



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B en C te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem en EUCARE Insurance PCC Ltd te Malta, vertegenwoordigd door Aevitae B.V. te Heerlen

Zaak : Zittend ziekenvervoer, ambulance, eigen risico, collectiviteitskorting, alternatieve geneeswijze

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019 en 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.13, 2.14 en 2.17 Bzv, voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019 en 2020, Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-017)

Zaaknummer : 201902102

Zittingsdatum : 16 december 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema, en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

A te B (verzekeringnemer) en C (verzekerde), hierna gezamenlijk te noemen: verzoeker,
tegen

- 1) VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, en
 - 2) EUCARE Insurance PCC Ltd te Malta,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door Aevitae B.V. te Heerlen.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 20 februari 2020 heeft verzoeker per fax de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. Op 28 mei 2020 en 6 juli 2020 heeft verzoeker het verzoek nader onderbouwd.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 augustus 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 18 augustus 2020 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker heeft op 20 november 2020 meegedeeld van deze mogelijkheid geen gebruik te willen maken. De ziektekostenverzekeraar heeft op 30 november 2020 verklaard af te zien van de mogelijkheid om gehoord te worden.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering 2019) en de aanvullende ziektekostenverzekering Vip Pakket (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering 2019). Verzoeker is in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basisverzekering Natura (hierna: de zorgverzekering 2020) en de aanvullende ziektekostenverzekering Vip Pakket (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering 2020).
- 3.2. Op 12 mei 2019 is verzekerde per ambulance vervoerd naar het ziekenhuis. De kosten hiervan zijn door de vervoerder rechtstreeks gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft in verband hiermee op 28 juni 2019 een bedrag van € 385,- ter zake van het verplicht eigen risico 2019 bij verzoeker in rekening gebracht.
- 3.3. Op 20 augustus 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief meegedeeld dat de coulanceregeling voor de vergoeding van alternatieve geneeswijzen met ingang van 1 januari 2020 komt te vervallen.
- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft in het prolongatiepakket voor 2020 meegedeeld dat de collectiviteitskorting met ingang van 1 januari 2020 komt te vervallen.

3.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar op verschillende momenten om heroverweging van de hiervoor genoemde beslissingen gevraagd. Op 23 juli 2019, 24 september 2019, 18 oktober 2019 en 12 februari 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissingen handhaaft.

4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat:

- (i) geen eigen risico aan de ziektekostenverzekeraar is verschuldigd in verband met het vervoer per ambulance van verzekerde op 12 mei 2019;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar de kosten van alternatieve geneeswijzen in 2020 volledig dient te vergoeden;
- (iii) de ziektekostenverzekeraar in 2020 een collectiviteitskorting moet toekennen op basis van het lidmaatschap van de CNV.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering (2019, 2020) en artikel 7 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering (2019, 2020).

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over zittend ziekenvervoer en de verschuldigdheid van het eigen risico zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. Daarnaast zijn de toepasselijke bepalingen uit de Regelingen informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-017) vermeld. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

6.2. Verzoeker heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte het eigen risico 2019 in rekening heeft gebracht in verband met het vervoer van verzekerde per ambulance. Verzekerde is in 2007 opgenomen in een verpleeghuis en de vergoeding van de kosten van ambulancevervoer dient dan ook plaats te vinden volgens de oude AWBZ-regeling. Verzoeker verwijst daarbij naar een brief van de ziektekostenverzekeraar van 31 december 2008.
Verzoeker heeft verder aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar in het verleden op verschillende momenten toezeggingen heeft gedaan over de vergoeding van alternatieve geneeswijzen in afwijking van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden. Zo heeft de ziektekostenverzekeraar op 12 januari 2006 per brief bevestigd dat recht bestaat op een volledige vergoeding van deze zorg en op de vergoeding van portokosten. Per brief van 21 oktober 2011 is bevestigd dat recht bestaat op een vergoeding van € 750,- per persoon per kalenderjaar. Deze laatste vergoeding gold ook in 2019 nog. Volgens verzoeker is sprake van een verworven recht en bestaat om die reden ook in 2020 recht op de laatst genoemde vergoeding.
Daarnaast heeft verzoeker aangevoerd dat de collectiviteitskorting met ingang van 1 januari 2020 ten onrechte is komen te vervallen. Op basis van het lidmaatschap van de CNV bestond in 2019 recht op deze korting. Verzoeker is van mening dat hierop ook in 2020 weer recht bestaat.

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat het vervoer van verzekerde per ambulance op 12 mei 2019 heeft plaatsgevonden in verband met spoedeisende zorg. De betreffende vervoerskosten worden vergoed op grond van de zorgverzekering (2019). Aangezien deze zorg niet is uitgesloten van het eigen risico is het wettelijk verplicht eigen risico terecht in rekening gebracht. Bij het uitblijven van betaling zijn daarnaast incassokosten in rekening gebracht. Inmiddels heeft verzoeker het eigen risico voldaan, maar zijn de incassokosten nog onbetaald gebleven. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat in het verleden uit coulance een hogere vergoeding voor alternatieve geneeswijzen is toegekend dan waarop recht bestond op grond van de verzekeringsvoorwaarden. Op 20 augustus 2019 is per brief meegedeeld dat deze coulanceregeling zou komen te vervallen en dat met ingang van 1 januari 2020 nog uitsluitend recht bestaat op vergoeding van alternatieve geneeswijzen als vermeld in de verzekeringsvoorwaarden. Omdat sprake is van een coulanceregeling is het aan de ziektekostenverzekeraar te bepalen wanneer hij deze beëindigt. In dit geval is het overigens opmerkelijk dat de regeling zo lang heeft voortgeduurd en niet eerder is beëindigd. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat verzoeker en verzekerde met ingang van 1 januari 2020 zijn verzekerd bij EUCARE. Deze zorgverzekeraar biedt geen collectiviteitskorting aan op basis van het lidmaatschap van CNV. Dit betekent dat deze korting met ingang van 1 januari 2020 is komen te vervallen. Verzoeker is hierover geïnformeerd door middel van het prolongatiepakket voor 2020.

Eigen risico ambulancevervoer

- 6.4. Ambulancevervoer wordt vergoed op grond van de zorgverzekering. Het moet dan gaan om vervoer van of naar een zorgaanbieder of instelling voor zorg die wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering en/of om vervoer van of naar een instelling waar een verzekerde geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wet langdurige zorg (Wlz) zal verblijven. Voor deze zorg geldt het wettelijk en vrijwillig eigen risico. Dit is opgenomen in artikel 38 van de voorwaarden van de zorgverzekering (2019). Dit artikel is gebaseerd op de artikelen 2.13 en 2.17 Bzv. De commissie overweegt dat verzekerde op 12 mei 2019 per ambulance is vervoerd van het verpleeghuis - waar zij ten laste van de Wlz verblijft - naar het ziekenhuis. In het ziekenhuis is zorg verleend die op grond van de zorgverzekering is vergoed. Daarmee is sprake van ambulancevervoer als beschreven in artikel 38 van de verzekeringsvoorwaarden. Aangezien deze zorg door de wetgever niet is uitgesloten van het wettelijk verplicht eigen risico 2019 en niet is gebleken dat het eigen risico voor 2019 reeds 'vol was gemaakt', mocht de ziektekostenverzekeraar dit in rekening brengen. De verwijzing van verzoeker naar de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) treft geen doel. Deze regeling is inmiddels ingetrokken en hiervoor is de Wlz in de plaats gekomen. De Wlz kent geen dekking voor het beschreven ambulancevervoer.
- 6.5. De commissie constateert dat verzekeringnemer het in rekening gebrachte eigen risico op 26 maart 2020 heeft voldaan, maar dat de door de ziektekostenverzekeraar in rekening gebrachte incassokosten onbetaald zijn gebleven. Als een verzekeringnemer een rekening voor het eigen risico niet tijdig betaalt, stuurt de ziektekostenverzekeraar een betalingsherinnering en een aanmaning. De verzekeringnemer wordt dan alsnog in de gelegenheid gesteld de rekening te voldoen. Blijft betaling ook dan uit kan de ziektekostenverzekeraar rente en incassokosten in rekening brengen. Dit blijkt uit artikel 3.6 van de voorwaarden van de zorgverzekering (2019). De commissie overweegt dat de ziektekostenverzekeraar op 28 juni 2019 het eigen risico 2019 bij verzekeringnemer in rekening heeft gebracht. Bij het uitblijven van betaling stuurde de ziektekostenverzekeraar op 24 januari 2020 een betalingsherinnering, op 10 februari 2020 een aanmaning en op 19 maart 2020 een sommatie, waarbij een bedrag van € 57,75 aan incassokosten is aangezegd. Daarmee heeft de ziektekostenverzekeraar overeenkomstig de verzekeringsvoorwaarden gehandeld. Dit betekent dat verzekeringnemer de incassokosten nog aan de ziektekostenverzekeraar dient te voldoen.

Vergoeding alternatieve geneeswijzen

- 6.6. De zorgverzekering biedt geen dekking voor alternatieve geneeswijzen. Dit betekent dat een eventuele vergoeding uit een aanvullende ziektekostenverzekering moet komen. Een verzekerde heeft recht op vergoeding van deze zorg op basis van hetgeen hierover in de verzekeringsvoorwaarden is vermeld. Het staat een verzekeraar vrij om - in afwijking van deze voorwaarden - zorg te vergoeden of een hogere vergoeding toe te kennen. Dit wordt aangeduid als een vergoeding uit coulance.

De commissie overweegt dat verzoeker in het verleden een hogere vergoeding voor alternatieve geneeswijzen ontving van de ziektekostenverzekeraar dan in de verzekeringsvoorwaarden was vermeld. De ziektekostenverzekeraar heeft op 20 augustus 2020 per brief meegedeeld dat de bestaande coulanceregeling zou komen te vervallen en dat met ingang van 1 januari 2020 nog uitsluitend recht bestaat op vergoeding als vermeld in de verzekeringsvoorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering (2020). De commissie overweegt dat de ziektekostenverzekeraar niet verplicht is de coulanceregeling voort te zetten na 1 januari 2020. Uit de stukken in het dossier blijkt niet dat een toezegging is gedaan voor 2020. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar tijdig meegedeeld dat de coulanceregeling zou komen te vervallen en welke gevolgen dit zou hebben voor de vergoeding van alternatieve geneeswijzen. Deze mededeling heeft verzoeker bereikt en er was ruim de tijd te overwegen de aanvullende ziektekostenverzekering (2020) al dan niet te behouden. Het beroep op 'verworven rechten' slaagt niet, nu van meet af aan duidelijk was dat het ging om een onverplichte vergoeding, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden. Dit betekent dat met ingang van 1 januari 2020 geen recht bestaat op een andere of hogere vergoeding voor alternatieve geneeswijzen dan is vermeld in de verzekeringsvoorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering (2020).

Premiekorting

- 6.7. Een zorgverzekeraar moet aan (potentiële) verzekerden duidelijk maken voor welke verzekeringen een eventuele premiekorting geldt. Dit moet in ieder geval zijn vermeld op de website of in een eventueel prolongatiepakket. Dit blijkt uit artikel 31 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraar aan consumenten (TH/NR-017) van de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: de regeling).

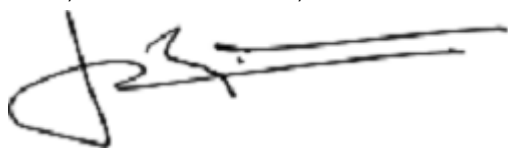
De commissie overweegt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker door middel van het prolongatiepakket 2020 tijdig heeft laten weten dat de premiekorting - die in 2019 werd gegeven vanwege het lidmaatschap van CNV - met ingang van 1 januari 2020 zou komen te vervallen. Daarmee heeft de ziektekostenverzekeraar voldaan aan zijn informatieplicht als vermeld in artikel 31 van de regeling. Indien verzoeker het niet eens was met het vervallen van de premiekorting, bestond de mogelijkheid over te stappen naar een andere zorgverzekeraar. Van deze mogelijkheid is evenwel geen gebruik gemaakt. De ziektekostenverzekeraar is niet gehouden de premiekorting van 2019 ook in 2020 te verlenen.

- 6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 december 2020,



H.A.J. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.13

1. Vervoer omvat ziekenvervoer per motorvoertuig als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel b, van de Tijdelijke wet ambulancezorg, van de verzekerde over een afstand van maximaal 200 kilometer:
 - a. naar een persoon bij wie of een instelling waarin hij zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen;
 - b. naar een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg zal gaan verblijven;
 - c. naar een persoon bij wie of een instelling waarin een verzekerde jonger dan achttien jaar geestelijke gezondheidszorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste komen van het krachtens de Jeugdwet verantwoordelijke college van burgemeester en wethouders;
 - d. vanuit een instelling, bedoeld in onderdeel b, naar:
 - 1°. een persoon bij wie of een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg een onderzoek of een behandeling zal ondergaan;
 - 2°. een persoon of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg wordt verstrekt;
 - e. naar zijn woning of een andere woning, indien hij in zijn woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen, indien hij komt van een van de personen of instellingen, bedoeld in de onderdelen a tot en met d.
2. Indien de zorgverzekeraar een verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

Artikel 2.17

1. Kosten van het gebruik van zorg en overige diensten die buiten het verplicht eigen risico vallen, betreffen kosten van:
 - a. verloskundige zorg en kraamzorg,
 - b. huisartsenzorg,
 - c. multidisciplinaire eerstelijnszorg waar huisartsenzorg deel van uitmaakt,
 - d. gecombineerde leefstijlinterventie,
 - e. nacontroles van de donor nadat de periode, bedoeld in artikel 2.5, eerste lid, onderdeel d, is verstreken,
 - f. vervoer, bedoeld in artikel 2.5, tweede lid, en
 - g. verpleging en verzorging als bedoeld in artikel 2.10.

31. Informatievoorziening rondom collectieve zorgverzekeringen

1. De zorgverzekeraar draagt er zorg voor dat collectiviteiten met wie hij een collectiviteitsovereenkomst heeft gesloten, aan consumenten duidelijk maken:
 - a. Op welke modelovereenkomst van welke zorgverzekeraar de collectiviteitskorting betrekking heeft.
 - b. Welke verschillen bestaan tussen het aanbod van de collectiviteit en de modelovereenkomst van de zorgverzekeraar, bedoeld in onderdeel a van dit lid.
2. De zorgverzekeraar die een collectiviteitsovereenkomst heeft gesloten biedt op de website informatie over collectiviteiten.
3. De zorgverzekeraar draagt er zorg voor dat de informatie, als bedoeld in het eerste lid, ook aan consumenten wordt gegeven als niet de collectiviteiten zelf, maar eventuele derden op basis van afspraken daarover met de zorgverzekeraar een modelovereenkomst aanbieden met collectiviteitskorting.

3.2. Premiekorting bij collectieve overeenkomst

- 3.2.1. Als u deelneemt aan een collectieve overeenkomst, dan ontvangt u een korting op de premiegrondslag.
- 3.2.2. Vanaf de dag dat u niet meer kunt deelnemen aan de collectieve overeenkomst, vervallen de premiekorting en voorwaarden zoals bepaald in de collectieve overeenkomst. Vanaf deze dag wordt de zorgverzekering op individuele basis voortgezet.
- 3.2.3. U kunt maar aan één collectieve overeenkomst tegelijkertijd deelnemen.

3.3. Wie betaalt premie?

De verzekeringnemer is verplicht premie te betalen. Voor een verzekerde jonger dan 18 jaar hoeft tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de 18e verjaardag geen premie te worden betaald. Bij overlijden van een verzekerde is premie verschuldigd tot en met de dag van overlijden. Bij wijziging van de zorgverzekering berekenen wij de premie opnieuw met ingang van de datum van wijziging.

Voorbeeld

Iemand die op 1 juli 18 jaar wordt, betaalt premie vanaf 1 augustus.

3.4. Betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico en kosten

- 3.4.1. U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdrage maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen. Als u de premie per jaar vooraf betaalt, dan ontvangt u een termijnbetalingskorting op de te betalen premie. De hoogte van de korting is op het polisblad vermeld.
- 3.4.2. U betaalt de premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen op de betalingswijze zoals met ons is overeengekomen.

Kosteloze betaalmogelijkheden

- a. U machtigt ons voor automatische incasso van verschuldigde bedragen (zie ook artikel 3.4.3).
- b. U maakt gebruik van de mogelijkheid om via uw Mijn-omgeving gratis een digitale factuur te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling. Dit kan desgewenst direct via iDeal.
- c. Uw werkgever houdt de premie in op uw salaris en draagt deze aan ons af. Deze betaalmogelijkheid heeft alleen betrekking op de premie.

Aan deze betaalmogelijkheden zijn geen extra kosten verbonden.

Kosten voor betaling per papieren factuur (acceptgiro)

Als u geen gebruikmaakt van de kosteloze betaalmogelijkheden voor uw premie, eigen risico en eigen bijdragen dan betaalt u € 1,50 per papieren factuur. Dit bedrag is voor alle kosten die wij maken voor het in stand houden, vervaardigen en aanbieden van een papieren factuur en het verwerken van uw betaling. Ook als u voor de betaling geen gebruikmaakt van de papieren factuur. U ontvangt ook een papieren factuur als een automatische incasso van uw premie, eigen risico en eigen bijdrage niet kan worden uitgevoerd of als u een betalingsregeling met ons aangaat en u kiest voor betaling per papieren factuur. Ook dan betaalt u per papieren factuur € 1,50. Betaalt u uw premie per kwartaal of jaar en kiest u voor betaling per papieren factuur? Dan zijn hieraan voor u geen extra kosten verbonden.

- 3.4.3. Uw toestemming voor automatische incasso is van toepassing op de betaling van premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen. Deze toestemming geldt tijdens, en zo nodig ook na afloop van, de verzekeringsovereenkomst. Op uw polisblad informeren wij u over de datum van automatische incasso van de premie voor het gehele kalenderjaar. Voor de overige kosten informeren wij u ten minste 3 dagen voor de datum waarop de afschrijving plaatsvindt over het af te schrijven bedrag en de datum. Bent u het niet eens met een afschrijving? Dan kunt u het bedrag laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met uw bank. Het automatisch te incasseren bedrag voor eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen is gemaximeerd tot € 220 per maand. Voor bedragen boven de € 220 sturen wij u een papieren factuur. Als wij ervoor kiezen u een papieren factuur te sturen, dan zijn hieraan voor u geen extra kosten verbonden.

3.5. Verrekening

U mag de verschuldigde bedragen niet verrekenen met een bedrag dat u nog van ons verwacht.

3.6. Niet-tijdig betalen

- 3.6.1. Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen niet op tijd betaalt, dan sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, dan kunnen wij de dekking van deze zorgverzekering schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg vanaf de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen.

Wij hebben het recht de zorgverzekering te beëindigen als u niet op tijd betaalt. De verzekering wordt in dat geval niet met terugwerkende kracht beëindigd.

3.6.2. Wij brengen de volgende kosten bij u in rekening in geval van niet-tijdig betalen:

- Wettelijke rente vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de oorspronkelijke factuur
- Incassokosten vanaf de dag na de uiterste betaaldatum van de aanmaning.

3.6.3. Als u al bent aangemaand voor het niet op tijd betalen van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen of onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen, dan hoeven wij u bij het niet op tijd voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.

3.6.4. Wij hebben het recht om opeisbare premie, kosten en wettelijke rente te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere bedragen die u van ons moet ontvangen.

3.6.5. Als wij de verzekering beëindigen omdat u de premie niet op tijd heeft betaald, dan hebben wij het recht om gedurende een periode van 5 jaar geen verzekeringsovereenkomst met u te sluiten.

3.6.6. Gevolgen van het niet betalen van 2 maandpremies of meer

- a. Heeft u als verzekeringnemer een premieachterstand ter hoogte van 2 maandpremies? Dan bieden wij u een betalingsregeling aan. U heeft 4 weken de tijd om deze betalingsregeling te accepteren. Ook informeren wij u over de gevolgen als u ons aanbod niet accepteert en de achterstand oploopt tot 6 of meer maandpremies.
- b. Heeft u als verzekeringnemer een premieachterstand ter hoogte van 4 maandpremies? Dan ontvangt u een waarschuwing dat wij u bij het CAK aanmelden voor de regeling wanbetalers bij een betalingsachterstand van 6 maandpremies, tenzij wij alsnog met u een betalingsregeling aangaan.
- c. Heeft u als verzekeringnemer een premieachterstand ter hoogte van 6 maandpremies of meer? Dan melden wij u aan bij het CAK voor de regeling wanbetalers en bent u verplicht een bestuursrechtelijke premie aan het CAK te betalen. Voor de periode dat u een bestuursrechtelijke premie aan het CAK verschuldigd bent, bent u geen premie aan ons verschuldigd. De bestuursrechtelijke premie aan het CAK is hoger dan de premie die u normaal gesproken aan ons zou moeten betalen.

Heeft u anderen op uw polis verzekerd en is er voor hen een betalingsachterstand ontstaan? Zij ontvangen dan kopieën van onze berichten aan u over de premieachterstand.

U vindt de gevolgen van het niet betalen van de premie en de bestuursrechtelijke premie in de artikelen 18a tot en met artikel 18g Zorgverzekeringswet.

3.6.7. U bent geen premie aan ons verschuldigd over de periode bedoeld in artikel 18e Zorgverzekeringswet.

Artikel 4. Overige verplichtingen

U bent verplicht:

- Ons te informeren over feiten, die ervoor (kunnen) zorgen dat kosten verhaald kunnen worden op (mogelijk) aansprakelijke derden en ons in dat verband de benodigde inlichtingen te verstrekken. U mag geen enkele regeling treffen met een derde, zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring. U moet zich onthouden van handelingen waardoor onze belangen kunnen worden geschaad;
- Medewerking te verlenen aan onze medisch adviseur of medewerkers tot het verkrijgen van alle benodigde informatie die zij nodig hebben voor (de controle op) de uitvoering van de zorgverzekering;
- De zorgaanbieder te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur;
- Ons zo spoedig mogelijk feiten en omstandigheden te melden die voor een juiste uitvoering van de verzekering van belang zijn. Dat zijn onder meer einde verzekeringsplicht, begin en einde detentie, (echt)scheiding, geboorte, adoptie of wijziging rekeningnummer. Voor het nalaten van het hiervoor bepaalde, dragen wij geen enkel risico.

Als u uw verplichtingen niet nakomt en onze belangen worden hierdoor geschaad, dan kunnen wij uw recht op (vergoeding van de kosten van) de verzekerde zorg schorsen.

Artikel 5. Wijziging premie(grondslag) en voorwaarden

5.1. Wijziging voorwaarden

Wij hebben het recht de voorwaarden en premie(grondslag) van de zorgverzekering op elk moment te wijzigen. Wij zullen u als verzekeringnemer hierover schriftelijk informeren. Een wijziging van de premiegrondslag treedt niet eerder in werking dan 7 weken na de dag waarop deze aan u is meegedeeld. Een wijziging in de voorwaarden treedt niet eerder in werking dan 1 maand na de dag waarop deze aan u is meegedeeld.

5.2. Opzeggingsrecht

Als wij de voorwaarden en/of premiegrondslag van de zorgverzekering in uw nadeel wijzigen, dan kunt u als verzekeringnemer de verzekeringsovereenkomst opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. U

Het verblijf in verband met intensieve kindzorg mag plaatsvinden in een kindzorghuis. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een instelling waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Op voorschrift van

Huisarts, verloskundige, medisch specialist, psychiater of kaakchirurg. Voor verblijf in verband met intensieve kindzorg mag een kinderarts of kinderverpleegkundige, niveau 5 een voorschrift afgeven.

Zij stellen vast of verblijf medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg of medisch noodzakelijk is in verband met chirurgische hulp van specialistische aard als bedoeld in artikel 31, Kaakchirurgie voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig voor verblijf in verband met medisch specialistische zorg (artikel 15), revalidatie (artikel 16.1), plastische en/of reconstructieve chirurgie (artikel 20), gespecialiseerde GGZ (artikel 25) en mondzorg (artikel 31 en 32) als dit in het betreffende zorgartikel is aangegeven. Kijk voor meer informatie in het betreffende zorgartikel.

ZIEKENVERVOER

Artikel 38. Ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer

Dit krijgt u vergoed

U heeft recht op:

1. Medisch noodzakelijk ambulancevervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Tijdelijke Wet ambulancezorg over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis:
 - a. Naar een zorgaanbieder of een instelling voor zorg waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk verzekerd zijn in de zorgverzekering;
 - b. Naar een instelling waar u geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz gaat verblijven;
 - c. Als u jonger bent dan 18 jaar, naar een zorgaanbieder bij wie of een instelling waarin u geestelijke gezondheidszorg zult ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste komen van het krachtens de Jeugdwet verantwoordelijke college van burgemeester en wethouders;
 - d. Vanuit een Wlz-instelling, bedoeld in dit artikel in punt 1b, naar:
 - Een zorgaanbieder of instelling voor onderzoek of behandeling die geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz komt;
 - Een zorgaanbieder of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz komt.
 - e. Naar uw woning of een andere woning, als u in uw woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen als u van een van de zorgaanbieders of instellingen komt, bedoeld in dit artikel in punt 1a tot en met 1d;
2. Zittend ziekenvervoer over een afstand van maximaal 200 kilometer, enkele reis. Dit is ziekenvervoer per auto, anders dan per ambulance, dan wel vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van en naar een zorgaanbieder of instelling als bedoeld onder punt 1a, 1b of 1d of een woning als bedoeld onder punt 1e. U heeft dit recht uitsluitend in de volgende situaties:
 - a. Voor nierdialyses en voor de consulten, controles en onderzoeken die noodzakelijk zijn bij de behandeling
 - b. Voor oncologische behandelingen met chemotherapie, immuuntherapie of radiotherapie en voor consulten, controles en onderzoeken die noodzakelijk zijn bij de behandeling
 - c. Als u zich uitsluitend met een rolstoel kunt verplaatsen
 - d. Als uw gezichtsvermogen zodanig is beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen.

Wanneer komt u in aanmerking voor zittend ziekenvervoer op basis van een visuele handicap?

Uw visuele handicap moet dusdanig zijn, dat u niet in staat bent om met openbaar vervoer te reizen. Dit wordt onder andere bepaald door uw visus (gezichtsscherpte) en door uw gezichtsveld. U heeft recht op zittend ziekenvervoer, als uw visus aan beide ogen kleiner is dan 0,1 of wanneer u een gezichtsveld heeft van minder dan 20 graden. Het kan ook voorkomen dat u een combinatie heeft van een slechte visus en een zeer ernstige gezichtsveldbeperking. In dat geval is een individuele beoordeling nodig, om uw recht op vervoer te kunnen beoordelen.

- e. Als u jonger bent dan 18 jaar en vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap aangewezen bent op verpleging en verzorging, waarbij sprake is van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid (intensieve kindzorg);
- f. Als u voor de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig bent aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor u zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard (hardheidsclausule). Hieronder valt ook het zittend ziekenvervoer voor consulten, controles en onderzoeken die noodzakelijk zijn bij de behandeling.

Wanneer kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule?

Als de uitkomst van de rekensom 'aantal aaneengesloten maanden dat vervoer noodzakelijk is x het aantal keren per week x het aantal kilometers enkele reis' groter of gelijk is aan 250. Bijvoorbeeld: u moest 5 maanden lang 2 keer per week naar het ziekenhuis. De reisafstand enkele reis was 25 kilometer (km). Dan kunt u een beroep doen op de hardheidsclausule, want 5 maanden x 2 keer per week x 25 km enkele reis is 250.

Het ziekenvervoer zoals opgenomen in dit artikel omvat ook vervoer van een begeleider, als er begeleiding noodzakelijk is, of als het begeleiding betreft van kinderen jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kunnen wij vervoer van 2 begeleiders toestaan.

Eigen bijdrage

U bent een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd van maximaal € 103 per kalenderjaar voor zittend ziekenvervoer. Er geldt geen eigen bijdrage voor ambulancevervoer.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

1. Voor ambulancevervoer: bij een vergunninghoudende ambulancevervoerder.
2. Voor zittend ziekenvervoer:
 - Bij een taxivervoerder
 - Bij een openbaar vervoerder. Vergoeding is gebaseerd op basis van OV-kaart, 2e klasse
 - Eigen vervoer met een particuliere auto door uzelf of mantelzorgers (familieleden, mensen uit de naaste omgeving): vergoeding van € 0,30 per kilometer. De afstand wordt berekend volgens de snelste route van de ANWB-routeplanner. De heen- en terugreis worden apart berekend.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Maakt u gebruik van een taxivervoerder waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Op voorschrift van

Huisarts of medisch specialist. Voor zittend ziekenvervoer zoals vermeld in punt 2e (intensieve kindzorg) heeft u een voorschrift nodig van de kinderarts of kinderverpleegkundige, niveau 5.

U heeft geen voorschrift nodig voor ambulancevervoer in spoedgevallen.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig voor zittend ziekenvervoer. U kunt deze toestemming aanvragen met het Formulier medische verklaring zittend ziekenvervoer. Dit formulier vindt u op onze website.

Toestemming voor zittend ziekenvervoer voor nierdialyses en oncologische behandelingen met chemotherapie, immuuntherapie of radiotherapie kunt u ook telefonisch aanvragen via de vervoersdesk. De toestemming voor zittend ziekenvervoer zoals omschreven in punt 2e (intensieve kindzorg) van en naar een verpleegkundig kinderdagverblijf of kindzorghuis kunt u ook telefonisch aanvragen via de vervoersdesk. Kijk voor het telefoonnummer van de vervoersdesk op onze website.

Extra informatie

1. Als wij u toestemming geven om naar een bepaalde zorgaanbieder of instelling te gaan, geldt de beperking van 200 kilometer niet.
2. In gevallen waarin ziekenvervoer per ambulance, auto of een openbaar middel van vervoer niet mogelijk is, kunnen wij toestaan dat het ziekenvervoer plaatsvindt met een ander door ons aan te geven vervoermiddel.