



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar UA te Tilburg en
OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar UA te
Tilburg

Zaak : Eigen risico, verzelfstandiging polis, privacy

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 7, 19, 20 en 22 Zvw, art. 7:932 BW

Zaaknummer : 202002133

Zittingsdatum : 3 februari 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.W. Heringa)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar UA te Tilburg;
- 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar UA te Tilburg, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 13 oktober 2020 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 22 december 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 22 december 2020 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 3 februari 2021 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker is sinds 1 augustus 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorgbewustpolis (natura select) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Basis Sticol en Tandarts Sticol (hierna gezamenlijk te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoeker heeft op 9 juli 2020 per brief aan de ziektekostenverzekeraar gevraagd zijn polis te verzelfstandigen, waarbij hij zelf als verzekeringnemer zou gaan optreden. Daarnaast heeft hij verzocht om een vrijwillig eigen risico van € 500,- per kalenderjaar.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 9 juli 2020 een polisblad aan verzoeker gestuurd. Hierop is vermeld dat de maandpremie voor de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering totaal € 117,06 bedraagt. Daarnaast is vermeld dat het wettelijk verplicht eigen risico en het vrijwillig eigen risico totaal € 585,30 bedraagt voor de periode 1 augustus 2020 tot en met 31 december 2020.
- 3.4. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar kenbaar gemaakt dat hij het niet eens is met de wijze waarop het eigen risico 2020 is vastgesteld. Op 2 september 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat:
 - (i) de ziektekostenverzekeraar het eigen risico voor de periode 1 augustus 2020 tot en met 31 december 2020 moet vaststellen op € 370,-;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar zijn privacy heeft geschonden.

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 A.21 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) over het eigen risico zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Eigen risico

6.2. De partner van verzoeker trad tot 1 augustus 2020 op als verzekeringnemer. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht met ingang van 1 augustus 2020 zijn polis te verzelfstandigen en hem als verzekeringnemer aan te merken.

Daarnaast heeft verzoeker verzocht om een vrijwillig eigen risico van € 500,- per kalenderjaar. De ziektekostenverzekeraar heeft dit verzoek ingewilligd. Dit volgt uit het polisblad dat op 9 juli 2020 aan verzoeker is gezonden. Op het polisblad is namelijk vermeld dat het eigen risico € 594,- bedraagt. Partijen verschillen van mening over het antwoord op de vraag of het eigen risico correct is berekend.

6.3. De commissie constateert dat in artikel A.12.6 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is beschreven op welke wijze het eigen risico wordt vastgesteld, als de zorgverzekering in de loop van het jaar tot stand komt, zoals in de situatie van verzoeker. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

(...) Als uw zorgverzekering in de loop van het jaar begint of eindigt, betaalt u een evenredig deel van het verplicht eigen risico voor dat deel van het jaar dat de zorgverzekering liep, afgerond op hele euro's. Wij tellen het aantal dagen van het jaar dat de zorgverzekering loopt en delen dit door het totaal aantal dagen in dat jaar (dat is 365 dagen en 366 dagen bij schrikkeljaren). De uitkomst hiervan vermenigvuldigen wij met € 385,-. De uitkomst wordt afgerond op hele euro's.

(...)

Voorbeeld verplicht en vrijwillig eigen risico:

Uw eerste zorgverzekering loopt van 1 januari 2020 t/m 30 juni 2020; dit zijn 182 dagen. U hebt dan alleen het verplichte eigen risico van € 385,-. Uw tweede zorgverzekering loopt van 1 juli 2020 t/m 31 december 2020; dit zijn 184 dagen. U kiest dan, naast het verplichte eigen risico voor een vrijwillig eigen risico van € 300,-.

Uw (verplicht) eigen risico voor de eerste zorgverzekering wordt dan:

€ 385,- : 366 = € 1,0519 eigen risico per dag

€ 1,0519 x 182 dagen = € 191,44 eigen risico; dat is afgerond € 191,-.

Uw (verplicht en vrijwillig) eigen risico voor uw 2ezorgverzekering wordt dan:

€ 385,- + € 300,- = € 685,-

€ 685,- : 366 = € 1,8716 eigen risico per dag

€ 1,8716 x 184 dagen = € 344,37 eigen risico, dat is afgerond € 344,-.

Voor deze 2 periodes tellen wij beide eigen risico bedragen bij elkaar op: € 191,- + € 344,- = € 535,-.

Dat is uw eigen risico (verplicht + vrijwillig) voor het gehele jaar.

- 6.4. De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar op 21 oktober 2020 per brief heeft verklaard dat het eigen risico over de periode van 1 augustus 2020 tot en met 31 december 2020 naar rato € 369,95, bedraagt. Dit is echter niet als zodanig op het polisblad vermeld dat op 9 juli 2020 aan verzoeker is gezonden. In dit verband overweegt de commissie dat de ziektekostenverzekeraar bij totstandkoming van de verzekeringsovereenkomst een akte - polis genaamd - moet afgeven, waarin de overeenkomst is vastgelegd (art. 7:932, eerste lid, BW). Op grond van de onderhavige overeenkomst geldt een eigen risico van totaal € 369,95, afgerond € 370,-. Dit bedrag moet daarom worden vermeld op het polisblad en niet het bedrag van € 585,30.

Privacy

- 6.5. Verzoeker heeft naar voren gebracht dat zijn privacy is geschonden. Volgens verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar bij het – volgens verzoeker onjuist - berekenen van het eigen risico namelijk ten onrechte persoonsgegevens gebruikt met betrekking tot de verzekeringsovereenkomst tussen de ziektekostenverzekeraar en zijn partner, die toen als verzekeringnemer optrad. Ter zitting heeft verzoeker verklaard dat hij hiervan geen nadeel of schade heeft ondervonden. Hij meent dat het bedrag op het polisblad gecorrigeerd moet worden. De commissie overweegt dat de ziektekostenverzekeraar een administratieve fout heeft gemaakt door het eigen risico dat naar rato is vastgesteld voor de periode van 1 januari 2020 tot 1 augustus 2020 op te tellen bij het eigen risico dat naar rato is vastgesteld voor de periode van 1 augustus 2020 tot en met 31 december 2020 en de uitkomst hiervan op het nieuwe polisblad te vermelden. Hierin valt geen schending van verzoekers privacy te herkennen, zodat dit punt geen verdere bespreking behoeft.
- 6.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie beslist dat:
- (i) de ziektekostenverzekeraar een nieuw polisblad aan verzoeker moet sturen waarop is vermeld dat het totale eigen risico € 370,- bedraagt voor de periode van 1 augustus 2020 tot en met 31 december 2020;
 - (ii) verzoeker niet in zijn privacybelang is geschaad door de ziektekostenverzekeraar;
 - (iii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 16 februari 2021,

J.W. Heringa

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Zorgverzekeringswet

Artikel 19

1. Iedere verzekerde van achttien jaar of ouder heeft een verplicht eigen risico van € 385 per kalenderjaar.
2. Het bedrag, genoemd in het eerste lid, wordt jaarlijks geïndexeerd overeenkomstig het verschil in geraamde uitgaven voor de zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, tussen het kalenderjaar waarop het verplicht eigen risico betrekking zal hebben en vergelijkbare uitgaven voor het jaar voorafgaand aan dat kalenderjaar.
3. Indien het geïndexeerde bedrag naar beneden afgerond € 5 of een veelvoud daarvan verschilt van het in het eerste lid genoemde bedrag, wordt dit bedrag bij ministeriële regeling gewijzigd, waarna het in die regeling genoemde bedrag in de plaats treedt van het in het eerste lid genoemde bedrag.
4. Rekeningen voor kosten van zorg of overige diensten worden slechts op het verplicht eigen risico in mindering gebracht, indien deze door de zorgverzekeraar zijn ontvangen voor een bij algemene maatregel van bestuur te bepalen dag van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop het verplicht eigen risico betrekking heeft, tenzij het aan de verzekerde te wijten is dat de rekening niet voor die dag is ingediend.
5. In afwijking van het vierde lid is de zorgverzekeraar gerechtigd het verplicht eigen risico in rekening te brengen indien het aan de verzekerde te wijten is dat de rekening niet voor de bij algemene maatregel van bestuur bepaalde dag is ingediend.
6. Bij algemene maatregel van bestuur wordt bepaald op welke wijze het verplicht eigen risico in mindering wordt gebracht.
7. Het tweede en derde lid blijven buiten toepassing voor de jaren 2019, 2020 en 2021.

Artikel 20

1. De zorgverzekeraar biedt van iedere zorgverzekering met een bepaalde combinatie van te verzekeren prestaties als bedoeld in artikel 11, eerste lid, een variant zonder vrijwillig eigen risico aan.
2. De zorgverzekeraar kan voor de verzekering van een persoon van achttien jaar of ouder varianten van de zorgverzekering aanbieden met een vrijwillig eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar, waartegenover hij een korting op de grondslag van de premie verleent.
3. De korting mag afhangen van:
 - a. de omvang van het voor de verzekerde gekozen vrijwillig eigen risico;
 - b. het aantal kalenderjaren waarvoor een vrijwillig eigen risico voor de verzekerde gegolden heeft.
4. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op welke premiekorting bij welk vrijwillig eigen risico voor welk aantal kalenderjaren geldt.
5. Indien de zorgverzekeraar een of meer van de door hem aangeboden vrijwillige eigen risico's laat vervallen, geeft de zorgverzekeraar de verzekeringnemers die een zorgverzekering met zo'n vrijwillig eigen risico hebben afgesloten, de mogelijkheid om te kiezen voor een zorgverzekering met een lager of zonder vrijwillig eigen risico.

Artikel 22

1. Indien een zorgverzekering niet op 1 januari van een kalenderjaar ingaat of eindigt, is het in dat kalenderjaar voor die overeenkomst geldende bedrag van het verplicht eigen risico en indien dat van toepassing is, vrijwillig eigen risico gelijk aan het voor het gehele kalenderjaar geldende bedrag, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in dat kalenderjaar waarover de zorgverzekering zal lopen of heeft gelopen, en de noemer aan het aantal dagen in het desbetreffende kalenderjaar.
2. In afwijking van het eerste lid wordt het in het kalenderjaar geldende bedrag van het vrijwillig eigen risico indien dat gedurende het kalenderjaar wijzigt en de verzekeringnemer onmiddellijk voorafgaande aan die wijziging reeds een zorgverzekering met de zorgverzekeraar had gesloten, als volgt berekend:
 - a. ieder bedrag aan vrijwillig eigen risico dat in het desbetreffende kalenderjaar heeft gegolden of zal gelden, wordt vermenigvuldigd met het aantal in dat jaar gelegen dagen waarvoor dat risico gold of zal gelden;
 - b. de op grond van onderdeel a berekende bedragen worden bij elkaar opgeteld;
 - c. het op grond van onderdeel b berekende bedrag wordt gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar.
3. Het op grond van het eerste of tweede lid berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

Burgerlijk Wetboek Boek 7

Artikel 932

1. De verzekeraar geeft zo spoedig mogelijk een akte, polis genaamd, af, waarin de overeenkomst is vastgelegd. Een polis die is opgemaakt op een wijze als bedoeld in artikel 156a lid 1 van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering moet zijn voorzien van een elektronische handtekening als bedoeld in artikel 3, onderdeel 12, van verordening (EU) nr. 910/2014 van het Europees Parlement en de Raad van 23 juli 2014 betreffende elektronische identificatie en vertrouwensdiensten voor elektronische transacties in de interne markt en tot intrekking van richtlijn 1999/93/EG (PbEU 2014, L 257). De verzekeraar is niet verplicht een polis af te geven indien de aard van de overeenkomst afwijkend gebruik rechtvaardigt en de verzekeringnemer bij afgifte van de polis geen belang heeft.
2. Op wijzigingen in de overeenkomst is lid 1 van overeenkomstige toepassing.
3. Indien een door een verzekeraar afgegeven bewijsstuk verloren is gegaan, geeft hij desverlangd tegen vergoeding van de kosten een nieuw bewijsstuk af. Indien het bewijsstuk aan toonder of order is gesteld en bij een verzekering van zaken die door middel van documenten plegen te worden verhandeld, kan de verzekeraar als voorwaarde voor het doen van een uitkering aan de houder van een nieuw bewijsstuk verlangen, dat hem door de houder gedurende de tijd dat de verzekeraar tot betaling kan worden gedwongen, zekerheid wordt gesteld. Een instemming als bedoeld in artikel 156a lid 2 van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering ziet, zolang zij niet is herroepen, eveneens op een nieuw bewijsstuk als bedoeld in de eerste zin.

A.12. Verplicht eigen risico

A.12.1. Hoogte eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u voor de zorgverzekering een verplicht eigen risico van € 385,- voor een heel jaar. Als de verzekering ingaat of eindigt na 1 januari of als u na 1 januari 18 jaar wordt, is het verplicht eigen risico van dat jaar lager. Zie daarvoor ook artikelen A.12.6. en A.12.7.

Verplicht eigen risico betekent dat u de eerste € 385,- aan kosten die u als vergoeding uit uw zorgverzekering zou ontvangen, zelf moet betalen. Pas als u dit hebt gedaan, krijgt u de overige kosten die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen van ons vergoed.

Een eigen risico is iets anders dan een (wettelijke) eigen bijdrage. Eigen risico en (wettelijke) eigen bijdragen kunnen naast elkaar van toepassing zijn op de verzekerde zorg.

A.12.2. Verrekening eigen risico

- De kosten van zorg worden verrekend met het verplicht eigen risico van het jaar waarin de zorg is geleverd.
Wordt in 2 achtereenvolgende jaren gebruik gemaakt van de zorg en op één rekening, in één bedrag in rekening gebracht dan worden de kosten van deze zorg verrekend met het verplicht eigen risico van het eerste jaar.
- Rekeningen worden met het eigen risico verrekend als deze uiterlijk op 31 december van het jaar na behandeling of na opening van de DBC bij ons binnen zijn. Een behandeling op 1 april 2020 mag dus niet meer verrekend worden met het eigen risico als wij de rekening na 31 december 2021 ontvangen.

Let op!

De kosten van een DBC-zorgproductcode (behalve de eerstelijns DBC-zorgproductcodes) tellen alleen mee voor het verplicht eigen risico van het jaar waarin een DBC-zorgproductcode is begonnen (opening van de DBC-zorgproductcode). Dit geldt echter niet voor Overige Zorg Producten (OZP's) voor medisch specialistische of specialistische psychiatrische zorg.

A.12.3. Geen eigen risico

Sommige kosten tellen niet mee voor het verplicht eigen risico. Die kosten krijgt u dus al wel van ons vergoed, ook al hebt u uw verplicht eigen risico van € 385,- nog niet vol gemaakt. De volgende kosten tellen niet mee voor het verplicht eigen risico:

1. De kosten van huisartsenzorg. Het verplicht eigen risico geldt weer wel voor kosten van

zorg die met huisartsenzorg te maken hebben, maar waarbij de zorg ergens anders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht. Deze zorg moet dan wel uitgevoerd worden door een persoon of instelling die een tarief mag vragen dat door de NZa is vastgesteld.

Voorbeeld:

U maakt in een jaar voor € 75,- aan kosten die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen. Het gaat om € 30,- aan kosten voor een consult bij de huisarts. Deze kosten tellen niet mee voor het verplicht eigen risico. Daarnaast gaat het om € 45,- aan kosten voor bloedafname en bloedonderzoek, op verwijzing van de huisarts. Het bloedprikken en laboratoriumkosten voor het bloedonderzoek tellen wel mee voor het verplicht eigen risico. U moet dan € 45,- zelf betalen. De € 30,- voor het huisartsenconsult worden wel door ons vergoed.

2. De kosten van verloskundige zorg en kraamzorg artikelen B.5., B.6. en B.7.

Let op!

Het verplicht eigen risico geldt weer wel voor:

- De NIPT uit artikel B.5.3.;
 - opname in een instelling na de bevalling (bijvoorbeeld als u als gezonde moeder in het ziekenhuis blijft terwijl uw kind met medische noodzaak opgenomen is);
 - kosten die hiermee te maken kunnen hebben, maar die in een ander artikel van onze verzekeringsvoorwaarden zijn opgenomen, zoals IVF, ambulancevervoer, medicijnen, hulpmiddelen en (laboratorium) onderzoek dat niet door de huisarts is gedaan en ook niet door hem in rekening is gebracht.
3. De kosten van nacontroles van u als donor vanaf 13 weken (bij levertransplantatie vanaf 6 maanden) na de opname ter selectie of de verwijdering van het transplantatiemateriaal. (zie artikel B.4.7.2.).
 4. De kosten van vervoer van de donor bij orgaantransplantatie als deze vervoerskosten onder zijn eigen zorgverzekering vallen (zie artikel B.4.7.2).
 5. De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder kosten van inschrijving vallen:
 - een bedrag voor de inschrijving als patiënt. Wij vergoeden maximaal het tarief dat hiervoor op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (rekening houdend met fiscale wetgeving) is vastgesteld;

- o kosten die te maken hebben met:
 - de manier waarop de geneeskundige zorg in de huisartsenpraktijk of de instelling wordt verleend;
 - de kenmerken van het patiëntenbestand;
 - de plaats van de praktijk of instelling.Wij moeten hierover met de huisarts of instelling wel een contract hebben afgesloten. In dat contract moeten wij ook hebben afgesproken dat zij deze kosten bij uw inschrijving in rekening mogen brengen.
- 6. De kosten van ketenzorg.
- 7. De kosten van wijkverpleging (zie ook artikel B.26.).
- 8. Hulpmiddelen die wij u in bruikleen geven. Hiervoor zijn geen kosten verschuldigd. Daarom geldt hiervoor het verplicht eigen risico niet. Het verplicht eigen risico geldt weer wel voor de kosten van de verbruiksartikelen en gebruikskosten die samenhangen met het hulpmiddel dat wij u in bruikleen geven.
- 9. De gehele of gedeeltelijke kosten van zorg en overige diensten als u een programma voor diabetes, depressie, hart- en vaatziekten, chronisch obstructief longlijden, overgewicht, dementie, trombosezorg, incontinentiezorg of stoppen met roken hebt gevolgd, dat wij hebben aangewezen.

Wij hebben hier de kosten voor een Stoppen-met-roken (SMR) programma voor aangewezen inclusief de medicijnen of nicotinevervangende middelen (farmacotherapie) als onderdeel van een SMR programma (zie artikel B.21.2.) en voorgeschreven door een gecontracteerde zorgverlener SMR.

Deze kosten worden wel verrekend met het vrijwillig eigen risico.
- 10. De kosten van de app Skinvision (zie artikel B.4.3.). Deze kosten worden wel verrekend met het vrijwillig eigen risico.
- 11. De kosten voor door ons aangewezen zorg als u naar een voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener gaat.

Uitsluitend in de Zorgverzekering Natura Select hebben wij hiervoor de volgende zorg aangewezen:

 - o Fysiotherapie bij Claudicatio Intermittens. Zie artikel B.8.4.
 - o Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie. Zie artikel B.8.2.
 - o Generalistische Basis GGZ en Gespecialiseerde GGZ-zorg die wordt gegeven in de vorm van een e-Health zorgarrangement. Zie artikel B.19.1. en B.19.2.In de artikelen van de betreffende zorg kunt u de nadere voorwaarden lezen. Op uw polisblad

kunt u zien of u een Zorgverzekering Natura Select hebt afgesloten.

Deze kosten worden wel verrekend met het vrijwillig eigen risico.

Daarnaast geldt geen verplicht eigen risico (en ook geen vrijwillig eigen risico) voor de zorg die onder de vergoeding van uw aanvullende verzekering(en) valt.

Voor medisch specialistische zorg uit de aanvullende verzekering (artikel D.1.) geldt het verplicht eigen risico weer wel voor bijvoorbeeld vooronderzoeken, nacontroles of laboratoriumonderzoek als deze niet onder de DBC van de ingreep vallen.

A.12.4. Kosten voor eigen rekening

Kosten die u op grond van de verzekeringsvoorwaarden zelf moet betalen, tellen niet mee voor het door u te betalen verplicht eigen risico. Het kan hier bijvoorbeeld gaan om (wettelijke) eigen bijdragen.

A.12.5. Betaling aan zorgverlener en eigen risico

Als een gecontracteerde zorgverlener rechtstreeks bij ons declareert, kunnen wij uw kosten rechtstreeks aan de zorgverlener vergoeden. Als u nog een (deel van het) eigen risico moet betalen, vorderen wij dit bedrag bij u terug of verrekenen dit met u.

Als u zelf de rekening naar ons instuurt of als de zorgverlener niet gecontracteerd is, betalen wij aan u als er nog een (deel van het) eigen risico openstaat. U ontvangt van ons dan het bedrag waar u voor verzekerd bent, minus het nog openstaande eigen risico. U moet zelf zorgen voor een volledige en tijdige betaling aan de zorgverlener.

A.12.6. Als de zorgverzekering in de loop van het jaar begint, eindigt of verandert

Als uw zorgverzekering in de loop van het jaar begint of eindigt, betaalt u een evenredig deel van het verplicht eigen risico voor dat deel van het jaar dat de zorgverzekering liep, afgerond op hele euro's.

Wij tellen het aantal dagen van het jaar dat de zorgverzekering loopt en delen dit door het totaal aantal dagen in dat jaar (dat is 365 dagen en 366 dagen bij schrikkeljaren). De uitkomst hiervan vermenigvuldigen wij met € 385,-. De uitkomst wordt afgerond op hele euro's.

Voorbeeld verplicht eigen risico:

Uw zorgverzekering begint op 23 september 2020. Van 23 september 2020 tot en met 31 december 2020 is 100 dagen. 2020 is een schrikkeljaar en kent dus 366 dagen. Uw verplicht eigen

risico wordt dan:

- € 385,- : 366 = € 1,0519 eigen risico per dag
- € 1,0519 x 100 dagen = € 105,19 eigen risico dat jaar (niet afgerond)
- € 105,19 ronden wij af. De uitkomst is dan € 105,-. Dat is uw verplicht eigen risico voor dat jaar.

Let op!

Wanneer u binnen een jaar verschillende aaneengesloten zorgverzekeringen hebt bij ons met een verschillend vrijwillig gekozen eigen risico, moeten de naar rato berekende eigen risicobedragen voor dat jaar bij elkaar worden opgeteld.

Voorbeeld verplicht en vrijwillig eigen risico:

Uw eerste zorgverzekering loopt van 1 januari 2020 t/m 30 juni 2020; dit zijn 182 dagen. U hebt dan alleen het verplichte eigen risico van € 385,-. Uw tweede zorgverzekering loopt van 1 juli 2020 t/m 31 december 2020; dit zijn 184 dagen. U kiest dan, naast het verplichte eigen risico voor een vrijwillig eigen risico van € 300,-.

Uw (verplicht) eigen risico voor de eerste zorgverzekering wordt dan:

- € 385,- : 366 = € 1,0519 eigen risico per dag
- € 1,0519 x 182 dagen = € 191,44 eigen risico; dat is afgerond € 191,-.

Uw (verplicht en vrijwillig) eigen risico voor uw 2^e zorgverzekering wordt dan:

- € 385,- + € 300,- = € 685,-
- € 685,- : 366 = € 1,8716 eigen risico per dag
- € 1,8716 x 184 dagen = € 344,37 eigen risico; dat is afgerond € 344,-.

Voor deze 2 periodes tellen wij beide eigen risico bedragen bij elkaar op: € 191,- + € 344,- = € 535,-. Dat is uw eigen risico (verplicht + vrijwillig) voor het gehele jaar.

A.12.7. Als u 18 jaar wordt

Tot 18 jaar is het verplicht eigen risico € 0,-. Vanaf 18 jaar is dat € 385,- voor een heel jaar. Als de hoogte van uw verplicht eigen risico in de loop van het jaar verandert en u direct voor de wijziging al een zorgverzekering bij ons had, geldt een evenredig deel als verplicht eigen risico, afgerond op hele euro's.

De hoogte van het verplicht eigen risico wordt dan als volgt berekend:

- Wij vermenigvuldigen het bedrag van het verplicht eigen risico met het aantal dagen van dat jaar dat dit verplicht eigen risico gaat gelden;
- De uitkomst daarvan delen wij door het totaal aantal dagen in dat jaar (dat is 365 dagen en

366 dagen bij schrikkeljaren);

- Dat bedrag ronden wij af op hele euro's.

Voorbeeld:

U hebt een zorgverzekering afgesloten voor u en uw zoon. Op 5 november 2020 wordt uw zoon 18 jaar. Vóór 5 november 2020 had hij geen verplicht eigen risico (€ 0,-) en vanaf 5 november 2020 een verplicht eigen risico van € 385,-. Vanaf 5 november resteren dat jaar nog 57 dagen. Het eigen risico voor uw zoon bedraagt dat jaar dan:

- € 385,- : 366 dagen = € 1,0519 eigen risico per dag.
- € 1,0519 x 57 dagen = € 59,96 eigen risico; dat is afgerond € 60,-. Dit is dan het resterende deel van het eigen risico voor dat jaar, geldend vanaf het moment dat uw zoon 18 jaar is geworden.

A.12.8. Eerst verplicht en daarna vrijwillig eigen risico

Met de kosten die onder de dekking van de zorgverzekering vallen, maakt u eerst het verplichte eigen risico vol. Als dat is verrekend, komen de kosten voor rekening van het eventueel gekozen vrijwillige eigen risico. Staat dat ook op € 0,- dan krijgt u de kosten die u maakt en die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen vanaf dat moment daadwerkelijk vergoed van ons.

A.12.9. Gespreide betaling

U (verzekeringnemer) kunt het verplicht eigen risico gespreid betalen.

Wanneer kunt u deelnemen?

- U hebt op 1 januari bij ons een zorgverzekering;
- U hebt een zorgverzekering met alleen een verplicht eigen risico; u hebt dus niet gekozen voor een vrijwillig eigen risico;
- U bent 18 jaar of ouder;
- Uw aanvraag voor gespreide betaling is voor 1 februari van het jaar waarop het verplicht eigen risico betrekking heeft, bij ons binnen;
- U bepaalt welke verzekerden, genoemd op uw polisblad, u voor deze regeling aanmeldt. Deze deelnemende verzekerden meldt u bij de aanvraag tegelijkertijd aan;
- U betaalt vanaf het 1e kwartaal van het deelnamejaar in 10 termijnen.

Voorwaarden tijdens deelname

- Deelname wordt jaarlijks verlengd, behalve als u voor 1 februari van het volgende jaar aangeeft dat en voor welke verzekerden u wilt stoppen met deze betalingsregeling.
- U ontvangt een eindafrekening in het 1e kwar-

taal van het volgende jaar. Hebt u teveel betaald aan verplicht eigen risico, dan betalen wij het (resterende) bedrag uiterlijk in datzelfde kwartaal aan u terug. Als hierna nog rekeningen bij ons binnen komen die met uw verplicht eigen risico van het afgelopen jaar moeten worden verrekend, dan vorderen wij dat bedrag direct bij u terug.

Einde van de deelname

- Als u niet meer wilt deelnemen, meldt u zich bij ons af.
- Wij kunnen de deelname beëindigen als:
 - niet meer wordt voldaan aan bovenstaande voorwaarden;
 - u niet tijdig betaalt;
 - uw verzekeringssituatie wijzigt in die zin dat de verzekeringnemer of aantal deelnemers verandert.
- Eindigt deelname voor deze betalingsregeling gedurende het jaar, dan ontvangt u direct een eindafrekening. Teveel betaald verplicht eigen risico betalen wij dan aan u terug. Als u nog verplicht eigen risico moet betalen, dan betaalt u dat direct in één keer aan ons. Als hierna nog rekeningen bij ons binnen komen die met uw verplicht eigen risico moeten worden verrekend, dan vorderen wij dat bedrag direct bij u terug.

A.13. Vrijwillig gekozen eigen risico

A.13.1. Voorwaarden vrijwillig eigen risico

De artikelen A.12.2., A.12.3. punt 1 tot en met 8 en A.12.4 tot en met A.12.8. over het verplicht eigen risico gelden ook voor het vrijwillig eigen risico van uw zorgverzekering. Daarnaast gelden voor het vrijwillig eigen risico de hierna genoemde verzekeringsvoorwaarden.

A.13.2. Lagere premie

Naast het verplichte eigen risico, kunt u als u 18 jaar of ouder bent bij uw zorgverzekering kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Hoe hoger dit vrijwillig eigen risico, hoe lager de premie die u (verzekeringnemer) voor uw zorgverzekering betaalt.

U kunt kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,-, of € 500,- per jaar.

Bij een Zorgverzekering Natura JUST kunt u alleen kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 300,- of € 500,- per jaar.

Bij een Zorgverzekering Natura Select kunt u alleen kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 500,- per jaar.

Op aanvullende verzekeringen is geen eigen risico van toepassing.

A.13.3. Als u 18 jaar wordt

Wij vragen u uiterlijk in de maand vóór de 18^e verjaardag voor welke hoogte van het vrijwillig eigen risico u wilt kiezen vanaf de 18^e verjaardag. Reageert u niet of niet op tijd op deze vraag, dan berekenen wij de premie voor uw zorgverzekering zonder vrijwillig eigen risico.

A.14. Algemene verplichtingen

A.14.1. Als u verplichtingen niet nakomt

U hebt bepaalde algemene verplichtingen tegenover ons. Deze verplichtingen zijn genoemd in dit artikel. Als u onze belangen schaadt, doordat u deze verplichtingen niet nakomt, hebt u geen recht op dekking van zorg. Ook kunnen wij de vergoedingen die u eerder van ons voor zorg ontving, terugvorderen en hebt u geen recht meer op de zorg of de vergoeding die u nog moet ontvangen voor rekeningen die zijn ingediend.

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