

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. drs. J.W. Heringa en mr. B.L.A. van Drunen)

Zaaknummer: 202303578

### Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

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

### 1. Samenvatting

- 1.1. Verzoekster heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat (i) zij geen fraude heeft gepleegd, (ii) haar persoonsgegevens ten onrechte zijn opgenomen in de verschillende registers, (iii) de onderzoekskosten naar haar declaratiegedrag ten onrechte door de ziektekostenverzekeraar bij haar in rekening zijn gebracht, en (iv) de ziektekostenverzekeraar zonder haar toestemming heeft geprobeerd de volgens hem verschuldigde bedragen af te schrijven van haar bankrekening. Verzoekster heeft de in het geding zijnde vervoerskosten via haar telefoon gedeclareerd en hierbij heeft zij fouten gemaakt. Volgens haar is echter geen sprake geweest van opzet.  
De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat uit het door hem verrichte onderzoek is gebleken dat verzoekster over een geruime periode bewust, stelselmatig en veelvuldig onrechtmatig vervoersritten heeft gedeclareerd. Van de 2.710 door verzoekster gedeclareerde ritten blijken slechts 60 ritten rechtmatig te zijn gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar beschouwt dit als fraude. Om die reden heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster een aantal maatregelen opgelegd: de onrechtmatig verkregen vergoeding van € 45.023,82 wordt teruggevorderd, haar verzekeringen zijn beëindigd en zij mag de komende vijf jaren geen nieuwe verzekering afsluiten bij de ziektekostenverzekeraar of het concern waartoe hij behoort, de onderzoekskosten van € 733,50 worden van verzoekster gevorderd, en de persoonsgegevens van verzoekster worden in de diverse registers opgenomen voor de duur van acht jaren. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar aangifte gedaan bij de politie.
- 1.2. De commissie overweegt dat uit de door de ziektekostenverzekeraar bij de betrokken zorginstellingen opgevraagde informatie is gebleken dat tegenover het overgrote deel van de door verzoekster gedeclareerde ritten geen afspraak op die locatie stond. Verzoekster heeft geen informatie aangedragen waaruit het tegendeel blijkt. De commissie overweegt verder dat vast staat dat de vergoedingen ter zake van het vervoer aan verzoekster zijn uitgekeerd. Dat de ontstane situatie het gevolg is van door verzoekster gemaakte fouten vanwege het declareren per mobiele telefoon is niet aannemelijk, omdat verzoekster immers vele malen meer kreeg vergoed dan waarop zij aanspraak had: de foutmarge zou volgens haar dan 97,8% zijn geweest. Desgevraagd heeft zij hiervoor geen verklaring kunnen geven, waar dat wel had

mogen worden verwacht. De commissie concludeert daarom dat verzoekster het opzet heeft gehad de ziektekostenverzekeraar te misleiden, met als doel vergoedingen te ontvangen waarop geen aanspraak bestond. Daarmee is sprake van fraude, en de ziektekostenverzekeraar mocht het teveel uitgekeerde daarom van verzoekster terugvorderen. Tevens mocht hij de door hem opgelegde maatregelen treffen. Aangezien de opname in de verschillende registers voldoet aan de vereisten van subsidiariteit en proportionaliteit en de gevorderde onderzoekskosten door verzoekster niet gemotiveerd zijn bestreden, ziet de commissie geen aanleiding om één of meer maatregelen te schrappen dan wel te matigen en wijst zij het verzoek af.

- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

## 2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 1 december 2023 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Aan verzoekster is naar aanleiding hiervan meegedeeld dat zij een heroverweging moet vragen aan de ziektekostenverzekeraar, alvorens het geschil door de commissie in behandeling kan worden genomen. Op 15 maart 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 18 april 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is, eveneens op 18 april 2024, aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 juni 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier.

## 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2021, 2022 en 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de CZdirect Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen CZdirect Fysio 9 Uitgebreed+ en CZdirect Tand 1 75% (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoekster heeft medio 2022 een aanvraag ingediend voor vergoeding van vervoerskosten van haar huisadres naar het Maxima Medisch Centrum (MMC), locaties Eindhoven en Veldhoven. De ziektekostenverzekeraar heeft aan haar op 30 juni 2022 een machtiging verleend. Deze machtiging is op 4 juli 2022 tweemaal gecorrigeerd. De uiteindelijke akkoordverklaring is geldig van 2 februari 2021 tot en met 1 februari 2022.
- 3.3. Bij brief van 26 juni 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij regelmatig controles uitvoert naar de rechtmatigheid van ingediende declaraties. Om te controleren of het zittend ziekenvervoer daadwerkelijk heeft plaatsgevonden naar de door verzoekster opgegeven bestemmingen, vraagt hij verzoekster in de brief om alle afsprakenkaartjes over de periode van 2 februari 2021 tot en met 31 mei 2023 naar hem te sturen. Verzoekster heeft op 6 juli 2023 een overzicht van haar afspraken op beide locaties van het betreffende ziekenhuis aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Zij heeft hierbij aangetekend dat niet alle afspraken zijn vermeld, en dat zij van het ziekenhuis nog een overzicht verwacht.
- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster bij brief van 29 augustus 2023 meegedeeld dat haar dossier is overgedragen aan het 'Bureau Bijzonder Onderzoek' en dat deze afdeling een fraudeonderzoek naar de vervoersnota's zal verrichten. Bij brief van 9 oktober 2023 heeft de betreffende afdeling verzoekster meegedeeld dat het fraudeonderzoek is gestart. Daarnaast heeft

deze afdeling aan verzoekster enkele vragen gesteld. Verzoekster heeft hier bij e-mailbericht van 12 oktober 2023 op gereageerd.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster bij brief van 2 november 2023 de bevindingen naar aanleiding van het fraudeonderzoek meegedeeld. De ziektekostenverzekeraar heeft uitgelegd wat zijn conclusie op basis hiervan is en heeft tevens aan verzoekster meegedeeld wat hiervan de gevolgen zijn. Verzoekster heeft hierbij de mogelijkheid gekregen op de bevindingen te reageren. Op 8 november 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster telefonisch gesproken. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 24 november 2023 gereageerd op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 2 november 2023. Bij haar reactie heeft zij een brief gevoegd van het ziekenhuis van 13 november 2023, waarop drie bezoeken aan de polikliniek staan vermeld in verband met bloedafname. Op 27 november 2023 heeft verzoekster nogmaals telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar.
- 3.6. Bij brief van 30 november 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij een fraudeonderzoek heeft verricht naar de door haar gedeclareerde kosten van zittend ziekenvervoer over de periode van 2 februari 2021 tot en met 30 september 2023. De ziektekostenverzekeraar heeft op basis van dit onderzoek geconcludeerd dat verzoekster een groot deel van de ritten onrechtmatig heeft gedeclareerd. In verband hiermee heeft de ziektekostenverzekeraar de volgende maatregelen aan verzoekster opgelegd:
- de onrechtmatig verkregen vergoeding van € 45.023,82 moet worden terugbetaald;
  - de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering worden per 1 januari 2024 beëindigd;
  - verzoekster mag gedurende vijf jaren geen zorgverzekering afsluiten bij de ziektekostenverzekeraar of bij een van de verzekeraars van hetzelfde concern waartoe de ziektekostenverzekeraar behoort;
  - de onderzoekskosten van € 733,50 worden bij verzoekster in rekening gebracht;
  - de persoonsgegevens van verzoekster worden opgenomen in de Gebeurtenissenadministratie van de ziektekostenverzekeraar tot 2 november 2031;
  - de persoonsgegevens van verzoekster worden opgenomen in het Intern Verwijzingsregister (IVR) van de ziektekostenverzekeraar tot 2 november 2031;
  - de persoonsgegevens van verzoekster worden opgenomen in het Incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar tot 9 oktober 2031;
  - de persoonsgegevens van verzoekster worden opgenomen in het Externe Verwijzingsregister (EVR) tot 9 oktober 2031.
- Daarnaast doet de ziektekostenverzekeraar aangifte bij de politie.
- 3.7. Verzoekster heeft op 6 december 2023 de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 15 januari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

#### 4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht vast te stellen dat:
- (i) zij geen fraude heeft gepleegd,
  - (ii) haar persoonsgegevens ten onrechte zijn opgenomen in de verschillende registers,
  - (iii) de onderzoekskosten ten onrechte bij haar in rekening zijn gebracht, en
  - (iv) de ziektekostenverzekeraar zonder haar toestemming heeft geprobeerd de volgens hem verschuldigde bedragen automatisch te incasseren van haar bankrekening.
- 4.2. Verzoekster licht in het klachtenformulier toe dat zij haar vervoerskosten in verband met ziekenhuisbezoeken destijds declareerde via haar telefoon. Hierbij zijn echter fouten opgetreden. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verschillende keren gebeld om te controleren of zij haar formulier correct had ingevuld gezien haar "verwarring over waarom ik via twee ziekenhuizen moest declareren terwijl het eigenlijk één zou moeten zijn." Bovendien ontving zij soms hogere bedragen. De ziektekostenverzekeraar heeft haar verteld dat als de declaratie was geaccepteerd,

het goed zou komen. Als de declaratie niet klopte, zou zij hierover bericht krijgen. Daarnaast heeft het ziekenhuis de afspraken die in zijn administratie stonden doorgegeven, maar bepaalde onverwachte momenten voor bloedafnames waren hierin niet terug te vinden.

Verzoekster ontkent te hebben gefraudeerd. Zij is bereid het teveel ontvangen bedrag in termijnen terug te betalen en staat open voor een oplossing. Verzoekster heeft dit ook besproken met haar huisarts en die heeft haar verteld dat zij nog jong is en er wel iets kan worden geregeld. Zo kan een deel worden kwijtgescholden, omdat de fout niet bij haar ligt.

- 4.3. Tijdens het intakegesprek bij de commissie op 27 februari 2024, dat met de brief van diezelfde dag is bevestigd, heeft verzoekster in aanvulling hierop opgemerkt dat zij bij het declareren van de vervoerskosten ook een paar keer alleen een enkele reis heeft opgevoerd. Daarnaast heeft zij verklaard dat zij het er niet mee eens is dat de onderzoekskosten van haar worden gevorderd. Zij heeft immers niet gevraagd om het betreffende onderzoek. Verder heeft zij opgemerkt dat de ziektekostenverzekeraar heeft geprobeerd om zonder haar toestemming bedragen, die zij volgens hem verschuldigd zou zijn, van haar bankrekening te incasseren.
- 4.4. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat zij de vergoedingen in gedeeltes heeft ontvangen, hierdoor had zij aanvankelijk niet door dat zij teveel ontving. Zij benadrukt dat zij destijds telefonisch contact heeft opgenomen met de ziektekostenverzekeraar om door te geven dat zij teveel had ontvangen. Zij erkent dus dat zij teveel heeft ontvangen. Verzoekster weet echter niet hoeveel zij teveel heeft ontvangen, maar het door de ziektekostenverzekeraar gevorderde bedrag klopt volgens haar niet. Gezien de aan haar telefonisch verstrekte informatie ging zij ervan uit dat zij van de ziektekostenverzekeraar bericht zou krijgen als zij teveel had ontvangen. En nu moet zij ineens een groot bedrag terugbetalen. Zij benadrukt dat je bij het online declareren een fout kan maken. Hierdoor kon het ook gebeuren dat zij bij het declareren iets heeft aangeklikt waardoor een vervoersrit is gedeclareerd op een dag dat zij niet naar een zorgaanbieder ging. Zij benadrukt dat zij niet bewust declaraties verkeerd heeft ingevuld. Daarnaast door de commissie expliciet gevraagd, heeft verzoekster verklaard dat thans niet meer in geschil is dat de ziektekostenverzekeraar zonder haar toestemming heeft geprobeerd bepaalde bedragen van haar rekening af te schrijven. Verzoekster vindt de beschuldiging van fraude erg moeilijk. Het voelt ook niet fijn dat zij zo staat geregistreerd. Ook heeft zij last van de gevolgen van de registraties. Zij is nog jong en wil zich richten op de toekomst.

## 5. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat naar aanleiding van de door verzoekster ingediende declaraties van vervoerskosten een controle heeft plaatsgevonden. Deze controle is gebaseerd op de wettelijke controlerende taak van de ziektekostenverzekeraar en de polisvoorwaarden. Op basis van deze controle is het vermoeden van fraude ontstaan. Naar aanleiding hiervan is een fraudeonderzoek gestart.
- 5.2. In zijn brief van 2 november 2023 licht de ziektekostenverzekeraar toe dat onderzoek is verricht naar de declaraties van vervoerskosten over de periode van 2 februari 2021 tot en met 30 september 2023. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster met deze brief geïnformeerd over zijn onderzoeksbevindingen. Op 1 november 2022 is het woonadres van verzoekster gewijzigd in de administratie van de ziektekostenverzekeraar. In de periode van 2 februari 2021 tot 1 november 2022 heeft hij echter declaraties ontvangen voor vervoer van en naar het oude en het nieuwe adres. De ziektekostenverzekeraar beschouwt daarom in de periode van 2 februari 2021 tot 1 november 2022 adres A als feitelijk woonadres en vanaf 1 november 2022 adres B. De ziektekostenverzekeraar heeft bij het MMC een overzicht van afspraken opgevraagd. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar de verkregen afsprakenoverzichten van het MMC afgezet tegen de door verzoekster gedeclareerde ritten. Uit deze vergelijking is gebleken dat slechts 47 van de 2.710 gedeclareerde ritten verklaarbaar en rechtmatig zijn. Deze 47 ritten

vertegenwoordigen een declaratiebedrag van in totaal € 1.135,06. Verzoekster heeft in totaal € 47.636,55 aan vervoerskosten gedeclareerd. Hiervan is dus € 46.501,49 onrechtmatig. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat voor diverse ritten geen retour is gedeclareerd, maar alleen een enkele reis. Daarnaast zijn voor diverse ritten onjuiste bestemmingen en/of herkomstadressen gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar concludeert dat sprake is van fraude, omdat verzoekster over een ruime periode bewust, stelselmatig en veelvuldig onrechtmatig vervoerskosten heeft gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar heeft daarom aan verzoekster meegedeeld welke maatregelen hij voornemens is te gaan treffen. Verzoekster is hierbij in de gelegenheid gesteld schriftelijk op de onderzoeksbevindingen te reageren.

Verzoekster heeft op 8 november 2023 telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar. Naar aanleiding hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar de reactietermijn verlengd.

- 5.3. Nadat verzoekster per e-mail had gereageerd, heeft de ziektekostenverzekeraar haar bij brief van 30 november 2023 zijn beslissing gestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft alle contactregistraties uit de controleperiode nagekeken. Er zijn diverse contactregistraties met vragen van verzoekster over de machtigingen en de declaraties van vervoer. Daarentegen zijn er geen contactregistraties over eventueel te veel ingediende en/of incorrecte declaraties of ontvangen betalingen. De ziektekostenverzekeraar blijft daarom bij zijn conclusie dat een groot deel van de ritten onrechtmatig door verzoekster is gedeclareerd, omdat hier geen zorgregistraties en/of zorgmomenten uit de afsprakenoverzichten tegenover staan. De ziektekostenverzekeraar heeft een overzicht van de gedeclareerde ritten opgesteld waarop is vermeld (i) welke ritten rechtmatig zijn, (ii) welke ritten onrechtmatig zijn, en (iii) welke ritten rechtmatig zijn, maar waarbij een onjuiste bestemming of herkomstadres staat vermeld. Uit dit overzicht blijkt dat 2.650 ritten onrechtmatig zijn gedeclareerd. Deze ritten betreffen een totaal declaratiebedrag van € 46.255,81, waarvan € 45.023,82 aan verzoekster is uitgekeerd. Anders dan in de brief van 2 november 2023 is vermeld, heeft de ziektekostenverzekeraar besloten om de ritten, waarbij een onjuiste bestemming of herkomstadres staat vermeld, maar waar wel op die dag een zorgregistratie en/of zorgmoment tegenover staat, niet (langer) aan te merken als onrechtmatig. Hierdoor komt het ten onrechte betaalde bedrag lager uit dan in de brief van 2 november 2023 is vermeld. De ziektekostenverzekeraar merkt hierbij op dat verzoekster na haar adreswijziging (1 november 2022) met terugwerkende kracht vervoersritten heeft gedeclareerd van en naar haar nieuwe adres. Op deze dagen waren eerder al vervoersritten gedeclareerd van en naar haar oude adres. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster gedurende het onderzoek de mogelijkheid geboden om informatie aan te leveren. Ook is aan haar meermaals uitstel hiervoor verleend. De ziektekostenverzekeraar heeft uiteindelijk besloten om het onderzoek af te ronden. Hij heeft geconcludeerd dat verzoekster over een geruime periode bewust, stelselmatig en veelvuldig onrechtmatig vervoerskosten heeft gedeclareerd. Daarom beschouwt de ziektekostenverzekeraar dit als fraude. Bij iedere vervoersdeclaratie heeft verzoekster handmatig de betreffende datum moeten opgeven. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat het kan gebeuren dat hierbij soms een fout wordt gemaakt. Verzoekster heeft echter zo vaak verkeerde data ingevuld dat dit geen fout kan zijn. Daarnaast had zij op haar rekeningafschriften kunnen zien dat zij veel meer aan vergoeding ontving dan dat zij aan reiskosten betaalde. Daarom is de ziektekostenverzekeraar van mening dat sprake is van opzet.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster de volgende maatregelen opgelegd:
- De onrechtmatig verkregen vergoeding van € 45.023,82 moet worden terugbetaald.
  - De zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering worden per 1 januari 2024 beëindigd.
  - Verzoekster mag de komende vijf jaren geen zorgverzekering afsluiten bij de ziektekostenverzekeraar en/of de verzekeraars die tot hetzelfde concern behoren.
  - De onderzoekskosten van € 733,50 worden bij verzoekster in rekening gebracht.
  - De (persoons)gegevens van verzoekster zijn opgenomen in de Gebeurtenissenadministratie van de ziektekostenverzekeraar tot 2 november 2031.
  - De (persoons)gegevens van verzoekster zijn opgenomen in het IVR van de ziektekostenverzekeraar tot 2 november 2031.

- De (persoons)gegevens van verzoekster zijn opgenomen in het Incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar tot 9 oktober 2031. De ziektekostenverzekeraar merkt hierbij op dat hij bij de bepaling van de duur van de registratie een afweging heeft gemaakt tussen de belangen van verzoekster en de belangen van de financiële instellingen. De schending van het vertrouwen is zo ernstig dat hij het belangrijk vindt dat haar gegevens tot 9 oktober 2031 in dit register is opgenomen.
- De (persoons)gegevens van verzoekster zijn opgenomen in het EVR tot 9 oktober 2031. De ziektekostenverzekeraar merkt hierbij op dat op grond van het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen (PIFI) een registratie voor de duur van 8 jaar het uitgangspunt is. Er zijn in dit geval geen omstandigheden bekend die aanleiding geven tot verkorting van deze termijn. De schending van zijn vertrouwen in verzoekster is zo ernstig dat hij het belangrijk vindt om de gegevens van verzoekster in het EVR op te nemen tot 9 oktober 2031.
- De ziektekostenverzekeraar doet aangifte bij de politie van zijn bevindingen.

- 5.5. In de heroverweging van 15 januari 2024 handhaaft de ziektekostenverzekeraar zijn conclusie dat sprake is van fraude. Ook het door verzoekster terug te betalen bedrag wordt gehandhaafd. Anders dan verzoekster is de ziektekostenverzekeraar van oordeel dat zij voldoende tijd en gelegenheid heeft gehad om zich te verweren en/of bewijs te leveren waaruit blijkt dat de vervoersdeclaraties rechtmatig zijn. Gezien het feit dat van de 2.710 declaraties er slechts 60 (2,2%) kunnen worden aangemerkt als rechtmatig, acht de ziektekostenverzekeraar het hoogst onwaarschijnlijk dat de onterechte declaraties berusten op een vergissing vanwege het indienen via de telefoon. Daarnaast is totaal € 45.942,16 op de rekening van verzoekster uitbetaald, terwijl op basis van de onderbouwde 60 ritten aanspraak bestond op maximaal € 1.380,74. Dit draagt bij aan de conclusie dat een vergissing hoogst onwaarschijnlijk is. Het is daarnaast hoogst onwaarschijnlijk dat de hoogte van het bedrag verzoekster niet is opgevallen, gezien het werkelijke aantal zorgmomenten waarbij zij van het zittend ziekenvervoer gebruik kon maken. De ziektekostenverzekeraar merkt verder op dat verzoekster niet op eigen initiatief hierover contact met hem heeft opgenomen.
- 5.6. In de brief van 18 april 2024 aan de commissie heeft de ziektekostenverzekeraar, daarnaar gevraagd, meegedeeld dat hij inmiddels aangifte heeft gedaan bij de politie. Uit de overgelegde stukken blijkt dat de aangifte is ingediend op 27 december 2023. De ziektekostenverzekeraar heeft hierover sindsdien nog niets vernomen.
- 5.7. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop daarnaar door de commissie expliciet gevraagd nog aangevoerd dat de machtiging voor de vergoeding van het zittend ziekenvervoer in ieder geval is verlengd tot 10 januari 2023. Er zal daarna ook nog een machtiging zijn verleend.  
De ziektekostenverzekeraar licht toe dat van de door verzoekster gedeclareerde vervoersritten 60 terecht ware en 2.650 niet. Het is zeer onaannemelijk dat dit per ongeluk is gebeurd. Verzoekster ontving dit geld namelijk niet zomaar van de ziektekostenverzekeraar. De vergoedingen werden overgemaakt naar aanleiding van declaraties van verzoekster. Zij heeft elke declaratieregule zelf ingevuld. Zij wist dus wat zij indiende, en wist wat zij kon verwachten. Dit kon en moest zij hebben gezien.  
De declaraties van zittend ziekenvervoer worden veelal automatisch verwerkt. Hierdoor is niet eerder opgemerkt dat er iets niet klopte. Als verzoekster problemen ondervond bij het invullen van de declaraties, dan lag het op haar weg om zich hierbij te laten helpen. Dit is geen excuus voor deze foute declaraties. Daarom is de ziektekostenverzekeraar van mening dat hier sprake is van fraude en dat de getroffen maatregelen gerechtvaardigd zijn.  
De ziektekostenverzekeraar weegt bij het opleggen van de maatregelen verschillende omstandigheden mee, zoals of betrokkene meewerkt en/of schuld bekend, de hoogte van het bedrag en of het eenmalig is of dat het vaker is voorgekomen. Alles bij elkaar leidt deze afweging ertoe dat verzoekster in de hoogste categorie met maatregelen valt. De ziektekostenverzekeraar ziet geen aanleiding tot het matigen van de maatregelen. De ziektekostenverzekeraar begrijpt

dat dit voor verzoekster vervelend is, maar zij heeft dit aan zichzelf te wijten. Zij had zich eerder moeten realiseren dat dit het gevolg kon zijn.

## 6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. 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 A.22 van de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering van de jaren 2021, 2022 en 2023.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

## 7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit het Burgerlijk Wetboek (BW) 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.

### *Veronderstelde fraude*

- 7.2. De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar de aan verzoekster verleende vergoeding voor zittend ziekenvervoer grotendeels terugvordert, omdat sprake zou zijn van fraude in de zin van artikel A.6.4. van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar een aantal maatregelen tegen verzoekster getroffen, zoals is vermeld onder 3.6. De maatregelen die de ziektekostenverzekeraar kan opleggen in geval van fraude zijn opgenomen in de artikelen A.6.4. en A.15. van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. Omdat fraude tevens een strafbaar feit oplevert kan hiervan aangifte worden gedaan, hetgeen in dit geval ook is gebeurd.

- 7.3. Gelet op de vérstreckende gevolgen van het verval van het recht op uitkering (artikel 7:941, vijfde lid, BW) en de te treffen maatregelen in geval van opzettelijke misleiding, kan niet lichtvaardig van fraude worden gesproken.
- 7.4. De commissie zal allereerst de vraag beantwoorden of de ziektekostenverzekeraar terecht heeft geconcludeerd dat verzoekster hem opzettelijk heeft misleid.

Op grond van artikel 7:941, tweede lid, BW is de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde verplicht de verzekeraar alle gegevens te verstrekken die van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen. Indien de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde die verplichting niet is nagekomen met het opzet verzekeraar te misleiden vervalt het recht op uitkering (artikel 7:941, vijfde lid, BW). Het is aan de verzekeraar om te stellen, en zo nodig te bewijzen, dat de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde opzettelijk een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven, met als doel een (hogere) vergoeding te ontvangen. De commissie is van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar hierin is geslaagd. Voor dit oordeel is het volgende van belang.

- 7.5. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster - op haar verzoek - op 4 juli 2022 een machtiging verleend voor zittend ziekenvervoer over de periode van 2 februari 2021 tot en met 1 februari 2022. Daarna is de machtiging verlengd, in ieder geval tot 10 januari 2023. Ook daarna schijnt de machtiging nogmaals te zijn verlengd. Verzoekster heeft vervolgens op verschillende momenten de kosten van vervoer naar en van de gemachtigde locaties ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar, voor een bedrag van totaal € 45.942,16. Op grond van deze declaraties heeft de ziektekostenverzekeraar vergoedingen aan verzoekster uitgekeerd. Op enig

moment is de ziektekostenverzekeraar een onderzoek gestart naar voornoemde declaraties. Naar aanleiding van het onderzoek heeft hij geconcludeerd dat slechts 60 van de 2.710 ingediende declaraties rechtmatig zijn. Verzoekster heeft als verklaring voor het verschil aangevoerd dat zij de declaraties via haar telefoon heeft ingediend en dat zij hierbij fouten heeft gemaakt. Daarnaast heeft zij aangetekend dat soms alleen een enkele reis is gedeclareerd.

- 7.6. De commissie heeft het door de ziektekostenverzekeraar overgelegde onderzoeksrapport en het daarbij gevoegde overzicht van alle door verzoekster gedeclareerde vervoerskosten bestudeerd. Uit het overzicht blijkt dat verzoekster de meeste vervoerskosten met terugwerkende kracht heeft gedeclareerd. Dat zij fouten kan hebben gemaakt bij het vermelden van haar juiste woonadres kan de commissie begrijpen. Verzoekster is immers verhuisd per 1 november 2022, en de meeste declaraties zijn na die datum ingediend. Bovendien heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat het verschil tussen beide adressen verzoekster weinig voordeel heeft opgeleverd, dus zodat hier geen sprake lijkt van opzet. Verzoekster heeft echter ook veelvuldig voor dezelfde data zowel een retourrit vanaf haar oude woonadres als vanaf haar nieuwe woonadres naar een gemachtigde zorginstelling gedeclareerd. Daarnaast is uit de door de ziektekostenverzekeraar bij de betrokken zorginstellingen opgevraagde informatie gebleken dat tegenover het overgrote deel van de door verzoekster gedeclareerde ritten geen afspraak op die locatie stond. Verzoekster heeft geen informatie aangedragen waaruit het tegendeel blijkt, hoewel zij hiertoe in de gelegenheid werd gesteld door de ziektekostenverzekeraar. In de procedure bij de commissie heeft verzoekster evenmin dergelijke informatie aangedragen.

Uit het overzicht met gedeclareerde vervoerskosten blijkt bijvoorbeeld dat zij over de periode van 2 februari 2021 tot en met 28 februari 2021 voor iedere dag vervoer heeft gedeclareerd, dus ook voor de weekenden. Ook over andere perioden werd voor vrijwel dagelijks vervoer gedeclareerd. Zelfs voor eerste en tweede kerstdag 2021 heeft verzoekster vervoer gedeclareerd. Verzoekster heeft hiervoor geen verklaring gegeven, waar dat wel van haar had mogen worden verwacht. De commissie is van oordeel dat het verzoekster duidelijk moest zijn dat zij vervoerskosten declareerde voor dagen dat zij niet naar één van de gemachtigde zorginstellingen was geweest.

De commissie overweegt verder dat vast staat dat de vergoedingen aan verzoekster zijn uitgekeerd en dat zij een bedrag vergoed heeft gekregen dat vele malen hoger was dan zij daadwerkelijk aan vervoerskosten heeft gemaakt. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij hierover heeft gebeld met de ziektekostenverzekeraar. Uit de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde telefoonnotities blijkt echter niet dat dergelijke gesprekken hebben plaatsgevonden. Verzoekster heeft ook geen informatie aangeleverd waaruit het tegendeel blijkt. Desgevraagd heeft zij evenmin kunnen uitleggen waarom zij niet op andere wijze met de ziektekostenverzekeraar in contact is getreden indien zij twijfels had over de uitkering. Daarmee ontbreekt het de commissie aan concrete informatie om tot een ander oordeel te komen dan dat uitsluitend het door de ziektekostenverzekeraar gestarte onderzoek ertoe heeft geleid dat werd vastgesteld dat vanwege de ingediende declaraties een te hoog bedrag aan verzoekster is uitgekeerd.

Gezien de hoeveelheid ten onrechte gedeclareerde ritten, het bedrag dat hiermee is gemoeid, de dubbele declaratie van dezelfde ritten naar het huidige en voormalige woonadres en het ontbreken van een verklaring voor de zeer hoge foutmarge, concludeert de commissie dat verzoekster het opzet heeft gehad de ziektekostenverzekeraar te misleiden, met als doel vergoedingen te krijgen waarop geen aanspraak bestond.

Verzoekster heeft nog aangevoerd dat zij ook een aantal keren alleen een enkele reis heeft gedeclareerd in plaats van een retourrit. De commissie neemt aan dat verzoekster dit heeft aangevoerd om aan te tonen dat zij ook fouten heeft gemaakt die in haar nadeel zijn. De commissie ziet in het overzicht van de ziektekostenverzekeraar inderdaad dat verzoekster bij 7 gelegenheden, waarvan de ziektekostenverzekeraar heeft vastgesteld dat verzoekster een afspraak had bij de betreffende zorginstelling, een enkele reis heeft gedeclareerd. Uit het overzicht blijkt echter ook dat verzoekster voor deze data - op een later tijdstip - een retourrit naar een andere zorginstelling heeft gedeclareerd. Ook op andere data, waarvan niet is gebleken dat verzoekster op die dagen een afspraak had in één van de gemachtigde zorginstellingen,



heeft verzoekster zowel een retourrit als een enkele reis gedeclareerd. Voor zover verzoekster incidenteel een enkele reis heeft gedeclareerd, terwijl zij aanspraak had op vergoeding van een retourrit, maakt dat niet dat zij aannemelijk heeft gemaakt dat de veelvuldig ten onrechte gedeclareerde ritten berusten op vergissingen of problemen veroorzaakt door het declareren met haar telefoon. Gezien het 'dubbel' declareren van enkele reizen en retourritten op dezelfde data ziet de commissie geen aanleiding te bepalen dat verzoekster de gemiste terugreizen alsnog mag declareren om deze in mindering te brengen op hetgeen door de ziektekostenverzekeraar te veel werd vergoed. De conclusie dat sprake is van fraude treft immers alle gelijktijdig ingediende declaraties.

#### *Terugvordering*

- 7.7. Aangezien onder 7.6 is vastgesteld dat verzoekster een groot deel van de door haar gedeclareerde vervoerskosten ten onrechte vergoed heeft gekregen, mocht de ziektekostenverzekeraar de betreffende bedragen van haar terugvorderen. De ziektekostenverzekeraar heeft ter onderbouwing van zijn vordering een overzicht overgelegd waarin onder andere alle gedeclareerde bedragen zijn vermeld en welke vervoerskosten volgens hem terecht dan wel onterecht zijn gedeclareerd. De uitgekeerde vergoedingen bedragen totaal € 45.942,16. Het bedrag dat volgens dit overzicht terecht is gedeclareerd bedraagt € 918,34. Dit betekent dat totaal € 45.023,82 teveel is uitgekeerd. Verzoekster heeft de hoogte van de terugvordering niet bestreden. De commissie gaat daarom uit van de juistheid van het teruggevorderde bedrag.

De commissie ziet in het gestelde geen aanleiding tot matiging van de terugvordering. De leeftijd van verzoekster is hierbij niet van belang en zoals onder 7.6 is geconcludeerd heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar opzettelijk misleid bij het declareren van deze kosten.

#### *Registratie persoonsgegevens*

- 7.8. De ziektekostenverzekeraar heeft de persoonsgegevens van verzoekster voor de duur van 8 jaren opgenomen in het Incidentenregister en voor de duur van 8 jaren in het EVR.

Elke verzekeraar houdt een Incidentenregister bij. Doet zich een incident voor, dan wordt dit incident omschreven in het Incidentenregister, waarbij de persoonsgegevens van betrokkene worden vermeld. Alleen medewerkers van de afdeling veiligheidszaken van een verzekeraar hebben toegang tot deze systematisch toegankelijke registratie. Toch kan opname hierin een beperkte externe werking hebben, omdat deze informatie onder voorwaarden met andere verzekeraars kan worden uitgewisseld. Een verzekeraar kan daarnaast besluiten om andere verzekeraars te waarschuwen door de persoonsgegevens van degene die bij het incident was betrokken op te nemen in het EVR, een systematisch toegankelijke registratie waartoe alle verzekeraars toegang hebben. Medewerkers van andere verzekeraars kunnen daardoor achterhalen of over iemand een melding is opgenomen in het Incidentenregister van een verzekeraar. Vervolgens kunnen zij de informatie over het incident opvragen bij de verzekeraar die de melding heeft opgenomen in zijn Incidentenregister. Het gevolg hiervan kan zijn dat niet alleen de verzekeraar die tot opname in het EVR is overgegaan, maar ook andere verzekeraars hun (financiële) diensten aan betrokkene, in dit geval verzoekster, kunnen weigeren.

- 7.9. De eisen voor registratie in het Incidentenregister en het EVR zijn opgenomen in het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen van 23 oktober 2021 (hierna: PIFI), waarbij de vereniging Zorgverzekeraars Nederland partij is. De ziektekostenverzekeraar is via zijn lidmaatschap van genoemde vereniging gebonden aan het PIFI.

De commissie zal hierna nagaan of opname van de persoonsgegevens van verzoekster in het Incidentenregister en het EVR terecht is geweest en zo ja, of deze maatregel, onder andere met het oog op de duur, ook proportioneel is.

Artikel 5.2.1 PIFI bepaalt onder welke voorwaarden persoonsgegevens mogen worden opgenomen in het EVR. Er moet enerzijds een zwaardere verdenking tegen betrokkene bestaan dan alleen een redelijk vermoeden van schuld aan de fraude. Anderzijds is een strafrechtelijke veroordeling voor fraude niet vereist (HR, 29 mei 2009, ECLI:NL:HR:2009:BH4720). Wel moet er bewijs zijn van opzettelijke misleiding.

Gelet op hetgeen onder 7.6 is overwogen, is sprake van opzettelijke misleiding door verzoekster. Met het oog op het met de registratie beoogde doel is de opname van haar persoonsgegevens in het Incidentenregister en het EVR terecht. Waar het gaat om de proportionaliteit ziet de commissie vanwege de omvang van de fraude, het stelselmatige karakter en de opstelling van verzoekster in de onderzoeksfase geen aanleiding om de duur van de registraties te matigen.

- 7.10. De persoonsgegevens van verzoekster zijn ook opgenomen in de Gebeurtenissenadministratie en het IVR van de ziektekostenverzekeraar. Op grond van artikel 4.5.3 van de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars moeten (zorg)verzekeraars een gebeurtenissenadministratie bijhouden voor waarborging van de veiligheid en integriteit van de dienstverlening en de sector. Als een dossier wordt geopend bij de afdeling die is belast met het fraudeonderzoek worden de persoonsgegevens van betrokkene opgenomen in de Gebeurtenissenadministratie. Als betrokkene een risico vormt voor de veiligheid en/of integriteit van de verzekeraar mogen de gegevens ook worden opgenomen in het IVR. Aangezien hiervoor is geconcludeerd dat verzoekster fraude heeft gepleegd en dat opname van haar persoonsgegevens in de registraties met externe werking voldoet aan de vereisten van subsidiariteit en proportionaliteit, geldt dat aan voornoemde voorwaarden is voldaan en dat de ziektekostenverzekeraar haar persoonsgegevens ook mocht opnemen in zijn Gebeurtenissenadministratie en het IVR.

#### *Onderzoekskosten*

- 7.11. Verzoekster is van mening dat de ziektekostenverzekeraar de onderzoekskosten niet van haar mag vorderen, omdat zij niet heeft gevraagd om dit onderzoek.

Aangezien onder 7.6 is geconcludeerd dat sprake is geweest van opzettelijke misleiding, heeft verzoekster onrechtmatig gehandeld jegens de ziektekostenverzekeraar. Op grond van artikel 6:162 BW dient verzoekster de hierdoor ontstane schade te vergoeden. Daarnaast is in de artikelen A.6.4 en A.15.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering bepaald dat ingeval van misleiding de kosten van het onderzoek hiernaar op betrokkene worden verhaald. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de onderzoekskosten € 733,50 bedragen, en heeft hiervan een berekening overgelegd. Tevens heeft hij onderbouwd dat deze kosten een rechtstreeks gevolg zijn van het handelen van verzoekster. Verzoekster heeft de berekening noch het causale verband gemotiveerd bestreden. De commissie is daarom van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar de onderzoekskosten bij verzoekster in rekening mocht brengen. Dat zij niet zelf heeft gevraagd onderzoek te doen naar de door haar gepleegde fraude is geen steekhoudend argument.

#### *Afschrijving van verschuldigde bedragen van rekening verzoekster*

- 7.12. Tijdens het intakegesprek op 27 februari 2024 heeft verzoekster in aanvulling nog opgemerkt dat de ziektekostenverzekeraar heeft geprobeerd om zonder haar toestemming de bedragen, die zij volgens hem verschuldigd zou zijn, automatisch van haar bankrekening te incasseren. Daarnaast gevraagd heeft zij ter zitting verklaard dat dit punt niet meer in geschil is.

#### *Slotsom*

- 7.13. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 juli 2024,

J.W. Heringa

## **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 sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.*

## **BIJLAGE - Relevante bepalingen**

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

#### **A.5.8. Bij einde van de zorgverzekering die CAK heeft gesloten**

Als u op grond van de Zorgverzekeringswet verplicht bent een zorgverzekering te sluiten, kan het zijn, dat u desondanks niet verzekerd was en CAK voor u bij ons een zorgverzekering heeft gesloten.

- U kunt deze zorgverzekering gedurende 2 weken vanaf het moment dat CAK u dat heeft medegedeeld, beëindigen met terugwerkende kracht, als u aan CAK en aan ons aantoont dat u al een andere zorgverzekering heeft gesloten binnen 3 maanden nadat CAK u heeft medegedeeld dat u onterecht niet verzekerd was.
- U kunt deze zorgverzekering gedurende de eerste 12 maanden dat deze loopt niet opzeggen.

#### **A.5.9 Wanneer kunt u niet opzeggen en wijzigen?**

De opzeg- en wijzigingsmogelijkheden die wij hiervoor in de artikelen A.5.2., A.5.4., A.5.5. en A.5.7. hebben aangegeven, gelden niet in de volgende situaties:

- U (verzekeringnemer) hebt de (bestuursrechtelijke) premie en kosten die u moet betalen niet op tijd aan ons betaald; en
- Wij hebben u hiervoor een herinnering (zie artikel A.9.1.) gestuurd om de premie alsnog binnen maximaal 14 dagen aan ons te betalen; en
- Wij hebben de dekking van de verzekering (nog) niet opgeschort (geschorst); en
- Wij hebben niet binnen 14 dagen aangegeven akkoord te gaan met de opzegging.

Vanaf het moment dat u (verzekeringnemer) de (bestuursrechtelijke) premie, kosten en eventuele incassokosten alsnog aan ons betaald hebt, kunt u (verzekeringnemer) alsnog gebruikmaken van deze opzeg- en wijzigingsmogelijkheden.

#### **A.5.10. Royementsverklaring**

Als de verzekering(en) eindigt (eindigen) door opzegging hebt u (verzekeringnemer) recht op een royementsverklaring. Wij sturen u die automatisch toe in de vorm van een zogenaamde "beëindigingspolis". Daarop staan onder andere welke verzekerden, welke verzekeringen en welke premie van toepassing waren en wat de beëindigingsdatum is.

### **A.6. Wanneer beëindigen wij de verzekering**

#### **A.6.1. Wettelijke beëindiging van uw verzekering**

Op grond van de wet moeten wij uw verzekering in bepaalde situaties eindigen. Als dat zo is, stellen wij u (verzekeringnemer) hiervan zo snel mogelijk op de hoogte. De beëindigingsdatum is de dag nadat:

- onze vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf wijzigt of wordt ingetrokken en wij daardoor geen verzekeringen meer mogen aanbieden of uitvoeren. Wij stellen u hiervan uiterlijk 2 maanden van tevoren op de hoogte;
- u (verzekerde) overlijdt. Wij moeten binnen 30 dagen na de datum van overlijden hiervan op de hoogte zijn gebracht.

#### **A.6.2. Wettelijke beëindiging van uw zorgverzekering**

Naast het bepaalde in artikel A.6.1. moeten we op grond van de wet uw zorgverzekering ook in bepaalde andere situaties eindigen. Als dat zo is, stellen wij u (verzekeringnemer) hiervan op de hoogte. De beëindigingsdatum is de dag nadat:

- wij het gebied waarin wij de zorgverzekering aanbieden (werkgebied) hebben veranderd en u (verzekerde) door die verandering buiten ons werkgebied komt te wonen. Wij stellen u hiervan uiterlijk 2 maanden van tevoren op de hoogte;
- uw (verzekerde) verzekeringplicht eindigt doordat u niet meer op basis van de Wlz verzekerd bent of u in militaire dienst bent gegaan. U (verzekeringnemer) moet ons hiervan zo spoedig mogelijk op de hoogte brengen.

#### **A.6.3. Onrechtmatig ingeschreven**

Als blijkt dat u (verzekeringnemer) een zorgverzekering bij ons hebt afgesloten terwijl u geen verzekeringsplicht hebt, dan beëindigen wij deze zorgverzekering met terugwerkende kracht vanaf het moment dat u deze hebt gesloten. Wij verrekenen de premie die u hebt betaald met de zorg die wij hebben vergoed en betalen u het verschil terug of brengen het bij u in rekening.

#### **A.6.4. Misdrijf of overtreding**

Als u zich tegenover ons of een gecontracteerde zorgverlener schuldig maakt aan (een poging tot) misdrijf, overtreding, oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging, hebben wij het recht:

- al uw verzekeringen bij ons per direct te beëindigen;

- aanspraken op zorg of vergoeding van kosten van zorg op te schorten;
- betaalde vergoedingen terug te vorderen;
- kosten van onderzoek op u te verhalen;
- aangifte te doen bij de politie;
- u te registreren in het gangbare waarschuwingsstelsel tussen financiële instellingen.

### A.6.5. Dwaling

Wij doen een beroep op dwaling, als u door het CAK bij ons bent verzekerd, omdat dit instituut meende dat u verzekeringsplichtig was op grond van de Zorgverzekeringswet maar blijkt dat u op dat moment niet verzekeringsplichtig was. Wij beëindigen dan met terugwerkende kracht uw zorgverzekering.

#### A.6.5.1. Einde van een verzekering

Als wij stoppen met het aanbieden en uitvoeren van een bepaalde soort verzekering die u hebt gesloten, kunnen wij de betreffende verzekering beëindigen. Wij informeren u hierover ten minste 6 maanden voor het moment van beëindiging. Als wij de verzekering vervangen door een andere verzekering informeren wij u tenminste 3 maanden voor deze wijziging.

### A.6.6. Royementsverklaring

Als wij de verzekering(en) beëindigen, hebt u (verzekeringnemer) recht op een royementsverklaring. Wij sturen u die automatisch toe in de vorm van een zogenaamde "beëindigingspolis". Daarop staan onder andere welke verzekerden, welke verzekeringen en welke premie van toepassing waren en wat de beëindigingsdatum is.

## A.7. Hoogte van de premie en kosten

### A.7.1. Kosten

Voor de verzekering moet u (verzekeringnemer) aan ons de volgende kosten betalen:

- de premie voor alle verzekerden op uw polis;
- de bedragen die op grond van wettelijke regelingen voor uw (verzekerde en verzekeringnemer) rekening komen/blijven (zoals eigen risico, eigen bijdragen, overschrijding van vastgestelde maximale vergoedingen);
- bedragen voor verzekerde zorg die wij voor u (verzekerde en verzekeringnemer) door rechtstreekse betaling aan uw zorgverlener hebben voorgesloten.
- eventuele toeslagen, onverschuldigde betalingen en andere kosten. Hieronder valt een bedrag dat wij extra bij u (verzekeringnemer) in

rekening brengen als u de kosten die u aan ons moet betalen, niet betaalt via automatische afschrijving van uw rekening.

Onder kosten verstaan wij niet wettelijke rente, vertragsrente en incassokosten die wij moeten maken als u te laat of niet betaalt.

De premiegrondslag en de kortingen als gevolg van een vrijwillig gekozen eigen risico staan op de premiebijlage.

### A.7.2. Vaststelling van de kosten

Wij stellen in Nederlands wettig betaalmiddel (euro's) vast wat de hoogte van de kosten is en in welke gevallen en op welk moment u (verzekeringnemer) deze moet betalen. Hiervoor zijn uw actuele leeftijd en de soort verzekering die u (verzekeringnemer) hebt afgesloten, ook van belang.

### A.7.3. Hoogte van de premie

De premie die is genoemd in artikel A.7.1. onder het 1<sup>e</sup> bolletje en die u (verzekeringnemer) aan ons moet betalen, is gelijk aan de premiegrondslag (de bruto premie) minus de volgende kortingen als die van toepassing zijn:

- korting als u hebt gekozen voor een vrijwillig eigen risico;
- collectiviteitskorting;
- korting als u uw premie voor een langere periode vooruit betaalt dan één maand (betaaltermijnkorting).

### A.7.4. Tot 18 jaar

Voor een verzekerde met een zorgverzekering bedraagt de premie € 0,- tot de 1e dag van de maand nadat hij 18 jaar is geworden.

### A.7.5. Tijdens hechtenis of gevangenschap

Als u in hechtenis bent of in de gevangenis zit, bent u geen kosten aan ons verschuldigd voor uw verzekering.

### A.7.6. Als uw verzekering wijzigt

Als uw verzekering in de loop van de maand wijzigt, berekenen wij de hoogte van de kosten opnieuw. Deze nieuwe bedragen gaan dan in op de dag waarop de wijziging ingaat. Als er een verzekerde overlijdt, betalen wij de bedragen naar rato vanaf de dag na het overlijden terug of wij verrekenen de bedragen naar rato.

### A.7.7. Aanmelding van nieuwe verzekerde

Als u (verzekeringnemer) in de loop van een betalingsperiode een nieuwe verzekerde aanmeldt, betaalt u voor die verzekerde alleen over het overgebleven gedeelte van deze betalingsperio-

### A.14.2. Algemene verplichtingen

U bent verplicht:

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

### A.14.3. Ander aansprakelijk stellen

#### Cessie: vorderingen aan ons overdragen

Soms kunnen wij derden aansprakelijk stellen voor kosten of zorg die wij hebben vergoed uit uw verzekering(en). Vanaf het moment dat uw verzekering ingaat, draagt u de eventuele vorderingen die u op derden krijgt, aan ons over. Het gaat daarbij om vorderingen met betrekking tot zorg die onder de dekking van de verzekering(en) kan komen.

#### Behulpzaamheid bij aansprakelijkheid van andere partijen (derden)

Er kunnen zich omstandigheden, gebeurtenissen of ongevallen voordoen, waardoor u direct of later zorg moet krijgen die, of waarvan de kosten onder de dekking van een of meer van uw verzekering(en) vallen. Als wij anderen voor deze kosten aansprakelijk kunnen stellen, moet u dit uiterlijk binnen 14 dagen aan ons melden. U bent verplicht ons behulpzaam te zijn als wij proberen deze kosten te verhalen.

#### Geen overeenkomsten met derden

U mag geen afspraken maken of overeenkomsten aangaan met derden (ook niet met verzekeraars) die wij aansprakelijk kunnen stellen. Dit geldt niet als wij u hiervoor vooraf een schriftelijke akkoord-

verklaring geven.

#### Gevolgen bij geen medewerking

Wij kunnen u aansprakelijk stellen voor alle schade en kosten die ontstaan als u ons niet helpt verhaal te halen.

## A.15. Doorgeven van informatie

### A.15.1. Geven van juiste informatie

U bent verplicht ons juiste informatie te geven en ons te helpen bij het verkrijgen van alle noodzakelijke informatie. Geeft u ons een verkeerde voorstelling van zaken, geeft u ons valse of misleidende stukken, doet u een onjuiste opgave of weigert u ons uw medewerking, dan hebben wij de volgende mogelijkheden:

- Wij beëindigen uw verzekering en u hebt daarom geen enkele aanspraak meer op dekking van zorg;
- Wij vorderen alle bedragen die u van ons ontving terug tot de datum waarop u ons misleidde;
- U moet de kosten betalen voor het onderzoeken van de opzettelijke misleiding;
- Wij registreren u in ons incidentenregister;
- Wij registreren u in de - tussen verzekeraars - erkende signaleringssystemen;
- Wij doen aangifte bij de politie;
- Wij zullen gedurende een periode van 5 jaar een verzoek tot het sluiten van een nieuwe verzekering weigeren.

Als iemand anders namens u de genoemde handelingen uitvoert, geldt hetzelfde.

### A.15.2. Belangrijke gebeurtenissen

U bent verplicht om gebeurtenissen die voor ons belangrijk zijn om de zorgverzekering goed uit te kunnen voeren, binnen 30 dagen aan ons door te geven. Het gaat om zaken zoals:

- verhuizing of wijziging van uw adres zoals dit bekend is in de Basisregistratie Personen;
- wijziging van postadres of ander communicatieadres (zoals e-mailadres);
- geboorte of adoptie;
- overlijden;
- echtscheiding;
- begin en einde van hechtenis/verblijf in gevangenis;
- begin en einde van deelname aan een collectieve overeenkomst;
- verandering van gezinssamenstelling.

Doet u dat op tijd, dan gaat de aanpassing in op het moment van de verandering. Doet u dit niet op tijd, dan gaat de aanpassing van de verzekering in op een moment dat wij bepalen.

### A.15.3. Delen van informatie

Uitsluitend als het van belang is voor een correcte uitvoering van uw verzekering(en) en bijbehorende voorwaarden delen wij ter controle de daarvoor noodzakelijke gegevens zoals pakketsamenstelling, pakketdeelname, premie, korting en persoonsgegevens. Het doel is om onder andere:

- de collectiviteit waaraan u deelneemt te controleren;
- de uitbetaalde kosten van verzekerde zorg op derden te verhalen, zoals een reisverzekeraar bij verleende zorg in het buitenland.

### A.15.4. Actuele adres

Wij gaan ervan uit dat berichten die wij sturen naar het laatste post- of e-mailadres dat bij ons van u bekend is, ook bij u aankomen. Wij kunnen niet aansprakelijk gesteld worden voor uw schade die ontstaat als u van ons te laat of geen berichten ontvangt doordat u ons niet uw meest actuele post- of e-mailadres door hebt gegeven.

## A.16. Privacy en controle

### A.16.1. Privacy

Voor de verzekering(en) die u bij ons afsluit, verwerken wij alleen de gegevens die wij nodig hebben voor het uitvoeren van uw verzekering(en). Gaat het over uw persoonsgegevens, dan doen wij dat volgens de Uitvoeringswet Algemene verordening gegevensbescherming en de Europese algemene verordening gegevensbescherming (verordening EU 2016/679).

Meer over privacy en uw rechten en plichten over de door ons bewaarde en bewerkte (persoons)gegevens vindt u in het "Privacy Statement" op onze website.

### A.16.2.

VERVALLEN

### A.16.3.

VERVALLEN

### A.16.4. Materiële controle

Wij mogen inhoudelijke controle en fraudeonderzoek uitvoeren als het gaat over de uitvoering van uw verzekering en uw (persoons)gegevens die wij in onze administratie opslaan en verwerken. Dit doen wij volgens de Zorgverzekeringswet, het landelijk "Protocol materiële controle" en het landelijk "Protocol Incidentenwaarschuwingssystemen Financiële Instellingen". U bent verplicht uw medewerking hieraan te verlenen.

## A.17. Zorgverleners

### A.17.1. Omschrijving zorgverlener

Een zorgverlener is op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) de natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent, of de natuurlijke persoon of rechtspersoon die tarieven in rekening brengt namens, ten behoeve van of in verband met zorgverlening door een bevoegde zorgverlener.

In een enkel geval verstaan wij onder een zorgverlener ook de natuurlijke persoon die bij ons verzekerde zorg niet op beroeps- of bedrijfsmatige basis verleent of levert. Dat betreft met name de zorg die een verzekerde door middel van een Persoons Gebonden Budget (PGB) zelf inkoopt op grond van het Reglement PGB Verpleging en Verzorging.

Een zorgverlener kan zijn:

- een persoon;
- een instelling voor zorgverlening; of
- een zorggroep (zie artikel A.17.3.).

Een zorgverlener verleent zorg of levert goederen en/of middelen. Levering gaat over medicijnen of hulpmiddelen en eventuele, daarmee samenhangende diensten.

### A.17.2. Voorwaarden voor zorg en zorgverleners

Zorg valt onder de dekking van de verzekering als:

- een zorgverlenersoort bij de betreffende zorg in de verzekeringsvoorwaarden of het Vergoedingen Overzicht uitdrukkelijk wordt genoemd onder het kopje "zorgverlener". Soorten zorgverleners die wij bij de betreffende zorg niet noemen, mogen die zorg ook niet voor onze rekening verlenen en dus ook niet bij ons declareren. Voor zorg door niet-genoemde soorten zorgverleners hebt u dus geen dekking, ook al bent u wel voor die zorg verzekerd; en
- de zorgverlener deze zorg zelf levert. Zorg mag ook worden geleverd door een andere, zelfs een niet-genoemde soort zorgverlener, als deze handelt onder de verantwoordelijkheid van de zorgverlener die wij onder dat betreffende artikel wel uitdrukkelijk hebben genoemd, tenzij dat in het betreffende artikel anders staat vermeld; en
- de zorgverlener de zorg declareert onder eigen naam. Het kan ook zijn, dat een instelling, een andere zorgverlener of een derde de zorg declareert met vermelding van de naam van de verantwoordelijke zorgverlener; en



buitenland.

- Op de plaats van behandeling, verpleging en/of zorg krijgt u zorg die valt onder de zorgverzekering, de jeugdwet in geval van geestelijke gezondheidszorg of de Wlz zoals omschreven in artikel 3.1.1. Besluit Zorgverzekeringen Wlz.
- Het ziekenvervoer per ambulance is medisch noodzakelijk, omdat een andere manier van ziekenvervoer (per auto, openbaar vervoer of taxi) om medische redenen niet verantwoord is.

### Zorgverlener

De ambulancedienst heeft een erkende vergunning.

### Behandelvoorstel

Een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, physician assistant of verpleegkundig specialist heeft vastgesteld dat ziekenvervoer per ambulance medisch noodzakelijk is. Dit geldt niet als er sprake is van spoedeisend ambulancevervoer.

### Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig als:

- u verder reist dan 200 kilometer enkele reis; of
- u van een ander vervoermiddel gebruik wil maken omdat ziekenvervoer per ambulance niet mogelijk is.

Als u twijfelt over de verzekering raden wij u aan vooraf zorgadvies bij ons te vragen.

### Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

## B.18.2. Vervoer (ziekenvervoer per auto, openbaar vervoer of taxi) of logeerkosten

### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat:

- het ziekenvervoer:
  - per auto,
  - in de laagste klasse van het openbaar vervoer of
  - taxiover een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis, tenzij u van ons een akkoordverklaring hebt voor reizen over een grotere afstand;
- ziekenvervoer met een ander vervoermiddel, als ziekenvervoer door middel van de auto, openbaar vervoer (in de laagste klasse) of een taxi niet mogelijk is en u voor ziekenvervoer met dat andere vervoermiddel vooraf van ons een akkoordverklaring hebt gehad;
- het vervoer van een begeleider en, in uitzonderlijke gevallen, van 2 begeleiders. Deze be-

geleiding moet dan noodzakelijk zijn of de verzekerde die wordt begeleid, moet jonger zijn dan 16 jaar. Onder begeleiding verstaan wij ook hulp- of blindengeleidehonden;

Voor het ziekenvervoer per eigen auto of huurauto geldt een vergoeding van € 0,32 per kilometer.

De ritlengte wordt bepaald met behulp van de meest recente versie van de routeplanner Routenet (gratis via internet te raadplegen), op basis van de snelste route door invoering van postcode herkomst ("van") en postcode bestemming ("naar"). Wij vergoeden op basis van hele kilometers en maken gebruik van de gebruikelijke wijze van afronding.

- vergoeding voor logeerkosten van maximaal € 77,50 per nacht in plaats van (een vergoeding voor de kosten van) ziekenvervoer.

### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- De zorg omvat wettelijke eigen bijdragen en heeft uitsluitingen:
  - U hebt een wettelijke eigen bijdrage van € 111,- per jaar voor ziekenvervoer;
  - U bent niet verzekerd voor ziekenvervoer van en naar de plaats van zorg die vergoed wordt uit uw aanvullende verzekering;
  - De zorg valt niet onder de dekking als het gaat om vervoer naar dagbesteding en/of dagbehandeling in een Wlz instelling.
  - Huurkosten van een huurauto vallen niet onder uw zorgverzekering.
- Vanwege de doelmatigheid is het mogelijk dat u bij vervoer per taxi met meerdere verzekerden tegelijk wordt vervoerd.
- Voor de logeerkosten geldt geen wettelijke eigen bijdrage.
- U hebt geen recht op (de vergoeding van het) ziekenvervoer als u vergoeding voor logeerkosten hebt aangevraagd en van ons daarvoor een akkoordverklaring hebt ontvangen.
- Het vervoer van en naar de plaats waar u logeert valt onder de vergoedingsregeling van ziekenvervoer. Het eventuele vervoer van uw logeerafres naar het ziekenhuis en terug naar uw logeerafres valt niet onder deze vergoedingsregeling.
- In een aanvullende verzekering kan de wettelijke eigen bijdrage van deze zorg en/of aanvullingen op deze zorg verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

### Voorwaarden

#### Algemeen

#### Ziekenvervoer

Onder ziekenvervoer verstaan wij:

- ziekenvervoer in Nederland of – als u in het buitenland woont – in uw woonland;
- een heenrit van een verzekerde per auto, openbaar vervoer of taxi naar:
  - een zorgverlener of instelling waar u behandeld en/of verpleegd zult worden; en
  - vervolgens een terugrit naar uw (tijdelijke en/of gebruikelijke) woonadres of een andere woning als u op uw woonadres niet de noodzakelijke verzorging kunt krijgen;
- ziekenvervoer voor behandeling, verpleging of zorg bij een tijdelijk verblijf in het buitenland.

Het ziekenvervoer is nodig omdat:

- a. u nierdialyse moet ondergaan;
- b. u behandelingen met chemotherapie, radiotherapie of immuuntherapie tegen kanker moet ondergaan;
- c. u zich alleen met een rolstoel kunt verplaatsen. De zorg die u ontvangt bij de zorgverlener of instelling waarnaar u wordt vervoerd, moet vallen onder de dekking van deze zorgverzekering, de jeugdwet in geval van geestelijke gezondheidszorg of de Wlz zoals omschreven in artikel 3.1.1. Besluit Zorgverzekeringen Wlz;
- d. uw gezichtsvermogen zo beperkt is dat u zich daardoor niet zonder begeleiding kunt verplaatsen. De zorg die u ontvangt bij de zorgverlener of instelling waarnaar u wordt vervoerd, moet vallen onder de dekking van deze zorgverzekering, de jeugdwet in geval van geestelijke gezondheidszorg of de Wlz zoals omschreven in artikel 3.1.1. Besluit Zorgverzekeringen Wlz;
- e. u jonger bent dan 18 jaar en vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap bent aangewezen op verpleging en verzorging. Hierbij is sprake van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid;
- f. u bent aangewezen op geriatrische revalidatie volgens artikel B.4.6.2.
- g. u bent aangewezen op dagbehandeling die in een groep wordt verleend en onderdeel is van een zorgprogramma bij mensen met chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel, een verstandelijke beperking zoals bedoeld in art B.28.1.

Het vervoer bij nierdialyse of bij chemo-, radio-, of immuuntherapie tegen kanker omvat ook het ver-

voer naar consulten, onderzoek en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn.

Maakt u gebruik van ziekenvervoer omdat u nierdialyse moet ondergaan of chemo-, radio- of immuuntherapie tegen kanker krijgt, dan bent u alleen verzekerd voor ziekenvervoer van en naar de plaats waar u nierdialyse, chemo-, radio- of immuuntherapie ondergaat.

#### Hardheidsclausule

In bepaalde gevallen is de zogenaamde "hardheidsclausule" van toepassing. Namelijk als het in uw geval erg onredelijk is dat u geen ziekenvervoer krijgt bij de behandeling (of consulten, onderzoek en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn) van een andere dan de hiervoor genoemde langdurige ziekte of aandoening.

#### Toelichting:

Wij bepalen aan de hand van een formule en andere informatie, of u recht hebt op ziekenvervoer volgens de "hardheidsclausule". Bij de aanvraag die u hiervoor indient, moet ook een verklaring van de behandelend arts zijn bijgevoegd. De zorg die u ontvangt bij de zorgverlener of instelling waarnaar u wordt vervoerd, moet onder de dekking van deze Zorgverzekering of de Wlz vallen.

Om vast te stellen of u recht hebt op ziekenvervoer op basis van de "hardheidsclausule" gebruiken wij de volgende formule:

aantal maanden behandeling x aantal behandelingen per week x 52/12 (dit is het aantal weken op jaarbasis) x (aantal km enkele reis) x 0,25 (dit is de wegingsfactor).

Bedraagt de uitkomst 250 of meer, dan bent u ook verzekerd voor ziekenvervoer. De ritlengte wordt bepaald met behulp van de meest recente versie van de routeplanner Routenet (gratis via internet te raadplegen), op basis van de snelste route. Wij vergoeden op basis van hele kilometers en maken gebruik van de gebruikelijke wijze van afronding.

#### Voorbeeld:

5 (aantal maanden behandeling) x 2 (aantal behandelingen per week) x 52/12 x 26 (afstand in kilometers) x 0,25 (wegingsfactor) = 281,67. Deze uitkomst is hoger dan 250 en geeft u recht op een vergoeding van het ziekenvervoer.

Komen er wijzigingen in deze situatie, dan moet u ons dat zo snel mogelijk doorgeven.

#### Logeerkosten

U hebt recht op een vergoeding van logeerkosten als verblijf buiten het ziekenhuis medisch noodzakelijk is in verband met medisch specialistische

u al een andere zorgverzekering heeft gesloten binnen 3 maanden nadat CAK u heeft medegedeeld dat u onterecht niet verzekerd was.

- U kunt deze zorgverzekering gedurende de eerste 12 maanden dat deze loopt niet opzeggen.

### A.5.9 Wanneer kunt u niet opzeggen en wijzigen?

De opzeg- en wijzigingsmogelijkheden die wij hiervoor in de artikelen A.5.2., A.5.4., A.5.5. en A.5.7. hebben aangegeven, gelden niet in de volgende situaties:

- U (verzekeringnemer) hebt de (bestuursrechtelijke) premie en kosten die u moet betalen niet op tijd aan ons betaald; en
- Wij hebben u hiervoor een herinnering (zie artikel A.9.1.) gestuurd om de premie alsnog binnen maximaal 14 dagen aan ons te betalen; en
- Wij hebben de dekking van de verzekering (nog) niet opgeschort (geschorst); en
- Wij hebben niet binnen 14 dagen aangegeven akkoord te gaan met de opzegging.

Vanaf het moment dat u (verzekeringnemer) de (bestuursrechtelijke) premie, kosten en eventuele incassokosten alsnog aan ons betaald hebt, kunt u (verzekeringnemer) alsnog gebruikmaken van deze opzeg- en wijzigingsmogelijkheden.

### A.5.10. Royementsverklaring

Als de verzekering(en) eindigt (eindigen) door opzegging hebt u (verzekeringnemer) recht op een royementsverklaring. Wij sturen u die automatisch toe in de vorm van een zogenaamde "beëindigingspolis". Daarop staan onder andere welke verzekerden, welke verzekeringen en welke premie van toepassing waren en wat de beëindigingsdatum is.

## A.6. Wanneer beëindigen wij de verzekering

### A.6.1. Wettelijke beëindiging van uw verzekering

Op grond van de wet moeten wij uw verzekering in bepaalde situaties eindigen. Als dat zo is, stellen wij u (verzekeringnemer) hiervan zo snel mogelijk op de hoogte. De beëindigingsdatum is de dag nadat:

- onze vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf wijzigt of wordt ingetrokken en wij daardoor geen verzekeringen meer mogen aanbieden of uitvoeren. Wij stellen u hiervan uiterlijk 2 maanden van tevoren op de hoogte;

- u (verzekerde) overlijdt. Wij moeten binnen 30 dagen na de datum van overlijden hiervan op de hoogte zijn gebracht.

### A.6.2. Wettelijke beëindiging van uw zorgverzekering

Naast het bepaalde in artikel A.6.1. moeten we op grond van de wet uw zorgverzekering ook in bepaalde andere situaties eindigen. Als dat zo is, stellen wij u (verzekeringnemer) hiervan op de hoogte. De beëindigingsdatum is de dag nadat:

- wij het gebied waarin wij de zorgverzekering aanbieden (werkgebied) hebben veranderd en u (verzekerde) door die verandering buiten ons werkgebied komt te wonen. Wij stellen u hiervan uiterlijk 2 maanden van tevoren op de hoogte;
- uw (verzekerde) verzekeringsplicht eindigt doordat u niet meer op basis van de Wlz verzekerd bent of u in militaire dienst bent gegaan. U (verzekeringnemer) moet ons hiervan zo spoedig mogelijk op de hoogte brengen.

### A.6.3. Onrechtmatig ingeschreven

Als blijkt dat u (verzekeringnemer) een zorgverzekering bij ons hebt afgesloten terwijl u geen verzekeringsplicht hebt, dan beëindigen wij deze zorgverzekering met terugwerkende kracht vanaf het moment dat u deze hebt gesloten. Wij verrekenen de premie die u hebt betaald met de zorg die wij hebben vergoed en betalen u het verschil terug of brengen het bij u in rekening.

### A.6.4. Misdrif of overtreding

Als u zich tegenover ons of een gecontracteerde zorgverlener schuldig maakt aan (een poging tot) misdrijf, overtreding, oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging, hebben wij het recht:

- al uw verzekeringen bij ons per direct te beëindigen;
- aanspraken op zorg of vergoeding van kosten van zorg op te schorten;
- betaalde vergoedingen terug te vorderen;
- kosten van onderzoek op u te verhalen;
- aangifte te doen bij de politie;
- u te registreren in het gangbare waarschuwingssysteem tussen financiële instellingen.

### A.6.5. Dwaling

Wij doen een beroep op dwaling, als u door het CAK bij ons bent verzekerd, omdat dit instituut meende dat u verzekeringsplichtig was op grond van de Zorgverzekeringswet maar blijkt dat u op dat moment niet verzekeringsplichtig was. Wij beëindigen dan met terugwerkende kracht uw zorgverzekering.

den.

### A.14.3. Ander aansprakelijk stellen

#### Cessie: vorderingen aan ons overdragen

Soms kunnen wij derden aansprakelijk stellen voor kosten of zorg die wij hebben vergoed uit uw verzekering(en). Vanaf het moment dat uw verzekering ingaat, draagt u de eventuele vorderingen die u op derden krijgt, aan ons over. Het gaat daarbij om vorderingen met betrekking tot zorg die onder de dekking van de verzekering(en) kan komen.

#### Behulpzaamheid bij aansprakelijkheid van andere partijen (derden)

Er kunnen zich omstandigheden, gebeurtenissen of ongevallen voordoen, waardoor u direct of later zorg moet krijgen die, of waarvan de kosten onder de dekking van een of meer van uw verzekering(en) vallen. Als wij anderen voor deze kosten aansprakelijk kunnen stellen, moet u dit uiterlijk binnen 14 dagen aan ons melden. U bent verplicht ons behulpzaam te zijn als wij proberen deze kosten te verhalen.

#### Geen overeenkomsten met derden

U mag geen afspraken maken of overeenkomsten aangaan met derden (ook niet met verzekeraars) die wij aansprakelijk kunnen stellen. Dit geldt niet als wij u hiervoor vooraf een schriftelijke akkoordverklaring geven.

#### Gevolgen bij geen medewerking

Wij kunnen u aansprakelijk stellen voor alle schade en kosten die ontstaan als u ons niet helpt verhaal te halen.

## A.15. Doorgeven van informatie

### A.15.1. Geven van juiste informatie

U bent verplicht ons juiste informatie te geven en ons te helpen bij het verkrijgen van alle noodzakelijke informatie. Geeft u ons een verkeerde voorstelling van zaken, geeft u ons valse of misleidende stukken, doet u een onjuiste opgave of weigert u ons uw medewerking, dan hebben wij de volgende mogelijkheden:

- Wij beëindigen uw verzekering en u hebt daarom geen enkele aanspraak meer op dekking van zorg;
- Wij vorderen alle bedragen die u van ons ontving terug tot de datum waarop u ons misleidde;
- U moet de kosten betalen voor het onderzoeken van de opzettelijke misleiding;
- Wij registreren u in ons incidentenregister;

- Wij registreren u in de - tussen verzekeraars - erkende signaleringssystemen;
- Wij doen aangifte bij de politie;
- Wij zullen gedurende een periode van 5 jaar een verzoek tot het sluiten van een nieuwe verzekering weigeren.

Als iemand anders namens u de genoemde handelingen uitvoert, geldt hetzelfde.

### A.15.2. Belangrijke gebeurtenissen

U bent verplicht om gebeurtenissen die voor ons belangrijk zijn om de zorgverzekering goed uit te kunnen voeren, binnen 30 dagen aan ons door te geven. Het gaat om zaken zoals:

- verhuizing of wijziging van uw adres zoals dit bekend is in de Basisregistratie Personen;
- wijziging van postadres of ander communicatieadres (zoals e-mailadres);
- geboorte of adoptie;
- overlijden;
- echtscheiding;
- begin en einde van hechtenis/verblijf in gevangenis;
- begin en einde van deelname aan een collectieve overeenkomst;
- verandering van gezinssamenstelling.

Doet u dat op tijd, dan gaat de aanpassing in op het moment van de verandering. Doet u dit niet op tijd, dan gaat de aanpassing van de verzekering in op een moment dat wij bepalen.

### A.15.3. Delen van informatie

Uitsluitend als het van belang is voor een correcte uitvoering van uw verzekering(en) en bijbehorende voorwaarden delen wij ter controle de daarvoor noodzakelijke gegevens zoals pakketsamenstelling, pakketdeelname, premie, korting en persoonsgegevens. Het doel is om onder andere:

- de collectiviteit waaraan u deelneemt te controleren;
- de uitbetaalde kosten van verzekerde zorg op derden te verhalen, zoals een reisverzekeraar bij verleende zorg in het buitenland.

### A.15.4. Actuele adres

Wij gaan er vanuit dat berichten die wij sturen naar het laatste post- of e-mailadres dat bij ons van u bekend is, ook bij u aankomen. Wij kunnen niet aansprakelijk gesteld worden voor uw schade die ontstaat als u van ons te laat of geen berichten ontvangt doordat u ons niet uw meest actuele post- of e-mailadres door hebt gegeven.

## A.16. Privacy en controle

### A.16.1. Privacy

Voor de verzekering(en) die u bij ons afsluit, verwerken wij alleen de gegevens die wij nodig hebben voor het uitvoeren van uw verzekering(en). Gaat het over uw persoonsgegevens, dan doen wij dat volgens de Uitvoeringswet Algemene verordening gegevensbescherming en de Europese algemene verordening gegevensbescherming (verordening EU 2016/679).

Meer over privacy en uw rechten en plichten over de door ons bewaarde en bewerkte (persoons)gegevens vindt u in het "Privacy Statement" op onze website.

### A.16.2.

VERVALLEN

### A.16.3.

VERVALLEN

### A.16.4. Materiële controle

Wij mogen inhoudelijke controle en fraudeonderzoek uitvoeren als het gaat over de uitvoering van uw verzekering en uw (persoons)gegevens die wij in onze administratie opslaan en verwerken. Dit doen wij volgens de Zorgverzekeringswet, het landelijk "Protocol materiële controle" en het landelijk "Protocol Incidentenwaarschuwingssystemen Financiële Instellingen". U bent verplicht uw medewerking hieraan te verlenen.

## A.17. Zorgverleners

### A.17.1. Omschrijving zorgverlener

Een zorgverlener is op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) de natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent, of de natuurlijke persoon of rechtspersoon die tarieven in rekening brengt namens, ten behoeve van of in verband met zorgverlening door een bevoegde zorgverlener.

In een enkel geval verstaan wij onder een zorgverlener ook de natuurlijke persoon die bij ons verzekerde zorg niet op beroeps- of bedrijfsmatige basis verleent of levert. Dat betreft met name de zorg die een verzekerde door middel van een Persoons Gebonden Budget (PGB) zelf inkoop op grond van het Reglement PGB Verpleging en Verzorging.

Een zorgverlener kan zijn:

- een persoon;
- een instelling voor zorgverlening; of
- een zorggroep (zie artikel A.17.3.).

Een zorgverlener verleent zorg of levert goederen en/of middelen. Levering gaat over medicijnen of hulpmiddelen en eventuele, daarmee samenhangende diensten.

### A.17.2. Voorwaarden voor zorg en zorgverleners

Zorg valt onder de dekking van de verzekering als:

- een zorgverlenersoort bij de betreffende zorg in de verzekeringsvoorwaarden of het Vergoedingen Overzicht uitdrukkelijk wordt genoemd onder het kopje "zorgverlener". Soorten zorgverleners die wij bij de betreffende zorg niet noemen, mogen die zorg ook niet voor onze rekening verlenen en dus ook niet bij ons declareren. Voor zorg door niet-genoemde soorten zorgverleners hebt u dus geen dekking, ook al bent u wel voor die zorg verzekerd; en
- de zorgverlener deze zorg zelf levert. Zorg mag ook worden geleverd door een andere, zelfs een niet genoemde soort zorgverlener, als deze handelt onder de verantwoordelijkheid van de zorgverlener die wij onder dat betreffende artikel wel uitdrukkelijk hebben genoemd, tenzij dat in het betreffende artikel anders staat vermeld; en
- de zorgverlener de zorg declareert onder eigen naam. Het kan ook zijn, dat een instelling, een andere zorgverlener of een derde de zorg declareert met vermelding van de naam van de verantwoordelijke zorgverlener; en
- een zorgverlener in Nederland voldoet aan de eisen en regels, die bij en/of krachtens wetten aan zijn beroep en bedrijf en de uitoefening daarvan worden gesteld, zodat hij zodoende bevoegde zorg levert. Zo moet een in Nederland gevestigde zorgverlener voldoen aan de eisen die bij of krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) worden gesteld en moeten zorgverleners zich houden aan de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (WKKGZ). In Nederland gevestigde zorgverleners moeten voorts ook voldoen aan de eisen van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG):
  - artsen, tandartsen, apothekers, GZ-psychologen, psychotherapeuten, fysiotherapeuten, verloskundigen en verpleegkundigen moeten zijn opgenomen in de landelijke BIG-registers of een ander door ons als gelijkwaardig beschouwd register. Bijvoorbeeld registratie als laboratoriumspecialist klinische chemie bij de Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie en Laboratoriumgeneeskunde (NVCK);
  - van andere dan deze zorgverleners vergoeden wij alleen de zorg, als het zorgver-

in rekening zijn gebracht. Dit zijn de elektrodenpads.

De Wet ambulancevoorzieningen verstaat onder ambulance "een voor het vervoer van zieken of gewonden ingericht motorvoertuig, vaartuig of helikopter".

Voorbeeld 1:

Bij een ongeval op zee binnen- of buiten de territoriale wateren van Nederland valt ook helikopter- vervoer onder uw zorgverzekering, als u van de plaats van het ongeval vervoerd wordt naar het dichtstbijzijnde land (binnen- of buitenland). Het maakt niet uit of u beroepsduiker, sportduiker, medewerker van een booreiland of (be- roeps)visser bent.

Voorbeeld 2:

U bent in het buitenland en wordt daar ziek. Voor het bereiken van het dichtstbijzijnde ziekenhuis is gezien uw medische situatie, vervoer per vliegtuig het meest aangewezen. De kosten van uw vliegticket vallen ook onder uw zorgverzekering. Bent u hersteld en vliegt u terug naar de plaats in het buitenland waar u vandaan kwam, dan vallen de kosten van dat vliegticket niet onder de zorgverzekering. U bent tenslotte niet meer ziek.

Neemt u bij spoed in alle gevallen altijd contact op met de Helpline/Hulpdienst.

**Let op!**

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- De zorg valt niet onder de dekking als deze bekostigd kan worden uit de Wlz of Wmo.

### Voorwaarden

#### Algemeen

- Onder ziekenvervoer verstaan wij:
  - Ziekenvervoer in Nederland of – als u in het buitenland woont – in uw woonland:  
Het vervoer van een verzekerde per ambulance tussen:
    - de plaats van het (tijdelijke of gebruikelijke) woonadres of de plaats van ongeval of plotselinge ziekte; en
    - de dichtstbijzijnde plaats van behandeling, verpleging en/of zorg. Of, indien daar geen passende zorg mogelijk is, naar een verder gelegen plaats.
    - de plaats van behandeling, verpleging en/of zorg; en
    - het woonadres of een andere woning, indien in de eigen woning redelijkerwijs niet

de nodige verzorging mogelijk is.

- Ziekenvervoer bij een tijdelijk verblijf in het buitenland.
- Op de plaats van behandeling, verpleging en/of zorg krijgt u zorg die valt onder de zorgverzekering, de jeugdwet in geval van geestelijke gezondheidszorg of de Wlz zoals omschreven in artikel 3.1.1. Besluit Zorgverzekeringen Wlz.
- Het ziekenvervoer per ambulance is medisch noodzakelijk, omdat een andere manier van ziekenvervoer (per auto, openbaar vervoer of taxi) om medische redenen niet verantwoord is.

#### Zorgverlener

De ambulancedienst heeft een erkende vergunning.

#### Behandelvoorstel

Een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, physician assistant of verpleegkundig specialist heeft vastgesteld dat ziekenvervoer per ambulance medisch noodzakelijk is. Dit geldt niet als er sprake is van spoedeisend ambulancevervoer.

#### Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig als:

- u verder reist dan 200 kilometer enkele reis; of
- u van een ander vervoermiddel gebruik wilt maken omdat ziekenvervoer per ambulance niet mogelijk is.

Als u twijfelt over de verzekering raden wij u aan vooraf zorgadvies bij ons te vragen.

#### Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

### B.18.2. Vervoer (ziekenvervoer per auto, openbaar vervoer of taxi) of logeerkosten

#### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat:

- het zittend ziekenvervoer:
  - per auto,
  - in de laagste klasse van het openbaar vervoer of
  - taxiover een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis, tenzij u van ons een akkoordverklaring hebt voor reizen over een grotere afstand;
- ziekenvervoer met een ander vervoermiddel, als zittend ziekenvervoer door middel van de auto, openbaar vervoer (in de laagste klasse) of een taxi niet mogelijk is en u voor ziekenvervoer met dat andere vervoermiddel vooraf van ons een akkoordverklaring hebt gehad;

- het vervoer van een begeleider en, in uitzonderlijke gevallen, van 2 begeleiders. Deze begeleiding moet dan noodzakelijk zijn of de verzekerde die wordt begeleid, moet jonger zijn dan 16 jaar. Onder begeleiding verstaan wij ook hulp- of blindengeleidehonden;

Voor het zittend ziekenvervoer per eigen auto of huurauto geldt een vergoeding van € 0,32 per kilometer.

De ritlengte wordt bepaald met behulp van de meest recente versie van de routeplanner Routenet (gratis via internet te raadplegen), op basis van de snelste route door invoering van postcode herkomst ("van") en postcode bestemming ("naar"). Wij vergoeden op basis van hele kilometers en maken gebruik van de gebruikelijke wijze van afronding.

- vergoeding voor logeerkosten van maximaal € 76,50 per nacht in plaats van (een vergoeding voor de kosten van) zittend ziekenvervoer.

### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- De zorg omvat wettelijke eigen bijdragen en heeft uitsluitingen:
  - U hebt een wettelijke eigen bijdrage van € 108,- per jaar voor zittend ziekenvervoer;
  - U bent niet verzekerd voor zittend ziekenvervoer van en naar de plaats van zorg die vergoed wordt uit uw aanvullende verzekering;
  - De zorg valt niet onder de dekking als het gaat om vervoer naar dagbesteding en/of dagbehandeling in een Wlz instelling.
  - Huurkosten van een huurauto vallen niet onder uw zorgverzekering.
- Vanwege de doelmatigheid is het mogelijk dat u bij vervoer per taxi met meerdere verzekerden tegelijk wordt vervoerd.
- Voor de logeerkosten geldt geen wettelijke eigen bijdrage.
- U hebt geen recht op (de vergoeding van het) zittend ziekenvervoer als u vergoeding voor logeerkosten hebt aangevraagd en van ons daarvoor een akkoordverklaring hebt ontvangen.
- Het vervoer van en naar de plaats waar u logeert valt onder de vergoedingsregeling van zittend ziekenvervoer. Het eventuele vervoer van uw logeerafstand naar het ziekenhuis en terug naar uw logeerafstand valt niet onder deze vergoedingsregeling.
- In een aanvullende verzekering kan de wettelijke eigen bijdrage van deze zorg en/of aanvul-

lingen op deze zorg verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

## Voorwaarden

### Algemeen

#### Zittend ziekenvervoer

Onder ziekenvervoer verstaan wij:

- ziekenvervoer in Nederland of – als u in het buitenland woont – in uw woonland;
- een heenrit van een verzekerde per auto, openbaar vervoer of taxi naar:
  - een zorgverlener of instelling waar u behandeld en/of verpleegd zult worden; en
  - vervolgens een terugrit naar uw (tijdelijke en/of gebruikelijke) woonadres of een andere woning als u op uw woonadres niet de noodzakelijke verzorging kunt krijgen;
- ziekenvervoer voor behandeling, verpleging of zorg bij een tijdelijk verblijf in het buitenland.

Het zittend ziekenvervoer is nodig omdat:

- a. u nierdialyse moet ondergaan;
- b. u behandelingen met chemotherapie, radiotherapie of immunotherapie tegen kanker moet ondergaan;
- c. u zich alleen met een rolstoel kunt verplaatsen. De zorg die u ontvangt bij de zorgverlener of instelling waarnaar u wordt vervoerd, moet vallen onder de dekking van deze zorgverzekering, de jeugdwet in geval van geestelijke gezondheidszorg of de Wlz zoals omschreven in artikel 3.1.1. Besluit Zorgverzekeringen Wlz;
- d. uw gezichtsvermogen zo beperkt is dat u zich daardoor niet zonder begeleiding kunt verplaatsen. De zorg die u ontvangt bij de zorgverlener of instelling waarnaar u wordt vervoerd, moet vallen onder de dekking van deze zorgverzekering, de jeugdwet in geval van geestelijke gezondheidszorg of de Wlz zoals omschreven in artikel 3.1.1. Besluit Zorgverzekeringen Wlz;
- e. u jonger bent dan 18 jaar en vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap bent aangewezen op verpleging en verzorging. Hierbij is sprake van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid;
- f. u bent aangewezen op geriatrische revalidatie volgens artikel B.4.6.2.
- g. u bent aangewezen op dagbehandeling die in een groep wordt verleend. Deze dagbehandeling is onderdeel van een zorgprogramma volgens artikel B.28 Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen: bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-

aangeboren hersenletsel of in verband met een verstandelijke beperking.

Het vervoer bij nierdialyse of bij chemo-, radio-, of immuuntherapie tegen kanker omvat ook het vervoer naar consulten, onderzoek en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn.

Maakt u gebruik van zittend ziekenvervoer omdat u nierdialyse moet ondergaan of chemo-, radio- of immuuntherapie tegen kanker krijgt, dan bent u alleen verzekerd voor zittend ziekenvervoer van en naar de plaats waar u nierdialyse, chemo-, radio- of immuuntherapie ondergaat.

### Hardheidsclausule

In bepaalde gevallen is de zogenaamde "hardheidsclausule" van toepassing. Namelijk als het in uw geval erg onredelijk is dat u geen ziekenvervoer krijgt bij de behandeling (of consulten, onderzoek en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn) van een andere dan de hiervoor genoemde langdurige ziekte of aandoening.

Toelichting:

Wij bepalen aan de hand van een formule en andere informatie, of u recht hebt op zittend ziekenvervoer volgens de "hardheidsclausule". Bij de aanvraag die u hiervoor indient, moet ook een verklaring van de behandelend arts zijn bijgevoegd. De zorg die u ontvangt bij de zorgverlener of instelling waarnaar u wordt vervoerd, moet onder de dekking van deze Zorgverzekering of de Wlz vallen.

Om vast te stellen of u recht hebt op zittend ziekenvervoer op basis van de "hardheidsclausule" gebruiken wij de volgende formule:

aantal maanden behandeling x aantal behandelingen per week x 52/12 (dit is het aantal weken op jaarbasis) x (aantal km enkele reis) x 0,25 (dit is de wegingsfactor).

Bedraagt de uitkomst 250 of meer, dan bent u ook verzekerd voor zittend ziekenvervoer. De ritlengte wordt bepaald met behulp van de meest recente versie van de routeplanner Routenet (gratis via internet te raadplegen), op basis van de snelste route. Wij vergoeden op basis van hele kilometers en maken gebruik van de gebruikelijke wijze van afronding.

Voorbeeld:

$5$  (aantal maanden behandeling) x  $2$  (aantal behandelingen per week) x  $52/12$  x  $26$  (afstand in kilometers) x  $0,25$  (wegingsfactor) =  $281,67$ . Deze uitkomst is hoger dan 250 en geeft u recht op een

vergoeding van het zittend ziekenvervoer. Komen er wijzigingen in deze situatie, dan moet u ons dat zo snel mogelijk doorgeven.

### Logeerkosten

U hebt recht op een vergoeding van logeerkosten:

- als u op basis van uw medische indicatie of de hardheidsclausule in aanmerking komt voor zittend ziekenvervoer uit dit artikel; en
- als dit zittend ziekenvervoer op ten minste drie achtereenvolgende dagen nodig is; en
- als u een aanvraag hebt ingediend voor vergoeding van logeerkosten in plaats van (een vergoeding voor) zittend ziekenvervoer en u daarvoor van ons een akkoordverklaring hebt ontvangen.

### Zorgverlener

Als het zittend ziekenvervoer per taxi plaatsvindt, moet de taxivervoerder erkend zijn (Taxi Keurmerk / TX-keurmerk) en de juiste vergunning hebben.

### Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig. Dit geldt ook wanneer:

- u verder reist dan 200 kilometer enkele reis of
- u reist met een ander vervoermiddel dan auto, in de laagste klasse van het openbaar vervoer of taxi (zoals een boot).

Omdat de te verlenen zorg doelmatig moet zijn, beoordelen wij of u gebruik kunt maken van openbaar vervoer, eigen vervoer of taxivervoer.

### Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

## B.19. Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

Het gehele artikel B.19. beschrijft de geestelijke gezondheidszorg. Het Reglement GGZ is onderdeel van dit artikel. In het reglement wordt de geestelijke gezondheidszorg verder toegelicht en benoemen wij nadere voorwaarden waaraan voldaan moet worden per zorgonderdeel.

Het Reglement GGZ kunt u vinden op onze website of telefonisch bij ons opvragen.

### B.19.1. GGZ basis

#### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat generalistische basis GGZ (gbGGZ) voor verzekerden vanaf 18 jaar.

Onder gbGGZ verstaan wij:

- diagnostiek (het vaststellen van een vermoede



(nog) niet opgeschort (geschorst); en

- Wij hebben niet binnen 14 dagen aangegeven akkoord te gaan met de opzegging.

Vanaf het moment dat u (verzekeringnemer) de (bestuursrechtelijke) premie, kosten en eventuele incassokosten alsnog aan ons betaald heeft, kunt u (verzekeringnemer) alsnog gebruikmaken van deze opzeg- en wijzigingsmogelijkheden.

### A.5.10. Royementsverklaring

Als de verzekering(en) eindigt (eindigen) door opzegging heeft u (verzekeringnemer) recht op een royementsverklaring. Wij sturen u die automatisch toe in de vorm van een zogenaamde "beëindigingspolis". Daarop staan onder andere welke verzekeringen, welke verzekeringen en welke premie van toepassing waren en wat de beëindigingsdatum is.

## A.6. Wanneer beëindigen wij de verzekering

### A.6.1. Wettelijke beëindiging van uw verzekering

Op grond van de wet moeten wij uw verzekering in bepaalde situaties eindigen. Als dat zo is, stellen wij u (verzekeringnemer) hiervan zo snel mogelijk op de hoogte. De beëindigingsdatum is de dag nadat:

- onze vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf wijzigt of wordt ingetrokken en wij daardoor geen verzekeringen meer mogen aanbieden of uitvoeren. Wij stellen u hiervan uiterlijk 2 maanden van tevoren op de hoogte;
- u (verzekerde) overlijdt. Wij moeten binnen 30 dagen na de datum van overlijden hiervan op de hoogte zijn gebracht.

### A.6.2. Wettelijke beëindiging van uw zorgverzekering

Naast het bepaalde in artikel A.6.1. moeten we op grond van de wet uw zorgverzekering ook in bepaalde andere situaties eindigen. Als dat zo is, stellen wij u (verzekeringnemer) hiervan op de hoogte. De beëindigingsdatum is de dag nadat:

- wij het gebied waarin wij de zorgverzekering aanbieden (werkgebied) hebben veranderd en u (verzekerde) door die verandering buiten ons werkgebied komt te wonen. Wij stellen u hiervan uiterlijk 2 maanden van tevoren op de hoogte;
- uw (verzekerde) verzekeringsplicht eindigt doordat u niet meer op basis van de Wlz verzekerd bent of u in militaire dienst bent gegaan. U (verzekeringnemer) moet ons hiervan zo

spoedig mogelijk op de hoogte brengen.

### A.6.3. Onrechtmatig ingeschreven

Als blijkt dat u (verzekeringnemer) een zorgverzekering bij ons heeft afgesloten terwijl u geen verzekeringsplicht heeft, dan beëindigen wij deze zorgverzekering met terugwerkende kracht vanaf het moment dat u deze heeft gesloten. Wij verrekenen de premie die u heeft betaald met de zorg die wij hebben vergoed en betalen u het verschil terug of brengen het bij u in rekening.

### A.6.4. Misdrijf of overtreding

Als u zich tegenover ons of een gecontracteerde zorgverlener schuldig maakt aan (een poging tot) misdrijf, overtreding, oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging, hebben wij het recht:

- al uw verzekeringen bij ons per direct te beëindigen;
- aanspraken op zorg of vergoeding van kosten van zorg op te schorten;
- betaalde vergoedingen terug te vorderen;
- kosten van onderzoek op u te verhalen;
- aangifte te doen bij de politie;
- u te registreren in het gangbare waarschuwingssysteem tussen financiële instellingen.

### A.6.5. Dwaling

Wij doen een beroep op dwaling, als u door het CAK bij ons bent verzekerd, omdat dit instituut meende dat u verzekeringsplichtig was op grond van de Zorgverzekeringswet maar blijkt dat u op dat moment niet verzekeringsplichtig was. Wij beëindigen dan met terugwerkende kracht uw zorgverzekering.

### A.6.5.1. Einde van een verzekering

Als wij stoppen met het aanbieden en uitvoeren van een bepaalde soort verzekering die u heeft gesloten, kunnen wij de betreffende verzekering beëindigen of vervangen door een andere verzekering. U ontvangt dan van ons hierover een bericht.

### A.6.6. Royementsverklaring

Als wij de verzekering(en) beëindigen, heeft u (verzekeringnemer) recht op een royementsverklaring. Wij sturen u die automatisch toe in de vorm van een zogenaamde "beëindigingspolis". Daarop staan onder andere welke verzekeringen, welke verzekeringen en welke premie van toepassing waren en wat de beëindigingsdatum is.

### Gevolgen bij geen medewerking

Wij kunnen u aansprakelijk stellen voor alle schade en kosten die ontstaan als u ons niet helpt verhaal te halen.

## A.15. Doorgeven van informatie

### A.15.1. Geven van juiste informatie

U bent verplicht ons juiste informatie te geven en ons te helpen bij het verkrijgen van alle noodzakelijke informatie. Geeft u ons een verkeerde voorstelling van zaken, geeft u ons valse of misleidende stukken, doet u een onjuiste opgave of weigert u ons uw medewerking, dan hebben wij de volgende mogelijkheden:

- Wij beëindigen uw verzekering en u heeft daarom geen enkele aanspraak meer op dekking van zorg;
- Wij vorderen alle bedragen die u van ons ontving terug tot de datum waarop u ons misleidde;
- U moet de kosten betalen voor het onderzoeken van de opzettelijke misleiding;
- Wij registreren u in ons incidentenregister;
- Wij registreren u in de - tussen verzekeraars - erkende signaleringssystemen;
- Wij doen aangifte bij de politie;
- Wij zullen gedurende een periode van 5 jaar een verzoek tot het sluiten van een nieuwe verzekering weigeren.

Als iemand anders namens u de genoemde handelingen uitvoert, geldt hetzelfde.

### A.15.2. Belangrijke gebeurtenissen

U bent verplicht om gebeurtenissen die voor ons belangrijk zijn om de zorgverzekering goed uit te kunnen voeren, binnen 30 dagen aan ons door te geven. Het gaat om zaken zoals:

- verhuizing of wijziging van uw adres zoals dit bekend is in de Basisregistratie Personen;
- wijziging van postadres of ander communicatieadres (zoals e-mailadres);
- geboorte of adoptie;
- overlijden;
- echtscheiding;
- begin en einde van hechtenis/verblijf in gevangenis;
- begin en einde van deelname aan een collectieve overeenkomst;
- verandering van gezinssamenstelling.

Doet u dat op tijd, dan gaat de aanpassing in op het moment van de verandering. Doet u dit niet op tijd, dan gaat de aanpassing van de verzekering in op een moment dat wij bepalen.

### A.15.3. Delen van informatie

Uitsluitend als het van belang is voor een correcte uitvoering van uw verzekering(en) en bijbehorende voorwaarden delen wij ter controle de daarvoor noodzakelijke gegevens zoals pakketsamenstelling, pakketdeelname, premie, korting en persoonsgegevens. Het doel is om onder andere:

- de collectiviteit waaraan u deelneemt te controleren;
- de uitbetaalde kosten van verzekerde zorg op derden te verhalen, zoals een reisverzekeraar bij verleende zorg in het buitenland.

### A.15.4. Actuele adres

Wij gaan ervan uit dat berichten die wij sturen naar het laatste post- of e-mailadres dat bij ons van u bekend is, ook bij u aankomen. Wij kunnen niet aansprakelijk gesteld worden voor uw schade die ontstaat als u van ons te laat of geen berichten ontvangt doordat u ons niet uw meest actuele post- of e-mailadres door heeft gegeven.

## A.16. Privacy en controle

### A.16.1. Privacy

Voor de verzekering(en) die u bij ons afsluit, verwerken wij alleen de gegevens die wij nodig hebben voor het uitvoeren van uw verzekering(en). Gaat het over uw persoonsgegevens, dan doen wij dat volgens de Uitvoeringswet Algemene verordening gegevensbescherming en de Europese algemene verordening gegevensbescherming (verordening EU 2016/679).

Meer over privacy en uw rechten en plichten over de door ons bewaarde en bewerkte (persoons)-gegevens vindt u in het "Privacy Statement" op onze website.

### A.16.2.

VERVALLEN

### A.16.3.

VERVALLEN

### A.16.4. Materiële controle

Wij mogen inhoudelijke controle en fraudeonderzoek uitvoeren als het gaat over de uitvoering van uw verzekering en uw (persoons)gegevens die wij in onze administratie opslaan en verwerken. Dit doen wij volgens de Zorgverzekeringswet, het landelijk "Protocol materiële controle" en het landelijk "Protocol Incidentenwaarschuwingssystemen Financiële Instellingen". U bent verplicht uw

medewerking hieraan te verlenen.

### A.17. Zorgverleners

#### A.17.1. Omschrijving zorgverlener

Een zorgverlener is op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) de natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent, of de natuurlijke persoon of rechtspersoon die tarieven in rekening brengt namens, ten behoeve van of in verband met zorgverlening door een bevoegde zorgverlener.

In een enkel geval verstaan wij onder een zorgverlener ook de natuurlijke persoon die bij ons verzekerde zorg niet op beroeps- of bedrijfsmatige basis verleent of levert. Dat betreft met name de zorg die een verzekerde door middel van een Persoons Gebonden Budget (PGB) zelf inkoop op grond van het Reglement PGB Verpleging en Verzorging.

Een zorgverlener kan zijn:

- een persoon;
- een instelling voor zorgverlening; of
- een zorggroep (zie artikel A.17.3.).

Een zorgverlener verleent zorg of levert goederen en/of middelen. Levering gaat over medicijnen of hulpmiddelen en eventuele, daarmee samenhangende diensten.

#### A.17.2. Voorwaarden voor zorg en zorgverleners

Zorg valt onder de dekking van de verzekering als:

- een zorgverlenersoort bij de betreffende zorg in de verzekeringsvoorwaarden of het Vergoedings Overzicht uitdrukkelijk wordt genoemd onder het kopje "zorgverlener". Soorten zorgverleners die wij bij de betreffende zorg niet noemen, mogen die zorg ook niet voor onze rekening verlenen en dus ook niet bij ons declareren. Voor zorg door niet-genoemde soorten zorgverleners heeft u dus geen dekking, ook al bent u wel voor die zorg verzekerd; en
- de zorgverlener deze zorg zelf levert. Zorg mag ook worden geleverd door een andere, zelfs een niet genoemde soort zorgverlener, als deze handelt onder de verantwoordelijkheid van de zorgverlener die wij onder dat betreffende artikel wel uitdrukkelijk hebben genoemd, tenzij dat in het betreffende artikel anders staat vermeld; en
- de zorgverlener de zorg declareert onder eigen naam. Het kan ook zijn, dat een instelling, een andere zorgverlener of een derde de zorg declareert met vermelding van de naam van de verantwoordelijke zorgverlener; en
- een zorgverlener in Nederland voldoet aan de

eisen en regels, die bij en/of krachtens wetten aan zijn beroep en bedrijf en de uitoefening daarvan worden gesteld, zodat hij zodoende bevoegde zorg levert. Zo moet een in Nederland gevestigde zorgverlener voldoen aan de eisen die bij of krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) worden gesteld en moeten zorgverleners zich houden aan de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (WKKGZ). In Nederland gevestigde zorgverleners moeten voorts ook voldoen aan de eisen van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG):

- artsen, tandartsen, apothekers, GZ-psychologen, psychotherapeuten, fysiotherapeuten, verloskundigen en verpleegkundigen moeten zijn opgenomen in de landelijke BIG-registers of een ander door ons als gelijkwaardig beschouwd register. Bijvoorbeeld registratie als laboratoriumspecialist klinische chemie bij de Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie en Laboratoriumgeneeskunde (NVCK);
- van andere dan deze zorgverleners vergoeden wij alleen de zorg, als het zorgverleners betreft die op grond van artikel 34 van de Wet BIG een aangewezen opleiding hebben gevolgd en die rechtmatig de aan die opleiding verbonden titel of het onderscheidingsteken voeren; en
- de zorgverlener die de zorg levert, ook beschikt over een AGB-code; en
- een zorgverlener in het buitenland voldoet aan de eisen, wetten en regels die in dat land aan diens beroep worden gesteld.

#### A.17.3. Hoofdaannemer

Een hoofdaannemer (bijvoorbeeld een zorggroep, gezondheidscentrum of podotherapeut) is een zorgverlener zoals bedoeld in artikel A.17.1. Een hoofdaannemer heeft bovendien de volgende kenmerken:

- de hoofdaannemer heeft rechtspersoonlijkheid en contracteert in een samenwerkingsverband meerdere betrokken zorgverleners van verschillende disciplines, bijvoorbeeld een huisarts en diëtist die de daadwerkelijke zorg verlenen.
- de hoofdaannemer kan verschillende vormen van zorg leveren (zie artikelen B.3.1., B.11. en B.23.).
- de hoofdaannemer is verantwoordelijk voor het toezien op de handhaving van de kwaliteitseisen van de aangesloten zorgverleners en de levering van de zorg volgens de zorgstandaard. In zorgstandaarden staat waar, vanuit de patiënt gezien, kwalitatief goede zorg aan moet voldoen: de inhoud van de zorg, de organisatie ervan en de ondersteuning van zelfmanagement.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

### B.18.2. Vervoer (ziekenvervoer per auto, openbaar vervoer of taxi) of logeerkosten

#### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat:

- het ziekenvervoer:
  - per auto,
  - in de laagste klasse van het openbaar vervoer of
  - taxiover een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis, tenzij u van ons een akkoordverklaring heeft voor reizen over een grotere afstand;
- ziekenvervoer met een ander vervoermiddel, als ziekenvervoer door middel van de auto, openbaar vervoer (in de laagste klasse) of een taxi niet mogelijk is en u voor ziekenvervoer met dat andere vervoermiddel vooraf van ons een akkoordverklaring heeft gehad;
- het vervoer van een begeleider en, in uitzonderlijke gevallen, van 2 begeleiders. Deze begeleiding moet dan noodzakelijk zijn of de verzekerde die wordt begeleid, moet jonger zijn dan 16 jaar. Onder begeleiding verstaan wij ook hulp- of blindengeleidehonden;

Voor het ziekenvervoer per eigen auto of huurauto geldt een vergoeding van € 0,37 per kilometer.

De ritlengte wordt bepaald met behulp van de meest recente versie van de routeplanner Routenet (gratis via internet te raadplegen), op basis van de snelste route door invoering van postcode herkomst ("van") en postcode bestemming ("naar"). Wij vergoeden op basis van hele kilometers en maken gebruik van de gebruikelijke wijze van afronding.

- vergoeding voor logeerkosten van maximaal € 82,- per nacht in plaats van (een vergoeding voor de kosten van) ziekenvervoer.

#### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- U heeft een wettelijke eigen bijdrage van € 113,- per jaar voor ziekenvervoer.
- De wettelijke eigen bijdrage geldt niet voor vervoer tussen instellingen waar u verblijft vanuit de Zvw of Wlz en het vervoer en verblijf noodzakelijk is voor:
  - het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling onder Zvw of Wlz waarvoor in de gebruikelijke instelling van verblijf niet de mogelijkheid bestaat;

- naar een persoon of instelling voor het ondergaan van een specialistisch onderzoek of een specialistische behandeling die valt onder de Zvw bij gebruikelijke instelling van verblijf de mogelijkheid niet bestaat;
- voor vervoer van en naar een instelling waarin de verzekerde vanuit de bijzondere ziektekostenverzekering voor een tandheelkundige behandeling wordt behandeld en de gebruikelijke instelling van verblijf niet de mogelijkheid bestaat;
- De wettelijke eigen bijdrage geldt ook niet voor logeerkosten, zoals in dit artikel genoemd.
- De volgende kosten worden niet vergoed:
  - ziekenvervoer van en naar de plaats van zorg die vergoed wordt uit uw aanvullende verzekering;
  - vervoer in verband met dagbehandeling of dagbesteding, terwijl u niet in een Wlz instelling verblijft;
  - Huurkosten van een huurauto vallen niet onder uw zorgverzekering.
- Vanwege de doelmatigheid is het mogelijk dat u bij vervoer per taxi met meerdere verzekerden tegelijk wordt vervoerd.
- Voor de logeerkosten geldt geen wettelijke eigen bijdrage.
- U heeft geen recht op (de vergoeding van het) ziekenvervoer als u vergoeding voor logeerkosten heeft aangevraagd en van ons daarvoor een akkoordverklaring heeft ontvangen.
- Het vervoer van en naar de plaats waar u logeert valt onder de vergoedingsregeling van ziekenvervoer. Het eventuele vervoer van uw logeeradres naar het ziekenhuis en terug naar uw logeeradres valt niet onder deze vergoedingsregeling.
- In een aanvullende verzekering kan de wettelijke eigen bijdrage van deze zorg en/of aanvullingen op deze zorg verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.

#### Voorwaarden

##### Algemeen

##### Ziekenvervoer

Onder ziekenvervoer verstaan wij vervoer in Nederland of, als u in het buitenland woont, in uw woonland:

- een heenrit van een verzekerde per auto, openbaar vervoer of taxi naar:
  - een zorgverlener of instelling waar u behandeld en/of verpleegd zult worden; en
  - vervolgens een terugrit naar uw (tijdelijke en/of gebruikelijke) woonadres of een andere woning als u op uw woonadres niet de noodzakelijke verzorging kunt krijgen;
- ziekenvervoer voor behandeling, verpleging of zorg bij een tijdelijk verblijf in het buitenland.

Op de plaats van behandeling, verpleging en/of zorg krijgt u zorg die valt onder de zorgverzekering of de Wlz zoals omschreven in artikel 3.1.1. Wlz.

Het ziekenvervoer is nodig omdat:

- a. u nierdialyse moet ondergaan of wanneer er consulten, onderzoek en controles nodig zijn als onderdeel van de behandeling;
- b. u behandelingen met chemotherapie, radiotherapie of immuuntherapie tegen kanker moet ondergaan of wanneer er consulten, onderzoek en controles nodig zijn als onderdeel van de behandeling;
- c. u zich alleen met een rolstoel kunt verplaatsen.;
- d. uw gezichtsvermogen zo beperkt is dat u zich daardoor niet zonder begeleiding kunt verplaatsen.;
- e. u jonger bent dan 18 jaar en vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap bent aangewezen op verpleging en verzorging. Hierbij is sprake van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid;
- f. u bent aangewezen op geriatrische revalidatie volgens artikel B.4.6.2.
- g. u bent aangewezen op dagbehandeling die in een groep wordt verleend en onderdeel is van een zorgprogramma bij mensen met chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel, een verstandelijke beperking zoals bedoeld in art B.28.1.

### Hardheidsclausule

In bepaalde gevallen is de zogenaamde "hardheidsclausule" van toepassing. Namelijk als het in uw geval erg onredelijk is dat u geen ziekenvervoer krijgt bij de behandeling (of consulten, onderzoek en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn) van een andere dan de hiervoor genoemde langdurige ziekte of aandoening.

Toelichting:

Wij bepalen aan de hand van een formule en andere informatie, of u recht heeft op ziekenvervoer volgens de "hardheidsclausule". Bij de aanvraag die u hiervoor indient, moet ook een verklaring van de behandelend arts zijn bijgevoegd. De zorg die u ontvangt bij de zorgverlener of instelling waarnaar u wordt vervoerd, moet onder de dekking van deze Zorgverzekering of de Wlz vallen.

Om vast te stellen of u recht heeft op ziekenvervoer op basis van de "hardheidsclausule" gebruiken wij de volgende formule:

aantal maanden behandeling x aantal behandelingen per week x 52/12 (dit is het aantal weken op

jaarbasis) x (aantal km enkele reis) x 0,25 (dit is de wegingsfactor).

Bedraagt de uitkomst 250 of meer, dan bent u ook verzekerd voor ziekenvervoer. De ritlengte wordt bepaald met behulp van de meest recente versie van de routeplanner Routenet (gratis via internet te raadplegen), op basis van de snelste route. Wij vergoeden op basis van hele kilometers en maken gebruik van de gebruikelijke wijze van afronding.

Voorbeeld:

5 (aantal maanden behandeling) x 2 (aantal behandelingen per week) x 52/12 x 26 (afstand in kilometers) x 0,25 (wegingsfactor) = 281,67. Deze uitkomst is hoger dan 250 en geeft u recht op een vergoeding van het ziekenvervoer.

Komen er wijzigingen in deze situatie, dan moet u ons dat zo snel mogelijk doorgeven.

### Logeerkosten

U heeft recht op een vergoeding van logeerkosten als verblijf buiten het ziekenhuis medisch noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg zoals dat medische specialisten plegen te bieden zonder verpleging, verzorging of paramedische zorg (mantelzorg niet meegerekend).

Een voorbeeld van een medische noodzaak is dat u binnen 60 minuten in een expertziekenhuis moet zijn na een behandeling van CAR-T-celtherapie. Als uw woonadres verder dan 60 minuten van een expertziekenhuis ligt, heb u recht op de vergoeding van logeerkosten zolang sprake is van deze medische noodzaak.

Daarnaast heeft u recht op vergoeding van logeerkosten:

- als u op basis van uw medische indicatie of de hardheidsclausule in aanmerking komt voor ziekenvervoer uit dit artikel; en
- als dit ziekenvervoer op ten minste drie achtereenvolgende dagen nodig is; en
- als u een aanvraag heeft ingediend voor vergoeding van logeerkosten in plaats van (een vergoeding voor) ziekenvervoer en u daarvoor van ons een akkoordverklaring heeft ontvangen.

### Zorgverlener

Als het ziekenvervoer per taxi plaatsvindt, moet de taxivervoerder erkend zijn (Taxi Keurmerk/TX-keurmerk) en de juiste vergunning hebben.

### Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig. Dit geldt ook wanneer:

- u verder reist dan 200 kilometer enkele reis of
- u reist met een ander vervoermiddel dan auto, in de laagste klasse van het openbaar vervoer of taxi (zoals een boot).

---

## Burgerlijk Wetboek Boek 6

---

### Artikel 162

1. Hij die jegens een ander een onrechtmatige daad pleegt, welke hem kan worden toegerekend, is verplicht de schade die de ander dientengevolge lijdt, te vergoeden.
2. Als onrechtmatige daad worden aangemerkt een inbreuk op een recht en een doen of nalaten in strijd met een wettelijke plicht of met hetgeen volgens ongeschreven recht in het maatschappelijk verkeer betaamt, een en ander behoudens de aanwezigheid van een rechtvaardigingsgrond.
3. Een onrechtmatige daad kan aan de dader worden toegerekend, indien zij te wijten is aan zijn schuld of aan een oorzaak welke krachtens de wet of de in het verkeer geldende opvattingen voor zijn rekening komt.