



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A.
te Leiden
Zaak : Hoogte betalingsachterstand, eigen risico, informatieplicht, Betaalgemak
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019-2020, artt. 19 en 21 Zvw, 2.17 en 2.18 Bzv
Zaaknummer : 202001543
Zittingsdatum : 14 april 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. L. Ritzema)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,
tegen

OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. te Leiden, hierna te noemen: de
ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 1 december 2020 heeft verzoekster per klachtenformulier de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 11 februari 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 15 februari 2021 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 14 april 2021 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Gemak Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Plus (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij verzoekster verschillende bedragen in rekening gebracht ter zake van het verplicht eigen risico. Hierop heeft verzoekster diverse malen de ziektekostenverzekeraar (telefonisch) verzocht om haar duidelijkheid te verschaffen over de achtergrond van de in rekening gebrachte bedragen. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan verzoekster een toelichting gegeven.

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar:
- (i) ten onrechte bij haar bedragen in rekening brengt voor het eigen risico uit de jaren 2013, 2014 en 2015;
 - (ii) is tekortgeschoten in zijn informatieplicht door de afgewikkelde zorgkostennota's op haar verzoek niet te specificeren;
 - (iii) ten onrechte het termijnbedrag voor de service Betaalgemak eenzijdig heeft verhoogd van € 30,- naar € 50,-.
- 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, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 4.6 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 10 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) over het verplicht 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.
- 6.2. Het geschil tussen verzoekster en de ziektekostenverzekeraar betreft in de eerste plaats de vraag of verzoekster gehouden is de vordering van totaal € 556,30 (naar de stand van 9 november 2020) te voldoen. Verzoekster betwist de hoogte van de vordering en voert aan dat het voor haar niet duidelijk is waar de gevorderde bedragen betrekking op hebben. Het lijkt erop dat de ziektekostenverzekeraar niet alleen vorderingen ter zake van het verplicht eigen risico 2019 en 2020, maar ook uit 2013, 2014 en 2015 bij haar in rekening brengt. De ziektekostenverzekeraar meent dat de vordering correct is en stelt dat deze alleen het verplicht eigen risico over 2019 en 2020 betreft.
Daarnaast is de ziektekostenverzekeraar volgens verzoekster tekort geschoten in zijn informatieplicht. De ziektekostenverzekeraar heeft dit bestreden.
Tot slot voert verzoekster aan dat de ziektekostenverzekeraar zonder haar toestemming de automatische incasso voor de service Betaalgemak heeft verhoogd van € 30,- naar € 50,-. Ook dit is door de ziektekostenverzekeraar bestreden.
- 6.3. De vordering heeft volgens de ziektekostenverzekeraar betrekking op openstaande bedragen van € 171,- en € 385,- voor het verplicht eigen risico van respectievelijk 2019 en 2020. Gelet op de gegeven toelichting is de vordering naar het oordeel van de commissie voldoende gespecificeerd. Dit geldt zowel voor de hoogte van het gevorderde bedrag als voor de achtergrond van de vordering.
Verzoekster heeft gesteld dat deze vordering tevens betrekking heeft op het eigen risico van 2013, 2014 en 2015, maar zij heeft dat niet aannemelijk gemaakt. Daarom gaat de commissie er voor het vervolg van uit dat de vordering ter zake van het eigen risico 2019 en 2020 - naar de stand van 9 november 2020 - totaal € 556,30 bedraagt.
- 6.4. Waar het de informatievoorziening betreft, heeft verzoekster aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar, ondanks herhaalde verzoeken daartoe van haar kant, de door hem afgewikkelde zorgkostennota's niet nader heeft gespecificeerd. De commissie beoordeelt dit anders. De ziektekostenverzekeraar heeft immers bij brieven van 7 september 2020, 16 oktober 2020 en 9 november 2020 duidelijk gemaakt waarop de bij verzoekster in rekening gebrachte bedragen ter zake van het verplicht eigen risico betrekking hebben. Met name in zijn brief van 9 november 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht waarop het op dat moment openstaande bedrag van € 556,30 betrekking had. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar vermeld door wie de kosten zijn gedeclareerd, op welke datum de kosten zijn gemaakt, en het door de zorgverlener gedeclareerde bedrag. Het valt niet in te zien waarom deze informatie niet toereikend zou zijn. Indien verzoekster nadere vragen heeft met betrekking tot één of meer declaraties kan zij de betrokken zorgaanbieder(s), met wie zij immers een behandelovereenkomst is aangegaan, daarover benaderen.
- 6.5. Voor het betalen van de verschuldigde bedragen ter zake van bijvoorbeeld het verplicht eigen risico biedt de ziektekostenverzekeraar de service Betaalgemak aan. Deze service houdt in dat de

verzekerde met de ziektekostenverzekeraar een bepaald termijnbedrag afspreekt ter voldoening van een vordering.

Verzoekster heeft zich in juni 2015 voor deze service aangemeld, waarbij is afgesproken dat de ziektekostenverzekeraar bij haar maandelijks een bedrag van € 30,-- incasseert. Het is de ziektekostenverzekeraar gebleken dat door een fout bij verzoekster tot maart 2016 geen bedragen zijn geïncasseerd. Daarnaast is het de ziektekostenverzekeraar gebleken dat, toen de incasso's wel plaatsvonden, deze enkele keren door verzoekster zijn gestorneerd.

- 6.6. Over hetgeen door de ziektekostenverzekeraar is geconstateerd bestaat geen verschil van mening. Het enige dat partijen verdeeld houdt is de vraag met welke reden het afgesproken termijnbedrag van € 30,-- naar € 50,-- is verhoogd en of de ziektekostenverzekeraar hiertoe eenzijdig is overgegaan, zoals verzoekster stelt.

Hiertoe geldt dat door de ziektekostenverzekeraar is gesteld dat verzoekster op 31 mei 2019 telefonisch contact heeft gehad met een van zijn medewerkers. Hoewel geen duidelijke telefoonnotitie van het gesprek is gemaakt, valt uit het genoteerde wel op te maken dat toen is gesproken over de service Betaalgemak. Een dag later, op 1 juni 2019, is aan verzoekster een brief gestuurd waarin haar wordt meegedeeld dat het afgesproken termijnbedrag is verhoogd van € 30,-- naar € 50,--. Voor zover verzoekster stelt dat dit laatste eenzijdig en zonder haar toestemming is gebeurd, had van haar verwacht mogen worden dat zij hiertegen bezwaar zou hebben gemaakt na ontvangst van de brief van 1 juni 2019. Gezien de combinatie van het telefoongesprek, de kort hierna verzonden schriftelijke mededeling en het indertijd uitblijven van een reactie van verzoekster, mocht de ziektekostenverzekeraar ervan uitgaan dat verzoekster met de verhoging akkoord ging.

- 6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 21 april 2021,

L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

2.9 Onrechtmatige inschrijving

- a. als ten behoeve van u een verzekeringsovereenkomst tot stand is gekomen op grond van de Zorgverzekeringswet en later blijkt dat u geen verzekeringsplicht had of vanaf enig moment niet meer heeft, vervalt de verzekeringsovereenkomst met terugwerkende kracht tot het moment waarop geen verzekeringsplicht (meer) bestaat;
- b. wij zullen de premie die u vanaf de dag dat uw verzekeringsplicht niet (meer) bestaat, verrekenen met de door u sindsdien voor rekening van Zorg en Zekerheid genoten zorg en het saldo aan u uitbetalen dan wel bij u in rekening brengen.

Artikel 3 Premie en eigen risico

3.1 Premiegrondslag

De premiegrondslag is de premie zonder premiekorting voor een vrijwillig eigen risico. Uw eventuele premiekorting vindt u op uw polisblad.

3.1.1 Berekening van de premie

Grondslag van de premie	€ ,-- -
Korting vrijwillig gekozen eigen risico	€ ,-- -
Subtotaal	
Korting betaaltermijnen (% tussenresultaat)	€ ,-- -
Te betalen premie	€ ,-- -

3.2 Wie betaalt de premie

De verzekeringnemer is verplicht premie te betalen. Een verzekerde die de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, hoeft geen premie te betalen. Premie is pas verschuldigd op de eerste dag van de kalendermaand na de 18e verjaardag. In geval van overlijden van een verzekerde is er premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden.

Voorbeeld

Iemand die op 2 februari 18 jaar wordt, betaalt premie vanaf 1 maart.

De verzekeringnemer is verplicht de premie vooraf te betalen en bijdragen te betalen, die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke bepalingen of regelingen, voor alle verzekerden. Hierbij kan gekozen worden voor maand, kwartaal, half jaar of jaar betaling.

De premie van de Zorg Gemak Polis kan alleen door middel van automatische incasso worden betaald. Wanneer u ervoor kiest om per half jaar of jaar te betalen, ontvangt u een korting van 1% (bij half jaar) of 2% (bij jaar) over de verschuldigde premie.

3.3 Te ontvangen vergoeding verrekenen met uw premie

Het is niet toegestaan om uw te betalen premie te verrekenen met de vergoedingen die u nog van ons tegoed heeft.

Wanneer een wijziging van uw verzekering plaatsvindt, in de loop van de maand, dan hebben wij het recht de premie met ingang van de eerste dag van de daarop volgende maand te (her)berekenen of aan u terug te betalen.

In het geval van overlijden van de verzekerde vindt verrekening of terugbetaling van de premie plaats met ingang van de dag volgende op de dag van overlijden.

3.4 Achterstand in betalen

Als u de premie, verplicht/vrijwillig eigen risico, eigen bijdragen, onterecht uitbetaalde vergoedingen of wettelijke bijdragen, niet op tijd (terug)betaalt, dan ontvangt u van ons een aanmaning. Bij ontvangst van deze aanmaning heeft u 30 dagen om deze te betalen. Als u niet betaalt binnen de gestelde termijn, dan heeft u geen recht op (vergoeding van kosten voor) medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de eerste dag waarop uw betaling uiterlijk binnen had moeten zijn.

3.4.1 Als u een betalingsachterstand heeft van twee maandpremies, dan bieden wij u een betalingsregeling aan. Dit doen wij uiterlijk binnen 10 werkdagen nadat wij de betalingsachterstand hebben vastgesteld.

- 3.4.2** Als u een betalingsachterstand heeft van vier maanden, dan ontvangt u van ons zo spoedig mogelijk de mededeling dat wij voornemens zijn over te gaan tot melding bij het CAK, zoals bedoeld in artikel 18c van de Zvw. Zodra de premieachterstand zes maanden bedraagt gaan wij de melding ook daadwerkelijk doen. Tenzij u binnen vier weken na mededeling laat weten de premieachterstand of de hoogte ervan te betwisten.
- 3.4.3** Wanneer wij ons standpunt na uw betwisting handhaven, kunt u binnen vier weken na ontvangst van deze mededeling een geschil hierover aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) of een burgerlijk rechter voorleggen. Wanneer uw betalingsregeling als bedoeld in artikel 18a Zvw ingaat, nadat ten aanzien van de zorgverzekering een achterstand in de betaling van de premie van vier maanden is ontstaan, laat de zorgverzekeraar de in artikel 18b eerste lid bedoelde melding achterwege, zolang de nieuw te vervallen termijnen worden voldaan (zie artikel 18.b.3 Zvw).
- 3.4.4** Als u een betalingsachterstand heeft van zes maanden of meer, dan melden wij u aan bij het CAK. Dit doen wij onder vermelding van de voor de heffing van de bestuursrechtelijke premie en de voor de uitvoering van artikel 34a van de Zvw noodzakelijke persoonsgegevens van u als verzekeringnemer en van de eventuele verzekerden. Wij doen geen melding als u:
- de premieachterstand op tijd heeft betwist en wij ons standpunt nog niet aan u kenbaar hebben gemaakt;
 - de in het artikel 18b, tweede lid, Zvw genoemde termijn nog niet is verstreken;
 - op tijd een geschil heeft voorgelegd aan de SKGZ of een burgerlijk rechter, en op het geschil niet onherroepelijk is beslist;
 - zich heeft aangemeld bij een professionele schuldhulpverlener en aantoont dat u een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van uw schulden heeft gesloten.
- 3.4.5** Wij stellen het CAK meteen op de hoogte van de datum waarop:
- de schulden voortvloeiend uit de zorgverzekering volledig zijn of zullen zijn voldaan of tenietgaan;
 - de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, bedoeld in de Faillissementswet op de verzekeringnemer van toepassing wordt;
 - een overeenkomst is gesloten zoals bedoeld in artikel 18c, tweede lid, onderdeel d van de Zvw (dit is een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van de schulden van de verzekeringnemer). Deze overeenkomst moet zijn gesloten door tussenkomst van een schuldhulpverlener zoals bedoeld in artikel 48 Wet op het consumentenkrediet. Of wij stellen u als verzekeringnemer en het CAK op de hoogte van de datum waarop een schuldregeling tot stand is gekomen. Aan deze schuldregeling moet, naast u als verzekeringnemer minstens wij als zorgverzekeraar deelnemen.
- 3.4.6** Als wij een incassobureau inschakelen voor de incasso van onze vordering, dan komen alle kosten van invordering voor uw rekening. Zowel de gerechtelijke als buitengerechtelijke kosten. Het bedrag van de buitengerechtelijke kosten is met ingang van 1 juli 2012 vastgesteld op een minimum bedrag van € 40,00. De buitenrechtelijke kosten bent u verschuldigd vanaf het moment waarop u in gebreke bent.
- 3.4.7** U heeft weer recht op (vergoeding van de kosten voor) zorg op de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de kosten hebben ontvangen.
- 3.5** **Verplicht eigen risico**
- 3.5.1** **Hoogte van het verplicht eigen risico**
- Als u 18 jaar of ouder bent, dan heeft u een verplicht eigen risico van € 385,00 per kalenderjaar. De hoogte van het verplicht eigen risico wordt jaarlijks vastgesteld door de overheid en geldt per verzekerde.
- Het verplicht eigen risico houdt in dat u de kosten van verzekerde zorg tot dit bedrag zelf moet betalen. Het gaat hierbij om kosten die u in de loop van het kalenderjaar vanuit de basisverzekering maakt. Net als de premie kunt u het verplicht eigen risico alleen via automatische incasso betalen.

Voorbeeld

Denk hierbij bijvoorbeeld aan een opname in een ziekenhuis waarbij wij de kosten vergoeden van de opname. U ontvangt van ons vervolgens een rekening voor het betalen van uw verplicht eigen risico en eventueel vrijwillig eigen risico.

- 3.5.2** **Voor welke zorg geldt het verplicht eigen risico**
- Het verplicht eigen risico geldt voor alle zorgvormen opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, behalve voor:
- huisartsenzorg, let u hierbij op dat bijvoorbeeld geneesmiddelen die de huisarts voorschrijft niet onder huisartsenzorg vallen. Ditzelfde geldt voor laboratoriumonderzoek (bijvoorbeeld bij bloedonderzoek) dat samenhangt met de huisartsenzorg. Wanneer dit laboratoriumonderzoek op verzoek van de huisarts door een andere zorgaanbieder wordt uitgevoerd, dan geldt het verplicht eigen risico. De

- consultatiekosten in het kader van het project NEXT door een psychiater vallen wel buiten het eigen risico;
- b. de directe kosten van kraam- en verloskundige zorg. Kosten van hiermee samenhangende zorg vallen wel onder het eigen risico. U kunt hierbij denken aan ambulancevervoer, geneesmiddelen en onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht;
 - c. anticonceptie voor verzekerden vanaf 18 tot en met 20 jaar;
 - d. verpleging en verzorging (wijkverpleging) omschreven in Rubriek B artikel 21 en 27.1;
 - e. vervoer van een donor, indien de donor een zorgverzekering heeft afgesloten en de kosten ten laste van diens zorgverzekering komen. In dat geval vergoeden wij de laagste klasse van het openbaar vervoer. Als er een medische noodzaak is voor vervoer met de auto, vergoeden wij de kosten van het vervoer per auto;
 - f. nacontroles van de donor nadat de periode omschreven in artikel 9 opsommingsteken 4, is verstreken;
 - g. behandeling op basis van een diagnose knie- of heupoperatie in een door ons geselecteerd ziekenhuis. De lijst met ziekenhuizen die wij hebben geselecteerd vindt u op zorgzekerheid.nl/vergoedingenzoeker;
 - h. medicijnen die in het Reglement Farmaceutische zorg door ons zijn aangewezen als voorkeursgeneesmiddelen. Houdt u er wel rekening mee dat de zorgverlening van de apotheek, bijvoorbeeld terhandstellingskosten, het begeleidingsgesprek bij een nieuw geneesmiddel of een inhalatie instructie niet zijn vrijgesteld van het eigen risico. Zie ook in Rubriek B artikel 19;
 - i. de medicijncheck door een apotheker;
 - j. gecontracteerde multidisciplinaire zorgverlening voor chronische aandoeningen, zogenaamde ketenzorg. Uitzondering hierop is buiten de ketenzorg;
 - k. de door ons goedgekeurde programma's Stoppen met roken (exclusief medicatie), deze vindt u op zorgzekerheid.nl/vergoedingenzoeker;
 - l. de Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI).

3.5.3 Vanaf wanneer gaat het verplicht eigen risico in

Wordt u in de loop van een kalenderjaar 18 jaar? Dan geldt het verplicht eigen risico vanaf de eerste dag van de kalendermaand na de 18e verjaardag. De hoogte van het verplicht eigen risicobedrag wordt in dat geval berekend zoals omschreven in artikel 3.5.4.

3.5.4 Berekening hoogte verplicht eigen risico

Als de verzekering niet start of eindigt op 1 januari, i.v.m. het bereiken van de 18 jarige leeftijd of om een andere reden, dan berekenen wij het eigen risico voor het betreffende kalenderjaar als volgt:

$$\text{Eigen risico} \times \frac{\text{aantal dagen dat de verzekering in het kalenderjaar zal lopen of heeft gelopen}}{\text{aantal dagen in het betreffende kalenderjaar}}$$

De hoogte van het bedrag wordt afgerond in hele euro's.

Voorbeeld

De verzekering gaat in op 1 november van een kalenderjaar i.v.m. het bereiken van de 18 jarige leeftijd. Wij berekenen de hoogte dan tot 1 januari van het daarop volgende kalenderjaar. Dit zijn 61 dagen. Een kalenderjaar telt 365 dagen (uitzondering schrikkeljaar). Het eigen risico is: € 385,00 x 61 gedeeld door 365 is € 64,34 en wordt afgerond op € 64,00.

3.5.5 Verplicht eigen risico bij een diagnose-behandelcombinatie (DBC)

Wordt een behandeling gedeclareerd in een zogeheten DBC, prestatie integrale geboortezorg, prestatie basis-GGZ of ZZP GGZ-zorgproduct? Dan worden deze kosten in mindering gebracht op het verplicht eigen risico van het kalenderjaar waarin de DBC, prestatie integrale geboortezorg, prestatie basis-GGZ of ZZP GGZ-zorgproduct is geopend.

3.5.6 Betaling van het verplicht eigen risico

Als wij de kosten voor uw behandeling rechtstreeks aan de zorgverlener betalen, zullen wij, als dit er is, het nog openstaande verplicht eigen risico verrekenen of terugvorderen. Wanneer wij terugvorderen ontvangt u van ons hierover een schriftelijk verzoek tot betaling binnen 14 dagen of een bericht waarin wij aangeven dat wij het terug te vorderen bedrag binnen 14 dagen zullen incasseren.

Wij vergoeden uitsluitend de kosten die boven het bedrag uitkomen van het verplicht eigen risico en eventueel vrijwillig eigen risico. Het verplicht eigen risico is ook van toepassing op onderdelen van het verzekerde pakket waarbij een maximum bedrag is vermeld tenzij in de voorwaarden anders is bepaald.

3.6 Vrijwillig eigen risico

3.6.1 Wat is vrijwillig eigen risico

Als verzekeringnemer kunt u bij een zorgverzekering kiezen voor een vrijwillig eigen risico, mits de verzekerde 18 jaar of ouder is. U kunt dan kiezen uit een vrijwillig eigen risico van € 0,00 of € 500,00 per kalenderjaar. Het gekozen vrijwillig eigen risico staat op uw polisblad.

Bij het vrijwillig eigen risico moet u de kosten of vergoeding van zorg zelf betalen tot het gekozen bedrag. Dit bedrag komt dus nog bovenop het verplicht eigen risico uit artikel 3.5.1. Bij betaling van zorgkosten waarvoor een eigen risico van toepassing is wordt altijd eerst het verplicht eigen risico aangesproken daarna volgt het vrijwillig eigen risico. Ook het vrijwillig eigen risico kunt u alleen betalen via automatische incasso.

In ruil voor het gekozen vrijwillig eigen risico ontvangt u een bijbehorende korting op uw premie. Voor de korting met betrekking tot het vrijwillig eigen risico kunt u de offertemodule op **zorgenzekerheid.nl** raadplegen.

3.6.2 Voor welke zorg geldt het vrijwillig eigen risico

Het vrijwillig eigen risico geldt voor de zorg waarop het verplicht eigen risico van toepassing is (zie artikel 3.5.2).

Uitzondering hierop is artikel 3.5.2 onder g (behandeling op basis van een diagnose knie- of heupoperatie in een door ons geselecteerd ziekenhuis). Daarvoor geldt geen verplicht eigen risico, maar wel het vrijwillig eigen risico.

3.6.3 Wanneer kunt u het gekozen vrijwillig eigen risico wijzigen

U kunt het gekozen vrijwillig eigen risico alleen wijzigen per 1 januari van het nieuwe kalenderjaar. U kunt het vrijwillig eigen risico dus niet met terugwerkende kracht aanpassen van bijvoorbeeld € 500,00 naar € 100,00.

Wij moeten uw wijziging uiterlijk 31 december van het voorafgaande kalenderjaar hebben ontvangen om de wijziging per 1 januari van het nieuwe kalenderjaar in te laten gaan. Dit kunt u doen via **MijnZZ.nl**, telefonisch via 071 – 5 825 825 of bezoek een van onze winkels.

3.6.4 Berekening hoogte vrijwillig eigen risico

Als de zorgverzekering gedurende het jaar aanvangt of eindigt, dan berekenen wij het vrijwillig eigen risico voor het betreffende kalenderjaar als volgt:

$$\text{Vrijwillig eigen risico} \times \frac{\text{aantal dagen dat de verzekering in het kalenderjaar zal lopen of heeft gelopen}}{\text{aantal dagen in het betreffende kalenderjaar}}$$

De hoogte van het bedrag wordt afgerond naar hele euro's.

Voorbeeld 18 jarigen

Er is gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 100,00.

De zorgverzekering gaat in op 1 november i.v.m. het bereiken van de 18 jarige leeftijd.

Wij nemen in dit geval niet de volledige € 100,00 als vrijwillig eigen risico. Dit komt doordat hier rekening wordt gehouden met de periode waarover het vrijwillig eigen risico geldt.

Hier is dat 61 dagen (= het aantal dagen tot 1 januari van het volgend kalenderjaar).

Een kalenderjaar telt 365 dagen, tenminste als het geen schrikkeljaar is. Het vrijwillig eigen risico bedraagt dan:

$$€ 100,00 \times (61 / 365) = € 17,00 \text{ (afgerond naar hele euro's).}$$

Als het geldend vrijwillig eigen risico wijzigt tijdens een kalenderjaar, én vóór die wijziging al bij ons een zorgverzekering was afgesloten, dan berekenen wij het vrijwillig eigen risico als volgt:

Eerst tellen wij de volgende bedragen bij elkaar op.

(Jaarbedrag Vrijwillig Eigen Risico periode 1 x aantal dagen dat dit geldt) = bedrag 1

+

(Jaarbedrag Vrijwillig Eigen Risico periode 2 x aantal dagen dat dit geldt) = bedrag 2

Et cetera.

De opgetelde bedragen delen wij vervolgens door het aantal dagen in het betreffende kalenderjaar. De uitkomst ronden wij af op hele euro's.

3.6.5 Vrijwillig eigen risico bij een diagnose-behandelcombinatie (DBC)

Wordt een behandeling gedeclareerd op basis van een zogeheten DBC, prestatie integrale geboortezorg, prestatie basis-GGZ of ZZP GGZ-zorgproduct dan wordt dit in mindering gebracht op het vrijwillig eigen risico van het kalenderjaar waarin de betreffende DBC, prestatie integrale geboortezorg, prestatie basis-GGZ of ZZP GGZ-zorgproduct is geopend.

3.6.6 Betaling van het vrijwillig eigen risico

Als wij de kosten voor uw behandeling rechtstreeks aan de zorgverlener betalen, zullen wij, als dit er is, het nog openstaande vrijwillig eigen risico verrekenen of terugvorderen. Wanneer wij terugvorderen ontvangt u van ons hierover een schriftelijk verzoek tot betaling binnen 14 dagen of een bericht waarin wij aangeven dat wij het terug te vorderen bedrag binnen 14 dagen zullen incasseren.

Als u zorgkosten rechtstreeks bij ons declareert, dan zullen wij, als dit er is, het nog openstaande vrijwillig eigen risico verrekenen met de te ontvangen vergoeding(en).

Het vrijwillig eigen risico is ook van toepassing op onderdelen van het verzekerd pakket waarbij een maximum bedrag is vermeld tenzij in de voorwaarden anders is bepaald.

3.6.7 Vrijwillig eigen risico na de 18e verjaardag

Wij benaderen u tenminste vier weken voor de eerste dag van de maand die volgt na de 18e verjaardag. Dit doen wij via een brief waarin wij u vragen binnen een bepaalde termijn aan te geven welk vrijwillig gekozen eigen risico u kiest. Als u niet binnen deze termijn schriftelijk uw keuze doorgeeft, dan wordt een premie berekend op basis van het vrijwillig eigen risico van de verzekeringnemer.

Artikel 4 Overige bepalingen

4.1 Verplichtingen

4.1.1 Wat zijn uw verplichtingen

- a. de behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur van Zorg en Zekerheid als de medisch adviseur daarom vraagt;
- b. aan de medisch adviseur of anderen die bij Zorg en Zekerheid met de controle zijn belast, medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie, met inachtneming van privacyregelgeving. Hieronder verstaan wij ook, op verwijzing van Zorg en Zekerheid, verlenen van medewerking aan het verkrijgen van een second opinion door een onafhankelijk specialist. De kosten van een dergelijk second opinion komen voor rekening van Zorg en Zekerheid;
- c. Zorg en Zekerheid te informeren omtrent feiten die met zich mee kunnen brengen dat de kosten verhaald kunnen worden op (mogelijke) aansprakelijke derden en verstrekt Zorg en Zekerheid kosteloos in dat verband alle benodigde inlichtingen en/of medewerking; het is hem niet toegestaan om, zonder schriftelijke akkoordverklaring van Zorg en Zekerheid, een regeling te (laten) treffen met de aansprakelijke derde of diens verzekeraar met betrekking tot de kosten die door Zorg en Zekerheid zijn of worden vergoed;
- d. binnen 30 dagen aan Zorg en Zekerheid te melden dat de verzekerde is gedetineerd en/of dat de detentie van verzekerde is afgelopen, in verband met de wettelijke bepaling inzake de opschorting van dekking en premieplicht tijdens de duur van de detentie;
- e. de originele en duidelijk gespecificeerde nota's bij Zorg en Zekerheid in te dienen vóór 31 december van het derde jaar volgend op het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. In het geval de nota betrekking heeft op een DOT en/of een DBC worden alle kosten die met deze DOT en/of DBC-verband houden toegerekend aan het jaar waarin deze is geopend. Als de nota's later worden ingediend dan heeft u geen recht meer op vergoeding van deze zorgkosten. Alleen originele nota's of computernota's die zijn gewaarmerkt door de zorgverlener, worden in behandeling genomen. Bij het declareren van kosten buitenland of zittend ziekenvervoer dient gebruik te worden gemaakt van een door Zorg en Zekerheid te verstrekken declaratieformulier buitenland/ zittend ziekenvervoer, zie hiervoor ook zorgenzekeerheid.nl;
- f. voor zover een verwijzing in de polis voor het inroepen van de zorg is vereist, de verwijzing van de desbetreffende zorgverlener te overleggen als Zorg en Zekerheid hierom vraagt;
- g. de verzekeringnemer is verplicht ervoor te zorgen dat iedere wijziging die invloed kan hebben op de rechten en plichten die uit de verzekeringsovereenkomst voortvloeien zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen 30 dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan Zorg en Zekerheid te melden. Dergelijke wijzigingen zijn onder meer:
 - vervallen van de wettelijke verzekeringsplicht;
 - echtscheiding, einde duurzaam samenwonen of einde geregistreerd partnerschap;
 - overlijden;

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, 2020 en 2021.

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

§ 2. Het eigen risico

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. zorg zoals huisartsen die plegen te bieden,
 - c. zorg als bedoeld in artikel 2.10,
 - d. zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire

- zorgverlening chronische aandoeningen,
 - e. nacontroles van de donor nadat de periode, bedoeld in artikel 2.5, eerste lid, onderdeel d, is verstreken, en
 - f. de kosten van vervoer, bedoeld in artikel 2.5, tweede lid.
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 zich wendt tot 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.
4. In afwijking van het derde 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 in het derde lid genoemde dag is ingediend.

Artikel 2.18

1. De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent, vallen buiten het vrijwillig eigen risico.
2. Onder kosten van inschrijving worden verstaan:
- a. een bedrag ter zake van de inschrijving als patiënt, tot ten hoogste het tarief dat op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg als beschikbaarheidstarief is vastgesteld;
 - b. vergoedingen die samenhangen met de wijze waarop de geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling wordt verleend, met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of de instelling, voor zover deze vergoedingen tussen de zorgverzekeraar van de verzekerde en zijn huisarts of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze vergoedingen krachtens eerderbedoelde overeenkomst bij de inschrijving van een verzekerde in rekening mag brengen.

Artikel 2.19

Het percentage, bedoeld in artikel 21, eerste lid, van de wet, bedraagt 100.