaan tot beëindiging van de zorgverzekering. Dat het later anders bleek te liggen omdat aan verzoeker op basis van een door hemzelf gedane aanvraag een Ziektewetuitkering werd toegekend doet hieraan niet af.
In het licht van het oorspronkelijke verzoek betreft het verwijt van verzoeker ook de communicatie, met name die met verzekerden met psychosociale risico's. De commissie merkt hierover op dat zij niet inziet wat de ziektekostenverzekeraar in dit verband anders had kunnen of moeten doen, mede gezien het bepaalde in artikel 5.3 van de Algemene bepalingen. Er zijn – in het kader van de collectiviteit – afspraken gemaakt met de werkgevers over de afmelding. Daarnaast is een brief aan verzoeker gestuurd, waarin hij is geïnformeerd over de mogelijke voortzetting van de zorgverzekering. Hierop is later nog een notificatie-e-mailbericht gevolgd. Aldus is voor de communicatie gebruik gemaakt van verschillende kanalen. Dat verzoeker te maken had met uiteenlopende problemen – enerzijds van praktische aard omdat hij woonde in een opvanghuis, en anderzijds van psychische aard (PTSS en depressie) – was bij de ziektekostenverzekeraar destijds niet bekend en zou vermoedelijk ook geen verschil hebben gemaakt voor de wijze van communiceren, zowel met betrekking tot de gebruikte kanalen, de inhoud van de boodschap, en de taal waarin deze werd gesteld (Engels).

6.10. In zijn correspondentie maakt verzoeker melding van gezondheidsschade en immateriële schade, overigens zonder deze schade te specificeren of te kwantificeren. Gelet op het bepaalde in artikel 21 van het Reglement voor het behandelen van klachten door de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen, dat in een beperkt aantal gevallen een vergoeding voor gemaakte kosten kent, kan de commissie voor dergelijke schade geen vergoeding toekennen. De commissie ziet wel aanleiding te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het klachtgeld van € 37,- moet vergoeden.

Slotsom

6.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat:
(i) het verzoek wordt afgewezen;
(ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het klachtgeld van € 37,-- moet vergoeden.

Zeist, 29 april 2026,

H.A.J. Kroon

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.
Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Voorwaarden zorgverzekering

2. Wetgeving

Zorgverzekeringswet

Artikel 2

1. Degene die ingevolge de Wet langdurige zorg en de daarop gebaseerde regelgeving van rechtswege verzekerd is, is verplicht zich krachtens een zorgverzekering te verzekeren of te laten verzekeren tegen het in artikel 10 bedoelde risico.

(…)

Zorgverzekeringswet

Paragraaf 3.4. Het eigen risico

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 tot en met 2025.

Artikel 20

1. De zorgverzekeraar biedt van iedere zorgverzekering met een bepaalde combinatie van te verzekeren prestaties als bedoeld in artikel 11, eerste lid, een variant zonder vrijwillig eigen risico aan.

2. De zorgverzekeraar kan voor de verzekering van een persoon van achttien jaar of ouder varianten van de zorgverzekering aanbieden met een vrijwillig eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar, waartegenover hij een korting op de grondslag van de premie verleent.

3. De korting mag afhangen van:

a. de omvang van het voor de verzekerde gekozen vrijwillig eigen risico;
b. het aantal kalenderjaren waarvoor een vrijwillig eigen risico voor de verzekerde gegolden heeft.

4. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op welke premiekorting bij welk vrijwillig eigen risico voor welk aantal kalenderjaren geldt.

5. Indien de zorgverzekeraar een of meer van de door hem aangeboden vrijwillige eigen risico’s laat vervallen, geeft de zorgverzekeraar de verzekeringnemers die een zorgverzekering met zo’n vrijwillig eigen risico hebben afgesloten, de mogelijkheid om te kiezen voor een zorgverzekering met een lager of zonder vrijwillig eigen risico.

Artikel 21

1. Het percentage van de kosten van zorg of overige diensten dat ten laste gaat van het verplicht eigen risico, wordt bij algemene maatregel van bestuur vastgesteld.

2. In afwijking van het eerste lid kunnen bij algemene maatregel van bestuur vormen van zorg of overige diensten worden aangewezen waarvoor de kosten geheel, gedeeltelijk of in het geheel niet onder het verplicht eigen risico vallen.

3. In afwijking van het eerste lid kunnen bij algemene maatregel van bestuur vormen van zorg of overige diensten worden aangewezen waarvan de zorgverzekeraar, onder bij die maatregel te bepalen voorwaarden, kan bepalen dat de kosten geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen.

4. De zorgverzekeraar kan vormen van zorg of overige diensten aanwijzen waarvan de kosten niet onder het vrijwillig eigen risico vallen, met dien verstande dat bij algemene maatregel van bestuur vormen van zorg of overige diensten kunnen worden aangewezen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk buiten het vrijwillig eigen risico vallen.

Artikel 22

1. Indien een zorgverzekering niet op 1 januari van een kalenderjaar ingaat of eindigt, is het in dat kalenderjaar voor die overeenkomst geldende bedrag van het verplicht eigen risico en indien dat van toepassing is, vrijwillig eigen risico gelijk aan het voor het gehele kalenderjaar geldende bedrag, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in dat kalenderjaar waarover de zorgverzekering zal lopen of heeft gelopen, en de noemer aan het aantal dagen in het desbetreffende kalenderjaar.

2. In afwijking van het eerste lid wordt het in het kalenderjaar geldende bedrag van het vrijwillig eigen risico indien dat gedurende het kalenderjaar wijzigt en de verzekeringnemer onmiddellijk voorafgaande aan die wijziging reeds een zorgverzekering met de zorgverzekeraar had gesloten, als volgt berekend:

    a. ieder bedrag aan vrijwillig eigen risico dat in het desbetreffende kalenderjaar heeft gegolden of zal gelden, wordt vermenigvuldigd met het aantal in dat jaar gelegen dagen waarvoor dat risico gold of zal gelden;
    b. de op grond van onderdeel a berekende bedragen worden bij elkaar opgeteld;
    c. het op grond van onderdeel b berekende bedrag wordt gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar.

3. Het op grond van het eerste of tweede lid berekende bedrag wordt afgerond op hele euro’s.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.8

1. Farmaceutische zorg omvat terhandstelling van of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van:

a. de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar;
b. mits het rationele farmacotherapie betreft, geneesmiddelen als bedoeld in:
   1°. artikel 40, derde lid, onder a, van de Geneesmiddelenwet,
   2°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in Nederland zijn bereid door een fabrikant als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder mm, van die wet,
   3°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht en bestemd zijn voor een patiënt van hem die aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners,
   4°. artikel 40, derde lid, onder c, van de Geneesmiddelenwet, die in de handel zijn in een andere lidstaat van de Europese Unie of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland zijn gebracht, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel als bedoeld onder a dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet, of
   5°. artikel 52, eerste lid, van de Geneesmiddelenwet, indien het geneesmiddel dient ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel als bedoeld onder a dat tijdelijk niet of niet in voldoende aantallen afgeleverd kan worden door de houder of houders van de handelsvergunning of parallelhandelsvergunning, verleend krachtens de Geneesmiddelenwet dan wel krachtens de verordening, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder fff, van die wet;
c. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.

2. Farmaceutische zorg omvat geen:

a. farmaceutische zorg in bij ministeriële regeling aangegeven gevallen;
b. geneesmiddelen in geval van ziekterisico bij reizen;
c. geneesmiddelen voor onderzoek als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet;
d. geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald;
e. geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet.

3. De aanwijzing door de zorgverzekeraar geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen ten minste een geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is.

4. Farmaceutische zorg omvat ook een ander bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddel dan het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel, voor zover behandeling met het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is.

5. Bij de ministeriële regeling, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, worden de aangewezen geneesmiddelen zoveel mogelijk ingedeeld in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen.

In die ministeriële regeling wordt tevens de aanvraagprocedure voor de aanwijzing geregeld, worden regels gesteld met betrekking tot de systematiek van de indeling in groepen van onderling

vervangbare geneesmiddelen en worden regels gesteld met betrekking tot de vaststelling van een vergoedingslimiet voor elke groep van onderling vervangbare geneesmiddelen.

6. In afwijking van het vijfde lid kan bij ministeriële regeling worden bepaald dat voor bij die regeling aangewezen groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen de vergoedinglimiet kan worden herberekend of buiten werking kan worden gesteld.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.5

1. In bijlage 1 bij deze regeling worden genoemd:

a. de op grond van artikel 2.8, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen;
b. de op grond van artikel 2.1, vijfde lid, van het Besluit zorgverzekering aangewezen geneesmiddelen.

2. In bijlage 2 bij deze regeling worden vermeld:

a. categorieën van geneesmiddelen, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, waarvoor de farmaceutische zorg slechts aflevering van dat geneesmiddel omvat indien voldaan is aan de bij die categorieën vermelde criteria;
b. de voorwaarden waaronder en de termijn gedurende welke de farmaceutische zorg, bedoeld in de aanhef van artikel 2.8, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering de geneesmiddelen, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, omvat.

3. Polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten behoren slechts tot de farmaceutische zorg indien voldaan is aan onderdeel 1 van bijlage 2 van deze regeling.

4. In bijlage 3, onderdelen A en B, bij deze regeling worden genoemd de geregistreerde geneesmiddelen die als gevolg van een beslissing als bedoeld in artikel 2.50, vijfde lid, niet zijn aangewezen, geregistreerde geneesmiddelen ten aanzien waarvan het voornemen tot aanwijzing als bedoeld in artikel 2.50, achtste lid, niet is uitgevoerd en geregistreerde geneesmiddelen die als gevolg van een wijziging van bijlage 1 niet meer zijn aangewezen.

5. Farmaceutische zorg, bedoeld in artikel 2.8, eerste lid, onderdeel b, onder 1°, van het Besluit zorgverzekering, omvat geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan:

a. een geregistreerd UR-geneesmiddel als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet waarover blijkens bijlage 1 en 3 bij deze regeling geen besluit over de aanwijzing, bedoeld in artikel 2.8, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit zorgverzekering, is genomen;
b. een in bijlage 3, onderdeel A, bij deze regeling genoemd niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet, mits aan daarbij vermelde criteria wordt voldaan.

Wet langdurige zorg

Artikel 2.1.1

1. Verzekerd overeenkomstig de bepalingen van deze wet is degene, die:

a. ingezetene is;
b. geen ingezetene is, doch ter zake van in Nederland of op het continentaal plat in dienstbetrekking verrichte arbeid aan de loonbelasting is onderworpen.

2. In afwijking van het eerste lid zijn vreemdelingen die niet rechtmatig in Nederland verblijf genieten als bedoeld in artikel 8, onder a tot en met e en l, van de Vreemdelingenwet 2000, niet verzekerd.

3. In afwijking van het tweede lid zijn verzekerd:

a. kinderen in Nederland geboren uit een in Nederland wonende vreemdeling die rechtmatig verblijf geniet als bedoeld in artikel 8, onder a tot en met e of l, van de Vreemdelingenwet 2000, dan wel in het buitenland geboren uit in Nederland wonende ouders die rechtmatig verblijf genieten als bedoeld in artikel 8, onder a tot en met e of l, van de Vreemdelingenwet 2000;
b. kinderen die door in Nederland wonende personen met de Nederlandse nationaliteit dan wel met rechtmatig verblijf als bedoeld in artikel 8, onder a tot en met e of l, van de Vreemdelingenwet 2000, worden geadopteerd en voor wie met het oog op adoptie beginseltoestemming is verleend op grond van artikel 2 van de Wet opneming buitenlandse kinderen ter adoptie. De verzekering gaat in vanaf het moment van adoptie naar het recht van het land waar het kind zijn gewone verblijf heeft of vanaf het moment van de gezagsoverdracht van het kind met het oog op adoptie aan een echtpaar of een persoon die zijn gewone verblijf in Nederland heeft en die de procedure van opneming ter adoptie van een kind ingevolge de Wet opneming buitenlandse kinderen ter adoptie heeft gevolgd.

4. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kan, in afwijking van het eerste lid, uitbreiding dan wel beperking worden gegeven aan de kring der verzekerden.

5. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kan, in afwijking van het eerste en tweede lid, uitbreiding worden gegeven aan de kring der verzekerden voor zover het betreft:

a. vreemdelingen die rechtmatig in Nederland arbeid verrichten dan wel hebben verricht;
b. vreemdelingen die, na in Nederland rechtmatig verblijf te hebben genoten als bedoeld in artikel 8, onder a tot en met e en l, van de Vreemdelingenwet 2000, tijdig toelating in aansluiting op dat verblijf hebben aangevraagd, dan wel bezwaar hebben gemaakt of beroep hebben ingesteld tegen de intrekking van het besluit tot toelating, totdat op die aanvraag, dat bezwaar of dat beroep is beslist.

Artikel 2.1.2

Zo nodig in afwijking van artikel 2.1.1 en de daarop berustende bepalingen:

a. wordt als verzekerde aangemerkt de persoon van wie de verzekering op grond van deze wet voortvloeit uit de toepassing van bepalingen van een verdrag of van een besluit van een volkenrechtelijke organisatie;
b. wordt niet als verzekerde aangemerkt de persoon op wie op grond van een verdrag of een besluit van een volkenrechtelijke organisatie de wetgeving van een andere mogendheid van toepassing is.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
b. mondzorg;
c. farmaceutische zorg;
d. hulpmiddelenzorg;
e. verpleging;
f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:

a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.

2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.

3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.

4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:

a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.

5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:

a. de zorg niet omvat:
   1°. het vaccineren ten behoeve van griepreventie;
   2°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
   3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
   4°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
   5°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
   1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
   2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
   3°. verlamde of verslapte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
   4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
   5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

De zorg bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omvat niet:

a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
b. liposuctie van de buik;
c. een behandeling van plastisch-chirurgische aard die strekt tot borstconstructie of vervanging van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
k. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in bijlage 0 bij deze regeling genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde geneeskundige behandeling;
l. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij de behandeling van diabetes voor het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen.

2.7 Rente en incassokosten

Betaalt u (verzekerde/verzekeringnemer) de premie of andere aan ons verschuldigde bedragen niet op tijd? Dan kunnen wij wettelijke rente en incassokosten in rekening brengen. Eerst ontvangt u van ons schriftelijk bericht waarin wij u melden dat u niet op tijd heeft betaald. In de brief staat ook dat u (verzekerde/verzekeringnemer) de mogelijkheid krijgt om het verschuldigde bedrag, zonder extra kosten (rente en incassokosten), alsnog te betalen binnen 14 dagen vanaf de dag nadat het bericht bij u is bezorgd. Pas als u na verloop van deze 14 dagen nog niet alles heeft betaald, brengen wij de wettelijke rente en incassokosten in rekening over het niet betaalde bedrag. De hoogte van de incassokosten vermelden wij in het bericht aan u en is in overeenstemming met het Besluit vergoeding voor buitengerechtelijke incassokosten (zie wetten.overheid.nl/BWBR0031432/2012-07-01).

3. Verzekeringen sluiten en stopzetten

3.1. Hoe sluit ik een verzekering af?

U (verzekeringnemer) kunt zich online aanmelden voor een verzekering via aanvraag.hollandzorg.com/situatie. U kunt ook een aanvraag indienen via een tussenpersoon waarmee wij afspraken hebben gemaakt over bemiddeling in onze verzekeringen.

De basisverzekering gaat in op de dag waarop wij de aanvraag hebben ontvangen. Wij sturen de verzekeringnemer en de te verzekeren persoon een ontvangstbevestiging van de aanvraag met de datum van ontvangst.

Als wij niet kunnen vaststellen of de te verzekeren persoon verplicht is een basisverzekering te sluiten, vragen wij u (verzekeringnemer) om aanvullende informatie. De basisverzekering gaat dan in op de dag dat wij de aanvullende informatie hebben ontvangen en uit die informatie de verzekeringsplicht blijkt. Wij sturen u (verzekeringnemer) en de te verzekeren persoon een ontvangstbevestiging van de aanvullende informatie met de datum van ontvangst.

Als de basisverzekering ingaat binnen 4 maanden nadat de zorgverzekeringsplicht is ontstaan, werkt de basisverzekering terug tot en met de dag waarop de zorgverzekeringsplicht is ontstaan.

Als de te verzekeren persoon op de dag van de aanvraag al een zorgverzekering heeft, gaat de basisverzekering in op de latere dag dat u (verzekeringnemer) de basisverzekering wilt laten ingaan.

Als de basisverzekering ingaat binnen een maand nadat een eerdere zorgverzekering met ingang van 1 januari van een kalenderjaar of door een wijziging van de voorwaarden met toepassing van artikel 7:940, lid 4, van het Burgerlijk Wetboek is geëindigd door opzegging, werkt de basisverzekering terug tot en met de dag na die waarop de eerdere zorgverzekering is geëindigd.

U (verzekerde/verzekeringsnemer) krijgt zo snel mogelijk na het sluiten van de verzekering en vervolgens voor het begin van ieder kalenderjaar een polis. Als u (verzekerde/verzekeringnemer) vindt dat de polis niet juist is, moet u ons dat binnen 1 maand na ontvangst van de polis melden. Krijgen wij binnen 1 maand geen bericht? Dan gaan wij ervan uit dat de gegevens kloppen.

3.2. Voor hoe lang sluit ik de verzekering af?

De verzekering wordt afgesloten voor 1 kalenderjaar. Als de verzekering ingaat in de loop van een kalenderjaar, wordt deze afgesloten voor de duur van dat kalenderjaar.

De verzekering wordt met ingang van 1 januari van elk kalenderjaar stilzwijgend verlengd met 1 kalenderjaar, tenzij sprake is van voortijdige opzegging als bedoeld in deze polisvoorwaarden.

Als de verzekering zal eindigen of geëindigd is, melden wij dit u (verzekerde/verzekeringnemer) zo snel mogelijk, onder vermelding van de reden en de datum waarop de verzekering eindigt of geëindigd is.

3.3. Hoe werkt het als ik me bedenk?

U (verzekeringnemer) kan zich na het sluiten van de verzekering bedenken. Opzeggen kan binnen 14 dagen na ontvangst van de 1e polis. De verzekering wordt dan geacht niet te zijn ingegaan. Wij storten de eventueel betaalde premie terug. En u (verzekerde/verzekeringnemer) bent verplicht om de eventueel door ons betaalde zorgkosten terug te betalen.

Opzeggen kan u (verzekeringnemer) doen op een van de volgende manieren:

• via het contactformulier op www.hollandzorg.com/nl
• via Mijn HollandZorg (mijn.hollandzorg.com)
• schriftelijk naar: HollandZorg, Polisadministratie, Antwoordnummer 30, 7400 VB Deventer (postzegel niet nodig)

LET OP: een mondelinge opzegging of opzegging via social media geldt niet.

3.4. Wanneer eindigt de verzekering?

De verzekering eindigt vanzelf op de dag na de dag waarop:

• onze vergunning voor het mogen aanbieden van zorgverzekeringen is geëindigd. In dat geval melden wij u (verzekeringnemer) uiterlijk 2 maanden voor het eindigen van de verzekering de datum van de beëindiging en de reden.
• u overlijdt. De verzekeringnemer of uw erfgenamen zijn verplicht het overlijden snel aan ons door te geven.
• uw verzekeringsplicht eindigt. Dat moet u (verzekerde/verzekeringnemer) zo snel mogelijk aan ons doorgeven. Als u niet verplicht bent geweest om een zorgverzekering te hebben, dan beëindigen wij de basisverzekering en, als die er is, de aanvullende verzekering vanaf het moment dat uw basisverzekering is ingegaan. Wij verrekenen de premie die is betaald met de zorg die is vergoed. Het verschil betalen wij of brengen wij in rekening.

De basisverzekering eindigt daarnaast op de dag na de dag waarop u als gevolg van wijziging van ons werkgebied buiten ons werkgebied komt te wonen.

3.5. Hoe kan ik de verzekering beëindigen?

- U (verzekeringnemer) kan de verzekering uiterlijk 31 december van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar opzeggen.
- U (verzekeringnemer) kan de basisverzekering opzeggen van een andere persoon die u verzekerd heeft en die op grond van een andere zorgverzekering verzekerd wordt. Als wij de opzegging hebben ontvangen voor de ingangsdatum van die andere zorgverzekering, eindigt de basisverzekering van die andere persoon op de ingangsdatum van de andere zorgverzekering. In andere gevallen eindigt de basisverzekering van die andere persoon op de 1e dag van de 2e kalendermaand volgende op de dag waarop u (verzekeringnemer) heeft opgezegd.

- U (verzekeringnemer) kan de basisverzekering opzeggen binnen 6 weken nadat u van de Nederlandse Zorgautoriteit een mededeling heeft ontvangen dat wij een aanwijzing hebben gekregen of aan ons een bestuurlijke boete is opgelegd, omdat wij ons in strijd met de wet via een elektronisch uitwisselingssysteem toegang tot uw gegevens hebben verschaft. De basisverzekering eindigt dan op de 1e dag van de 2e kalendermaand volgende op de dag waarop u (verzekeringnemer) heeft opgezegd.
- U (verzekeringnemer) kan de verzekering opzeggen als wij de polisvoorwaarden ten nadele van u (verzekerde/verzekeringnemer) wijzigen. Dit geldt niet als de wijziging het rechtstreekse gevolg is van een wijziging van de wettelijke regeling. De opzegging moeten wij ontvangen voor de ingangsdatum van de wijziging of binnen 1 maand nadat wij de wijziging hebben gemeld. De verzekering eindigt dan op de dag dat de wijziging ingaat.
- U (verzekeringnemer) kan de verzekering opzeggen als uw deelname aan een collectiviteit eindigt door de beëindiging van een dienstverband en u (verzekeringnemer) direct aansluitend daarop een nieuwe zorgverzekering sluit en deelneemt aan een collectiviteit via uw nieuwe dienstverband. Dat geldt ook voor uw gezinsleden. De opzegging moeten wij ontvangen binnen 30 dagen na de beëindiging van het dienstverband. Als wij de opzegging hebben ontvangen voor de ingangsdatum van de nieuwe zorgverzekering, eindigt de verzekering op de ingangsdatum van de nieuwe zorgverzekering. Dat is meestal de dag van indiensttreding bij uw nieuwe werkgever als dit de 1e dag van de kalendermaand is of anders op de 1e dag van de maand na indiensttreding. In andere gevallen eindigt de verzekering op de 1e dag van de 2e kalendermaand volgend op de dag waarop u (verzekeringnemer) heeft opgezegd.

De genoemde opzegmogelijkheden gelden niet voor de basisverzekering als de verschuldigde premie en incassokosten niet zijn betaald en wij u (verzekeringnemer) hebben aangemaand tot betaling van de verschuldigde premie. Dit geldt niet als wij de dekking van de basisverzekering hebben opgeschort (tijdelijk stopgezet) of wij u (verzekeringnemer) binnen 2 weken de opzegging hebben bevestigd.

Opzeggen kunt u (verzekeringnemer) doen op een van de volgende manieren:

• via het contactformulier op www.hollandzorg.com/nl
• via Mijn HollandZorg (mijn.hollandzorg.com)
• schriftelijk naar: HollandZorg, Polisadministratie, Antwoordnummer 30, 7400 VB Deventer (postzegel niet nodig)

LET OP: een mondelinge opzegging of opzegging via social media geldt niet.

Als u (verzekeringnemer) ons vraagt om een verzekering af te sluiten, zien wij dat verzoek ook als een opzegging van een bij ons al lopende, gelijksoortige verzekering.

Als u (verzekerde/verzekeringnemer) een andere zorgverzekeraar vraagt om daar een verzekering voor u af te sluiten, dan zien wij vanaf het moment dat wij een afschrift van dat verzoek ontvangen van die andere zorgverzekeraar, dat verzoek ook als een opzegging van uw bij ons al lopende, gelijksoortige verzekering. Dit noemen wij de opzegservice.

3.6. Hoe werkt het als ik via het CAK verzekerd ben?

Als u bent verzekerd door het CAK (Centraal Administratie Kantoor) in het kader van de maatregelen tegen onverzekerden, kunt u de basisverzekering nog ongedaan maken (vernietigen). Dit moet gebeuren binnen 2 weken, te rekenen vanaf de datum waarop het CAK u heeft gemeld dat u verzekerd bent bij ons. U moet daarbij aantonen dat u al een andere zorgverzekering heeft gekregen

in de periode van 3 maanden vanaf de datum dat het CAK de 2e bestuurlijke boete voor het onverzekerd zijn heeft verstuurd en de opdracht u te (laten) verzekeren op grond van een zorgverzekering.

Als u bent verzekerd door het CAK in het kader van de maatregelen tegen onverzekerden, kunt u de basisverzekering niet opzeggen tijdens de eerste 12 maanden dat deze loopt. Tijdens die periode gelden de opzegmogelijkheden van artikel 3.5 van deze algemene bepalingen niet.

Als u bent verzekerd door het CAK in het kader van de maatregelen tegen onverzekerden, kunnen wij de basisverzekering wegens dwaling ongedaan maken, als achteraf blijkt dat u niet verzekeringsplichtig was. De basisverzekering wordt dan geacht niet te zijn ingegaan.

3.7. Wanneer mogen wij de verzekering beëindigen of opschorten?

Wij kunnen de verzekering opzeggen of ontbinden, of de dekking van de verzekering opschorten (tijdelijk stopzetten):

- als u (verzekeringnemer) de premie of overige bedragen die u (verzekeringnemer) aan ons moet betalen niet op tijd heeft betaald. Dat geldt alleen als u (verzekeringnemer) na een schriftelijke aanmaning, waarbij ook de gevolgen van het uitblijven van betalen vermeld zijn, nog niet volledig heeft betaald binnen de daarvoor geldende termijn. Opzeggen of ontbinden door wanbetaling doen wij niet met terugwerkende kracht. Een opschorting wegens wanbetaling eindigt op de dag na die waarop wij het verschuldigde bedrag, inclusief rente en kosten, hebben ontvangen.
- als u (verzekerde/verzekeringnemer) ons geen, niet volledige of onjuiste informatie of papieren geeft die belangrijk zijn voor de uitvoering van de verzekering en die tot nadeel voor ons leiden of kunnen leiden.
- als u (verzekerde/verzekeringnemer) iets gedaan heeft met het opzet ons te misleiden of als wij geen verzekering zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken.
- als u (verzekerde/verzekeringnemer) zich ernstig misdraagt naar ons of onze medewerkers.

In alle gevallen geven wij u (verzekerde/verzekeringnemer) een bewijs van het einde van de verzekering. Bij het eindigen van de basisverzekering sturen wij een bewijs met vermelding van de gegevens die de Zorgverzekeringswet ons voorschrijft.

3.8. Wat gebeurt er met mijn verzekering als ik in detentie zit?

De dekking en de premieplicht uit de verzekering zijn opgeschort (tijdelijk stopgezet) tijdens de periode waarin u in detentie zit. Wij kunnen uw basisverzekering niet opzeggen of ontbinden zolang u in detentie zit. Vergeet niet ons de begindatum en het einde van uw detentie te melden. De begindatum moet u binnen 1 maand na het begin van de detentie melden. Het einde van de detentie moet u ons binnen 1 maand na afloop van de detentie melden. De melding doet u door een detentieverklaring van uw penitentiaire inrichting te sturen:

• via het contactformulier op www.hollandzorg.com; of
• per post naar HollandZorg, Polisadministratie, Antwoordnummer 30, 7400 VB Deventer (postzegel niet nodig).

Als u in het buitenland in detentie zit, moet u ons als bewijs daarvan een verklaring sturen van de Minister van Buitenlandse Zaken of een verklaring van Reclassering Nederland waaruit die detentie blijkt.

• als de premieachterstand op tijd is betwist als bedoeld in 4.6, maar wij nog geen reactie hebben gegeven.
• gedurende de termijn van 4 weken als bedoeld in 4.7.
• als een geschil over de premieachterstand tijdig is voorgelegd aan de SKGZ of de burgerlijke rechter als bedoeld in 4.7 en hierover nog niet onherroepelijk is beslist.
• als u (verzekeringnemer) zich heeft aangemeld bij een schuldhulpverlener als bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet, zoals gemeenten en gemeentelijke kredietinstellingen, en aantoont dat in het kader daarvan een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van uw schulden is gesloten.
• als uw adres niet in de BRP is opgenomen of uw adres in onze administratie niet overeenkomt met uw adres in de BRP. Dit geldt niet als de afwijking het gevolg is van de bijzondere situaties die zijn beschreven in artikel 2, 4e punt, van de Specifieke bepalingen voor de basisverzekering.

4.10 Wij brengen het CAK en u (verzekerde/verzekeringnemer) direct op de hoogte van de datum waarop:
• de uit de basisverzekering voortvloeiende schulden zijn afgelost of verdwenen.
• de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen als bedoeld in de Faillissementswet van toepassing wordt.
• de schriftelijke overeenkomst als bedoeld in 4.9, 4e punt, is gesloten of een schuldregeling tot stand is gekomen waar ten minste u (verzekeringnemer) en wij aan deelnemen.

LET OP: Zolang u een betaalachterstand in premie heeft, kunt u niet van verzekeraar veranderen. Dat is wettelijk bepaald. Om die wet uit te kunnen voeren, wisselen zorgverzekeraars gegevens uit over personen met een premie-achterstand.

Eigen risico

5. Wanneer geldt het verplicht eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, heeft u een verplicht eigen risico. De hoogte van het verplicht eigen risico is opgenomen in de Premiebijlage bij deze polisvoorwaarden.

Niet onder het verplicht eigen risico vallen:
• de kosten van verloskundige zorg en kraamzorg.
• de NIPT.
• de kosten van huisartsenzorg. Wel onder het verplicht eigen risico vallen kosten van onderzoeken die de huisarts door anderen laat doen en apart in rekening worden gebracht, zoals laboratoriumtests en bloedprikken.
• de kosten van inschrijving bij een huisartsenpraktijk.
• de kosten van overige geneeskundige (huisartsen)zorg.
• de kosten van preventieve voetzorg.
• de kosten van ketenzorg (multidisciplinaire eerstelijnszorg waar huisartsenzorg deel van uitmaakt).
• de kosten van zorg van verpleging en verzorging zonder verblijf (wijkverpleging).
• de kosten van gecombineerde leefstijlinterventie.
• de kosten van het verkennend gesprek als onderdeel van de geneeskundige ggz.
• als u de donor bent, uw kosten van zorg, verblijf en vervoer die verband houden met de opname voor de selectie en verwijdering van het transplantatiemateriaal, zoals omschreven in het artikel over transplantatiezorg in deze polisvoorwaarden.

• de kosten van niet specifiek op individuele verzekerden gerichte samenwerking tussen zorgaanbieders of tussen zorgaanbieders en andere partijen (domein- en sectoroverstijgende samenwerking binnen de Zorgverkeringswet). De samenwerken moet dan direct ten dienste staan van de levering van zorg of overige diensten die vallen onder de dekking van uw zorgverzekering.
• de kosten van door ons aangewezen geneesmiddelenzorg of hulpmiddelen en de kosten van zorg aan u door een zorgaanbieder die wij daarvoor hebben aangewezen. Deze zijn opgenomen in het overzicht Aangewezen zorg buiten het eigen risico. Het actuele overzicht kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/excess.
• de kosten van zorg aan u als u een door ons aangewezen programma voor diabetes, depressie, hart- en vaatziekten, COPD, overgewicht, dementie, trombosezorg, incontinentiezorg of stoppen met roken heeft gevolgd. De kosten moeten dan betrekking hebben op de aandoening waarvoor u dat programma heeft gevolgd. De door ons aangewezen programma's zijn opgenomen in het overzicht 'Aangewezen zorg buiten het eigen risico'. Het actuele overzicht kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/excess.

6. Geen vrijwillig eigen risico

U (verzekeringnemer) kunt niet kiezen voor een vrijwillig eigen risico.

7. Welke regels zijn van toepassing op het verplicht eigen risico?

Per kalenderjaar blijven de kosten van de zorg voor uw rekening, tot de hoogte van het verplicht eigen risico in dat kalenderjaar is bereikt.

Wettelijke eigen bijdragen en andere kosten van zorg die voor uw rekening blijven (bijvoorbeeld bij kraamzorg en bepaalde medicijnen), tellen niet mee voor de vaststelling of de grens van het eigen risico is bereikt, tenzij de minister anders heeft bepaald.

Als wij aan een zorgaanbieder rechtstreeks de kosten van de zorg hebben betaald, zonder op die betaling het verplicht eigen risico in mindering te brengen, moet u (verzekerde/verzekeringnemer) dit eigen risico aan ons betalen.

Gaat uw basisverzekering in na 1 januari? Of eindigt uw basisverzekering in de loop van het kalenderjaar? Dan berekenen wij uw verplicht eigen risico op basis van hoeveel dagen u in dat kalenderjaar verzekerd bent. Het berekende bedrag ronden wij af op hele euro's.

Verzekeringsdekking algemeen

8. Welke prestaties zijn verzekerd?

U heeft recht op:

• de zorg (in natura), die verderop in de polisvoorwaarden van de basisverzekering is beschreven, met uitzondering van fysiotherapie, ergotherapie en logopedie.
• vergoeding van kosten van fysiotherapie, ergotherapie en logopedie (restitutie), die verderop in de polisvoorwaarden van de basisverzekering zijn beschreven. Ten aanzien van deze zorgvormen dient waar in de algemene artikelen (de artikelen die niet vallen onder het hoofdstuk Dekking per zorgvorm) in deze polisvoorwaarden 'recht op zorg' staat, te worden gelezen 'recht op vergoeding van kosten van de zorg'.
• informatieverstrekking en bemiddeling voor het verkrijgen van de zorg, als u ons daarom vraagt.

ons om contact met uw zorgaanbieder op te nemen om tot schriftelijke overeenstemming te komen over het verlenen van de zorg noodzakelijk.

De meeste zorgaanbieders die mogen optreden als regiebehandelaar zijn aangesloten op het landelijke Machtigingenportaal. Uw zorgaanbieder kan via dit portaal digitaal toestemming aanvragen. Uw zorgaanbieder krijgt van ons, via het Machtigingenportaal, antwoord op uw aanvraag.

Bezoekt u een zorgaanbieder die niet aangesloten is op het Machtigingenportaal of gaat u naar het buitenland gaat voor een behandeling? Dan moet u voor het recht op zorg zelf toestemming bij ons vragen en krijgen vóórdat de behandeling start. Bij elke aanvraag moet u (een kopie van) een rapportage van de behandeld regiebehandelaar meesturen waarin de medische diagnose(s), een beschrijving van de actuele problematiek en de medische noodzaak voor de aangevraagde zorg zijn opgenomen.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?
Nee

Tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico?
Ja, vanaf 18 jaar en ouder.

Dit geldt niet voor de kosten van het verkennend gesprek. De kosten van het verkennend gesprek zijn vrijgesteld van het verplicht eigen risico.

Moet ik bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?
Wilt u zorg van een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan het bedrag dat uw zorgaanbieder in rekening brengt. De maximumvergoedingen kunt u vinden in de tarievenlijsten niet-gecontracteerde zorg op onze website. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op hollandzorg.z-zoeker.nl.

Geneesmiddelenzorg

Geneesmiddelenzorg

U heeft recht op geneesmiddelenzorg. Geneesmiddelenzorg (farmaceutische zorg) bestaat uit terhandstelling (uitgifte door de apotheek) van de hierna genoemde geneesmiddelen en dieetpreparaten. Geneesmiddelenzorg omvat daarnaast ook het advies en begeleiding die apothekers plegen te bieden voor de medicatiebeoordeling en het verantwoord gebruik van voorgeschreven geneesmiddelen.

U heeft recht op deze geneesmiddelen en dieetpreparaten:

1. de volgende geregistreerde geneesmiddelen die zijn opgenomen in bijlage 1 en bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering:

    a. de voorkeursgeneesmiddelen op de Lijst Voorkeursgeneesmiddelen. De actuele Lijst Voorkeursgeneesmiddelen kunt u bekijken via www.hollandzorg.com/conditions. Wij kunnen de Lijst Voorkeursgeneesmiddelen maandelijks wijzigen. Op verzoek zenden wij de lijst toe.

    Het aanwijzen van voorkeursgeneesmiddelen noemen wij voorkeursbeleid. Binnen

een aantal groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen hebben wij een voorkeursgeneesmiddel aangewezen. Heeft u recht op een voorkeursgeneesmiddel? Dan heeft u geen recht op een ander geneesmiddel, behalve als er een medische noodzaak of een logistieke noodzaak is (daarover meer bij punt c en d hierna).

b. de onderling vervangbare geneesmiddelen uit de groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen waarin geen voorkeursgeneesmiddel is aangewezen. Als er keuze is tussen meerdere onderling vervangbare geneesmiddelen binnen een groep, heeft u recht op:
   - het goedkoopste geneesmiddel binnen die groep. Het goedkoopste geneesmiddel is het geneesmiddel met de laagste apotheekinkoopprijs (AIP) volgens de G-Standaard van Z-Index B.V. U kunt het goedkoopste geneesmiddel en de prijs daarvan navragen via het contactformulier op onze website www.hollandzorg.com/conditions of via telefoonnummer +31 (0)570 687 123. Of vraag het na bij uw apotheek.
   - het geneesmiddel dat maximaal 3% duurder is dan het goedkoopste geneesmiddel uit die groep.

   Dit geldt niet als er een medische noodzaak of een logistieke noodzaak is (daarover meer bij punt c en d hierna).

c. In afwijking van a en b hiervoor heeft u recht op het voorgeschreven geneesmiddel als sprake is van een medische noodzaak (MN). Dit geldt niet als er een logistieke noodzaak is (daarover meer bij punt d hierna).
   Een medische noodzaak betekent dat het medisch gezien onverantwoord is dat u het voorkeursgeneesmiddel of het door de apotheek gekozen geneesmiddel gebruikt. Uw voorschrijver mag alleen 'medische noodzaak' op het recept vermelden als de voorschrijver die noodzaak kan onderbouwen. De apotheek bekijkt of er sprake is van een medische noodzaak. Bij twijfel neemt de apotheek contact op met de voorschrijver voor overleg en afstemming over de medische noodzaak. Is sprake van een medische noodzaak? Dan krijgt u niet het (voorkeurs)geneesmiddel. In dat geval heeft u recht op een alternatief geneesmiddel dat u op basis van zorginhoudelijke criteria nodig heeft. De apotheker en voorschrijver kunnen hierover overleggen.

d. in afwijking van a, b en c hiervoor heeft u recht op het door de apotheker gekozen geneesmiddel als sprake is van een logistieke noodzaak (LN).

   Er is een logistieke noodzaak als het (voorkeurs)geneesmiddel langere tijd niet verkrijgbaar is in Nederland en er in de tussentijd geen ander (voorkeurs)geneesmiddel is aangewezen. Is sprake van een logistieke noodzaak? Dan kiest uw apotheek op basis van de door de voorschrijver voorgeschreven werkzame stof en de toelichting daarbij welk ander geneesmiddel u krijgt.

e. alle niet onderling vervangbare geneesmiddelen.

Daarbij geldt dat in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering voor de daarin genoemde geneesmiddelen extra voorwaarden staan voor de levering van die geneesmiddelen. U heeft

alleen recht op deze geneesmiddelen als u voldoet aan deze voorwaarden.

2. de volgende niet-geregistreerde geneesmiddelen, als sprake is van rationele farmacotherapie:

    a. apotheekbereidingen, tenzij het gaat om apotheekbereidingen die (bijna) gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd geneesmiddel dat niet is opgenomen in bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering, met uitzondering van apotheekbereidingen die:
        - (bijna) gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd UR-geneesmiddelen (Uitsluitend Recept-geneesmiddel) waarover volgens bijlage 1 en 3 bij deze regeling geen besluit over de aanwijzing (bedoeld in artikel 2.8, eerste lid, onderdeel a, van het Besluit zorgverzekering) is genomen
        - (bijna) gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd UR-geneesmiddel dat is opgenomen in bijlage 3, onderdeel A, van de Regeling zorgverzekering, als aan daarbij vermelde criteria is voldaan
    b. geneesmiddelen die, na vooraf verkregen toestemming door de Inspectie gezondheidszorg en jeugd, en overeenkomstig bij ministeriële regeling vast te stellen regels, worden afgeleverd naar aanleiding van een bestelling op initiatief van een arts, die onder zijn toezicht bestemd zijn voor gebruik door u, als:
        - deze geneesmiddelen in Nederland zijn bereid door een fabrikant met een vergunning voor het bereiden van geneesmiddelen op grond van de Geneesmiddelenwet en zijn bereid volgens de specificaties van die arts; of
        - deze geneesmiddelen in de handel zijn in een ander EU-land of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland worden gebracht, als u aan een ziekte lijdt die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150.000 inwoners
        - deze geneesmiddelen in de handel zijn in een ander EU-land of in een derde land en binnen het grondgebied van Nederland zijn gebracht, als vervangend geneesmiddel vanwege een geneesmiddelentekort
    c. geneesmiddelen waarvoor door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) om volksgezondheidsredenen een handelsvergunning is verleend als vervangend geneesmiddel vanwege een geneesmiddelentekort. Voorwaarde is dat die geneesmiddelen dan niet in Nederland in de handel zijn, maar wel in een ander EU-land.

3. de dieetpreparaten als bedoeld in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. U heeft alleen recht op de in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering bedoelde dieetpreparaten als is voldaan aan de voorwaarden die hiervoor zijn opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.

4. de volgende zelfzorggeneesmiddelen en maagzuurremmers:
    a. laxeermiddelen, kalktabletten, middelen bij allergie, middelen tegen diarree, middelen om de maag leeg te maken en kunsttranen als bedoeld in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. U heeft alleen recht op deze zelfzorggeneesmiddelen als is voldaan aan de voorwaarden die hiervoor zijn opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.

b. maagzuurremmers als bedoeld in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. U heeft alleen recht op deze maagzuurremmers als is voldaan aan de voorwaarden die hiervoor zijn opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.

Onder de geneesmiddelenzorg vallen niet:

- geneesmiddelen om het krijgen van een ziekte tijdens reizen te voorkomen.
- geneesmiddelen voor onderzoek (geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder b, van de Geneesmiddelenwet).
- geneesmiddelen die (bijna) gelijkwaardig zijn aan een geregistreerd geneesmiddel dat niet is opgenomen in bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering.
- geneesmiddelen waarmee nog klinische proeven worden gedaan en die beschikbaar worden gesteld voor gebruik in schrijnende gevallen (geneesmiddelen als bedoeld in artikel 40, derde lid, onder f, van de Geneesmiddelenwet).
- geneesmiddelen die u krijgt in het kader van een opname of een medisch-specialistische behandeling als die deel uit (behoren te) maken van die opname of behandeling. Deze geneesmiddelen maken dan onderdeel uit van die zorg.

De inhoud van Bijlage 1 en 2 van de Regeling zorgverzekering kan tussentijds wijzigen. De actuele inhoud kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/conditions.

Hoe lang vergoeden wij de geneesmiddelen?
Wij verstrekken geneesmiddelen niet in onbeperkte hoeveelheden. Per terhandstelling (uitgifte door de apotheker) heeft u recht op de geneesmiddelen voor een periode van:
- maximaal 12 maanden, als het gaat om de anticonceptiepil (orale anticonceptiva).
- minimaal 3 maanden en maximaal 12 maanden, als u een chronische aandoening heeft en u het geneesmiddel al minimaal 6 maanden gebruikt, nadat u goed bent ingesteld op dat geneesmiddel. In afwijking hiervan geldt voor de afgifte van benzodiazepinen, hypnotica en anxiolytica een periode van maximaal 1 maand. De voorschrijver bepaalt of sprake is van een chronische aandoening.
- maximaal 1 kuur of 1 maand, als het gaat om antibiotica of chemotherapie ter bestrijding van acute aandoeningen.
- maximaal 15 dagen of de kleinste afleververpakking voor een geneesmiddel dat nieuw is voor u.
- maximaal 1 maand in alle andere gevallen.

Waar moet ik op letten?
- Apothekers en apotheekhoudende huisartsen mogen de zorg verlenen.
- Dieetpreparaten mogen ook worden geleverd door leveranciers van dieetpreparaten.
- U moet een recept hebben. Voor de meeste geneesmiddelen geldt dat een arts (waaronder ook een huisarts, medisch specialist, arts verstandelijk gehandicapten, sportarts, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist of een SEH-arts) een orthodontist, een tandarts, een verloskundige en een physician assistant het voorschrift mogen afgeven. Hierbij geldt de voorwaarde dat het voorgeschreven geneesmiddel verband houdt met de zorg die de voorschrijver pleegt te bieden.
- Voor de geneesmiddelen die zijn opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering geldt dat:
    - voor polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten het voorschrift voor de eerste keer per indicatie alleen mag worden afgegeven door een diëtist, jeugdarts, huisarts of medisch specialist.
    - voor een hepatitis vaccin, difterievaccin, poliomyelitisvaccin, kinkhoestvaccin dan wel combinaties van twee of meer van deze vaccins of met het tetanusvaccin het voorschrift voor de eerste keer per indicatie alleen mag worden afgegeven door een huisarts of medisch specialist.

- voor een pneumokokkenvaccin het voorschrift voor de eerste keer per indicatie alleen mag worden afgegeven door een medisch specialist.
- voor de overige in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering opgenomen geneesmiddelen het recept voor de eerste keer per indicatie alleen mag worden afgegeven door een medisch specialist met aantoonbare specifieke deskundigheid op het gebied van de behandeling van de in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering genoemde indicatie voor het betreffende geneesmiddel. Is er voor het geneesmiddel een artsenverklaring van Zorgverzekeraars Nederland beschikbaar? En staan in die artsenverklaring niet alleen medisch specialisten genoemd als voorschrijver, maar ook andere zorgverleners? Bijvoorbeeld een huisarts? Dan mag het recept voor de eerste keer per indicatie ook worden afgegeven door de andere in de artsenverklaring genoemde zorgverlener(s).
- een geneesmiddel mag worden voorgeschreven door een andere voorschrijver dan de voorschrijver die voor het geneesmiddel is genoemd, als u lijdt aan een zeer zeldzame aandoening met een niet geregistreerde indicatie voor de levering van dat geneesmiddel en die voorschrijver is gespecialiseerd in de behandeling van die aandoening. In dat geval moet u altijd schriftelijke toestemming van ons hebben, voordat het geneesmiddel wordt geleverd.

Toestemming
Voor het recht op deze geneesmiddelen die zijn opgenomen in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering moet u schriftelijke toestemming van ons hebben, voordat u de zorg krijgt:

- zuigelingenvoeding bij koemelkallergie zonder dat een provocatietest is uitgevoerd.
- zuigelingenvoeding bij koemelkallergie voor kinderen van 2 jaar of ouder.
- zuigelingenvoeding bij koemelkallergie in een hoeveelheid van meer dan 1.000 ml per dag.
- epoprostenol intraveneus.
- iloprost voor inhalatie.
- treprostinil subcutaan en intraveneus.
- anticonceptiva in geval van behandeling van endometriose en menorragie.
- geneesmiddelen als u lijdt aan een zeer zeldzame aandoening met een niet geregistreerde indicatie voor de levering van die geneesmiddelen.
- een geneesmiddel dat in de loop van het kalenderjaar is toegevoegd aan bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering. Dit geldt niet, als voor dat geneesmiddel de procedure van artsenverklaring en apotheekinstructie bestaat. In dat geval kan die procedure worden gevolgd.

Bij de aanvraag moet u een kopie van het voorschrift meesturen.

Artsenverklaring en apotheekinstructie
Voor het recht op andere geneesmiddelen die in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering zijn opgenomen, kan de procedure van de artsenverklaring en apotheekinstructie gelden. In dat geval moet de apotheker of de apotheekhoudende huisarts op grond van een artsenverklaring of apotheekinstructie het recht op het geneesmiddel vaststellen. Het recept moet dan voorzien zijn van een volledig ingevulde, gedateerde en ondertekende artsenverklaring. De apotheker of apotheekhoudend huisarts moet volgens de daarbij behorende apotheekinstructie handelen en op basis daarvan beoordelen of u recht heeft op vergoeding van kosten van het geneesmiddel. U kunt via www.znformulieren.nl nagaan of de procedure van de artsenverklaring en apotheekinstructie geldt. De procedure van artsenverklaring en apotheekinstructie en de inhoud daarvan kunnen tussentijds wijzigen. U vindt op www.znformulieren.nl de actuele informatie.

Als u bezwaar heeft tegen de procedure van artsenverklaring en apotheekinstructie, kunt u ook rechtstreeks een aanvraag om toestemming bij ons indienen.

Toestemming voor (doorgeleverde) apotheekbereidingen
Apotheekbereidingen zijn niet-geregistreerde geneesmiddelen die door of in opdracht van een apotheker of apotheekhoudende huisarts in één apotheek op kleine schaal worden gemaakt. Doorgeleverde apotheekbereidingen zijn apotheekbereidingen worden doorgeleverd aan een andere apotheek. Voor het recht op bepaalde, door ons aangewezen, apotheekbereidingen moet u schriftelijk toestemming van ons hebben, voordat u de zorg krijgt. De apotheekbereidingen waarvoor toestemming is vereist, staan in het overzicht Vergoeding apotheekbereidingen. Dit overzicht kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/conditions.

Bij de aanvraag voor toestemming moet u meesturen: een kopie van het recept en een rapportage van de behandelend arts waarin de medische diagnose(s), een beschrijving van de actuele problematiek en het voorgestelde behandelplan zijn opgenomen.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?
Ja, als het geneesmiddel is ingedeeld in een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen en als de inkoopprijs hoger is dan de vergoedingslimiet. Er geldt ook een wettelijke eigen bijdrage als een geneesmiddel is bereid uit een geneesmiddel waarvoor een wettelijke eigen bijdrage is verschuldigd. In de Regeling zorgverzekering is geregeld hoe de eigen bijdrage wordt berekend. In het jaar 2025 is de hoogte van uw wettelijke eigen bijdrage maximaal € 250 per kalenderjaar. Als uw basisverzekering niet op 1 januari van een kalenderjaar ingaat of eindigt, wordt de wettelijke eigen bijdrage voor uw basisverzekering in dat kalenderjaar naar rato van het aantal verzekerde dagen lager vastgesteld. Het berekende bedrag ronden wij af op hele euro's.

Voorbeeld: uw basisverzekering gaat in op 15 juni. Dan is de wettelijke eigen bijdrage voor de rest van het kalenderjaar € 136,98. De rekensom is (€ 250 : 365 dagen) x 200 dagen. Dit bedrag wordt afgerond naar € 137.

Tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico?
Ja, vanaf 18 jaar en ouder.

Er is geen verplicht eigen risico voor anticonceptiva als bedoeld in bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering en de afgifte daarvan. Ook voor een medicatiebeoordeling is er geen verplicht eigen risico, zoals opgenomen en onder de voorwaarden in het overzicht Aangewezen zorg buiten het eigen risico. Het actuele overzicht kunt u bekijken en downloaden via www.hollandzorg.com/excess.

Er is geen verplicht eigen risico voor de door ons aangewezen voorkeursgeneesmiddelen zoals opgenomen en onder de voorwaarden in het overzicht Aangewezen zorg buiten het eigen risico. De terhandstellingskosten, het begeleidingsgesprek bij een voorkeursgeneesmiddel en een inhalatie-instructie vallen wel onder het verplicht eigen risico.

Moet ik bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?
Wilt u zorg van een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan het bedrag dat uw zorgaanbieder in rekening brengt. De maximumvergoedingen kunt u vinden in de tarievenlijsten niet-gecontracteerde zorg op onze website. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op hollandzorg.z-zoeker.nl.

Huisartsenzorg

www.hollandzorg.com/insured/customer-services/rate-lists2025 onder Ziekenvervoer. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op hollandzorg.z-zoeker.nl.

Ziekenhuiszorg

Medisch-specialistische zorg (algemeen)

U heeft recht op medisch-specialistische zorg (algemeen) en opname daarvoor. Medisch-specialistische zorg omvat zorg die medisch specialisten plegen te bieden. De meeste medisch specialisten zijn verbonden aan een ziekenhuis.

Onder de medisch-specialistische zorg vallen ook:
- hulpmiddelenzorg bij een opname of een medisch-specialistische behandeling als die deel uit (behoort te) maken van die opname of behandeling
- geneesmiddelenzorg bij een opname of een medisch-specialistische behandeling als die deel uit (behoort te) maken van die opname of behandeling
- voorwaardelijk toegelaten medisch-specialistische zorg zoals bedoeld in artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering onder de daarbij geregelde voorwaarden, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg. De actuele inhoud van de Regeling zorgverzekering kunt u vinden via www.hollandzorg.com/conditions.

Onder de medisch-specialistische zorg vallen niet:
- behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek.
- sterilisatie of het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw).
- besnijdenis van mannelijke verzekerden (circumcisie), behalve als het medisch noodzakelijk is.
- behandeling van asymmetrische afplatting van het achterhoofd (plagiocefalie) en afplatting centraal op het achterhoofd (brachycefalie) van jonge kinderen met een redressiehelm zonder vroegtijdig sluiten van de schedelnaden (craniosynostose).
- geneesmiddelen zoals in bijlage 0 van de Regeling zorgverzekering, onder de daarin opgenomen voorwaarden. Het aantal geneesmiddelen en de voorwaarden kunnen tussentijds wijzigen. De actuele inhoud van de Regeling zorgverzekering kunt u vinden via www.hollandzorg.com/conditions.
- uitwendige hulpmiddelen bij de behandeling van diabetes voor het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, inclusief ketonen teststrips en insulinepompen.
- laboratoriumonderzoek op verzoek van een alternatieve zorgaanbieder.

LET OP: Onder de dekking van medisch-specialistische zorg (algemeen) valt niet de zorg waarvan de dekking op een andere plaats in deze polisvoorwaarden is opgenomen, zoals transplantatiezorg of revalidatiezorg.

Verblijf buiten de instelling
U heeft recht op vergoeding van kosten van verblijf in de buurt van de instelling van uw behandeling als dat medisch noodzakelijk is in verband met de medisch-specialistische zorg en niet gepaard gaat met verpleging, verzorging of paramedische zorg. Er zijn wel enkele voorwaarden aan verbonden, namelijk dat:
• u tijdens het verblijf beschikt over een mantelzorger; en
• de reistijd tussen het ziekenhuis van uw behandeling en uw woonplaats meer dan 60 minuten is; en
• de reistijd tussen het ziekenhuis van uw behandeling en uw verblijfplaats minder dan 60 minuten is.
De vergoeding van de kosten van overnachtingen zijn maximaal € 91 per nacht. U regelt het verblijf zelf.