

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, en A.S.R. Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. en
A.S.R. Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Amersfoort

Zaak : Veronderstelde fraude, aanvullende ziektekostenverzekering, informatie op het
aanvraagformulier

Regelgeving : Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021, art. 7:941 BW

Zaaknummer : 202200929

Zittingsdatum : 8 februari 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te B,

en

- 1) A.S.R. Basis Ziektekostenverzekeringen N.V.,
- 2) A.S.R. Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Amersfoort, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 26 oktober 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 31 oktober 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 9 december 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 12 december 2022 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 10 januari 2023 respectievelijk 13 januari 2023 verklaard niet te willen worden gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was vanaf 1 juli 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Goede Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Pechvogelhulp (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker heeft op 11 oktober 2021 met het 'aanvraagformulier Pechvogelhulp' de ziektekostenverzekeraar verzocht om vergoeding van fysiotherapie. Op dit formulier heeft hij ingevuld dat hij op 25 september 2021 tijdens een voetbalwedstrijd een misstap heeft gemaakt waardoor hij door zijn enkel is gegaan. De ziektekostenverzekeraar heeft deze aanvraag bij brief van 22 oktober 2022 afgewezen, omdat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor fysiotherapie als de aanleiding hiervoor een ongeval is dat is ontstaan tijdens het sporten en het ongeval niet is veroorzaakt door een derde.
- 3.3. Verzoeker heeft op 6 december 2021 een nieuw 'aanvraagformulier Pechvogelhulp' bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. Verzoeker heeft op dit formulier ingevuld dat hij op 25 september 2021 thuis verkeerd op de drempel is gestapt en dat daardoor zijn enkel naar binnen klapte.
- 3.4. De ziektekostenverzekeraar is vervolgens een onderzoek gestart naar de aanvragen die verzoeker bij hem indiende voor de aanspraak op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering. Bij brief van 24 februari 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij dit

onderzoek heeft verricht, wat zijn bevindingen en zijn conclusie zijn, en welke maatregelen hij wil gaan nemen. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker tevens de mogelijkheid geboden hierop schriftelijk te reageren. Op 8 maart 2022 en 31 maart 2022 is hierop door of namens verzoeker per e-mail gereageerd.

- 3.5. Bij brief van 5 april 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn conclusie, dat verzoeker opzettelijk onware informatie heeft verstrekt om de kosten van fysiotherapie vergoed te krijgen, handhaaft. De ingediende aanvraag wordt afgewezen, de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering worden beëindigd, de persoonsgegevens van verzoeker worden voor de duur van acht jaren opgenomen in het incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar en voor de duur van één jaar in het Extern Verwijzingsregister van Stichting CIS, en de gemaakte onderzoekskosten ten bedrage van € 487,50 worden van hem teruggevorderd. Daarnaast kan verzoeker gedurende vijf jaren geen zorgverzekering afsluiten en gedurende acht jaren geen (aanvullende) verzekering afsluiten bij de ziektekostenverzekeraar of één van de andere verzekeraars die vallen onder het concern waartoe de ziektekostenverzekeraar behoort.
- 3.6. Namens verzoeker is de ziektekostenverzekeraar gevraagd de beëindiging van de zorgverzekering op te schorten tot een uitspraak is gedaan door een onafhankelijke arbitragecommissie en tot hij aanvullende informatie heeft kunnen overleggen. De ziektekostenverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 11 april 2022 meegedeeld dat hij alle aangekondigde maatregelen opschort. Verzoeker heeft de mogelijkheid gekregen uiterlijk 2 mei 2022 zijn reactie te geven. Verzoeker heeft hierop informatie van zijn psycholoog aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Bij e-mailbericht van 5 mei 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat voornoemde informatie voor hem geen aanleiding is om terug te komen op zijn eerdere conclusie. De ziektekostenverzekeraar gaat daarom over tot uitvoering van de aangekondigde maatregelen.

4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat hij geen fraude heeft gepleegd, dat zijn persoonsgegevens niet mogen worden opgenomen in het EVR en het incidentenregister, en dat hij de gevorderde onderzoekskosten niet is verschuldigd aan de ziektekostenverzekeraar. Bij e-mailbericht van 8 december 2022 heeft verzoeker zijn eis deels gewijzigd. Verzoeker wil de wederzijds gemaakte kosten vereffenen, waarbij de door de ziektekostenverzekeraar gevorderde onderzoekskosten ten bedrage van € 487,50 worden weggestreept tegen de door hem gemaakte kosten voor juridische bijstand van € 850,-.
- 4.2. Verzoeker voert aan dat hij nooit het opzet heeft gehad om onjuiste informatie aan de ziektekostenverzekeraar te verstrekken. Hij had op 25 september 2021 zijn enkel verzwikt tijdens het voetballen. Daarom heeft hij dit ook vermeld op het aanvraagformulier en gemeld bij de fysiotherapeut. Hij was echter vergeten dat bij thuiskomst diezelfde dag een zwaardere verzwikking plaatsvond toen hij een drempel over het hoofd zag. Nadat hij zich het tweede voorval herinnerde, heeft verzoeker een nieuw verzoek met een uitgebreidere en vollediger verklaring omtrent het voorval ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Vervolgens is hij door de ziektekostenverzekeraar beticht van fraude. Hiervan is evenwel geen sprake, aldus verzoeker. Hij heeft namelijk nooit doelbewust informatie achtergehouden of verkeerde informatie verstrekt. Het betreft derhalve geen opzet, hoogstens kan worden gesproken van schuld.

5. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft geconcludeerd dat verzoeker opzettelijk onware informatie heeft verstrekt op het 'aanvraagformulier Pechvogelhulp' van 6 december 2021 om de kosten voor fysiotherapie vergoed te krijgen. Daarom heeft verzoeker volgens de ziektekostenverzekeraar valsheid in geschrifte gepleegd en heeft hij zich schuldig gemaakt aan fraude. De ziektekostenverzekeraar heeft hiertoe het volgende aangevoerd.

Verzoeker heeft geprobeerd de kosten van fysiotherapie vergoed te krijgen op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering door een onjuiste oorzaak van zijn letsel op te geven. Hij heeft namelijk verklaard dat hij zich heeft verstart bij het overstappen van een drempel, terwijl hij eerder - op 11 oktober 2021 - had verklaard dat het letsel was ontstaan tijdens een voetbalwedstrijd. Verzoeker heeft dit gedaan, nadat hem duidelijk was geworden dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking bood voor letsel dat is ontstaan tijdens het sporten.

De ziektekostenverzekeraar heeft informatie opgevraagd bij de behandelend fysiotherapeut, omdat de toedracht deel uitmaakt van het patiëntendossier. De fysiotherapeut heeft uit het dossier voorgelezen dat de klachten zijn ontstaan als gevolg van een misstap na een tik tegen de enkel tijdens het voetbal. Daarbij werd ook de medische term voor dit type letsel benoemd. In het patiëntendossier staat niets over een misstap op de drempel.

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit de bepaling op pagina 12 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 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 toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en de relevante bepaling uit het Burgerlijk Wetboek (BW) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Fraude

- 7.2. Op grond van artikel 7:941, vijfde lid, BW vervalt het recht op uitkering als de verzekeringnemer een verplichting, als bedoeld in het eerste en tweede lid van genoemd artikel, niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar te misleiden. Dit geldt - blijkens het slot van genoemde bepaling - alleen als deze misleiding het verval van het recht op uitkering rechtvaardigt. In het tweede lid is bepaald dat de verzekeringnemer verplicht is binnen een redelijke termijn de verzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen die van belang zijn om de uitkeringsplicht te beoordelen.

Als het recht op uitkering vervalt, kan dit vóórstrekkende gevolgen hebben voor betrokkene. Dit geldt ook voor de andere, op grond van de verzekeringsvoorwaarden, mogelijk te treffen sancties in geval van verzekeringsfraude, zoals opname van de gebeurtenis in het interne Incidentenregister, opname van de gebeurtenis in het Externe Verwijzingsregister, beëindiging van de betreffende verzekering en/of eventuele andere verzekeringen, alsmede verhaal van de onderzoekskosten. Daarom moeten hoge eisen worden gesteld aan de gronden die leiden tot de conclusie dat sprake is van het opzet tot misleiding.

Het is aan de verzekeraar concrete feiten en omstandigheden te stellen waaruit het bestaan van het in artikel 7:941, vijfde lid, BW bedoelde opzet blijkt. In dat verband kan bijvoorbeeld worden gedacht aan de omstandigheid dat betrokkene (listige) kunstgrepen heeft gehanteerd om de verzekeraar 'op het verkeerde been' te zetten. Bij betwisting door de wederpartij moet de verzekeraar zijn stellingen bewijzen.

- 7.3. Voor de beoordeling is verder het volgende van belang. Verzoeker heeft op 11 oktober 2021 op het aanvraagformulier verklaard dat hij op 25 september 2021 tijdens een voetbalwedstrijd door zijn enkel is gegaan als gevolg van een misstap. Op 22 oktober 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar deze aanvraag afgewezen, omdat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt

voor fysiotherapie die verband houdt met een ongeval dat is ontstaan tijdens het sporten en dat niet door een ander is veroorzaakt. Volgend op de afwijzing heeft verzoeker, op 6 december 2021, nogmaals een aanvraagformulier ingevuld. Op dit aanvraagformulier heeft hij verklaard dat hij op 25 september 2021 bij binnenkomst van zijn huis verkeerd op de drempel is gestapt, en hierdoor door zijn enkel is gegaan. De commissie overweegt dat de verklaringen van verzoeker op voornoemde aanvraagformulieren niet overeenkomen. Volgens verzoeker heeft hij met het tweede aanvraagformulier een "uitgebreidere en vollediger" verklaring willen geven over de oorzaak van het letsel. De commissie volgt verzoeker hierin niet. Op het aanvraagformulier van 6 december 2021 wordt immers niet verwezen naar het eerder ingevulde aanvraagformulier. Ook wordt in het formulier van 6 december 2021 geen melding gemaakt van de eerder aangevoerde oorzaak van het letsel. Daarbij is door de ziektekostenverzekeraar, op basis van bij de behandelend fysiotherapeut ingewonnen informatie, gesteld en is door verzoeker niet bestreden dat in het patiëntendossier uitsluitend een misstap tijdens het voetballen als oorzaak van het letsel wordt vermeld. De commissie is van oordeel dat bovengenoemde feiten en omstandigheden in onderlinge samenhang de conclusie rechtvaardigen dat sprake is van fraude. De door verzoeker gegeven verklaring voor de geconstateerde onregelmatigheden kan niet overtuigen. Ook zijn stelling dat mogelijk wel sprake is van schuld maar niet van opzet, maakt deze conclusie niet anders.

- 7.4. Nu hiervoor is geconcludeerd dat sprake is van fraude, mocht de ziektekostenverzekeraar overgaan tot het nemen van maatregelen tegen verzoeker. In dat kader is de ingediende aanvraag terecht afgewezen. Ook mocht de ziektekostenverzekeraar op grond van het bepaalde op pagina 10 van de polisvoorwaarden, zowel de zorgverzekering als de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker beëindigen. Daarnaast mocht hij op grond van het bepaalde op pagina 11 van de polisvoorwaarden de persoonsgegevens van verzoeker registreren in zijn incidentenregister en het Extern Verwijzingsregister van Stichting CIS. De registratie in het incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar is overigens zuiver intern en alleen te raadplegen door de ziektekostenverzekeraar en de andere verzekeraars die vallen onder het concern waartoe de ziektekostenverzekeraar behoort. De commissie vindt het begrijpelijk dat de ziektekostenverzekeraar zichzelf en de met hem verbonden rechtspersonen wil beschermen tegen nieuwe relaties met verzoeker. Er is niet gesteld of gebleken dat verzoeker door deze registratie disproportioneel wordt geraakt. De commissie is daarom van oordeel dat de registratie van de persoonsgegevens van verzoeker in het incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar gehandhaafd mag blijven voor de volledige duur van acht jaren. Ook de registratie van de persoonsgegevens in het Extern Verwijzingsregister van Stichting CIS voor de duur van één jaar acht de commissie - alles overwegende - niet disproportioneel.

Onderzoekskosten

- 7.5. De ziektekostenverzekeraar heeft van verzoeker een bedrag van € 487,50 gevorderd voor de door hem gemaakte onderzoekskosten. Nadat betaling van dit bedrag uitbleef, is hier - in totaal een bedrag van - € 192,50 aan kosten bijgekomen. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd om een specificatie van de oorspronkelijk gevorderde onderzoekskosten. In de brief van 9 december 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat dit bedrag is opgebouwd uit één uur behandeling door de medisch adviseur á € 75,- en elf uren van een medewerker á € 55,-. De totale kosten bedragen volgens deze specificatie dus € 680,-. Deze specificatie is door verzoeker niet bestreden, terwijl de commissie het aantal genoemde uren dat aan onderzoek is besteed niet-onaannemelijk en de daarvoor door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde tarieven niet-buitenproportioneel acht. Dat de totale kosten hoger zijn dan de gevorderde kosten maakt het vorenstaande niet anders; het staat de ziektekostenverzekeraar vrij om zijn vordering om hem kennelijk moverende redenen tot een bedrag van € 487,50,- te beperken. Gesteld noch gebleken is van omstandigheden die een vergoedingsplicht van verzoeker van laatstgenoemd bedrag naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar maken. Dit leidt ertoe dat ook dit onderdeel van het verzoek wordt afgewezen.

Vergoeding rechtsbijstand

- 7.6. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij € 850,- aan kosten voor juridische bijstand heeft gemaakt. Hij wil dat deze tegen de gevorderde onderzoekskosten worden weggestreept. De commissie vat dit op als een verzoek om vergoeding van de kosten van juridische bijstand. Verzoeker heeft zijn vordering ter zake echter niet onderbouwd. Dit leidt ertoe dat reeds om deze reden dit onderdeel van het verzoek wordt afgewezen.

Slotsom

- 7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 6 maart 2023,

A.I.M. van Mierlo

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 ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

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

Burgerlijk Wetboek Boek 7

Artikel 941

1. Zodra de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde van de verwezenlijking van het risico op de hoogte is, of behoort te zijn, is hij verplicht aan de verzekeraar de verwezenlijking te melden. Dit geschiedt zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is.
2. De verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht binnen redelijke termijn de verzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen welke voor deze van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen.
3. Indien door de tot uitkering gerechtigde een verplichting als bedoeld in de leden 1 of 2 niet is nagekomen, kan de verzekeraar de uitkering verminderen met de schade die hij daardoor lijdt.
4. De verzekeraar kan het vervallen van het recht op uitkering wegens niet-nakoming van een verplichting als bedoeld in de leden 1 en 2 slechts bedingen voor het geval hij daardoor in een redelijk belang is geschaad.
5. Het recht op uitkering vervalt indien de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde een verplichting als bedoeld in de leden 1 en 2 niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar te misleiden, behoudens voor zover deze misleiding het verval van het recht op uitkering niet rechtvaardigt.

Servicevoorwaarden Ditzo Pechvogelhulp

Wat is de Pechvogelhulp?

De Pechvogelhulp is een extra service van Ditzo voor al onze klanten die in 2021 een Ditzo Zorgverzekering hebben. Met de Pechvogelhulp van Ditzo ben je gedekt voor extra medische kosten tot € 10.000,- na een ongeval in Nederland. Het gaat om kosten die je basisverzekering of aanvullende verzekering niet vergoeden.

Voor wie is de Pechvogelhulp?

Deze extra service geldt voor iedere klant die in 2021 een Ditzo Zorgverzekering heeft, of heeft afgesloten. Dit geldt ook voor meeverzekerde kinderen op de polis.

Wat zijn de kosten?

Er zijn geen extra kosten verbonden aan deze service.

Dekking

- Tot € 10.000,- vergoeding van zorgkosten van één ongeval per kalenderjaar per verzekerde.
- Als bij een ongeval niet het hele bedrag wordt gebruikt, kan de rest van het bedrag niet worden gebruikt bij een tweede ongeval in hetzelfde kalenderjaar.
- Als in het kalenderjaar van het ongeval niet het hele bedrag wordt gebruikt, kan de rest van het bedrag worden gebruikt in het daaropvolgende kalenderjaar mits degene die daarop recht heeft ook in dat (daaropvolgende) jaar recht heeft op de Ditzo Pechvogelhulp.

Wat is een ongeval?

Een plotseling optredende, ongewilde en onvoorziene gebeurtenis, waarbij de inwerking van een externe oorzaak leidt tot fysiek letsel en waarbij geen sprake is van opzettelijk geweld of voedselvergiftiging. Bijvoorbeeld een val.

Het letsel moet objectief vastgesteld kunnen worden door een arts en in verband gebracht kunnen worden met het ongeval.

Het eten en kauwen van etenswaren, waaronder snoep, zoetwaren en noten, wordt niet als een ongeval beschouwd. Gebitsschade die daardoor is ontstaan of verergerd is uitgesloten van de dekking. Ook voorvallen waarbij je vooraf kan voorzien dat schade aan het gebit kan ontstaan vallen niet onder het begrip ongeval. Denk daarbij aan het openen van een fles met je tanden, het kauwen of bijten op harde voorwerpen, het niet dragen van gebitsbescherming bij sporten waar dat wel nodig is en schade aan het gebit door een ziekte. Als wij hierover twijfelen kunnen wij jou vragen aanvullende informatie dat dit verklaart toe te sturen.

Wij vergoeden alleen de kosten tot herstel van de schade tot een conditie en functie die vergelijkbaar is met de conditie en functie zoals deze voorafgaand aan het ongeluk is. Er is geen aanspraak op een verbetering van deze conditie en functie.

Bijvoorbeeld: als je gebitsschade hebt opgelopen, maar al een aantal tanden mist, dan vergoeden wij de vervanging van tanden die je al miste niet.

Onder een ongeval vallen ook de volgende gebeurtenissen

- Je krijgt ongewild een stof of voorwerp binnen waardoor je inwendig letsel of een vergiftiging oploopt. Allergenen of ziektekiemen horen niet bij de stoffen die we bedoelen.
- Je raakt besmet of vergiftigd door een onvrijwillige val in water of een andere vaste of vloeibare stof. Of je gaat er zelf in om jezelf, een andere persoon, of een dier te redden.
- Je loopt letsel op door bevrozing, verbranding, verdrinking, verstikking, zonnesteek, hitteberoerte, blikseminslag, elektrische ontladingen of bijtende stoffen.
- Je loopt letsel op na een ramp. Bijvoorbeeld letsel door verhongering, dorst, uitputting of zonnebrand als je geïsoleerd raakt door een lawine.
- Je scheurt spieren of bindweefsel, of je loopt een verstuiking of een plotselinge ontwrichting op.

- Je krijgt complicaties of je letsel verergert door de eerste hulp die je krijgt na een ongeval, of door een noodzakelijke behandeling die je na het ongeval krijgt (op voorschrift) van een bevoegde arts.
- Je krijgt een wondinfectie of bloedvergiftiging door letsel dat je oploopt door het ongeval.
- Je raakt tijdens een behandeling in een ziekenhuis besmet met HIV door een bloedtransfusie of een injectie met een besmette naald. De behandeling moet voorgeschreven en uitgevoerd worden door een bevoegde arts of verpleegkundige, en plaatsvinden in een ziekenhuis dat door bevoegde instanties erkend wordt.

Welke zorgsoorten vergoeden wij?

Na een ongeval in Nederland, vergoeden wij:

- Fysiotherapie (inclusief manuele therapie)
- Tandartskosten bij schade aan je tanden (inclusief kunstgebit en implantaten)
- Gezins hulp
- Extra kinderopvang voor kinderen bij opname van een ouder in een ziekenhuis
- Vervangende mantelzorg
- Taxivervoer of eigen vervoer van en naar het ziekenhuis als je om medische redenen geen auto kan rijden of met het openbaar vervoer kan gaan (ook voor inwonende kinderen voor bezoek aan ouder(s) in het ziekenhuis)
- Eenvoudige loopmiddelen zoals krukken, rollators of looprekken.

Pechvogelhulp

Vergoedingen voor zorg na een ongeval:

Fysiotherapie/Manuele therapie/Oefentherapie (Cesar/Mensendieck) inclusief screening

Wat krijg je vergoed?
100%

Voorwaarden:

- Behandeling en screening wordt uitgevoerd door een door ons gecontracteerde (psychosomatische) fysiotherapeut, (psychosomatisch) oefentherapeut Cesar of Mensendieck, bekkentherapeut, oedeemtherapeut, manueel therapeut of geriatrisch fysiotherapeut.
- Als je naar een niet-gecontracteerde zorgverlener gaat, vergoeden wij tot het door ons vastgestelde maximale tarief.
- Behandeling moet medisch doelmatig zijn.
- De behandeling kan (deels) op afstand worden gegeven in de vorm van videoconsulten. Dit kan alleen wanneer je hier toestemming voor hebt gegeven.

Toelichting:

- Als je aandoening genoemd is in Bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering worden de kosten vanaf de 21ste behandeling vergoed op de basisverzekering. Bijlage 1 van het Besluit Zorgverzekering en de lijst van gecontracteerde zorgverleners kan je vinden op www.ditzo.nl.
- Er zijn aandoeningen waarvoor een aantal behandelingen direct vergoed worden op de basisverzekering. Zie voor deze aandoeningen de voorwaarden van de basisverzekering.
- Op de vergoeding vanuit de basisverzekering kan eigen risico van toepassing zijn.

Welke ongevallen vergoeden wij niet?

De service geldt niet voor ongevallen:

- die zijn ontstaan voor de ingangsdatum van de Pechvogelhulp. De Pechvogelhulp gaat in op 01-01-2021.
- die met opzet of roekeloos handelen gebeuren door jou of één van de andere verzekerden op jouw polis. Of door iemand anders die belang heeft bij de Pechvogelhulp.
- Wat is opzet?
 - je doet iets met het doel om een ongeluk te krijgen;
 - een actie van iemand die belang heeft bij deze Pechvogelhulp. Het ongeval is dan het bedoelde of zekere gevolg van die actie.
- die ontstaan zijn tijdens het beoefenen van een gevaarlijke sport;
- die ontstaan zijn tijdens het beoefenen van een sport waarbij je niet voldoende voorzorgsmaatregelen hebt genomen (bijvoorbeeld niet dragen van een bitje of helm bij een sport, waarbij dit wel de bedoeling of gangbaar is);
- die ontstaan zijn tijdens het sporten en niet door een ander veroorzaakt zijn, zoals reguliere sportblessures als spierblessures, hamstringblessure, zweepslag, etc.;
- die ontstaan zijn door overmatig alcoholgebruik. Dat betekent dat je op het moment van het ongeval meer dan 0,8 promille (350 µg/l) alcohol in je bloed had. Je kan geen aanspraak maken op de Pechvogelhulp als je na een ongeval een ademtest of een urine- of bloedproef weigert;
- die ontstaan zijn terwijl je soft- en/of harddrugs hebt gebruikt. Dit geldt niet als je deze middelen gebruikt op voorschrift van een arts. Je moet je dan wel aan de gebruiksaanwijzing houden;
- die volgens wet- of regelgeving of door een andere verzekering al worden vergoed of vergoed zouden worden als je niet bij ons verzekerd was geweest.
- die voortgekomen zijn vanuit een bedrijfsongeval. De kosten moeten verhaald worden op de werkgever.

Wat zijn gevaarlijke sporten?

- Autosporten: Alle autosporten en alle sporten die op een racecircuit plaatsvinden.
- Bergsporten: Abseilen, bouldering, sportklimmen, yetiballing.
- Luchtsporten: Basejump, bungyspringen, catapulting, death ride, delta vliegen, fly by wire, formatie springen, hangliding, parachutespringen, paragliding, parapenten, parasailing, skydiving, skysurfing, stuntvliegen, ultralight vliegen.
- Vechtsporten: Alle vechtsporten zoals Oosterse gevechtssporten, (kick)boksen, worstelen etc.
- Watersporten: Jetskiën, powerboat of offshore racen, freediving, jetboating, skyboot, solovaren (niet op binnenwater), tubing, wrakduiken, zeekanoën (zonder deskundige begeleiding), cliffjumping, grotduiken.
- Wintersporten: Bobsleeën, monoskiën, ijsduiken, ijshockey, rodelen, free-stylefiguurspringen, paraskiën, skeleton, skijöring.
- Overige sporten: Gevaarlijke sporten, zoals kite-buggy, rugby, free running.

Wanneer vergoeden wij nog meer niet?

- Als je ons opzettelijk onjuiste informatie hebt gegeven. Bijvoorbeeld bij de aanvang van je verzekering, bij het declareren van een nota of als je een belangrijke wijzigingen niet hebt doorgegeven.
- Als je zorgkosten op basis van een wet, een regeling of een andere (speciale) verzekering al dan niet van ouder datum al worden vergoed. Als dat het geval is, vergoeden we de zorgkosten pas als je niet meer in aanmerking komt voor een andere regeling of verzekering. En we vergoeden dan alleen het bedrag boven de maximale vergoedingen in de andere regelingen of verzekeringen.
- Als je volgens de Wlz recht hebt op een vergoeding.
- Zorgkosten die je hebt gemaakt in de periode dat je nog niet bij ons verzekerd was, vergoeden we niet. We kijken hierbij naar de datum van behandeling of verstrekking van het hulpmiddel.
- De eigen bijdragen voor de Wlz en eigen bijdragen bij bevolkingsonderzoeken.
- Behandelingen die in strijd zijn met de Wet op Bevolkingsonderzoeken.
- Een niet nagekomen afspraak.

Wat moet je doen als iemand anders aansprakelijk is voor jouw zorgkosten?

Je bent verplicht:

- ons in te lichten en mee te werken bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
- voordat je een regeling gaat treffen met de derde, of iemand die namens hem/haar optreedt – daaronder begrepen de zorgverzekeraar van de derde – over de door hem/haar geleden schade, contact met ons op te nemen.

Je mag niet zonder onze schriftelijke toestemming met de aansprakelijke derde, iemand die voor of namens de aansprakelijke derde optreedt – daaronder begrepen zijn/haar zorgverzekeraar –, een regeling treffen, waaronder mede is begrepen het verlenen van kwijting, waardoor onze rechten zouden worden benadeeld.

Als je je geheel of gedeeltelijk niet houdt aan wat er in dit artikel staat, moet je de aan onze kant geleden schade aan ons vergoeden.

Als wij de kosten bij de aansprakelijke derde verhalen, passen we de maximumvergoedingen op de aanvullende verzekering niet ten gunste van jou aan dit geldt ook voor het eigen risico.

Hoe gaan we om met je persoonlijke gegevens?

We gaan fatsoenlijk om met je persoonlijke gegevens. We vragen je alleen om persoonlijke gegevens die nodig zijn om:

- Verzekeringen te kunnen afsluiten en te kunnen uitvoeren
- Fraude te voorkomen en te bestrijden
- Je per e-mail commerciële aanbiedingen te doen. Wil je dat niet? Dan kun je dat natuurlijk aangeven.
Ga daarvoor naar Mijn Ditzo.

Correspondentie op papier ontvangen

Wij communiceren met je op digitale wijze. Wil je toch een correspondentiestuk op papier ontvangen? Dan kun je hiervoor een verzoek indienen bij onze klantenservice. Je krijgt op deze manier alsnog jouw correspondentiestuk op papier. Je verzoek geldt alleen voor het correspondentiestuk dat je opvraagt. Alle toekomstige correspondentie ontvang je gewoon weer digitaal op de gebruikelijke wijze.

We houden ons aan:

De Gedragscode verwerking persoonsgegevens financiële instellingen en het addendum Zorgverzekeraars.

Meer informatie hierover vind je in onze privacyverklaring op www.ditzo.nl/privacy. Vind je dat we iets hebben gedaan in strijd met deze gedragscode? Vertel het ons dan. Kom je er met ons niet uit en vind je ons gedrag nog steeds in strijd met deze gedragscode? Meld het dan bij het Klachteninstituut Financiële Dienstverlening. We kunnen telefoongesprekken opnemen. Zo beperken we administratieve rompslomp. En kunnen we met jou altijd achteraf vaststellen welke afspraken we gemaakt hebben.

De telefoongesprekken kunnen ook worden gebruikt voor het trainen van onze medewerkers. We kunnen de tekst van deze privacyverklaring wijzigen. Bijvoorbeeld als we starten met financiële diensten waarvoor andere regels gelden.

Kunnen wij de voorwaarden wijzigen?

Ja, we kunnen de voorwaarden van onze verzekering wijzigen. Als we dat doen, dan hoor je dat 1 maand van tevoren.

Ga je niet akkoord met de wijziging? Dan kun je de verzekering binnen 30 dagen opzeggen. Doe je dat niet? Dan zetten we je verzekering voort met de nieuwe voorwaarden.

Wanneer kunnen we jouw Pechvogelhulp beëindigen?

- Als je geen zorgverzekering meer hebt bij Ditzo.
- Als je zorgpremies, eigen bijdragen of andere tegoeden niet op tijd betaalt of weigert te betalen.

- Als je je mededelingsplicht niet bent nagekomen.
- Als je hebt geprobeerd ons te misleiden.
In bovenstaande gevallen eindigt je zorgverzekering op de in het opzeggingsbericht genoemde datum.
- Als vast is komen te staan dat er sprake is van fraude, oplichting of bedrog. De zorgverzekering eindigt dan op de datum van de dagtekening van de brief waarmee we je dit meedelen. Dit kan voor ons reden zijn ook je andere Ditzo verzekeringen direct te beëindigen. Daarnaast kunnen we aangifte doen bij de politie en je gegevens opnemen in een of meer registers die ook voor andere verzekeraars toegankelijk zijn.
- Als bij acceptatie van je verzekering blijkt dat je bent geregistreerd in het Externe Verwijzingsregister van Stichting CIS, kunnen wij besluiten de Pechvogelhulp met terugwerkende kracht vanaf de ingangsdatum te beëindigen.

Heb je betalingsachterstand op je basis- of aanvullende verzekering?

- Als we je premie van je basisverzekering en eventuele aanvullende verzekering niet kunnen afschrijven van je rekening, krijg je hierover bericht. Je hebt dan een 'premieachterstand'.
- In de aanmaning vragen wij je zo snel mogelijk, maar zeker binnen 14 dagen te betalen. Als je niet betaalt sturen we je nog een aanmaning waarin we je melden dat bij geen tijdige betaling we de aanvullende verzekeringen stoppen.
- Dat betekent dat je vanaf dat moment alleen nog een basisverzekering hebt. Ook stoppen we je jaarabonnement, als je die hebt en de Pechvogelhulp. Deze kun je dan de rest van dat kalenderjaar niet meer gebruiken.
- Daarnaast dragen we je schuld over aan de gerechtsdeurwaarder. Vanaf dat moment moet je het verschuldigde bedrag betalen aan de gerechtsdeurwaarder. Deze verhoogt het bedrag met wettelijke incassokosten en rente.
- Wij kunnen het achterstallige bedrag verrekenen met eventueel uit te betalen vergoedingen.

Wanneer en hoe kun je de zorgverzekering beëindigen?

- Je zegt uiterlijk op 31 december online op via Mijn Ditzo.
- Je maakt gebruik van een overstapservice naar een andere zorgverzekeraar.
- Je een bericht hebt ontvangen van de NZa dat wij niet hebben voldaan aan artikel 15.f van de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg. Je opzegging moet in dat geval binnen 6 weken na het bericht van de NZa door ons zijn ontvangen.

Wanneer eindigt de Pechvogelhulp automatisch?

De service eindigt automatisch:

- Wanneer je in 2021 geen zorgverzekering meer hebt bij Ditzo
- Wanneer je overlijdt (je nabestaanden moeten ons daarvan binnen twee maanden na je overlijden op de hoogte brengen).
- Wanneer je niet meer verzekerd bent op basis van de Wlz (of we moeten schriftelijk een andere overeenkomst hebben gesloten).
- Wanneer je beroepsmilitair wordt.
- Op 1 januari 2022.
- Wanneer wij één maand van tevoren aangeven de betrokken verzekering uit de markt te nemen of niet langer aan te bieden.

Welk recht geldt voor deze overeenkomst?

Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.

Wat mag je van ons verwachten?

Dat we:

- Redelijk zijn
- Respect voor je hebben
- Je vertrouwen
- De zorg waarvoor je bent verzekerd, willen vergoeden
- Samen met jou zoeken naar een goede oplossing als je zorg nodig hebt