

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen OWM Zorg en Zekerheid u.a. te Leiden  
Zaak : Veronderstelde fraude, beëindiging verzekeringen, terugvordering, registratie  
persoonsgegevens in het interne incidentenregister, registratie persoonsgegevens in het  
EVR  
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2016, 2017 en 2018, Voorwaarden aanvullende  
ziektekostenverzekering 2016, 2017 en 2018, 7:941 BW  
Zaaknummer : 202102143  
Zittingsdatum : 22 juni 2022

1. Partijen

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

tegen

OWM Zorg en Zekerheid u.a. te Leiden, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij klachtenformulier van 14 november 2021 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoeker heeft hieraan voldaan. Op 28 januari 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 26 april 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 28 april 2022 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 juni 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was, naar eigen zeggen meer dan 20 jaar en in ieder geval, in de jaren 2016, 2017 en 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Zeker Polis (hierna: de zorgverzekering). Daarnaast was hij gedurende de perioden 1 januari 2016 tot en met 28 februari 2017, 1 januari 2018 tot en met 31 oktober 2018 en 1 januari 2020 tot en met 28 februari 2021 tevens verzekerd op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering AV-GeZZin (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De zoon en de echtgenote van verzoeker waren gedurende voornoemde perioden verzekerd op de polis van verzoeker.
- 3.2. De ziektekostenverzekeraar is op enig moment een onderzoek gestart naar een groot aantal gedeclareerde nota's van verschillende verzekerden. Hierbij zaten ook nota's die, naar zeggen van de ziektekostenverzekeraar, door of namens verzoeker en zijn medeverzekerden waren gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 21 oktober 2020 gevraagd betalingsbewijzen of verklaringen van de betreffende zorgaanbieders over te leggen om te bewijzen dat hij en/of zijn medeverzekerden de gedeclareerde zorg hadden genoten.
- 3.3. Bij brief van 12 februari 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij na onderzoek heeft vastgesteld dat door of namens verzoeker valse nota's ter declaratie zijn ingediend en dat er sprake is van verzekeringsfraude in de betekenis zoals de ziektekostenverzekeraar die hanteert (conform een afspraak met de andere zorgverzekeraars en Zorgverzekeraars Nederland). Daarom is besloten het ten onrechte vergoede bedrag van

totaal € 1.070,- van verzoeker terug te vorderen, zijn zorgverzekering met ingang van 1 maart 2021 te beëindigen, zijn persoonsgegevens voor de duur van acht jaren op te nemen in het interne Incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar, en zijn persoonsgegevens voor de duur van drie jaren op te nemen in het Externe Verwijzingsregister (hierna: het EVR).

- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar tweemaal om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailberichten van 12 mei 2021 respectievelijk 21 oktober 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft. In de heroverweging van 12 mei 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar vermeld dat de zorgverzekering van zowel verzoeker als zijn gezinsleden is beëindigd met ingang van 1 maart 2021.

#### 4. Het geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat (de onder (ii) en (iii) genoemde termijn van twee weken is eerst tijdens de hoorzitting uitdrukkelijk, en met instemming van partijen, aan de orde gekomen):

- (i) de ziektekostenverzekeraar ten onrechte heeft geconcludeerd dat hij fraude heeft gepleegd;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar zijn persoonsgegevens binnen veertien dagen na de datum van dit bindend advies moet verwijderen uit het interne Incidentenregister;
- (iii) de ziektekostenverzekeraar zijn persoonsgegevens binnen veertien dagen na de datum van dit bindend advies moet verwijderen uit het EVR.

#### 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 de artikelen 37 van Rubriek D (2016 en 2017) en 4.6 van Rubriek A (2018) van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 10 van Rubriek B van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

#### 6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Burgerlijk Wetboek (BW) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

##### *Standpunt verzoeker*

- 6.2. Verzoeker kan zich niet vinden in de conclusie van de ziektekostenverzekeraar dat hij enkele valse nota's ter declaratie heeft ingediend en dus fraude zou hebben gepleegd. Ook heeft de ziektekostenverzekeraar niet onderbouwd dat verzoeker hierbij met het opzet hem te misleiden heeft gehandeld. Verzoeker kan zich voorts niet vinden in de opgelegde maatregelen, die bovendien niet voldoen aan de eisen van proportionaliteit en subsidiariteit. Het onderzoek is eenzijdig gekleurd en de conclusie is te gehaast getrokken.

Verzoeker is niet bekend met de door de ziektekostenverzekeraar genoemde nota's. Hij en/of de op de polis verzekerde gezinsleden hebben deze nota's niet ingediend en hebben de gedeclareerde zorg niet ontvangen. Volgens de ziektekostenverzekeraar zijn dergelijke nota's door een groep personen ingediend; dit is volgens verzoeker enigszins verhelderend. Hij heeft zijn tandarts zelf gevraagd om opheldering, maar deze wilde hier niet op ingaan. Verzoeker sluit niet uit dat de betreffende groep personen samenwerkt met bepaalde zorgaanbieders en dat misbruik is gemaakt van zijn persoonsgegevens. Via zijn zoon heeft hij dan ook aangifte gedaan van identiteitsfraude.

Verzoeker merkt hierbij op dat hij de ontvangen vergoeding niet heeft gedeeld met derden. Nadat hem bekend was geworden dat sprake was van valselijk ingediende nota's, heeft hij het teveel ontvangen bedrag direct teruggestort naar de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker licht toe dat hij destijds geen acht heeft geslagen op de ontvangen bedragen, omdat deze gering zijn. Ook had hij niet eerder problemen gehad met de ziektekostenverzekeraar en dacht hij recht te hebben op de betreffende bedragen.

- 6.3. Tijdens de hoorzitting is ter aanvulling nog het volgende aangevoerd. Verzoeker heeft destijds niet opgemerkt dat er bedragen op zijn rekening zijn gestort waarop hij geen recht had. Het bedrag van € 1.070,- is in drie deelbetalingen gestort. Daarnaast vraagt verzoeker niet bij iedere vergoeding die wordt ontvangen aan zijn meeverzekerde gezinsleden of zij een nota hebben gedeclareerd. Bovendien heeft hij dit geld niet nodig, omdat hij een goed lopend bedrijf heeft. Verzoeker heeft geprobeerd te achterhalen wat er destijds is gebeurd, maar dat is niet gelukt. Hij merkt hierbij op dat het de ziektekostenverzekeraar ook niet is gelukt. Het gestelde opzet is niet bewezen.
- Verzoeker merkt op dat hij al tweeëntwintig jaar is verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar en dat in die tijd verder nooit iets onregelmatigs is gebeurd.
- Daarnaar gevraagd, heeft verzoeker verklaard dat als de commissie zijn verzoek toewijst, de registratie van zijn persoonsgegevens binnen veertien dagen moeten worden verwijderd uit het interne Incidentenregister en het EVR.

#### *Standpunt ziektekostenverzekeraar*

- 6.4. De ziektekostenverzekeraar is in 2020 een onderzoek gestart naar een groot aantal ter declaratie ingediende nota's, waarvan hij vermoedde dat deze vals waren. Hierbij zaten ook nota's van verzoeker en/of zijn op de polis verzekerde gezinsleden. De ziektekostenverzekeraar heeft steekproefsgewijs bij een aantal zorgaanbieders nagevraagd of de behandelingen die waren vermeld op de ingediende nota's daadwerkelijk hadden plaatsgevonden. Hieruit bleek dat de nota's niet voorkwamen in de administraties van de benaderde zorgaanbieders. De behandelingen hadden dus niet plaatsgevonden.

De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens verzoeker schriftelijk verzocht om betaalbewijzen of verklaringen van zorgaanbieders, waaruit blijkt dat hij de gedeclareerde bedragen had betaald dan wel dat hij de betreffende zorg daadwerkelijk had ontvangen.

De ziektekostenverzekeraar heeft, na het versturen van voornoemde brief, zijn onderzoek voortgezet. Uit de verzamelde informatie en verklaringen is hem gebleken dat een aantal personen nota's heeft vervalst voor een grote groep verzekerden. Uit de verkregen verklaringen bleek dat zij dit regelmatig deden in ruil voor een deel van de vergoeding die werd uitgekeerd op de rekening van de verzekerde. Andere verzekerden die hieraan hebben meegewerkt, hebben hierover duidelijkheid gegeven, maar verzoeker als enige niet.

Verzoeker heeft niet kunnen aantonen dat hij of zijn gezinsleden de betreffende bedragen aan de zorgaanbieders hebben betaald of dat zij de gedeclareerde zorg hebben ontvangen. Dit bevestigde het vermoeden van de ziektekostenverzekeraar dat de betreffende nota's waren vervalst. Daarnaast mag de ziektekostenverzekeraar - als hij een declaratie ontvangt - ervan uitgaan dat deze afkomstig is van betrokkene. In het declaratie-administratiesysteem zijn geen gegevens vermeld die verwijzen naar een andere persoon of instelling. De stelling van verzoeker dat misbruik zou zijn gemaakt van zijn persoonsgegevens blijft hiermee dus onbevestigd. Hierbij merkt de ziektekostenverzekeraar op dat de bedragen zijn uitgekeerd aan verzoeker. Er is dus geen derde geweest die hiervan voordeel heeft gehad. Bovendien stonden op de door verzoeker ontvangen declaratieoverzichten namen van zorgaanbieders die hij of zijn gezinsleden kennelijk niet hadden bezocht.

De ziektekostenverzekeraar heeft bij de door hem getroffen maatregelen alle omstandigheden meegewogen. De getroffen maatregelen zijn daarom proportioneel.

- 6.5. Tijdens de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling het volgende aangevoerd. Nota's van Nederlandse zorgaanbieders kunnen zonder declaratieformulier worden gedeclareerd. In dit geval zijn de nota's per post, zonder declaratieformulier, ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. De gegevens van de nota, onder andere het BSN-nummer, worden gekoppeld aan het systeem. Zo weet de ziektekostenverzekeraar naar welke rekening de vergoeding moet worden overgemaakt. De ziektekostenverzekeraar mag hierbij ervan uitgaan dat de nota afkomstig is van de verzekerde.

#### Overwegingen commissie

- 6.6. De ziektekostenverzekeraar hanteert blijkens zijn brief van 12 februari 2021 voor de term 'verzekeringsfraude' de volgende omschrijving:

*"Het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering, bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van (zorg)verzekering, gericht op het verkrijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat, of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendzels."*

- 6.7. Daarnaast bepaalt artikel 7:941, vijfde lid, BW dat het recht op uitkering vervalt 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 - niet voor zover deze misleiding het verval van het recht op uitkering niet 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 vérstrekkende gevolgen hebben voor betrokkene. Dit geldt ook voor de andere mogelijke 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. Dit geldt evenzeer voor de vaststelling of in concreto sprake is van 'verzekeringsfraude' in de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde - hiervoor in 6.4 weergegeven - betekenis, waarvan immers 'opzet' evenzeer een bestanddeel uitmaakt. Bij 'opzet' moet in het bijzonder 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.

- 6.8. Het voorgaande is (in vergelijkbare zin) verwoord in de artikelen 31 (2016 en 2017) van Rubriek D en 4.5 van Rubriek A (2018) van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 3.4 van Rubriek B van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Voor de beoordeling is verder het volgende van belang.
- 6.9. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat de ter declaratie ingediende nota's vals zijn, omdat hem bij navraag bij de betreffende zorgaanbieders is gebleken dat deze niet in hun administratie voorkwamen. De vraagstelling van de ziektekostenverzekeraar en de verklaringen van deze zorgaanbieders zijn door de ziektekostenverzekeraar in de procedure echter niet overgelegd. Hierdoor kan de commissie de juistheid van deze stelling van de ziektekostenverzekeraar niet verifiëren. Verzoeker heeft bevestigd dat hij de betreffende zorg niet heeft afgenomen. Dit geldt ook voor de op de polis verzekerde gezinsleden. Op grond hiervan staat naar het oordeel van de commissie vast dat de gedeclareerde zorg niet door

verzoeker en/of de op zijn polis verzekerde gezinsleden is genoten en dat de respectieve nota's vals zijn. Deze nota's zijn in het bezit gekomen van de ziektekostenverzekeraar. Deze heeft gesteld dat deze nota's door of namens verzoeker ter declaratie zijn ingediend. Deze stelling is door verzoeker uitdrukkelijk bestreden, waarbij hij heeft gesteld dat misbruik is gemaakt van zijn persoonsgegevens. De ziektekostenverzekeraar heeft niet nader onderbouwd en/of toegelicht, bijvoorbeeld door overlegging van documenten, waaruit blijkt of valt af te leiden dat de nota's door of namens verzoeker zijn ingediend. In de heroverweging van 12 mei 2021 schrijft de ziektekostenverzekeraar dat als hij een declaratie ontvangt van een verzekerde, hij ervan uit mag gaan dat deze ook afkomstig is van de verzekerde. Daarnaast gevraagd, heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de in dit geschil betrokken nota's op papier bij hem zijn ingediend en dat hierbij geen gebruik is gemaakt van een declaratieformulier. Anders dan de ziektekostenverzekeraar, is de commissie van oordeel dat hiermee niet is komen vast te staan dat de betreffende nota's door of namens verzoeker ter declaratie zijn ingediend.

Zoals hiervoor is uiteengezet, moet het opzet tot misleiden in deze door de ziektekostenverzekeraar worden aangetoond. Hierin is de ziektekostenverzekeraar niet geslaagd. Evenmin is gebleken of aannemelijk gemaakt dat verzoeker en/of de op zijn polis verzekerde gezinsleden de nota's hebben vervalst. Voorts is niet aannemelijk gemaakt dat de (door een ander vervalste) nota's door of namens verzoeker zijn ingediend. Hieraan doet niet af dat verzoeker de vergoedingen met betrekking tot deze nota's heeft ontvangen op zijn bankrekening en hierop toen geen actie heeft ondernomen. Dit terwijl hij uit de uitkeringsberichten had kunnen opmaken dat de ziektekostenverzekeraar nota's had verwerkt van zorg die hij of zijn op de polis verzekerde gezinsleden niet hadden genoten. Deze omstandigheden zijn, ieder voor zich en ook gezamenlijk, naar het oordeel van de commissie onvoldoende om aan te nemen dat door verzoeker is gehandeld met het opzet de ziektekostenverzekeraar te misleiden. Dit mede gelet op het feit dat het een langdurige verzekeringsrelatie is zonder enig incident, zoals onbetwist door verzoeker is gesteld. Alles overwegingen concludeert de commissie dat verzekeringsfraude door verzoeker niet is komen vast te staan.

6.10. Het voorgaande betekent dat de ziektekostenverzekeraar de persoonsgegevens van verzoeker moet verwijderen uit zijn interne incidentenregister en uit het EVR.

6.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

## 7. Bindend advies

- 7.1. De commissie beslist dat, gelet op het feit dat verzekeringsfraude door verzoeker niet is komen vast te staan:
- (i) de ziektekostenverzekeraar gehouden is de persoonsgegevens van verzoeker binnen veertien dagen na de dagtekening van dit bindend advies te verwijderen uit zijn interne Incidentenregister en uit het EVR;
  - (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,- moet vergoeden;
  - (iii) het meer of anders verzochte wordt afgewezen.

Zeist, 6 juli 2022,

A.I.M. van Mierlo

# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

later worden ingediend dan heeft u geen recht meer op vergoeding van deze zorgkosten.. Alleen originele nota's, of computernota's die zijn gewaarmerkt door de zorgverlener, worden in behandeling genomen. Bij het declareren van kosten buitenland of zittend ziekenvervoer dient gebruik te worden gemaakt van een door Zorg en Zekerheid te verstrekken declaratieformulier buitenland/zittend ziekenvervoer, zie hiervoor ook [www.zorgenzekerheid.nl](http://www.zorgenzekerheid.nl);

- g. Voor zover een verwijzing in de polis voor het invoeren van de zorg is vereist, de verwijzing van de desbetreffende zorgverlener te overleggen indien Zorg en Zekerheid hierom vraagt.

### 30.2 Tijdig aanvragen van toestemming

De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht toestemming van Zorg en Zekerheid, zoals die is vereist voor een aantal behandelingen en verstrekkingen en instellingen, vooraf op een zodanig tijdstip aan te vragen dat Zorg en Zekerheid de gelegenheid heeft alle gewenste inlichtingen te verkrijgen en zonodig nadere voorwaarden te stellen aan de voorgenomen behandeling of verstrekking.

### 30.3 Niet nakomen van verplichtingen

Bij niet nakoming van de verplichting zoals geformuleerd in 30.2, komen de eventuele (financiële) gevolgen in beginsel voor rekening van verzekerde. Dit laat onverlet dat deze verzekerde in beginsel geen recht heeft op zorg dan wel behoeft Zorg en Zekerheid geen kosten te vergoeden, indien de vereiste toestemming (nog) niet is verleend door Zorg en Zekerheid.

### 30.4 Verjaring

- Uw rechtsvordering, met betrekking tot het recht op vergoeding van zorgkosten, op Zorg en Zekerheid verjaart in principe door verloop van drie jaren na de aanvang van de dag, volgende op de dag dat de betreffende zorg is geleverd;
- Om te voorkomen dat uw vordering op Zorg en Zekerheid verjaart, moet u Zorg en Zekerheid binnen de verjaringstermijn schriftelijk mededelen dat u uitdrukkelijk aanspraak maakt op uitkering. Ook het instellen van een rechtsvordering tegen de afwijzing voorkomt dat uw vordering op Zorg en Zekerheid verjaart.

## Artikel 31 Onwaarachtige weergave van feiten

Verlies van uitkering en einde verzekeringsovereenkomst:

- Iedere aanspraak op zorg dan wel vergoeding van kosten vervalt als door of namens verzekeringnemer en/of verzekerde wordt gefraudeerd dan wel enige verkeerde voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn overlegd of enige onjuiste opgave is gedaan;
- Zorg en Zekerheid vordert alle reeds uitgekeerde kosten per datum dat sprake is van handelingen als bedoeld onder a. bij verzekeringnemer terug;
- Zorg en Zekerheid heeft het recht per datum dat sprake is van handelingen als bedoeld onder a., de verzekeringsovereenkomst te beëindigen;
- Indien Zorg en Zekerheid voor de vaststelling van handelingen als bedoeld onder a, onderzoekskosten maakt, worden deze kosten op de verzekeringnemer verhaald;
- Fraudeonderzoek vindt plaats conform het Protocol Verzekeraars en Criminaliteit en hetgeen daarover bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald. Bij vastgestelde fraude zal Zorg en Zekerheid de verzekeringnemer en/of verzekerde registreren in het Extern Verwijzingsregister. Bij vastgestelde fraude of een sterk vermoeden van fraude kan aangifte worden gedaan bij de politie.

## Artikel 32 Onrechtmatige inschrijving

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

## Artikel 33 Premie

### 33.1 Grondslag van de premie

De grondslag van de premie is de premie van een individueel verzekerde met een verplicht eigen risico en een vrijwillig gekozen eigen risico van € 0,00 en een betaling per maand. Zie voor de grondslag van de premie uw polisblad van het desbetreffende jaar.

### 33.2 Berekening van de premie

Grondslag van de premie	
Korting vrijwillig gekozen eigen risico	-
Korting collectiviteit (% van de grondslag van de premie)	-
<u>Tussenresultaat (te betalen premie)</u>	
Korting betaaltermijnen (% tussen resultaat)	-
<u>Te betalen premie</u>	

### 33.3 Korting op de premie voor vrijwillig gekozen eigen risico

U heeft de keuze uit een jaarlijks vrijwillig gekozen eigen risico van € 0,00, € 100,00, € 200,00, € 300,00, € 400,00 en € 500,00. Dit eigen risico geldt per individuele verzekerde van 18 jaar en ouder. Kinderen tot 18 jaar hebben bij de wet een eigen risico van € 0,00. Voor de korting met betrekking tot het eigen risico kunt u de offertemodule op [www.zorgenzekerheid.nl](http://www.zorgenzekerheid.nl) raadplegen.

Toetreding tot een collectiviteit kan, gelet op de daaraan gestelde eisen, tot gevolg hebben dat bovenstaande keuze voor een jaarlijks vrijwillig gekozen eigen risico wordt beperkt of zelfs is uitgesloten. Dit kan op haar beurt weer tot gevolg hebben, dat bij toetreding tot een collectiviteit gedurende het kalenderjaar uw eerder gekozen vrijwillig eigen risico op dat moment wordt aangepast. Aanpassing van het gekozen vrijwillig eigen risico gedurende het kalenderjaar is voor het overige niet mogelijk, behoudens de situatie zoals opgenomen in artikel 34.2.

### 33.4 Korting op de premie voor collectiviteiten

Collectiviteiten hebben de mogelijkheid tot het aanvragen van een korting. De maximale korting is 10% van de grondslag van de premie.

### 33.5 Korting op de premie voor vooruitbetaling

Bij vooruitbetaling van de premie per halfjaar of jaar krijgt u respectievelijk 1% of 3% korting over de verschuldigde premie inclusief het vrijwillig gekozen eigen risico.

### 33.6 Premiebetaling

- De verzekeringnemer is verplicht de premie alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen, op de overeengekomen wijze, dat wil zeggen per maand, kwartaal, halfjaar of jaar, bij vooruitbetaling te voldoen;
- Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand is Zorg en Zekerheid gerechtigd de premie met ingang van de eerste van de daarop volgende maand te (her) berekenen c.q. te restitueren;
- Het is verzekeringnemer/verzekerde niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met de van Zorg en Zekerheid te vorderen vergoeding;
- In geval van overlijden van de verzekerde vindt verrekening c.q. restitutie van de premie plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum.

### 33.7 Betalingsachterstand

- Indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen en kosten kan Zorg en Zekerheid na de premievervaldag de verzekeringnemer schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen, te rekenen vanaf de dag na de aanmaning, onder de mededeling dat bij niet voltoening binnen de gestelde termijn de dekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de vervaldag van de premie. De verzekeringnemer blijft verplicht de premie te voldoen;
- Uiterlijk 10 werkdagen nadat ten aanzien van de zorgverzekering een achterstand in de betaling van de premie ter hoogte van twee maandpremies is geconstateerd, doet Zorg en Zekerheid de verzekeringnemer een aanbod tot het treffen van een betalingsregeling (artikel 18a.lid 1 Zvw). Het aanbod bestaat in ieder geval uit de in artikel 18a, tweede lid, Zvw opgenomen elementen (artikel 18a. lid 2 Zvw);
- Zo spoedig mogelijk nadat de premieachterstand vier maandpremies is gaan bedragen (rente en incassokosten buiten beschouwing latend) deelt Zorg en Zekerheid de verzekeringnemer en de verzekerde mede dat zij voornemens is over te gaan tot melding, zoals bedoeld in artikel 18a. Zvw, zodra de premieachterstand zes maanden bedraagt, tenzij de verzekeringnemer of de verzekerde met uiterlijk vier weken na ontvangst van de mededeling laat weten de premieachterstand of de hoogte er van te betwisten (artikel 18b. lid 1 Zvw);



- d. Indien Zorg en Zekerheid haar standpunt op de betwisting handhaaft, kan de verzekerde of verzekeringnemer binnen een termijn van vier weken na ontvangst van die mededeling een geschil hierover voorleggen aan de SKGZ of de burgerlijke rechter (artikel 18b.2 Zvw). Indien een betalingsregeling als bedoeld in artikel 18a Zvw ingaat, nadat ten aanzien van de zorgverzekering een achterstand in de betaling van de premie van vier maanden is ontstaan, laat de zorgverzekeraar de in artikel 18b eerste lid bedoelde melding achterwege, zolang de nieuw te vervallen termijnen worden voldaan (zie artikel 18b, derde lid, Zvw);
- e. Indien een premieachterstand (zonder incassokosten en rente) is ontstaan van zes maanden meldt Zorg en Zekerheid dit, onder vermelding van de voor de heffing van de bestuursrechtelijke premie alsmede voor de uitvoering van artikel 34a Zvw noodzakelijke persoonsgegevens van de verzekeringnemer en de verzekerde, aan het Zorginstituut Nederland, de verzekeringnemer en de verzekerde (artikel 18c, lid 1 Zvw). De melding geschiedt niet indien:
- de premieachterstand tijdig is betwist en de zorgverzekeraar zijn standpunt nog niet aan de verzekeringnemer kenbaar heeft gemaakt;
  - gedurende de in artikel 18b, tweede lid, Zvw genoemde termijn;
  - in geval van tijdige voorlegging van het geschil aan de SKGZ of de burgerlijke rechter, zolang op het geschil niet onherroepelijk is beslist;
  - indien de verzekeringnemer zich heeft gemeld bij een schuldhulpverlener en aantoonde dat hij in het kader daarvan een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van zijn schulden heeft gesloten (Zie artikel 18c, tweede lid, Zvw).
- f. Zorg en Zekerheid stelt het Zorginstituut Nederland, de verzekeringnemer en de verzekerde onverwijld op de hoogte van de datum waarop:
1. De uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden zijn of zullen zijn afgelost of tenietgaan;
  2. De schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, als bedoeld in de Faillissementswet, op de verzekeringnemer van toepassing wordt;
  3. Door tussenkomst van een schuldhulpverlener als bedoeld in artikel 48 Wet op het consumentenkrediet een overeenkomst als bedoeld in artikel 18c, tweede lid, onderdeel d, is gesloten of een schuldsaneringsregeling tot stand is gekomen waarin, naast de verzekeringnemer, tenminste zijn zorgverzekeraar deelneemt (artikel 18d, lid 3 Zvw);
- g. Indien Zorg en Zekerheid maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer. De buitengerechtelijke kosten worden tenminste gesteld op een minimum bedrag van € 15,00. De buitengerechtelijke kosten zijn verschuldigd vanaf het moment waarop degene die de premie is verschuldigd, in gebreke is;
- h. De dekking wordt eerst weer van kracht op de dag volgend op die, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door Zorg en Zekerheid zijn ontvangen.

### 33.8 Betaling verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico

- a. Met inachtneming van hetgeen is bepaald in artikel 3 en 4 komt het eigen risico per kalenderjaar voor rekening van de verzekeringnemer/verzekerde;
- b. Indien Zorg en Zekerheid de op grond van deze polis gedekte kosten rechtstreeks heeft vergoed aan een zorgverlener of instelling en hierop nog een eigen risico van toepassing is dan moet de verzekeringnemer/verzekerde het opgelegde eigen risico terugbetalen bij het eerste schriftelijke verzoek van Zorg en Zekerheid;
- c. Indien de verzekeringnemer/verzekerde niet tijdig voldoet aan deze verplichting gelden de volgende bepalingen:
1. Zorg en Zekerheid kan schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen met de mededeling dat bij niet voldoening binnen de gestelde termijn de dekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden vanaf de 31ste dag na de aanmaning. U blijft verplicht de betaling van het opgelegde eigen risico te voldoen;
  2. Aanspraken op vergoedingen en/of verstrekkingen herleven weer op de dag volgend op die waarop het verschuldigde bedrag inclusief de kosten door Zorg en Zekerheid is ontvangen. Bij beëindiging van de verzekering zal invordering onmiddellijk plaatsvinden;
  3. Als Zorg en Zekerheid maatregelen treft tot incasso van haar vordering komen de daaruit voortvloeiende kosten, zowel in als buiten rechte, voor rekening van degene die het eigen risico verschuldigd is. De buitengerechtelijke kosten worden ten minste gesteld op een minimum bedrag van € 15,00. De buitengerechtelijke kosten zijn verschuldigd vanaf het moment waarop degene die het eigen risico verschuldigd is, in gebreke is.

## Artikel 34 Kennisgeving relevante gebeurtenissen

### 34.1 Kennisgeving

- a. De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht ervoor te zorgen dat iedere wijziging die invloed kan hebben op de rechten en plichten die uit de verzekeringsovereenkomst voortvloeit zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 30 dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan Zorg en Zekerheid wordt meegedeeld. Dergelijke wijzigingen zijn onder meer:

- vervallen van de wettelijke verzekeringsplicht;
- adreswijziging;
- echtscheiding, einde duurzaam samenwonen of einde geregistreerd partnerschap;
- overlijden;
- geboorte;
- wijziging IBAN;
- aanvang en einde detentie;
- aanvang en einde postadres;
- wijziging huisarts.

Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn laatst bekende adres worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

- b. Wanneer de wijziging niet binnen 30 dagen aan Zorg en Zekerheid is gemeld, gaat de wijziging pas in per de meldingsdatum en niet met terugwerkende kracht op de wijzigingsdatum. Wanneer een geboorte niet binnen vier maanden aan Zorg en Zekerheid is gemeld, gaat de verzekering pas in per de meldingsdatum en niet met terugwerkende kracht vanaf de geboortedatum.

### 34.2 Bereiken van de 18-jarige leeftijd door een verzekerde

Zorg en Zekerheid benadert de verzekerde dan wel zijn verzekeringnemer tenminste 4 weken voor de eerste van de maand volgend op de kalendermaand waarin de verzekerde de leeftijd van 18 jaar bereikt met de vraag voor welk vrijwillig gekozen eigen risico wordt gekozen in relatie tot de vanaf dat moment verschuldigde premie. Als de verzekeringnemer dan wel de verzekerde zijn keuze niet schriftelijk aan Zorg en Zekerheid kenbaar maakt binnen de in de mededeling genoemde termijn, wordt een premie berekend, overeenkomend met het vrijwillig gekozen eigen risico van de verzekeringnemer. De verzekerde is echter geen premie verschuldigd tot de eerste dag van de kalendermaand waarin verzekerde de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt, zie art. 1.7.

## Artikel 35 Herziening van premie of voorwaarden

- a. Zorg en Zekerheid heeft het recht de voorwaarden en/of de grondslag van de premie van de bij Zorg en Zekerheid lopende verzekering en bloc dan wel groepsgewijs te wijzigen. Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere verzekering op een door Zorg en Zekerheid vast te stellen datum, doch tenminste zes weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer/verzekerde is meegedeeld. Zorg en Zekerheid maakt, eventueel op premienota's, de wijzigingen bekend;
- b. De verzekeringnemer/verzekerde die zich met de gewijzigde voorwaarden en of wijziging premiegrondslag niet kan verenigen, kan door opzegging de verzekering beëindigen. De verzekeringnemer/verzekerde moet dit verzoek tot beëindiging van de verzekering schriftelijk en aangetekend bij Zorg en Zekerheid indienen binnen zes weken nadat de wijziging door Zorg en Zekerheid bekend is gemaakt. Zorg en Zekerheid beëindigt de verzekering met ingang van de datum van de wijziging met restitutie van de reeds voldane vooruitbetaalde premie;
- c. Heeft Zorg en Zekerheid voor de dag van inwerkingtreding van de gewijzigde voorwaarden en of wijziging premiegrondslag geen schriftelijk verzoek tot beëindiging van de verzekering van de verzekeringnemer/verzekerde ontvangen dan wordt de verzekering gecontinueerd op de nieuwe voorwaarden;
- d. De mogelijkheid tot tussentijdse opzegging van de verzekering is niet van toepassing bij een herziening van de voorwaarden en/of premie, die voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen (artikelen 11 tot en met 14a uit de Zorgverzekeringswet), daaronder begrepen een wijziging van de omvang van de zorg waarop krachtens de Wlz-aanspraak bestaat.

## Artikel 36 Begin en einde van de verzekering

- a. Begin van de verzekering:
1. De verzekering gaat in principe in op de dag waarop Zorg en Zekerheid het volledig ingevulde aanvraagformulier van de verzekeringnemer heeft ontvangen;
  2. Indien Zorg en Zekerheid op basis van de gegevens op het aanvraagformulier niet kan vaststellen of zij verplicht is voor de te verzekerende persoon een verzekering te sluiten en zij in verband daarmee nadere informatie heeft opgevraagd, gaat de verzekering in op de dag waarop de laatst bedoelde persoon de benodigde informatie heeft verschaft;
  3. Indien de zorgverzekering ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, werkt deze, zonodig in afwijking van artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek, terug tot en met de dag waarop de plicht ontstond;
  4. Indien de zorgverzekering ingaat binnen één maand nadat een eerdere zorgverzekering met ingang van 1 januari van een kalenderjaar of wegens wijziging van de voorwaarden en/of wijziging van de grondslag van de premie, met toepassing van artikel 7:940 lid 4 van het Burgerlijk Wetboek, is geëindigd door

opzegging werkt deze zorgverzekering terug tot en met de dag waarop de eerdere zorgverzekering is geëindigd;

5. Als degene voor wie de zorgverzekering wordt gesloten op de dag waarop Zorg en Zekerheid het verzoek, bedoeld in lid 1 a, daarvoor ontvangt al op grond van een zorgverzekering is verzekerd, en de verzekeringnemer aangeeft de zorgverzekering te willen laten ingaan op een door hem aangegeven, latere dag dan de dag, bedoeld in lid 1 a of 1 b, gaat de verzekering op die latere datum in.
- b. De verzekering gaat in op de datum die op het originele polisblad/bewijs van inschrijving als ingangsdatum is vermeld. U (verzekeringnemer) mag uw zorgverzekering elk jaar uiterlijk 31 december opzeggen. Als u tijdig opzegt, eindigt uw verzekering per 1 januari daaropvolgend. Zegt u de zorgverzekering niet op, dan verlengen wij de zorgverzekering stilzwijgend, steeds voor de duur van één jaar. Het opzeggen kan plaatsvinden:
  1. door uzelf (verzekeringnemer). U moet dan uiterlijk 31 december schriftelijk opzeggen;
  2. door gebruik te maken van de opzegservice. Verzekeraars hebben een overstapservice in het leven geroepen. Deze houdt in dat als u uiterlijk 31 december een zorgverzekering afsluit voor het daaropvolgende kalenderjaar, de nieuwe zorgverzekeraar namens u bij ons de zorgverzekering opzegt. Als u niet van deze service gebruik wilt maken, moet u dat kenbaar maken op het in te vullen aanvraagformulier van uw nieuwe zorgverzekeraar.
- c. Nadat Zorg en Zekerheid de verzekeringnemer heeft aangemaand tot betaling van één of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie, kan de verzekeringnemer gedurende de tijd dat de verschuldigde premie en incassokosten niet zijn voldaan, de zorgverzekering niet opzeggen, tenzij Zorg en Zekerheid de dekking van de zorgverzekering heeft geschorst. Het voorgaande geldt uitzondering indien Zorg en Zekerheid de verzekeringnemer binnen twee weken te kennen geeft de opzegging te bevestigen.
- d. Nadrukkelijk wordt bepaald, dat Zorg en Zekerheid niet het recht heeft de verzekering te beëindigen, behoudens na:
  1. schorsing van de dekking als bedoeld in artikel 33.7. Aan een beëindiging op deze grond wordt geen terugwerkende kracht verleend;
  2. onwaarachtige weergave van feiten als bedoeld in artikel 31.
- e. De verzekering eindigt ingeval van overlijden van de verzekerde. Zorg en Zekerheid dient binnen 30 dagen na de datum van overlijden hiervan in kennis te worden gesteld.
- f. De verzekering eindigt voor elke verzekerde op het tijdstip waarop deze niet meer verzekerd is op basis van de Wlz of militair in werkelijke dienst wordt. U dient dit zelf aan te geven.
- g. De zorgverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag volgende op de dag waarop Zorg en Zekerheid ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden. Zorg en Zekerheid stelt de verzekeringnemer uiterlijk twee maanden voordat een zorgverzekering op deze grond eindigt, van dit einde op de hoogte, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt.
- h. Indien de verzekeringnemer een andere is dan de verzekerde kan de verzekeringnemer Zorg en Zekerheid schriftelijk verzoeken om beëindiging van de verzekering van de verzekerde indien de verzekerde zich intussen elders op grond van de Zorgverzekeringswet heeft verzekerd. Zorg en Zekerheid eindigt de verzekering, en wel met ingang van de eerste dag van de tweede kalendermaand, volgend op die waarop het verzoek daartoe door Zorg en Zekerheid wordt ontvangen. De verzekeringnemer dient daartoe bewijsstukken, waaruit blijkt dat verzekerde elders op grond van de Zorgverzekeringswet is verzekerd, te overleggen.
- i. Indien het schriftelijke verzoek tot opzegging inclusief de benodigde bewijsstukken, als bedoeld in het voorgaande lid, wordt ontvangen voorafgaand aan de dag waarop de verzekerde krachtens een andere zorgverzekering verzekerd wordt, wordt de verzekering bij Zorg en Zekerheid beëindigd met ingang van de dag waarop de nieuwe verzekering ingaat.
- j. Indien de verzekerde op grond van artikel 9d eerste lid van de Zorgverzekeringswet is verzekerd kan deze de zorgverzekering gedurende een periode van twee weken, te rekenen vanaf de datum waarop het Zorginstituut Nederland hem daarvan mededeling heeft gedaan, vernietigen indien de verzekerde aan het Zorginstituut Nederland en de zorgverzekeraar aantoonde in de periode bedoeld in artikel 9d eerste lid van de Zorgverzekeringswet reeds bij een andere zorgverzekeraar verzekerd is.
- k. In afwijking van artikel 931 boek 7 van het Burgerlijk Wetboek is Zorg en Zekerheid bevoegd een met Zorg en Zekerheid gesloten verzekeringsovereenkomst wegens dwaling te vernietigen indien achteraf blijkt dat degene die het Zorginstituut Nederland bij Zorg en Zekerheid verzekerde op dat moment niet verzekeringsplichtig was.
- l. Zo nodig in afwijking van artikel 7 van de Zorgverzekeringswet kan, tenzij het vierde lid van dat artikel van toepassing is, een verzekeringnemer een zorgverzekering als bedoeld in het eerste lid van artikel 9d van de Zorgverzekeringswet niet opzeggen gedurende de eerste twaalf maanden waarover deze loopt.

## Artikel 37 Geschillen

- a. Op deze verzekering is uitsluitend het Nederlands recht van toepassing;
- b. Wanneer u het niet eens bent met een beslissing met betrekking tot de uitvoering van deze verzekering kunt u schriftelijk, binnen 8 weken nadat de beslissing aan u is meegedeeld, een klacht indienen bij:

**Zorg en Zekerheid**  
**T.a.v. de Klachtencommissie**  
**Antwoordnummer 12030**  
**2300 VC LEIDEN**

- c. Indien u het niet eens bent met de beslissing die Zorg en Zekerheid heeft genomen over uw klacht of u heeft binnen 12 weken na het indienen van de klacht geen reactie ontvangen, heeft u de mogelijkheid zich te wenden tot:

**Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen**  
**T.a.v. de Ombudsman Zorgverzekeringen**  
**Postbus 291**  
**3700 AG ZEIST**

- d. In afwijking van het voorgaande lid kan de verzekeringnemer of de verzekerde het geschil voorleggen aan de burgerlijke rechter.
- e. Indien u een klacht heeft over de Zorg en Zekerheid gehanteerde formulieren kunt u deze voorleggen aan de NZa. De klacht moet betrekking hebben op formulieren die naar uw oordeel overbodig of te ingewikkeld zijn. De uitspraak van de NZa is aan te merken als een bindend advies.

**NZa**  
**Postbus 3017**  
**3502 GA UTRECHT**

### Slotbepaling

De Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de regeling zorgverzekering zijn van doorslaggevend belang bij interpretatieverschillen ten aanzien van deze verzekeringsovereenkomst. In gevallen die niet in deze verzekeringsvoorwaarden zijn geregeld, beslist het bestuur van Zorg en Zekerheid. Aldus door de ledenraad vastgesteld op 5 november 2015 met ingang van 1 januari 2016.

**Eerstelijns psychologische zorg, niet specialistische GGZ**

Diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet complexe psychiatrische aandoening. De betrokkenheid van een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) is niet nodig.

**Eigen bijdrage**

Deel van de kosten van zorg of overige diensten waarvoor wettelijk is bepaald dat dit voor rekening van de verzekerde komt. De eigen bijdrage kan een vast bedrag per behandeling zijn of een bepaald percentage van de kosten van de zorg. Een eigen bijdrage is iets anders dan een eigen risico. Eigen risico en eigen bijdrage kunnen naast elkaar van toepassing zijn op de verzekerde zorg.

**Ergotherapeut**

Een ergotherapeut die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut', dit volgens artikel 34 van de Wet BIG.

**EU- en EER-staat**

Hieronder worden behalve Nederland, de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (Griekenland), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. De EER-landen (staten die partij zijn bij de 'Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte') zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

**Farmaceutische zorg**

Farmaceutische zorg omvat advies of begeleiding ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van UR-geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet of de terhandstelling van die geneesmiddelen, of farmaceutische zorg waarop de Wet inzake bloedtransfusie van toepassing is.

**Fleboloog/proctoloog**

Een arts die voldoet aan de kwaliteitscriteria zoals gehanteerd door bijvoorbeeld de Benelux Vereniging voor Flebologie.

**Fraude**

Onder fraude wordt in ieder geval begrepen het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering, bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van (zorg) verzekering, gericht op het verkrijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat, of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendselen.

**Fysiotherapeut**

Een fysiotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnastmasseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

**Geboortecentrum**

Een voorziening waarin natale en postnatale zorg onder inhoudelijke regie van eerstelijns verloskundigen wordt geleverd. Een eerstelijns geboortecentrum wordt gekenmerkt door eigen huisvesting met een herkenbare fysiologische uitstraling en met een directe en droge verbinding naar het ziekenhuis. Het kan een alternatief bieden voor de niet medisch geïndiceerde poliklinische bevalling.

**Gebruikelijke zorg**

Zorg en diensten waarvan de inhoud en omvang mede wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van deze maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

**Gecontracteerde zorg**

De zorg die Zorg en Zekerheid op basis van de Zorgverzekeringswet verleent op basis van een tussen Zorg en Zekerheid en de zorgverlener of zorginstelling gesloten overeenkomst.

**Generalistische Basis GGZ**

De zorg in het kader van de Basis GGZ omvat in elk geval de eerstelijnspsychologische zorg en een deel van de populatie uit de huidige gespecialiseerde GGZ. De generalistische Basis GGZ wordt op basis van bijbehorende patiëntprofielen onderverdeeld in vier prestaties:

- Kort (BK);
- Basis GGZ Middel (BM);
- Basis GGZ Intensief (BI);
- Basis GGZ Chronisch (BC).

**Geriatric fysiotherapeut**

Een fysiotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die tevens als geriatric fysiotherapeut is ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF).

**Geriatrische revalidatie**

Geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van de verzekerde dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is.

**Gezin**

Twee gehuwden dan wel twee ongehuwden met of zonder ongehuwde kinderen, of een alleenstaande met één of meer ongehuwde kinderen, die aantoonbaar duurzaam samenwonen en een gemeenschappelijke huishouding voeren.

**Gezinslid**

Persoon behorend tot het gezin als bedoeld in de voorgaande begripsomschrijving.

**Gezondheidszorgpsycholoog**

Een gezondheidszorgpsycholoog, die staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

**GeZZondCheck**

Met de GeZZondCheck wordt uw gezondheid gemeten. Op basis van de resultaten krijgt u een persoonlijk advies over uw gezondheid en leefpatroon.

**GGD-arts**

Een arts die in opdracht van de Gemeentelijke Geneeskundige Gezondheidsdienst werkzaam is op terreinen zoals de volksgezondheid, forensische geneeskunde en de geneeskundige hulpverlening bij rampen e.d.

**GGZ-instellingen**

Instellingen die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening leveren en als zodanig zijn toegelaten.

**Haptotherapeut**

Een haptotherapeut met een afgeronde opleiding op hbo-niveau in de gezondheidszorg die ook de aanvullende opleiding haptotherapie heeft voltooid. Een haptotherapeut moet voldoen aan de vooropleidingseisen en kwaliteitscriteria die worden gehanteerd door de Vereniging van Haptotherapeuten (VVH). Een lijst van registers en goedgekeurde beroepsverenigingen vindt u op [www.zorgzekerheid.nl](http://www.zorgzekerheid.nl).

**Herstellingsoord en Zorghotel**

Instellingen die kortdurende intensieve behandeling bieden aan mensen met lichamelijke en/ of psychosociale problemen, bij wie het dagelijks functioneren verstoord is en bij wie een ambulante behandeling niet of nog niet toereikend is.

**(Klassiek) Homeopaat**

Een (klassiek) homeopaat, die als (tand)arts is geregistreerd volgens de voorwaarden in artikel 3 van de Wet BIG en die de aanvullende opleiding homeopathische geneeswijze heeft afgerond. Of een (klassiek) homeopaat met een afgeronde opleiding op hbo-niveau in de gezondheidszorg en een aanvullende opleiding in de homeopathie. Een (klassiek) homeopaat moet voldoen aan de vooropleidingseisen en kwaliteitscriteria van bijvoorbeeld de Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (NVKH). Een lijst van registers en goedgekeurde beroepsverenigingen vindt u op [www.zorgzekerheid.nl](http://www.zorgzekerheid.nl).

**Hoofdverzekering**

De zorgverzekering conform de Zorgverzekeringswet, zoals afgesloten bij de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. of een andere zorgverzekeraar. Wordt ook wel basisverzekering of zorgverzekering genoemd.

**Hospice**

Een instelling die specifiek is ingericht voor tijdelijke opvang van ongeneeslijk zieke patiënten in de laatste fase van hun leven en voor tijdelijke opvang van hun naasten.

**Huidtherapeut**

Een huidtherapeut, die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenoemde 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut'.

# Rubriek B Verzekeringsvoorwaarden van de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a.

## 1 Algemeen

Regelingen met betrekking tot de in deze verzekeringsvoorwaarden genoemde onderwerpen welke door Zorg en Zekerheid afzonderlijk worden voorgesteld, worden geacht van deze verzekeringsvoorwaarden deel uit te maken nadat deze aan de verzekerden zijn mede gedeeld.

## 2 Aanmelding

### 2.1 Aanvraag

De aanvraag voor de verzekering dient schriftelijk, telefonisch of online, te geschieden. De aanvrager verleent alle medewerking aan Zorg en Zekerheid bij het verkrijgen van inlichtingen of bij onderzoeken die Zorg en Zekerheid noodzakelijk acht voor de beoordeling van de aanvraag.

### 2.2 Voorwaarden inschrijving

- a. Als verzekerden voor de aanvullende verzekeringen van Zorg en Zekerheid kunnen worden ingeschreven:
  1. Personen woonachtig in Nederland of een ander EU/EER-land die als verzekerde zijn ingeschreven bij de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a., gevestigd te Leiden;
  2. Verzekerden woonachtig in Nederland die beschikken over een zorgverzekering bij een zorgverzekeraar voor zover deze zorgverzekeringen aanbiedt of uitvoert;
  3. Degenen die daartoe bij besluit van het bestuur van Zorg en Zekerheid zijn toegelaten.
- b. Als verzekerden voor de aanvullende verzekering AV-Plus, kunnen alleen worden ingeschreven personen van 18 jaar en ouder die voldoen aan één van de voorwaarden als bedoeld in lid a onder 1, 2 of 3.
- c. Bij AV-Delen gelden de volgende voorwaarden:
  1. Als verzekerden voor de AV-Delen komen alleen diegenen in aanmerking die beiden verzekerd zijn bij Zorg en Zekerheid op basis van een aanvullende verzekering met een vergoeding voor tandheelkunde. Beiden moeten wel hetzelfde AV-pakket hebben;
  2. De AV-Delen kan alleen worden afgesloten door twee betalende verzekerden van Zorg en Zekerheid, die op één polis staan ingeschreven en die dezelfde aanvullende verzekering hebben;
  3. De AV-Delen heeft alleen betrekking op tandheelkundige hulp zoals vermeld in artikel 13.2 van de polisvoorwaarden.

### 2.3 Weigering van aanvraag

Zorg en Zekerheid kan de aanvraag weigeren indien er eerder sprake is geweest van een verzekering die is beëindigd omdat de verschuldigde premie niet is voldaan. Tevens kan Zorg en Zekerheid de aanvraag weigeren indien de verzekering eerder is beëindigd in verband met hetgeen is bepaald in 3.3.b bij het eerste streepje onder 1, 2 en 3.

### 2.4 Aanvaarding van de aanvullende verzekering

Door aanvaarding van de aanvullende verzekering neemt de verzekeringnemer de volledige verantwoordelijkheid op zich en staat deze in voor de juistheid en volledigheid van de aan Zorg en Zekerheid verstrekte mededelingen.

### 2.5 Verzwijging

Zorg en Zekerheid is geen vergoeding van kosten verschuldigd en is bevoegd de verzekering, zonder inachtneming van een opzegtermijn, op een door haar te bepalen tijdstip te beëindigen indien de gegevens op het aanvraagformulier of gegevens die op andere (schriftelijke) wijze aan Zorg en Zekerheid zijn verstrekt onvolledig of in strijd met de waarheid zijn. Dit geldt tevens indien omstandigheden verzwegen worden welke van dien aard zijn dat de verzekeringsovereenkomst niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou zijn gesloten wanneer Zorg en Zekerheid daarvan kennis had genomen. Dit laat onverkort het recht van Zorg en Zekerheid een beroep te doen op nietigheid van de verzekering conform de toepasselijke bepalingen in Titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek.

Indien Zorg en Zekerheid voor de vaststelling van verzwijging onderzoekskosten maakt, worden deze kosten op de verzekeringnemer verhaald.

## 2.6 Persoonsregistratie

- a. De bij de aanvraag, wijziging of beëindiging van de verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens worden opgenomen in de door Zorg en Zekerheid gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is de Wet Bescherming Persoonsgegevens en de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing;
- b. Zorg en Zekerheid verstrekt in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst informatie aan zorgverleners of zorginstellingen omtrent uw verzekeringsstatus. Zorg en Zekerheid behoudt zich in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst het recht voor persoonsgegevens aan derden te verstrekken, met inachtneming van de Wet Bescherming Persoonsgegevens. Indien u niet wenst dat uw adres daarbij getoond wordt, kunt u dit schriftelijk doorgeven aan Zorg en Zekerheid;
- c. In het kader van een verantwoord acceptatie-, risico- en fraudebeleid voert Zorg en Zekerheid conform de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars een Gebeurtenissenadministratie. Conform het Protocol Incidentenwaarschuwing Financiële Instellingen wordt een Incidentenregister gevoerd en kunnen wij uw gegevens raadplegen bij en/of vastleggen in het Extern Verwijzingsregister dat beheerd wordt door de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in Den Haag.

## 3 Aanvang en beëindiging van de verzekering

### 3.1 Ingang verzekering

- a. De verzekering gaat in op de eerste van de maand volgend op die waarin het verzoek tot aanvraag voor de verzekering bij Zorg en Zekerheid is binnengekomen, dit geldt voor inschrijvingen voor kinderen, wijzigingen bij verzekerden die 18 jaar worden en verzekerden die uit een collectiviteit komen;
- b. Pasgeborenen worden ingeschreven per de geboortedatum, indien de pasgeborene(n) binnen 4 maanden na de geboorte is/zijn aangemeld. Bij aanmelding buiten deze 4 maanden termijn geldt dat de inschrijving ingaat op de ontvangstdatum van de aanvraag voor de verzekering;
- c. Indien Zorg en Zekerheid voor het afhandelen van de aanvraag voor de verzekering nadere informatie heeft opgevraagd, gaat de verzekering in op de eerste van de maand volgend op die waarin de benodigde informatie bij Zorg en Zekerheid is binnengekomen;
- d. Indien u geen aanvullende verzekering heeft en/of naar een hogere of lagere aanvullende verzekering wenst te gaan (m.u.v. het genoemde onder 3.1.a) gaat de verzekering niet eerder in dan per 1 januari van het daaropvolgende kalenderjaar;
- e. Indien u in verband met zwangerschap kiest voor de AV-GeZZin gedurende het jaar, dan is een voorwaarde dat u bij Zorg en Zekerheid al ingeschreven staat op een aanvullende verzekering.

### 3.2 Termijn

- a. De verzekering gaat in op de datum die op het originele/gewijzigde polisblad als ingangsdatum is vermeld. U (verzekeringnemer) mag uw zorgverzekering elk jaar uiterlijk 31 december opzeggen. Als u tijdig opzegt, eindigt uw verzekering per 1 januari daaropvolgend. Zegt u de aanvullende verzekering niet op, dan verlengen wij de aanvullende verzekering stilzwijgend, steeds voor de duur van één jaar. Het opzeggen kan plaatsvinden:
  - door uzelf (verzekeringnemer/verzekerde). U moet dan uiterlijk 31 december schriftelijk, telefonisch of per e-mail opzeggen;
  - door gebruik te maken van de opzegservice. Verzekeraars hebben een overstapservice in het leven geroepen. Deze houdt in dat als u uiterlijk 31 december een zorgverzekering afsluit voor het daaropvolgende kalenderjaar, de nieuwe zorgverzekeraar namens u bij ons de zorgverzekering opzegt. Als u niet van deze service gebruik wilt maken, moet u dat kenbaar maken op het in te vullen aanvraagformulier van uw nieuwe zorgverzekeraar.
- b. Indien de verzekering ingaat op een andere datum dan 1 januari, wordt de verzekering afgesloten voor de resterende duur van het lopende kalenderjaar.

### 3.3 Beëindiging

- a. De verzekering eindigt:
  - na afloop van de overeengekomen termijn indien de verzekeringnemer vóór 1 januari enig jaar schriftelijk, telefonisch of per e-mail opzegt;
  - op het tijdstip waarop de verzekerde niet langer zijn vaste woonplaats heeft in Nederland of een ander EU/EER-land;
  - bij overlijden van verzekeringnemer of verzekerde;
  - bij opzegging door de verzekerde wegens wijziging van de verzekeringsvoorwaarden, verzekeringspakket en/of de premie, zoals bedoeld in 7.1 en wel op de wijze als in 7.3 is bepaald.
- b. De verzekering kan door Zorg en Zekerheid worden beëindigd:
  - door middel van schriftelijke opzegging en met ingang van een door Zorg en Zekerheid te bepalen tijdstip in geval van:
    1. Onjuiste opgave of verzwijging als bedoeld in 2.5;

2. Niet tijdige betaling als bedoeld in 6.1.g onder 1;
  3. (Poging tot) oplichting, bedrog, het opzettelijk doen van onjuiste mededeling(en) en/of andere ernstige misdrijven door de verzekerde.
- indien niet meer wordt voldaan aan de voorwaarden voor inschrijving als bedoeld in 2.2;
  - door opzegging van dan wel ontzetting uit het lidmaatschap door het Bestuur van Zorg en Zekerheid en wel op de dag dat het lidmaatschap deswege eindigt.

### 3.4 Onwaarachtige weergave van feiten

Verlies van uitkering en einde verzekeringsovereenkomst:

- a. Iedere aanspraak op vergoedingen en/of verstrekkingen vervalt als door of namens verzekeringnemer/verzekerde wordt gefraudeerd dan wel enige verkeerde voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn overlegd of enige onjuiste opgave is gedaan;
- b. Zorg en Zekerheid vordert alle reeds uitgekeerde kosten per datum dat sprake is van handelingen als bedoeld onder a. bij verzekeringnemer terug;
- c. Zorg en Zekerheid heeft het recht per datum dat sprake is van handelingen als bedoeld onder a. de verzekeringsovereenkomst te beëindigen;
- d. Indien Zorg en Zekerheid voor de vaststelling van handelingen als bedoeld onder a onderzoekskosten maakt, worden deze kosten op de verzekeringnemer verhaald;
- e. Fraudeonderzoek vindt plaats conform het Protocol Verzekeraars en Criminaliteit en hetgeen daarover bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald. Bij vastgestelde fraude zal Zorg en Zekerheid de verzekeringnemer/verzekerde registreren in het Extern Verwijzingsregister. Bij vastgestelde fraude of een sterk vermoeden van fraude kan aangifte worden gedaan bij de politie.

## 4 Verplichtingen verzekeringnemer/verzekerde

### 4.1 Verplichtingen

- a. De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht ervoor te zorgen dat iedere wijziging die invloed kan hebben op de rechten en plichten die uit de verzekeringsovereenkomst voortvloeien zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 30 dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk, telefonisch of per e-mail aan Zorg en Zekerheid wordt meegedeeld. Dergelijke wijzigingen zijn onder meer:
  - adreswijziging;
  - huwelijk, aangaan van een samenlevingsverband;
  - geboorte (binnen 4 maanden) en overlijden;
  - aanvang detentie en einde detentie;
  - wijziging IBAN;
  - scheiding.
- b. De verzekeringnemer/verzekerde moet erop toezien dat op het polisblad de noodzakelijke wijzigingen zijn aangebracht;
- c. De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht Zorg en Zekerheid te informeren omtrent feiten die met zich mee kunnen brengen dat kosten verhaald kunnen worden op (mogelijke) aansprakelijke derden en verstrekt Zorg en Zekerheid kosteloos in dat verband alle benodigde inlichtingen en/of medewerking;
- d. Het is de verzekeringnemer/verzekerde niet toegestaan om, zonder schriftelijke akkoordverklaring van Zorg en Zekerheid, een regeling te (laten) treffen met de aansprakelijke derde of diens verzekeraar met betrekking tot de kosten die door Zorg en Zekerheid zijn of worden vergoed;
- e. De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht de originele en duidelijk gespecificeerde nota's bij Zorg en Zekerheid in te dienen voor 31 december van het derde jaar volgend op het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden. Alleen originele nota's, of computernota's die gewaarmerkt zijn door de zorgverlener, worden in behandeling genomen;
- f. Alle gevolgen voortvloeiend uit het niet of niet tijdig nakomen van de genoemde verplichtingen zijn voor risico van de verzekeringnemer/verzekerde;
- g. De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht zich te onthouden van handelingen waar door Zorg en Zekerheid in haar belangen kan worden geschaad. Wanneer de belangen van Zorg en Zekerheid worden geschaad door het niet nakomen van de hiervoor vermelde verplichtingen behoeft Zorg en Zekerheid geen kosten te vergoeden. Wanneer er reeds tot vergoeding is overgegaan kan Zorg en Zekerheid deze vergoedingen terug vorderen;
- h. Kennisgevingen van Zorg en Zekerheid aan de verzekeringnemer, gericht aan diens laatst bekende adres, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt;
- i. Uw rechtsvordering, met betrekking tot het recht op vergoeding van zorgkosten, op Zorg en Zekerheid verjaart in principe door verloop van drie jaren na de aanvang van de dag, volgende op de dag dat de betreffende zorg is geleverd;
- j. Als Zorg en Zekerheid uw verzoek om vergoeding van zorgkosten geheel of gedeeltelijk afwijst, zal Zorg en Zekerheid u hiervan schriftelijk op de hoogte brengen. In geval van afwijzing verjaart uw rechtsvordering op Zorg en Zekerheid door verloop van zes maanden na dagtekening van de schriftelijke afwijzing;

- k. Om te voorkomen dat uw vordering op Zorg en Zekerheid verjaart, moet u Zorg en Zekerheid binnen de verjaringstermijn schriftelijk mededelen dat u uitdrukkelijk aanspraak maakt op uitkering. Ook het instellen van een rechtsvordering tegen de afwijzing voorkomt dat uw vordering op Zorg en Zekerheid verjaart;
- l. In geval van detentie wordt de dekking van de aanvullende verzekering voor de desbetreffende verzekerde opgeschort per de ingangsdatum van detentie, tenzij u ons mededeelt dat dit niet gewenst is. In geval van de hier bedoelde opschorting bent u geen premie verschuldigd. Ook wordt géén dekking verleend voor kosten gemaakt tijdens deze periode van opschorting. Uw aanvullende verzekering gaat weer in per de einddatum van de detentie, indien dit binnen 30 dagen na deze datum aan ons wordt doorgegeven. Wanneer u de einddatum niet binnen 30 dagen doorgeeft, zal de dekking van uw aanvullende verzekering pas weer ingaan op de meldingsdatum en niet met terugwerkende kracht per de einddatum van de detentie.

### 4.2 Vrije keuze

De verzekerde is vrij in de keuze van zorgverlener/zorgverlenende inrichting of instantie, tenzij anders bepaald in de voorwaarden.

## 5 Dekking

### 5.1 Dekking gedurende de looptijd

- a. Er bestaat uitsluitend recht op verstrekkingen c.q. vergoeding van kosten die zijn gemaakt gedurende de looptijd van de verzekeringsovereenkomst. De datum van de behandeling of levering zijn bepalend voor de vaststelling van het recht op vergoeding. Eén en ander met inachtneming van hetgeen is bepaald in de artikelen 2.5, 6.1.g onder 1;
- b. De dekking is beperkt tot de bedragen of aantallen zoals aangegeven in de polisvoorwaarden;
- c. De inhoud, omvang, duur en wijze van verkrijging van verstrekking en/of vergoedingen worden door het Bestuur vastgesteld, gehoord de Ledenraad. De verstrekkingen en/of vergoedingen worden via de polisvoorwaarden bekend gemaakt aan de verzekeringnemer/verzekerde op een door het Bestuur te bepalen wijze.

### 5.2 Pakketkeuze

- a. De verzekeringnemer/verzekerde kan kiezen voor verschillende aanvullende verzekeringen. Het is niet mogelijk om gelijktijdig voor meer dan één pakket te zijn verzekerd, behalve bij AV-Delen;
- b. Kinderen volgen het meest uitgebreide pakket van de ouder(s) waarbij ze op de polis staan indien en zover deze beschikken over een verzekering van de Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a.;
- c. Met inachtneming van hetgeen is bepaald onder b, en gelet op de leeftijdsgrens uit artikel 2.2 lid b, worden kinderen waarvan beide ouders over een aanvullende verzekering AV-Plus beschikken, verzekerd conform de AV-Top;
- d. Indien de verzekeringnemer/verzekerde wil overgaan naar een pakket met een beperktere dekking dan moet de verzekeringnemer/verzekerde dit voor 1 januari van enig jaar schriftelijk, telefonisch of per e-mail aan Zorg en Zekerheid kenbaar maken. De verzekering wijzigt op 1 januari daaropvolgend;
- e. Indien de verzekeringnemer/verzekerde wil overgaan naar een pakket met een uitgebreidere dekking moet de verzekeringnemer/verzekerde dit voor 1 januari van enig jaar schriftelijk, telefonisch of per e-mail aan Zorg en Zekerheid kenbaar maken. De verzekering wijzigt op 1 januari daaropvolgend;
- f. Kinderen jonger dan 18 jaar die alleen op een polis staan, waarvan de ouders niet bij Zorg en Zekerheid verzekerd (kunnen) zijn, betalen geen premie en worden verzekerd in de AV-Sure.

## 6 Premie

### 6.1 Premiebetaling

- a. Premie is verschuldigd voor elke verzekerde. Het bedrag wordt vastgesteld door het Bestuur, gehoord de Ledenraad;
- b. Verzekerden jonger dan 18 jaar zijn geen premie verschuldigd indien één van de ouders ook een aanvullende verzekering heeft afgesloten bij Zorg en Zekerheid. Indien geen van de ouders een aanvullende verzekering heeft afgesloten dan is de verzekerde jonger dan 18 jaar premieplichtig conform artikel 6.1 onder a;
- c. De premie is, per door het Bestuur te bepalen tijdvak, bij vooruitbetaling verschuldigd en moet op een door het Bestuur te bepalen wijze worden betaald;
- d. Het is de verzekeringnemer/verzekerde niet toegestaan de premie te verrekenen met de door Zorg en Zekerheid te verlenen uitkeringen;
- e. De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht tot tijdige premiebetaling en kan zich, onder meer bij ingebrekestelling wegens het niet betalen van de premie op de vervalldag, nimmer beroepen op het feit dat de premie niet tijdig is geïnd;
- f. De verplichting tot premiebetaling gaat in op de ingangsdatum en eindigt op de datum van beëindiging van de verzekering;
- g. Niet tijdige betaling:

**Centrum voor medisch specialistische zorg**

Een instelling voor medisch specialistische zorg, die als zodanig conform de bij of krachtens de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZI) gestelde regels is toegelaten.

**Chiropractor**

Een chiropractor die is geregistreerd als beroepsbeoefenaar in de chiropractie en die een opleiding op academisch niveau (erkend 'college of chiropractic') heeft afgerond. Een lijst van registers en goedgekeurde beroepsverenigingen vindt u op [zorgzekerheid.nl/zorgzoeker](http://zorgzekerheid.nl/zorgzoeker).

**Chronische aandoening fysiotherapie en/ of oefentherapie**

Een aandoening die is opgenomen in, de op de dag waarop de gedeclareerde prestatie is geleverd geldende, Bijlage I van het Besluit zorgverzekering. U vindt de lijst op [zorgzekerheid.nl/zorgzoeker](http://zorgzekerheid.nl/zorgzoeker).

**Collectiviteit**

Een groep van personen, wiens belangen wordt behartigd door een werkgever of een rechtspersoon niet zijnde een werkgever, op grond van een overeenkomst tussen Zorg en Zekerheid en die werkgever of rechtspersoon.

**Cranio Sacraal therapeut**

Dit is een minimaal op hbo-niveau in de gezondheidszorg opgeleide behandelaar (niet-zijnde de eigen huisarts) die voldoet aan de vooropleidingseisen en kwaliteitscriteria zoals die door de RCN (Register Cranio Sacraal therapie Nederland) zijn gesteld. Een lijst van registers en goedgekeurde beroepsverenigingen vindt u op [zorgzekerheid.nl/zorgzoeker](http://zorgzekerheid.nl/zorgzoeker).

**Dagbehandeling**

Behandeling in een instelling met opname en ontslag op dezelfde dag.

**DOT (Diagnose Behandeling Combinatie op weg naar Transparantie) en DBC-zorgproduct**

DOT is het declaratiesysteem voor ziekenhuizen, dat op 1 januari 2012 in werking is getreden. De eenheden waarin wordt gedeclareerd worden DBC-zorgproducten genoemd. Deze DBC-zorgproducten zijn door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vastgesteld. Een DBC-zorgproduct vangt aan op het moment dat de verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag bij de medisch specialist en wordt afgesloten na een vast aantal dagen. Met betrekking tot de tarieven van zorgproducten is er een onderscheid in drie segmenten: een vast segment met vaste tarieven, een gereguleerd segment met maximum tarieven en een vrij onderhandelbaar segment waarbinnen de verzekeraars afspraken maken met de ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra en vrijgevestigde extramuraal specialisten over de in rekening te brengen tarieven.

**Diagnose Behandeling Combinatie in de GGZ (DBC)**

Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, die door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg en specialistische GGZ (tweedelijnszorg). Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat de verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag bij de medisch specialist en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.

**Dienstenstructuur**

Een rechtspersoonlijkheid bezittend organisatorisch verband van huisartsen dat is opgericht om gedurende de avond, de nacht en het weekeinde huisartsenzorg te verlenen en beschikt over een rechtsgeldig tarief.

**Diëtist**

Een diëtist die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut', als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG.

**Drogsterijmiddel**

Geneesmiddel dat zonder recept verkrijgbaar is bij apotheek of drogist maar geen homeopathisch geneesmiddel is. Bepalend is de lijst van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) die van kracht is op het moment van levering. Ook wel zelfzorgmiddel genoemd.

**DSM IV-TR**

Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders: het internationale classificatiesysteem voor geestelijke gezondheidszorg. De DSM noemt de criteria die als richtlijn dienen bij het vaststellen van een psychische stoornis. IV-TR is de aanduiding voor de tekstrevisie van de vierde herziene versie van de DSM.

**Eigen bijdrage**

Deel van de kosten van zorg of overige diensten waarvoor wettelijk is bepaald dat dit voor rekening van de verzekerde komt. De eigen bijdrage kan een vast bedrag per behandeling zijn of een bepaald percentage van de kosten van de zorg. Een eigen bijdrage is iets anders dan een eigen risico. Eigen risico en eigen bijdrage kunnen naast elkaar van toepassing zijn op de verzekerde zorg.

**Ergotherapeut**

Een ergotherapeut die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut', als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG.

**EU- en EER-staat**

Hieronder worden behalve Nederland, de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (Griekenland), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. De EER-landen (staten die partij zijn bij de 'Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte') zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

**Farmaceutische zorg**

Farmaceutische zorg omvat advies of begeleiding ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van UR-geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet of de terhandstelling van die geneesmiddelen, of farmaceutische zorg waarop de Wet inzake Bloedvoorziening van toepassing is.

**Fleboloog/proctoloog**

Een arts die voldoet aan de kwaliteitscriteria zoals gehanteerd door bijvoorbeeld de Benelux Vereniging voor Flebologie.

**Fraude**

Onder fraude wordt in ieder geval verstaan: het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering, bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van (zorg) verzekering, gericht op het verkrijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat, of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendselen.

**Fysiotherapeut**

Een fysiotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnastmasseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

**Geboortecentrum**

Een voorziening waarin natale en postnatale zorg onder inhoudelijke regie van eerstelijns verloskundigen wordt geleverd. Een eerstelijns geboortecentrum wordt gekenmerkt door eigen huisvesting met een herkenbare fysiologische uitstraling en met een directe en droge verbinding naar het ziekenhuis. Het kan een alternatief bieden voor de niet medisch geïndiceerde poliklinische bevalling.

**Gebruikelijke zorg**

Zorg en diensten waarvan de inhoud en omvang mede wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van deze maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

**Gecontracteerde zorg**

De zorg die Zorg en Zekerheid op basis van een zorgverzekeringlaet verlenen op basis van een tussen Zorg en Zekerheid en de zorgverlener of zorginstelling gesloten overeenkomst.

**Generalistische Basis GGZ**

De zorg in het kader van de Basis GGZ omvat in elk geval de eerstelijns psychologische zorg en een deel van de populatie uit de huidige gespecialiseerde GGZ. De generalistische Basis GGZ wordt op basis van bijbehorende patiëntprofielen onderverdeeld in vier prestaties:

- Kort (BK);
- Basis GGZ Middel (BM);
- Basis GGZ Intensief (BI);
- Basis GGZ Chronisch (BC).

**Geriatric fysiotherapeut**

Een fysiotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die als geriatric fysiotherapeut is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) Fysiotherapie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) of het Keurmerk Fysiotherapie.

**Geriatric revalidatie**

Geriatric revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van de verzekerde dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is.

deze DOT en/of DBC-verband houden toegerekend aan het jaar waarin deze is geopend. Als de nota's later worden ingediend dan heeft u geen recht meer op vergoeding van deze zorgkosten. Alleen originele nota's, of computernota's die zijn gewaarmerkt door de zorgverlener, worden in behandeling genomen. Bij het declareren van kosten buitenland of zittend ziekenvervoer dient gebruik te worden gemaakt van een door Zorg en Zekerheid te verstrekken declaratieformulier buitenland/zittend ziekenvervoer, zie hiervoor ook [zorgzekerheid.nl](http://zorgzekerheid.nl);

- g. Voor zover een verwijzing in de polis voor het inroepen van de zorg is vereist, de verwijzing van de desbetreffende zorgverlener te overleggen Als Zorg en Zekerheid hierom vraagt.

### 30.2 Tijdig aanvragen van toestemming

De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht toestemming van Zorg en Zekerheid, zoals die is vereist voor een aantal behandelingen en verstrekkingen en instellingen, vooraf op een zodanig tijdstip aan te vragen dat Zorg en Zekerheid de gelegenheid heeft alle gewenste inlichtingen te verkrijgen en zonodig nadere voorwaarden te stellen aan de voorgenomen behandeling of verstrekking.

### 30.3 Niet nakomen van verplichtingen

Bij niet nakoming van de verplichting zoals geformuleerd in 30.2, komen de eventuele (financiële) gevolgen in beginsel voor rekening van verzekerde. Dit laat onverlet dat deze verzekerde in beginsel geen recht heeft op zorg dan wel behoeft Zorg en Zekerheid geen kosten te vergoeden, als de vereiste toestemming (nog) niet is verleend door Zorg en Zekerheid.

### 30.4 Verjaring

- a. Uw rechtsvordering, met betrekking tot het recht op vergoeding van zorgkosten, op Zorg en Zekerheid verjaart in principe door verloop van drie jaren na de aanvang van de dag, volgende op de dag dat de betreffende zorg is geleverd;
- b. Om te voorkomen dat uw vordering op Zorg en Zekerheid verjaart, moet u Zorg en Zekerheid binnen de verjaringstermijn schriftelijk mededelen dat u uitdrukkelijk aanspraak maakt op uitkering. Ook het instellen van een rechtsvordering tegen de afwijzing voorkomt dat uw vordering op Zorg en Zekerheid verjaart.

## Artikel 31 Onwaarachtige weergave van feiten

Verlies van uitkering en einde verzekeringsovereenkomst:

- a. Iedere aanspraak op zorg dan wel vergoeding van kosten vervalt als door of namens verzekeringnemer en/of verzekerde wordt gefraudeerd dan wel opzettelijk enige verkeerde voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn overlegd of opzettelijk enige onjuiste opgave is gedaan;
- b. Zorg en Zekerheid vordert alle reeds uitgekeerde kosten per datum dat sprake is van handelingen als bedoeld onder a. bij verzekeringnemer terug;
- c. Zorg en Zekerheid heeft het recht per datum dat sprake is van handelingen als bedoeld onder a., de verzekeringsovereenkomst te beëindigen;
- d. Als Zorg en Zekerheid voor de vaststelling van handelingen als bedoeld onder a, onderzoekskosten maakt, worden deze kosten op de verzekeringnemer verhaald;
- e. Fraudeonderzoek vindt plaats conform het Protocol Verzekeraars en Criminaliteit en hetgeen daarover bij of krachtens de Zorgverzekeringwet is bepaald. Bij vastgestelde fraude zal Zorg en Zekerheid de verzekeringnemer en/of verzekerde registreren in het Extern Verwijzingsregister. Bij vastgestelde fraude of een sterk vermoeden van fraude kan aangifte worden gedaan bij de politie.

## Artikel 32 Onrechtmatige inschrijving

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

## Artikel 33 Premie

### 33.1 Grondslag van de premie

De grondslag van de premie is de premie van een individueel verzekerde met een verplicht eigen risico en een vrijwillig gekozen eigen risico van € 0,00 en een betaling per maand. Zie voor de grondslag van de premie uw polisblad van het desbetreffende jaar.

### 33.2 Berekening van de premie

Grondslag van de premie	
Korting vrijwillig gekozen eigen risico	-
Korting collectiviteit (% van de grondslag van de premie)	-
Tussenresultaat (te betalen premie)	

Korting betaaltermijnen (% tussen resultaat)	-
Te betalen premie	

### 33.3 Korting op de premie voor vrijwillig gekozen eigen risico

U heeft de keuze uit een jaarlijks vrijwillig gekozen eigen risico van € 0,00, € 100,00, € 200,00, € 300,00, € 400,00 en € 500,00. Dit eigen risico geldt per individuele verzekerde van 18 jaar en ouder. Kinderen tot 18 jaar hebben bij de wet een eigen risico van € 0,00. Voor de korting met betrekking tot het eigen risico kunt u de offertemodule op [zorgzekerheid.nl](http://zorgzekerheid.nl) raadplegen.

Toetreding tot een collectiviteit kan, gelet op de daaraan gestelde eisen, tot gevolg hebben dat bovenstaande keuze voor een jaarlijks vrijwillig gekozen eigen risico wordt beperkt of zelfs is uitgesloten. Dit kan op haar beurt weer tot gevolg hebben, dat bij toetreding tot een collectiviteit gedurende het kalenderjaar uw eerder gekozen vrijwillig eigen risico op dat moment wordt aangepast. Aanpassing van het gekozen vrijwillig eigen risico gedurende het kalenderjaar is voor het overige niet mogelijk, behoudens de situatie zoals opgenomen in artikel 34.2.

### 33.4 Korting op de premie voor collectiviteiten

Collectiviteiten hebben de mogelijkheid tot het aanvragen van een korting. De maximale korting is 10% van de grondslag van de premie.

### 33.5 Korting op de premie voor vooruitbetaling

Bij vooruitbetaling van de premie per halfjaar of jaar krijgt u respectievelijk 1% of 2% korting over de verschuldigde premie inclusief het vrijwillig gekozen eigen risico.

### 33.6 Premiebetaling

- a. De verzekeringnemer is verplicht de premie en de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen, op de overeengekomen wijze, dat wil zeggen per maand, kwartaal, halfjaar of jaar, bij vooruitbetaling te voldoen;
- b. Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand is Zorg en Zekerheid gerechtigd de premie met ingang van de eerste van de daarop volgende maand te (her) berekenen c.q. te restitueren;
- c. Het is verzekeringnemer/verzekerde niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met de van Zorg en Zekerheid te vorderen vergoeding;
- d. In geval van overlijden van de verzekerde vindt verrekening c.q. restitutie van de premie plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum.

### 33.7 Betalingsachterstand

- a. Als de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen en kosten kan Zorg en Zekerheid na de premievervaldag de verzekeringnemer schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen, te rekenen vanaf de dag na de aanmaning, onder de mededeling dat bij niet voldoening binnen de gestelde termijn de dekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de vervaldag van de premie. De verzekeringnemer blijft verplicht de premie te voldoen;
- b. Uiterlijk 10 werkdagen nadat ten aanzien van de zorgverzekering een achterstand in de betaling van de premie ter hoogte van twee maandpremies is geconstateerd, doet Zorg en Zekerheid de verzekeringnemer een aanbod tot het treffen van een betalingsregeling (artikel 18a.lid 1 Zvw). Het aanbod bestaat in ieder geval uit de in artikel 18a, tweede lid, Zvw opgenomen elementen (artikel 18a. lid 2 Zvw);
- c. Zo spoedig mogelijk nadat de premieachterstand vier maandpremies is gaan bedragen (rente en incassokosten buiten beschouwing latend) deelt Zorg en Zekerheid de verzekeringnemer en de verzekerde

- mede dat zij voornemens is over te gaan tot melding, zoals bedoeld in artikel 18a. Zvw, zodra de premieachterstand zes maanden bedraagt, tenzij de verzekeringnemer of de verzekerde met uiterlijk vier weken na ontvangst van de mededeling laat weten de premieachterstand of de hoogte er van te betwisten (artikel 18b. lid 1 Zvw);
- d. Als Zorg en Zekerheid haar standpunt op de betwisting handhaaft, kan de verzekerde of verzekeringnemer binnen een termijn van vier weken na ontvangst van die mededeling een geschil hierover voorleggen aan de SKGZ of de burgerlijke rechter (artikel 18b.2 Zvw). Als een betalingsregeling als bedoeld in artikel 18a Zvw ingaat, nadat ten aanzien van de zorgverzekering een achterstand in de betaling van de premie van vier maanden is ontstaan, laat de zorgverzekeraar de in artikel 18b eerste lid bedoelde melding achterwege, zolang de nieuw te vervallen termijnen worden voldaan (zie artikel 18b, derde lid, Zvw);
- e. Als een premieachterstand (zonder incassokosten en rente) is ontstaan van zes maanden meldt Zorg en Zekerheid dit, onder vermelding van de voor de heffing van de bestuursrechtelijke premie alsmede voor de uitvoering van artikel 34a Zvw noodzakelijke persoonsgegevens van de verzekeringnemer en de verzekerde, aan het Zorginstituut Nederland, de verzekeringnemer en de verzekerde (artikel 18c. lid 1 Zvw). De melding geschiedt niet als:
- de premieachterstand tijdig is betwist en de zorgverzekeraar zijn standpunt nog niet aan de verzekeringnemer kenbaar heeft gemaakt;
  - gedurende de in artikel 18b, tweede lid, Zvw genoemde termijn;
  - in geval van tijdige voorlegging van het geschil aan de SKGZ of de burgerlijke rechter, zolang op het geschil niet onherroepelijk is beslist;
  - Als de verzekeringnemer zich heeft gemeld bij een schuldhulpverlener en aantoont dat hij in het kader daarvan een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van zijn schulden heeft gesloten (Zie artikel 18c, tweede lid, Zvw).
- f. Zorg en Zekerheid stelt het Zorginstituut Nederland, de verzekeringnemer en de verzekerde onverwijld op de hoogte van de datum waarop:
1. De uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden zijn of zullen zijn afgelost of tenietgaan;
  2. De schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, als bedoeld in de Faillissementswet, op de verzekeringnemer van toepassing wordt;
  3. Door tussenkomst van een schuldhulpverlener als bedoeld in artikel 48 Wet op het consumentenkrediet een overeenkomst als bedoeld in artikel 18c, tweede lid, onderdeel d, is gesloten of een schuldregeling tot stand is gekomen waarin, naast de verzekeringnemer, tenminste zijn zorgverzekeraar deelneemt (artikel 18d. lid 3 Zvw);
- g. Als Zorg en Zekerheid maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer. De buitengerechtelijke kosten worden tenminste gesteld op een minimum bedrag van € 15,00. De buitengerechtelijke kosten zijn verschuldigd vanaf het moment waarop degene die de premie is verschuldigd, in gebreke is;
- h. De dekking wordt eerst weer van kracht op de dag volgend op die, waarop het verschuldigde bedrag en de kosten door Zorg en Zekerheid zijn ontvangen.

### 33.8 Betaling verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico

- a. Met inachtneming van hetgeen is bepaald in artikel 3 en 4 komt het eigen risico per kalenderjaar voor rekening van de verzekeringnemer/verzekerde;
- b. Als Zorg en Zekerheid de op grond van deze polis gedekte kosten rechtstreeks heeft vergoed aan een zorgverlener of instelling en hierop nog een eigen risico van toepassing is dan moet de verzekeringnemer/verzekerde het opgelegde eigen risico terugbetalen bij het eerste schriftelijke verzoek van Zorg en Zekerheid;
- c. Als de verzekeringnemer/verzekerde niet tijdig voldoet aan deze verplichting gelden de volgende bepalingen:
1. Zorg en Zekerheid kan schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 30 dagen met de mededeling dat bij niet voldoening binnen de gestelde termijn de dekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden vanaf de 31ste dag na de aanmaning. U blijft verplicht de betaling van het opgelegde eigen risico te voldoen;
  2. Aanspraken op vergoedingen en/of verstrekkingen herleven weer op de dag volgend op die waarop het verschuldigde bedrag inclusief de kosten door Zorg en Zekerheid is ontvangen. Bij beëindiging van de verzekering zal invordering onmiddellijk plaatsvinden;
  3. Als Zorg en Zekerheid maatregelen treft tot incasso van haar vordering komen de daaruit voortvloeiende kosten, zowel in als buiten rechte, voor rekening van degene die het eigen risico verschuldigd is. De buitengerechtelijke kosten worden ten minste gesteld op een minimum bedrag van € 15,00. De buitengerechtelijke kosten zijn verschuldigd vanaf het moment waarop degene die het eigen risico verschuldigd is, in gebreke is.

## Artikel 34 Kennisgeving relevante gebeurtenissen

### 34.1 Kennisgeving

- a. De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht ervoor te zorgen dat iedere wijziging die invloed kan hebben op de rechten en plichten die uit de verzekeringsovereenkomst voortvloeit zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 30 dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk aan Zorg en Zekerheid wordt meegedeeld. Dergelijke wijzigingen zijn onder meer:
- vervallen van de wettelijke verzekeringsplicht;
  - adreswijziging;
  - echtscheiding, einde duurzaam samenwonen of einde geregistreerd partnerschap;
  - overlijden;
  - geboorte;
  - wijziging IBAN;
  - aanvang en einde detentie;
  - aanvang en einde postadres;
  - wijziging huisarts.
- Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn laatst bekende adres worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.
- b. Wanneer de wijziging niet binnen 30 dagen aan Zorg en Zekerheid is gemeld, gaat de wijziging pas in per de meldingsdatum en niet met terugwerkende kracht op de wijzigingsdatum. Wanneer een geboorte niet binnen vier maanden aan Zorg en Zekerheid is gemeld, gaat de verzekering pas in per meldingsdatum en niet met terugwerkende kracht vanaf de geboortedatum.

### 34.2 Bereiken van de 18-jarige leeftijd door een verzekerde

Zorg en Zekerheid benadert de verzekerde dan wel zijn verzekeringnemer tenminste 4 weken voor de eerste van de maand volgend op de kalendermaand waarin de verzekerde de leeftijd van 18 jaar bereikt met de vraag voor welk vrijwillig gekozen eigen risico wordt gekozen in relatie tot de vanaf dat moment verschuldigde premie. Als de verzekeringnemer dan wel de verzekerde zijn keuze niet schriftelijk aan Zorg en Zekerheid kenbaar maakt binnen de in de mededeling genoemde termijn, wordt een premie berekend, overeenkomend met het vrijwillig gekozen eigen risico van de verzekeringnemer. De verzekerde is echter geen premie verschuldigd tot de eerste dag van de kalendermaand waarin verzekerde de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt, zie art. 1.7.

## Artikel 35 Herziening van premie of voorwaarden

- a. Zorg en Zekerheid heeft het recht de voorwaarden en/of de grondslag van de premie van de bij Zorg en Zekerheid lopende verzekering en bloc dan wel groepsgewijs te wijzigen. Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere verzekering op een door Zorg en Zekerheid vast te stellen datum, doch tenminste zes weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer/verzekerde is meegedeeld. Zorg en Zekerheid maakt, eventueel op premienota's, de wijzigingen bekend;
- b. De verzekeringnemer/verzekerde die zich met de gewijzigde voorwaarden en of wijziging premiegrondslag niet kan verenigen, kan door opzegging de verzekering beëindigen. De verzekeringnemer/verzekerde moet dit verzoek tot beëindiging van de verzekering schriftelijk en aangetekend bij Zorg en Zekerheid indienen binnen zes weken nadat de wijziging door Zorg en Zekerheid bekend is gemaakt. Zorg en Zekerheid beëindigt de verzekering met ingang van de datum van de wijziging met restitutie van de reeds voldane vooruitbetaalde premie;
- c. Heeft Zorg en Zekerheid voor de dag van inwerkingtreding van de gewijzigde voorwaarden en of wijziging premiegrondslag geen schriftelijk verzoek tot beëindiging van de verzekering van de verzekeringnemer/verzekerde ontvangen dan wordt de verzekering gecontinueerd op de nieuwe voorwaarden;
- d. De mogelijkheid tot tussentijdse opzegging van de verzekering is niet van toepassing bij een herziening van de voorwaarden en/of premie, die voortvloeit uit wettelijke regelingen of bepalingen (artikelen 11 tot en met 14a uit de Zorgverzekeringswet), daaronder begrepen een wijziging van de omvang van de zorg waarop krachtens de Wlz-aanspraak bestaat.

## Artikel 36 Begin en einde van de verzekering

- a. Begin van de verzekering:
1. De verzekering gaat in principe in op de dag waarop Zorg en Zekerheid het volledig ingevulde aanvraagformulier van de verzekeringnemer heeft ontvangen;
  2. Als Zorg en Zekerheid op basis van de gegevens op het aanvraagformulier niet kan vaststellen of zij verplicht is voor de te verzekeren persoon een verzekering te sluiten en zij in verband daarmee nadere informatie heeft opgevraagd, gaat de verzekering in op de dag waarop de laatst bedoelde persoon de benodigde informatie heeft verschaft;



3. Als de zorgverzekering ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, werkt deze, zonodig in afwijking van artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek, terug tot en met de dag waarop de plicht ontstond;
  4. Als de zorgverzekering ingaat binnen één maand nadat een eerdere zorgverzekering met ingang van 1 januari van een kalenderjaar of wegens wijziging van de voorwaarden en/of wijziging van de grondslag van de premie, met toepassing van artikel 7:940 lid 4 van het Burgerlijk Wetboek, is geëindigd door opzegging werkt deze zorgverzekering terug tot en met de dag waarop de eerdere zorgverzekering is geëindigd;
  5. Als degene voor wie de zorgverzekering wordt gesloten op de dag waarop Zorg en Zekerheid het verzoek, bedoeld in lid 1 a, daarvoor ontvangt al op grond van een zorgverzekering is verzekerd, en de verzekeringnemer aangeeft de zorgverzekering te willen laten ingaan op een door hem aangegeven, latere dag dan de dag, bedoeld in lid 1 a of 1 b, gaat de verzekering op die latere datum in.
- b. De verzekering gaat in op de datum die op het originele polisblad/bewijs van inschrijving als ingangsdatum is vermeld. U (verzekeringnemer) mag uw zorgverzekering elk jaar uiterlijk 31 december opzeggen. Als u tijdig opzegt, eindigt uw verzekering per 1 januari daaropvolgend. Zegt u de zorgverzekering niet op, dan verlengen wij de zorgverzekering stilzwijgend, steeds voor de duur van één jaar. Het opzeggen kan plaatsvinden:
    1. door uzelf (verzekeringnemer). U moet dan uiterlijk 31 december schriftelijk opzeggen;
    2. door gebruik te maken van de opzegservice. Verzekeraars hebben een overstapservice in het leven geroepen. Deze houdt in dat als u uiterlijk 31 december een zorgverzekering afsluit voor het daaropvolgende kalenderjaar, de nieuwe zorgverzekeraar namens u bij ons de zorgverzekering opzegt.
  - c. Nadat Zorg en Zekerheid de verzekeringnemer heeft aangemaand tot betaling van één of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie, kan de verzekeringnemer gedurende de tijd dat de verschuldigde premie en incassokosten niet zijn voldaan, de zorgverzekering niet opzeggen, tenzij Zorg en Zekerheid de dekking van de zorgverzekering heeft geschorst. Het voorgaande leidt tot uitzondering als Zorg en Zekerheid de verzekeringnemer binnen twee weken te kennen geeft de opzegging te bevestigen.
  - d. Nadrukkelijk wordt bepaald, dat Zorg en Zekerheid niet het recht heeft de verzekering te beëindigen, behoudens na:
    1. schorsing van de dekking als bedoeld in artikel 33.7. Aan een beëindiging op deze grond wordt geen terugwerkende kracht verleend;
    2. onwaarachtige weergave van feiten als bedoeld in artikel 31.
  - e. De verzekering eindigt ingeval van overlijden van de verzekerde. Zorg en Zekerheid moet binnen 30 dagen na de datum van overlijden hiervan in kennis te worden gesteld.
  - f. De verzekering eindigt voor elke verzekerde op het tijdstip waarop deze niet meer verzekerd is op basis van de Wlz of militair in werkelijke dienst wordt. U dient dit zelf aan te geven.
  - g. De zorgverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag volgende op de dag waarop Zorg en Zekerheid ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden. Zorg en Zekerheid stelt de verzekeringnemer uiterlijk twee maanden voordat een zorgverzekering op deze grond eindigt, van dit einde op de hoogte, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt.
  - h. Als de verzekeringnemer een andere is dan de verzekerde kan de verzekeringnemer Zorg en Zekerheid schriftelijk verzoeken om beëindiging van de verzekering van de verzekerde als de verzekerde zich intussen elders op grond van de Zorgverzekeringswet heeft verzekerd. Zorg en Zekerheid eindigt de verzekering, en wel met ingang van de eerste dag van de tweede kalendermaand, volgend op die waarop het verzoek daartoe door Zorg en Zekerheid wordt ontvangen. De verzekeringnemer dient daartoe bewijsstukken, waaruit blijkt dat verzekerde elders op grond van de Zorgverzekeringswet is verzekerd, te overleggen.
  - i. Als het schriftelijke verzoek tot opzegging inclusief de benodigde bewijsstukken, als bedoeld in het voorgaande lid, wordt ontvangen voorafgaand aan de dag waarop de verzekerde krachtens een andere zorgverzekering verzekerd wordt, wordt de verzekering bij Zorg en Zekerheid beëindigd met ingang van de dag waarop de nieuwe verzekering ingaat.
  - j. Als de verzekerde op grond van artikel 9d eerste lid van de Zorgverzekeringswet is verzekerd kan deze de zorgverzekering gedurende een periode van twee weken, te rekenen vanaf de datum waarop het Zorginstituut Nederland hem daarvan mededeling heeft gedaan, vernietigen als de verzekerde aan het Zorginstituut Nederland en de zorgverzekeraar aantoont in de periode bedoeld in artikel 9d eerste lid van de Zorgverzekeringswet reeds bij een andere zorgverzekeraar verzekerd is.
  - k. In afwijking van artikel 931 boek 7 van het Burgerlijk Wetboek is Zorg en Zekerheid bevoegd een met Zorg en Zekerheid gesloten verzekeringsovereenkomst wegens dwaling te vernietigen. Als achteraf blijkt dat degene die het Zorginstituut Nederland bij Zorg en Zekerheid verzekerde op dat moment niet verzekeringsplichtig was.
  - l. Zo nodig in afwijking van artikel 7 van de Zorgverzekeringswet kan, tenzij het vierde lid van dat artikel van toepassing is, een verzekeringnemer een zorgverzekering als bedoeld in het eerste lid van artikel 9d van de Zorgverzekeringswet niet opzeggen gedurende de eerste twaalf maanden waarover deze loopt.

## Artikel 37 Geschillen

Op deze verzekering is uitsluitend het Nederlands recht van toepassing; Wanneer u het niet eens bent met een beslissing met betrekking tot de uitvoering van deze verzekering kunt schriftelijk, binnen 8 weken nadat de beslissing aan u is meegedeeld, een klacht indienen bij:

**Zorg en Zekerheid**  
**T.a.v. de Klachtencommissie**  
**Antwoordnummer 12030**  
**2300 VC LEIDEN**

Als u het niet eens bent met de beslissing die Zorg en Zekerheid heeft genomen over uw klacht of u heeft binnen 12 weken na het indienen van de klacht geen reactie ontvangen, heeft u de mogelijkheid zich te wenden tot:

**Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen**  
**T.a.v. de Ombudsman Zorgverzekeringen**  
**Postbus 291**  
**3700 AG ZEIST**

In afwijking van het voorgaande lid kan de verzekeringnemer of de verzekerde het geschil voorleggen aan de burgerlijke rechter.

Als u een klacht heeft over de Zorg en Zekerheid gehanteerde formulieren kunt u deze voorleggen aan de NZa. De klacht moet betrekking hebben op formulieren die naar uw oordeel overbodig of te ingewikkeld zijn. De uitspraak van de NZa is aan te merken als een bindend advies.

**NZa**  
**Postbus 3017**  
**3502 GA UTRECHT**

**Slotbepaling**  
 De Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de regeling zorgverzekering zijn van doorslaggevend belang bij interpretatieverschillen ten aanzien van deze verzekeringsovereenkomst. In gevallen die niet in deze verzekeringsovereenkomst zijn geregeld, beslist het bestuur van Zorg en Zekerheid. Aldus door de Ledenraad vastgesteld op 10 november 2016 met ingang van 1 januari 2017.

**Centrum voor medisch specialistische zorg**

Een instelling voor medisch specialistische zorg, die als zodanig conform de bij of krachtens de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZI) gestelde regels is toegelaten.

**Chiropractor**

Een chiropractor die is geregistreerd als beroepsbeoefenaar in de chiropractie en die een opleiding op academisch niveau (erkend 'college of chiropractic') heeft afgerond. Een lijst van registers en goedgekeurde beroepsverenigingen vindt u op [zorgzekerheid.nl/zorgzoeker](http://zorgzekerheid.nl/zorgzoeker).

**Chronische aandoening fysiotherapie en/ of oefentherapie**

Een aandoening die is opgenomen in, de op de dag waarop de gedeclareerde prestatie is geleverd geldende, Bijlage I van het Besluit zorgverzekering. U vindt de lijst op [zorgzekerheid.nl/zorgzoeker](http://zorgzekerheid.nl/zorgzoeker).

**Collectiviteit**

Een groep van personen, wiens belangen wordt behartigd door een werkgever of een rechtspersoon niet zijnde een werkgever, op grond van een overeenkomst tussen Zorg en Zekerheid en die werkgever of rechtspersoon.

**Cranio Sacraal therapeut**

Dit is een minimaal op hbo-niveau in de gezondheidszorg opgeleide behandelaar (niet-zijnde de eigen huisarts) die voldoet aan de vooropleidingseisen en kwaliteitscriteria zoals die door de RCN (Register Cranio Sacraal therapie Nederland) zijn gesteld. Een lijst van registers en goedgekeurde beroepsverenigingen vindt u op [zorgzekerheid.nl/zorgzoeker](http://zorgzekerheid.nl/zorgzoeker).

**Dagbehandeling**

Behandeling in een instelling met opname en ontslag op dezelfde dag.

**DOT (Diagnose Behandeling Combinatie op weg naar Transparantie) en DBC-zorgproduct**

DOT is het declaratiesysteem voor ziekenhuizen, dat op 1 januari 2012 in werking is getreden. De eenheden waarin wordt gedeclareerd worden DBC-zorgproducten genoemd. Deze DBC-zorgproducten zijn door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vastgesteld. Een DBC-zorgproduct vangt aan op het moment dat de verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag bij de medisch specialist en wordt afgesloten na een vast aantal dagen. Met betrekking tot de tarieven van zorgproducten is er een onderscheid in drie segmenten: een vast segment met vaste tarieven, een gereguleerd segment met maximum tarieven en een vrij onderhandelbaar segment waarbinnen de verzekeraars afspraken maken met de ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra en vrijgevestigde extramuraal specialisten over de in rekening te brengen tarieven.

**Diagnose Behandeling Combinatie in de GGZ (DBC)**

Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, die door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg en specialistische GGZ (tweedelijnszorg). Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat de verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag bij de medisch specialist en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen.

**Dienstenstructuur**

Een rechtspersoonlijkheid bezittend organisatorisch verband van huisartsen dat is opgericht om gedurende de avond, de nacht en het weekeinde huisartsenzorg te verlenen en beschikt over een rechtsgeldig tarief.

**Diëtist**

Een diëtist die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut', als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG.

**Drogisterijmiddel**

Geneesmiddel dat zonder recept verkrijgbaar is bij apotheek of drogist maar geen homeopathisch geneesmiddel is. Bepalend is de lijst van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) die van kracht is op het moment van levering. Ook wel zelfzorgmiddel genoemd.

**DSM IV-TR**

Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders: het internationale classificatiesysteem voor geestelijke gezondheidszorg. De DSM noemt de criteria die als richtlijn dienen bij het vaststellen van een psychische stoornis. IV-TR is de aanduiding voor de tekstrevisie van de vierde herziene versie van de DSM.

**Eigen bijdrage**

Deel van de kosten van zorg of overige diensten waarvoor wettelijk is bepaald dat dit voor rekening van de verzekerde komt. De eigen bijdrage kan een vast bedrag per behandeling zijn of een bepaald percentage van de kosten van de zorg. Een eigen bijdrage is iets anders dan een eigen risico. Eigen risico en eigen bijdrage kunnen naast elkaar van toepassing zijn op de verzekerde zorg.

**Ergotherapeut**

Een ergotherapeut die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut', als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG.

**EU- en EER-staat**

Hieronder worden behalve Nederland, de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (Griekenland), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. De EER-landen (staten die partij zijn bij de 'Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte') zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

**Farmaceutische zorg**

Farmaceutische zorg omvat advies of begeleiding ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van UR-geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet of de terhandstelling van die geneesmiddelen, of farmaceutische zorg waarop de Wet inzake Bloedvoorziening van toepassing is.

**Fleboloog/proctoloog**

Een arts die voldoet aan de kwaliteitscriteria zoals gehanteerd door bijvoorbeeld de Benelux Vereniging voor Flebologie.

**Fraude**

Onder fraude wordt in ieder geval verstaan: het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering, bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van (zorg) verzekering, gericht op het verkrijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat, of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendzelen.

**Fysiotherapeut**

Een fysiotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnastmasseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

**Geboortecentrum**

Een voorziening waarin natale en postnatale zorg onder inhoudelijke regie van eerstelijns verloskundigen wordt geleverd. Een eerstelijns geboortecentrum wordt gekenmerkt door eigen huisvesting met een herkenbare fysiologische uitstraling en met een directe en droge verbinding naar het ziekenhuis. Het kan een alternatief bieden voor de niet medisch geïndiceerde poliklinische bevalling.

**Gebruikelijke zorg**

Zorg en diensten waarvan de inhoud en omvang mede wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van deze maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

**Gecontracteerde zorg**

De zorg die Zorg en Zekerheid op basis van een zorgverzekeringlaet verlenen op basis van een tussen Zorg en Zekerheid en de zorgverlener of zorginstelling gesloten overeenkomst.

**Generalistische Basis GGZ**

De zorg in het kader van de Basis GGZ omvat in elk geval de eerstelijns psychologische zorg en een deel van de populatie uit de huidige gespecialiseerde GGZ. De generalistische Basis GGZ wordt op basis van bijbehorende patiëntprofielen onderverdeeld in vier prestaties:

- Kort (BK);
- Basis GGZ Middel (BM);
- Basis GGZ Intensief (BI);
- Basis GGZ Chronisch (BC).

**Geriatric fysiotherapeut**

Een fysiotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die als geriatric fysiotherapeut is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) Fysiotherapie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) of het Keurmerk Fysiotherapie.

**Geriatric revalidatie**

Geriatric revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van de verzekerde dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is.

Indien Zorg en Zekerheid voor de vaststelling van verzwijging onderzoekskosten maakt, worden deze kosten op de verzekeringnemer verhaald.

#### 2.6 Persoonsregistratie

- De bij de aanvraag, wijziging of beëindiging van de verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens worden opgenomen in de door Zorg en Zekerheid gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is de Wet Bescherming Persoonsgegevens en de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing;
- Zorg en Zekerheid verstrekt in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst informatie aan zorgverleners of zorginstellingen omtrent uw verzekeringsstatus. Zorg en Zekerheid behoudt zich in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst het recht voor persoonsgegevens aan derden te verstrekken, met inachtneming van de Wet Bescherming Persoonsgegevens. Indien u niet wenst dat uw adres daarbij getoond wordt, kunt u dit schriftelijk doorgeven aan Zorg en Zekerheid;
- In het kader van een verantwoord acceptatie-, risico- en fraudebeleid voert Zorg en Zekerheid conform de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars een Gebeurtenissenadministratie. Conform het Protocol Incidentenwaarschuwing Financiële Instellingen wordt een Incidentenregister gevoerd en kunnen wij uw gegevens raadplegen bij en/of vastleggen in het Extern Verwijzingsregister dat beheerd wordt door de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in Den Haag.

### 3 Aanvang en beëindiging van de verzekering

#### 3.1 Ingang verzekering

- De verzekering gaat in op de eerste van de maand volgend op die waarin het verzoek tot aanvraag voor de verzekering bij Zorg en Zekerheid is binnengekomen, dit geldt voor inschrijvingen voor kinderen, wijzigingen bij verzekerden die 18 jaar worden en verzekerden die uit een collectiviteit komen;
- Pasgeborenen worden ingeschreven per de geboortedatum, indien de pasgeborene(n) binnen 4 maanden na de geboorte is/zijn aangemeld. Bij aanmelding buiten deze 4 maanden termijn geldt dat de inschrijving ingaat op de ontvangstdatum van de aanvraag voor de verzekering;
- Als Zorg en Zekerheid voor het afhandelen van de aanvraag voor de verzekering nadere informatie heeft opgevraagd, gaat de verzekering in op de eerste van de maand volgend op die waarin de benodigde informatie bij Zorg en Zekerheid is binnengekomen;
- Als u geen aanvullende verzekering heeft en/of naar een hogere of lagere aanvullende verzekering wenst te gaan (m.u.v. het genoemde onder 3.1.a) gaat de verzekering niet eerder in dan per 1 januari van het daaropvolgende kalenderjaar;
- Als u in verband met zwangerschap kiest voor de AV-GeZZin gedurende het jaar, dan is een voorwaarde dat u bij Zorg en Zekerheid al ingeschreven staat op een aanvullende verzekering.

#### 3.2 Termijn

- De verzekering gaat in op de datum die op het originele/gewijzigde polisblad als ingangsdatum is vermeld. U (verzekeringnemer) mag uw zorgverzekering elk jaar uiterlijk 31 december opzeggen. Als u tijdig opzegt, eindigt uw verzekering per 1 januari daaropvolgend. Zegt u de aanvullende verzekering niet op, dan verlengen wij de aanvullende verzekering stilzwijgend, steeds voor de duur van één jaar. Het opzeggen kan plaatsvinden:
  - door uzelf (verzekeringnemer/verzekerde). U moet dan uiterlijk 31 december schriftelijk, telefonisch of per email opzeggen;
  - door gebruik te maken van de opzegservice. Verzekeraars hebben een overstapservice in het leven geroepen. Deze houdt in dat als u uiterlijk 31 december een zorgverzekering afsluit voor het daaropvolgende kalenderjaar, de nieuwe zorgverzekeraar namens u bij ons de zorgverzekering opzegt. Als u niet van deze service gebruik wilt maken, moet u dat kenbaar maken op het in te vullen aanvraagformulier van uw nieuwe zorgverzekeraar.
- Als de verzekering ingaat op een andere datum dan 1 januari, wordt de verzekering afgesloten voor de resterende duur van het lopende kalenderjaar.

#### 3.3 Beëindiging

- De verzekering eindigt:
  - na afloop van de overeengekomen termijn indien de verzekeringnemer vóór 1 januari enig jaar schriftelijk, telefonisch of per email opzegt;
  - op het tijdstip waarop de verzekerde niet langer zijn vaste woonplaats heeft in Nederland of een ander EU/EER-land;
  - bij overlijden van verzekeringnemer of verzekerde;
  - bij opzegging door de verzekerde wegens wijziging van de verzekeringsvoorwaarden, verzekeringspakket en/of de premie, zoals bedoeld in 7.1 en wel op de wijze als in 7.3 is bepaald.
- De verzekering kan door Zorg en Zekerheid worden beëindigd:
  - door middel van schriftelijke opzegging en met ingang van een door Zorg en Zekerheid te bepalen tijdstip in geval van:
    - Onjuiste opgave of verzwijging als bedoeld in 2.5;

- Niet tijdige betaling als bedoeld in 6.1.g onder 1;
  - (Poging tot) oplichting, bedrog, het opzettelijk doen van onjuiste mededeling(en) en/of andere ernstige misdadingen door de verzekerde.
- indien niet meer wordt voldaan aan de voorwaarden voor inschrijving als bedoeld in 2.2;
  - door opzegging van dan wel ontzetting uit het lidmaatschap door het Bestuur van Zorg en Zekerheid en wel op de dag dat het lidmaatschap deswege eindigt.

#### 3.4 Onwaarachtige weergave van feiten

Verlies van uitkering en einde verzekeringsovereenkomst:

- Iedere aanspraak op vergoedingen en/of verstrekkingen vervalt als door of namens verzekeringnemer/verzekerde wordt gefraudeerd dan wel opzettelijk enige verkeerde voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn overlegd of opzettelijk enige onjuiste opgave is gedaan;
- Zorg en Zekerheid vordert alle reeds uitgekeerde kosten per datum dat sprake is van handelingen als bedoeld onder a. bij verzekeringnemer terug;
- Zorg en Zekerheid heeft het recht per datum dat sprake is van handelingen als bedoeld onder a. de verzekeringsovereenkomst te beëindigen;
- Indien Zorg en Zekerheid voor de vaststelling van handelingen als bedoeld onder a onderzoekskosten maakt, worden deze kosten op de verzekeringnemer verhaald;
- Fraudeonderzoek vindt plaats conform het Protocol Verzekeraars en Criminaliteit en hetgeen daarover bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald. Bij vastgestelde fraude zal Zorg en Zekerheid de verzekeringnemer/verzekerde registreren in het Extern Verwijzingsregister. Bij vastgestelde fraude of een sterk vermoeden van fraude kan aangifte worden gedaan bij de politie.

### 4 Verplichtingen verzekeringnemer/verzekerde

#### 4.1 Verplichtingen

- De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht ervoor te zorgen dat iedere wijziging die invloed kan hebben op de rechten en plichten die uit de verzekeringsovereenkomst voortvloeien zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 30 dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk, telefonisch of per email aan Zorg en Zekerheid wordt meegedeeld. Dergelijke wijzigingen zijn onder meer:
  - adreswijziging;
  - huwelijk, aangaan van een samenlevingsverband;
  - geboorte (binnen 4 maanden) en overlijden;
  - aanvang detentie en einde detentie;
  - wijziging IBAN;
  - scheiding.
- De verzekeringnemer/verzekerde moet erop toezien dat op het polisblad de noodzakelijke wijzigingen zijn aangebracht;
- De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht Zorg en Zekerheid te informeren omtrent feiten die met zich mee kunnen brengen dat kosten verhaald kunnen worden op (mogelijke) aansprakelijke derden en verstrekt Zorg en Zekerheid kosteloos in dat verband alle benodigde inlichtingen en/of medewerking;
- Het is de verzekeringnemer/verzekerde niet toegestaan om, zonder schriftelijke akkoordverklaring van Zorg en Zekerheid, een regeling te (laten) treffen met de aansprakelijke derde of diens verzekeraar met betrekking tot de kosten die door Zorg en Zekerheid zijn of worden vergoed;
- De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht de originele en duidelijk gespecificeerde nota's bij Zorg en Zekerheid in te dienen voor 31 december van het derde jaar volgend op het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden. Alleen originele nota's, of computernota's die gewaarmerkt zijn door de zorgverlener, worden in behandeling genomen;
- Alle gevolgen voortvloeiend uit het niet of niet tijdig nakomen van de genoemde verplichtingen zijn voor risico van de verzekeringnemer/verzekerde;
- De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht zich te onthouden van handelingen waar door Zorg en Zekerheid in haar belangen kan worden geschaad. Wanneer de belangen van Zorg en Zekerheid worden geschaad door het niet nakomen van de hiervoor vermelde verplichtingen behoeft Zorg en Zekerheid geen kosten te vergoeden. Wanneer er reeds tot vergoeding is overgegaan kan Zorg en Zekerheid deze vergoedingen terug vorderen;
- Kennisgevingen van Zorg en Zekerheid aan de verzekeringnemer, gericht aan diens laatst bekende adres, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt;
- Uw rechtsvordering, met betrekking tot het recht op vergoeding van zorgkosten, op Zorg en Zekerheid verjaart in principe door verloop van drie jaren na de aanvang van de dag, volgende op de dag dat de betreffende zorg is geleverd;
- Als Zorg en Zekerheid uw verzoek om vergoeding van zorgkosten geheel of gedeeltelijk afwijst, zal Zorg en Zekerheid u hiervan schriftelijk op de hoogte brengen. In geval van afwijzing verjaart uw rechtsvordering op Zorg en Zekerheid door verloop van zes maanden na dagtekening van de schriftelijke afwijzing;

### Ergotherapeut

Een ergotherapeut die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut', als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG.

### EU- en EER-staat

Hieronder worden behalve Nederland, de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (Griekenland), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. De EER-landen (staten die partij zijn bij de 'Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte') zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

### Farmaceutische zorg

Farmaceutische zorg omvat advies of begeleiding ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van UR-geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet of de terhandstelling van die geneesmiddelen, of farmaceutische zorg waarop de Wet inzake Bloedvoorziening van toepassing is.

### Fleboloog/proctoloog

Een arts die voldoet aan de kwaliteitscriteria zoals gehanteerd door bijvoorbeeld de Benelux Vereniging voor Flebologie.

### Fraude

Onder fraude wordt in ieder geval verstaan het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering, bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van (zorg) verzekering, gericht op het verkrijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat, of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendzelen.

### Fysiotherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnastmasseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

### Geboortecentrum

Een voorziening waarin natale en postnatale zorg onder inhoudelijke regie van eerstelijns verloskundigen wordt geleverd. Een eerstelijns geboortecentrum wordt gekenmerkt door eigen huisvesting met een herkenbare fysieke uitstraling en met een directe en droge verbinding naar het ziekenhuis. Het kan een alternatief bieden voor de niet medisch geïndiceerde poliklinische bevalling.

### Gebruikelijke zorg

Zorg en diensten waarvan de inhoud en omvang mede wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van deze maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

### Gecontracteerde zorg

De zorg die Zorg en Zekerheid op basis van een zorgverzekering laat verlenen op basis van een tussen Zorg en Zekerheid en de zorgverlener of zorginstelling gesloten overeenkomst.

### Generalistische Basis GGZ

Diagnostiek en behandeling van lichte tot matige, niet-complexe psychische problemen of stabiele chronische problematiek. De generalistische Basis GGZ wordt op basis van bijbehorende patiëntprofielen onderverdeeld in vier prestaties:

- a. Kort (BK);
- b. Basis GGZ Middel (BM);
- c. Basis GGZ Intensief (BI);
- d. Basis GGZ Chronisch (BC).

### Geriatric fysiotherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die als geriatric fysiotherapeut is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) Fysiotherapie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) of het Keurmerk Fysiotherapie.

### Geriatrische revalidatie

Geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van de verzekerde dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is.

2.1.3 Uw zorgverzekering gaat in met terugwerkende kracht tot en met de dag waarop de vorige zorgverzekering is geëindigd, onder voorwaarde dat de periode tussen de einddatum van de eerdere zorgverzekering en uw nieuwe zorgverzekering niet meer dan een maand bedraagt. De werking van terugwerkende kracht onder deze voorwaarde geldt alleen in de volgende gevallen:

- a. de vorige zorgverzekering is geëindigd door opzegging per 1 januari;
- b. door wijziging van de voorwaarden ten nadele van de verzekerde;
- c. door wijziging van de grondslag van de premie ten nadele van de verzekerde.

2.1.4 Als u al een andere zorgverzekering heeft op de dag zoals bedoeld in 2.1, dan gaat de zorgverzekering in op de door u aangegeven datum, mits deze in de toekomst ligt.

## 2.2 Wanneer kunt u uw verzekering opzeggen

Als verzekeringnemer kunt u de zorgverzekering schriftelijk opzeggen per 1 januari van ieder jaar. Wij moeten van u dan wel een opzegging hebben ontvangen uiterlijk 31 december van het voorgaande jaar. Ontvangen wij dit niet, dan verlengen wij de zorgverzekering(en) stilzwijgend met de duur van één jaar. Heeft u opgezegd uiterlijk 31 december dan eindigt de zorgverzekering per 1 januari van het daaropvolgend jaar en heeft u tot 1 februari de tijd om een andere zorgverzekering af te sluiten te kiezen. Deze nieuwe zorgverzekering gaat dan met terugwerkende kracht in vanaf 1 januari.

Opzeggen kan ook via de opzegservice van Nederlandse zorgverzekeraars. Dit houdt in dat u de zorgverzekeraar van uw nieuwe zorgverzekering toestemming geeft om uw huidige zorgverzekering(en) op te zeggen en bij de nieuwe zorgverzekeraar een zorgverzekering af te sluiten. Ook hier geldt dat u voor 31 december een ander zorgverzekering moet hebben aangevraagd.

### 2.2.1 Tussentijds uw verzekering opzeggen

U kunt als verzekeringnemer de zorgverzekering tussentijds schriftelijk opzeggen wanneer:

- a. u iemand anders dan uzelf heeft verzekerd en deze verzekerde een andere verzekering heeft afgesloten op grond van de Zorgverzekeringswet. Denk hierbij aan het bereiken van de 18 jarige leeftijd van uw kind. De huidige zorgverzekering moet dan wel binnen 30 dagen worden opgezegd.

#### Opzegging bij 18e verjaardag

Wordt uw kind 18 jaar? Dan kan u zijn of haar verzekering tussentijds opzeggen. Uw kind moet dan zelf een zorgverzekering afsluiten.

Als u de zorgverzekering opzegt en deze is door ons ontvangen voor de ingangsdatum van de nieuwe zorgverzekering, dan beëindigen wij de verzekering op de ingangsdatum van de nieuwe zorgverzekering. Ontvangen wij de opzegging later? Dan is de ingangsdatum de eerste dag van de tweede kalendermaand nadat wij de opzegging hebben ontvangen. U bent desgevraagd gehouden bewijsstukken te overleggen waaruit blijkt dat de verzekerde elders een zorgverzekering heeft;

- b. u geen gebruik meer kunt maken van de collectieve overeenkomst van uw werkgever vanwege een nieuw dienstverband en u kunt deelnemen aan een nieuwe collectieve overeenkomst bij uw nieuwe werkgever. U moet uw zorgverzekering dan wel opzeggen binnen 30 dagen na uw indiensttreding. U bent desgevraagd gehouden bewijsstukken te overleggen waaruit blijkt dat u van collectieve overeenkomst switcht;
- c. wij de premie- en/of voorwaarden aanpassen zoals beschreven in artikel 2.8.2;
- d. u van de zorgautoriteit een mededeling heeft ontvangen dat wij een aanwijzing van de zorgautoriteit hebben gekregen vanwege het niet voldoen aan, of een boete opgelegd hebben gekregen vanwege overtreding van, artikel 15f van de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg. U kunt alleen opzeggen binnen 6 weken nadat u een mededeling als bedoeld in dit artikel onder d ontvangen heeft. De opzegging gaat in op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de dag waarop u heeft opgezegd.

### 2.3 Wanneer kunt u de zorgverzekering niet opzeggen

Als wij u een aanmaning hebben gestuurd voor een betalingsachterstand van de verschuldigde premie, dan kunt u de zorgverzekering niet opzeggen gedurende de tijd dat de verschuldigde premie en eventuele incassokosten niet zijn voldaan. Dit kan wel als wij de dekking van de zorgverzekering hebben geschorst of binnen twee weken de opzegging hebben bevestigd.

### 2.4 Wanneer kunnen wij uw verzekering opzeggen

Wij kunnen uw zorgverzekering alleen beëindigen in de volgende situaties:

- a. als er sprake is van het niet op tijd betalen van de premie en eventuele incassokosten, zoals omschreven in artikel 3.6 'Achterstand in betalen';
- b. als er sprake is van fraude zoals omschreven in artikel 4.5.

Het Clausuleblad Terrorismedekking bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismede schade N.V. is op deze polis van toepassing. Het clausuleblad is gedeponeerd op 6 januari 2005 bij de Rechtbank Amsterdam onder nummer 6/2005 en op 17 januari 2005 onder nummer 27178761 bij de Kamer van Koophandel Amsterdam. Het clausuleblad is te raadplegen via [terrorismeverzekerd.nl](http://terrorismeverzekerd.nl) en [zorgzekerheid.nl](http://zorgzekerheid.nl). Ook kunt u voor deze informatie contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer (071) 5 825 825 of een bezoek brengen aan onze winkels.

#### 4.4 Hoe gaan wij om met uw persoonsgegevens

Voor het aangaan, aanpassen of beëindigen van uw zorgverzekering verstrekt u persoonsgegevens aan ons. Wij verzamelen en verwerken uw persoonsgegevens voor het aangaan en uitvoeren van uw zorgverzekering en eventueel aanvullende verzekering. Deze persoonsgegevens nemen wij op in onze persoonsregistratie. Op deze registratie zijn de vigerende privacyregelgeving en de voor ons geldende gedragscodes van toepassing.

Wat doen wij nog meer met uw persoonsgegevens? Wij:

- stellen uw gegevens beschikbaar aan de zorgverlener voor het controleren van uw verzekeringsstatus;
- gebruiken uw gegevens voor statistische analyse;
- gebruiken uw gegevens voor controles en/of onderzoek onder verzekerden en zorgverleners of deze zorg daadwerkelijk is geleverd en/of doelmatig is;
- kunnen voor de uitvoering van de zorgverzekering uw gegevens verstrekken aan derden, met in achtneming van de vigerende privacy regelgeving. Wanneer u dat wenst, vermelden wij daarbij niet uw adres. U kunt dit schriftelijk aan ons doorgeven;
- voeren in het kader van een verantwoord acceptatie-, risico- en fraudebeleid, conform de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars een Gebeurtenissenadministratie. Conform het Protocol Incidentenwaarschuwing Financiële Instellingen wordt een incidentenregister gevoerd en kunnen wij uw gegevens raadplegen bij en/of vastleggen in het Extern Verwijzingsregister dat beheerd wordt door de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in Den Haag.

#### 4.5 Hoe gaan wij om met fraude

Wanneer u of iemand namens u fraude pleegt, dan vervalt uw recht, en de vergoeding hiervan, op zorg. Wij vorderen alle eerder uitgekeerde kosten terug per de datum dat sprake is van fraude. Ook brengen wij kosten voor onderzoek naar fraude bij u in rekening.

Daarnaast hebben wij het recht uw lopende verzekeringsovereenkomst(en) bij Zorg en Zekerheid (zorgverzekering en/of aanvullende zorgverzekeringen) te beëindigen per de datum dat sprake is van fraude.

Bij fraude registreren wij u en/of de verzekerde in het Extern verwijzingsregister. Fraudeonderzoek vindt plaats conform het Protocol Verzekeraars en Criminaliteit. Bij fraude of een sterk vermoeden hiervan kunnen wij ook aangifte doen bij de politie.

#### 4.6 Klachten en geschillen

##### 4.6.1 Heeft u een klacht

Als u ontevreden bent met een beslissing van ons of met onze dienstverlening dan kunt u binnen 8 weken een klacht indienen. U kunt uw klacht eenvoudig bij ons indienen door het invullen van het online klachtenformulier op onze website [zorgzekerheid.nl/klacht](http://zorgzekerheid.nl/klacht). U kunt uw klacht ook schriftelijk voorleggen aan onze Klachtencommissie.

**Zorg en Zekerheid**  
**T.a.v. de Klachtencommissie**  
**Postbus 400**  
**2300 AK LEIDEN**

Bent u niet tevreden met ons antwoord op uw klacht of heeft u binnen 10 weken (wij streven ernaar u binnen deze termijn te antwoorden) geen antwoord van ons ontvangen dan kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist. U kunt het geschil ook voorleggen aan de burgerlijke rechter.

##### 4.6.2 Klachten over onze formulieren

Vindt u dat onze formulieren ingewikkeld of overbodig zijn? Dan kunt u uw klacht daarover voorleggen aan de NZa. De NZa zal dan een uitspraak doen, die wordt aangemerkt als bindend advies. U kunt uw klacht schriftelijk voorleggen, gebruikt u het volgende adres: NZa Postbus 3017 3502 GA Utrecht.

#### 4.7 Slotbepaling

In gevallen die niet in deze polisvoorwaarden zijn geregeld, beslist het bestuur van Zorg en Zekerheid. Vastgesteld door de Ledenraad op 9 november 2017 met ingang van 1 januari 2018.

### Ergotherapeut

Een ergotherapeut die voldoet aan de eisen zoals vermeld in het zogenoemde 'Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut', als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG.

### EU- en EER-staat

Hieronder worden behalve Nederland, de volgende landen binnen de Europese Unie verstaan: België, Bulgarije, Cyprus (Griekenland), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk en Zweden. Op grond van verdragsbepalingen is Zwitserland hiermee gelijkgesteld. De EER-landen (staten die partij zijn bij de 'Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte') zijn Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

### Farmaceutische zorg

Farmaceutische zorg omvat advies of begeleiding ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van UR-geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet of de terhandstelling van die geneesmiddelen, of farmaceutische zorg waarop de Wet inzake Bloedvoorziening van toepassing is.

### Fleboloog/proctoloog

Een arts die voldoet aan de kwaliteitscriteria zoals gehanteerd door bijvoorbeeld de Benelux Vereniging voor Flebologie.

### Fraude

Onder fraude wordt in ieder geval verstaan het opzettelijk plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van schuldeisers of rechthebbenden en/of verduistering, bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van (zorg) verzekering, gericht op het verkrijgen van een uitkering, vergoeding of prestatie waarop geen recht bestaat, of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwendzelen.

### Fysiotherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Onder fysiotherapeut wordt tevens verstaan een heilgymnastmasseur als bedoeld in artikel 108 van de Wet BIG.

### Geboortecentrum

Een voorziening waarin natale en postnatale zorg onder inhoudelijke regie van eerstelijns verloskundigen wordt geleverd. Een eerstelijns geboortecentrum wordt gekenmerkt door eigen huisvesting met een herkenbare fysieke uitstraling en met een directe en droge verbinding naar het ziekenhuis. Het kan een alternatief bieden voor de niet medisch geïndiceerde poliklinische bevalling.

### Gebruikelijke zorg

Zorg en diensten waarvan de inhoud en omvang mede wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van deze maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

### Gecontracteerde zorg

De zorg die Zorg en Zekerheid op basis van een zorgverzekering laat verlenen op basis van een tussen Zorg en Zekerheid en de zorgverlener of zorginstelling gesloten overeenkomst.

### Generalistische Basis GGZ

Diagnostiek en behandeling van lichte tot matige, niet-complexe psychische problemen of stabiele chronische problematiek. De generalistische Basis GGZ wordt op basis van bijbehorende patiëntprofielen onderverdeeld in vier prestaties:

- a. Kort (BK);
- b. Basis GGZ Middel (BM);
- c. Basis GGZ Intensief (BI);
- d. Basis GGZ Chronisch (BC).

### Geriatric fysiotherapeut

Een fysiotherapeut, die als zodanig staat geregistreerd conform de voorwaarden, als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en die als geriatric fysiotherapeut is ingeschreven in het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) Fysiotherapie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) of het Keurmerk Fysiotherapie.

### Geriatrische revalidatie

Geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van de verzekerde dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is.

Zekerheid voor de vaststelling van verzwijging onderzoekskosten maakt, worden deze kosten op de verzekeringnemer verhaald.

### 2.6 Persoonsregistratie

- a. De bij de aanvraag, wijziging of beëindiging van de verzekering verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens worden opgenomen in de door Zorg en Zekerheid gevoerde persoonsregistratie. Op deze registratie is de Wet Bescherming Persoonsgegevens en de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing;
- b. Zorg en Zekerheid verstrekt in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst informatie aan zorgverleners of zorginstellingen omtrent uw verzekeringsstatus. Zorg en Zekerheid behoudt zich in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst het recht voor persoonsgegevens aan derden te verstrekken, met inachtneming van de Wet Bescherming Persoonsgegevens. Als u niet wenst dat uw adres daarbij getoond wordt, kunt u dit schriftelijk doorgeven aan Zorg en Zekerheid;
- c. In het kader van een verantwoord acceptatie-, risico- en fraudebeleid voert Zorg en Zekerheid conform de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars een Gebeurtenissenadministratie. Conform het Protocol Incidentenwaarschuwing Financiële Instellingen wordt een Incidentenregister gevoerd en kunnen wij uw gegevens raadplegen bij en/of vastleggen in het Extern Verwijzingsregister dat beheerd wordt door de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in Den Haag.

## 3 Aanvang en beëindiging van de verzekering

### 3.1 Ingang verzekering

- a. De verzekering gaat in op de eerste van de maand volgend op die waarin het verzoek tot aanvraag voor de verzekering bij Zorg en Zekerheid is binnengekomen, dit geldt voor inschrijvingen voor kinderen, wijzigingen bij verzekerden die 18 jaar worden en verzekerden die uit een collectiviteit komen met een aanvullende verzekering die vanwege de voorwaarden van die collectiviteit niet kan worden behouden;
- b. Pasgeborenen worden ingeschreven per de geboortedatum, als de pasgeborene(n) binnen 4 maanden na de geboorte is/zijn aangemeld. Bij aanmelding buiten deze 4 maanden termijn geldt dat de inschrijving ingaat op de ontvangstdatum van de aanvraag voor de verzekering;
- c. Als Zorg en Zekerheid voor het afhandelen van de aanvraag voor de verzekering nadere informatie heeft opgevraagd, gaat de verzekering in op de eerste van de maand volgend op die waarin de benodigde informatie bij Zorg en Zekerheid is binnengekomen;
- d. Als u geen aanvullende verzekering heeft en/of naar een hogere of lagere aanvullende verzekering wenst te gaan (m.u.v. het genoemde onder 3.1.a) gaat de verzekering niet eerder in dan per 1 januari van het daaropvolgende kalenderjaar;
- e. Als u in verband met zwangerschap kiest voor de AV-GeZZin gedurende het jaar, dan is een voorwaarde dat u bij Zorg en Zekerheid al ingeschreven staat op een aanvullende verzekering. U kunt echter niet gedurende het jaar kiezen voor een AV-GeZZin indien u verzekerd bent met een AV-Gemak.

### 3.2 Termijn

- a. De verzekering gaat in op de datum die op het originele/gewijzigde polisblad als ingangsdatum is vermeld. U (verzekeringnemer) mag uw zorgverzekering elk jaar uiterlijk 31 december opzeggen. Als u tijdig opzegt, eindigt uw verzekering per 1 januari daaropvolgend. Zegt u de aanvullende verzekering niet op, dan verlengen wij de aanvullende verzekering stilzwijgend, steeds voor de duur van één jaar. Het opzeggen kan plaatsvinden:
  - door uzelf (verzekeringnemer/verzekerde). U moet dan uiterlijk 31 december schriftelijk, telefonisch of per e-mail opzeggen;
  - door gebruik te maken van de opzegservice. Verzekeraars hebben een overstapservice in het leven geroepen. Deze houdt in dat als u uiterlijk 31 december een zorgverzekering afsluit voor het daaropvolgende kalenderjaar, de nieuwe zorgverzekeraar namens u bij ons de zorgverzekering opzegt;
  - Als u niet van deze service gebruik wilt maken, moet u dat kenbaar maken op het in te vullen aanvraagformulier van uw nieuwe zorgverzekeraar;
- b. Als de verzekering ingaat op een andere datum dan 1 januari, wordt de verzekering afgesloten voor de resterende duur van het lopende kalenderjaar.

### 3.3 Beëindiging

- a. De verzekering eindigt:
  - na afloop van de overeengekomen termijn indien de verzekeringnemer vóór 1 januari enig jaar schriftelijk, telefonisch of per e-mail opzegt;
  - op het tijdstip waarop de verzekerde niet langer zijn vaste woonplaats heeft in Nederland of een ander EU/EER-land;
  - bij overlijden van verzekeringnemer of verzekerde;
  - bij opzegging door de verzekerde wegens wijziging van de verzekeringsvoorwaarden, verzekeringspakket en/of de premie, zoals bedoeld in 7.1 en wel op de wijze als in 7.3 is bepaald.
- b. De verzekering kan door Zorg en Zekerheid worden beëindigd:
  - door middel van schriftelijke opzegging en met ingang van een door Zorg en Zekerheid te bepalen tijdstip in geval van:



1. Onjuiste opgave of verzwijging als bedoeld in 2.5;
  2. Niet tijdige betaling als bedoeld in 6.1.g onder 1;
  3. (Poging tot) oplichting, bedrog, het opzettelijk doen van onjuiste mededeling(en) en/of andere ernstige misdadingen door de verzekerde.
- als niet meer wordt voldaan aan de voorwaarden voor inschrijving als bedoeld in 2.2;
  - door opzegging van dan wel ontzetting uit het lidmaatschap door het Bestuur van Zorg en Zekerheid en wel op de dag dat het lidmaatschap deswege eindigt.

### 3.4 Onwaarachtige weergave van feiten

Verlies van uitkering en einde van lopende verzekeringsovereenkomst(en) bij Zorg en Zekerheid (zorgverzekering en/of aanvullende verzekeringen):

- a. Iedere aanspraak op vergoedingen en/of verstrekkingen vervalt als door of namens verzekeringnemer/verzekerde wordt gefraudeerd dan wel opzettelijk enige verkeerde voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn overlegd of opzettelijk enige onjuiste opgave is gedaan;
- b. Zorg en Zekerheid vordert alle reeds uitgekeerde kosten per datum dat sprake is van handelingen als bedoeld onder a. bij verzekeringnemer terug;
- c. Zorg en Zekerheid heeft het recht per datum dat sprake is van handelingen als bedoeld onder a. de lopende verzekeringsovereenkomst(en) bij Zorg en Zekerheid te beëindigen;
- d. Indien Zorg en Zekerheid voor de vaststelling van handelingen als bedoeld onder a onderzoekskosten maakt, worden deze kosten op de verzekeringnemer verhaald;
- e. Fraudeonderzoek vindt plaats conform het Protocol Verzekeraars en Criminaliteit en hetgeen daarover bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald. Bij vastgestelde fraude zal Zorg en Zekerheid de verzekeringnemer/verzekerde registreren in het Extern Verwijzingsregister. Bij vastgestelde fraude of een sterk vermoeden van fraude kan aangifte worden gedaan bij de politie.

## 4 Verplichtingen verzekeringnemer/verzekerde

### 4.1 Verplichtingen

- a. De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht ervoor te zorgen dat iedere wijziging die invloed kan hebben op de rechten en plichten die uit de verzekeringsovereenkomst voortvloeien zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 30 dagen na het tijdstip waarop de wijziging zich heeft voorgedaan, schriftelijk, telefonisch of per e-mail aan Zorg en Zekerheid wordt meegedeeld. Dergelijke wijzigingen zijn onder meer:
  - adreswijziging;
  - e-mail adres;
  - huwelijk, aangaan van een samenlevingsverband;
  - geboorte (binnen 4 maanden) en overlijden;
  - aanvang detentie en einde detentie;
  - wijziging IBAN;
  - scheiding.
- b. De verzekeringnemer/verzekerde moet erop toezien dat op het polisblad de noodzakelijke wijzigingen zijn aangebracht;
- c. De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht Zorg en Zekerheid te informeren omtrent feiten die met zich mee kunnen brengen dat kosten verhaald kunnen worden op (mogelijke) aansprakelijke derden en verstrekt Zorg en Zekerheid kosteloos in dat verband alle benodigde inlichtingen en/of medewerking;
- d. Het is de verzekeringnemer/verzekerde niet toegestaan om, zonder schriftelijke akkoordverklaring van Zorg en Zekerheid, een regeling te (laten) treffen met de aansprakelijke derde of diens verzekeraar met betrekking tot de kosten die door Zorg en Zekerheid zijn of worden vergoed;
- e. De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht de originele en duidelijk gespecificeerde nota's bij Zorg en Zekerheid in te dienen voor 31 december van het derde jaar volgend op het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden. Alleen originele nota's, of computernota's die gewaarmerkt zijn door de zorgverlener, worden in behandeling genomen;
- f. Alle gevolgen voortvloeiend uit het niet of niet tijdig nakomen van de genoemde verplichtingen zijn voor risico van de verzekeringnemer/verzekerde;
- g. De verzekeringnemer/verzekerde is verplicht zich te onthouden van handelingen waar door Zorg en Zekerheid in haar belangen kan worden geschaad. Wanneer de belangen van Zorg en Zekerheid worden geschaad door het niet nakomen van de hiervoor vermelde verplichtingen behoeft Zorg en Zekerheid geen kosten te vergoeden. Wanneer er reeds tot vergoeding is overgegaan kan Zorg en Zekerheid deze vergoedingen terug vorderen;
- h. Kennisgevingen van Zorg en Zekerheid aan de verzekeringnemer, gericht aan diens laatst bekende adres, worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt;
- i. Uw rechtsvordering, met betrekking tot het recht op vergoeding van zorgkosten, op Zorg en Zekerheid verjaart in principe door verloop van drie jaren na de aanvang van de dag, volgende op de dag dat de betreffende zorg is geleverd;
- j. Als Zorg en Zekerheid uw verzoek om vergoeding van zorgkosten geheel of gedeeltelijk afwijst, zal Zorg en Zekerheid u hiervan schriftelijk op de hoogte brengen. In geval van afwijzing verjaart uw rechtsvordering op Zorg en Zekerheid door verloop van zes maanden na dagtekening van de schriftelijke afwijzing;

---

## 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.