

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Fraude, duur opname in Externe Verwijzingsregister

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11 Zvw, Voorwaarden aanvullende
ziekttekostenverzekering 2017

Zaaknummer : 202101039

Zittingsdatum : 15 december 2021

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 11 mei 2021 heeft verzoekster per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoekster heeft hieraan voldaan; op 20 juli 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 31 augustus 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 2 september 2021 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 15 december 2021 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2017 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Budget (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend 1 ster en Aanvullend Tand 1 ster (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft na onderzoek vastgesteld dat verzoekster door het insturen van een declaratie voor medische kosten uit Iran heeft getracht hem financieel te benadelen. Daarom is besloten de nota niet te vergoeden, de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 februari 2019 te beëindigen, de onderzoekskosten op verzoekster te verhalen, en de gegevens van verzoekster te registreren in het interne Gebeurtenissen- en Incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar en in het Externe Verwijzingsregister (hierna: het EVR). De registraties hebben in beide registers de maximale looptijd van acht jaren. Ook heeft de ziektekostenverzekeraar het dossier van verzoekster gemeld bij het Centrum Bestrijding Verzekeringscriminaliteit (hierna: CBV) van het Verbond van Verzekeraars.
- 3.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar tweemaal om heroverweging van voornoemde beslissing gevraagd. Op 4 december 2019 en 24 april 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar op 12 april 2021 verzocht de registratie in het interne Gebeurtenissen- en Incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar, het EVR en het CBV te schorsen of te beperken tot maximaal drie jaren.

3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft op 23 april 2021 per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij de eerdere beslissing handhaaft. De termijnen van de registraties worden daarom niet verkort.

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat:

- (i) de registratie van haar gegevens in het interne Gebeurtenissen- en Incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar, het EVR en het CBV ongedaan wordt gemaakt dan wel dat deze per direct wordt beëindigd;
- (ii) als het voorgaande niet mogelijk is, de duur van deze registratie wordt beperkt tot maximaal drie jaren.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering. Uit de aanhef van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering blijkt dat voornoemd artikel ook van toepassing is op deze verzekering.

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 verzoekster

6.2. De registraties hebben grote gevolgen voor verzoekster. Zij benadrukt dat het haar gaat om haar gegevens in het EVR, omdat die grote gevolgen heeft voor verzoekster. Verzoekster is nog jong en wil verder met haar leven. De langdurige registratie frustriert haar toekomstplannen. Een eigen onderneming starten, een huis of auto kopen wordt door de registraties belemmerd, omdat zij hiervoor geen betaalbare financiering kan krijgen. Ook is het heel moeilijk betaalbare verzekeringen af te sluiten. Daarnaast is zij nog nooit eerder in een dergelijke situatie terecht gekomen en is de kans op herhaling daarom nihil. Verzoekster benadrukt hierbij dat het nooit haar bedoeling is geweest de ziektekostenverzekeraar te benadelen.

Verzoekster voert aan dat zij destijds worstelde met PTSS-klachten waarvoor zij werd behandeld. Deze klachten gingen gepaard met overmatige concentratiestoornissen en vergeetachtigheid. Hierdoor heeft zij mogelijk tegenstrijdige verklaringen afgelegd tegenover de ziektekostenverzekeraar. Het is absoluut niet haar bedoeling geweest om de ziektekostenverzekeraar te misleiden. Bovendien is het haar woord tegenover het woord van de betreffende arts.

Verzoekster is van mening dat haar persoonlijke belangen in dit geval zwaarder wegen dan die van de ziektekostenverzekeraar, omdat zij de kans verdient iets moois van haar leven te maken en haar dromen waar te maken.

6.3. Ter zitting heeft verzoekster benadrukt dat het haar gaat om de registratie in het EVR, de "zwarte lijst". Zij is druk bezig met het opbouwen van haar toekomst. De vermelding van haar gegevens op deze 'zwarte lijst' en de gevolgen hiervan helpen hierbij niet. Verzoekster benadrukt

dat zij alles niet met kwade intenties of met opzet heeft gedaan, maar dat zij wel begrijpt dat zij het destijds niet correct heeft aangepakt.

Verzoekster heeft ter zitting het voorstel van de ziektekostenverzekeraar geaccepteerd. Zij zou echter het liefst direct van de registratie af willen. Daarom wil zij nog wel een uitspraak van de commissie.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft na onderzoek vastgesteld dat verzoekster een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven over een door haar ter declaratie ingediende zorgnota. Vanwege de aangetoonde fraude zijn maatregelen aan haar opgelegd.

Op 12 april 2021 heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar verzocht de inschrijving in het interne Gebeurtenissen- en Incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar, het EVR en het CBV te schorsen dan wel de termijn van registratie te verkorten tot maximaal drie jaren. De ziektekostenverzekeraar heeft destijds, gelet op alle feiten en omstandigheden, afzonderlijk en in onderlinge samenhang met elkaar bezien, een afweging gemaakt en geconcludeerd dat de maatregelen proportioneel waren. Besloten is toen om verzoekster voor de duur van acht jaren te registreren in voornoemde registers. Nadat verzoekster het geschil had voorgelegd aan de commissie heeft de ziektekostenverzekeraar de casus nogmaals getoetst aan de huidige maatregelenrichtlijn en het verzoek afgewezen.

De ziektekostenverzekeraar merkt hierbij op dat verzoekster in eerste instantie een nota heeft gedeclareerd van € 5.000,- voor een behandeling op 7 december 2017. Op 3 april 2018 heeft zij een nota ingediend voor medische kosten in Iran van € 6.000,-. Voorgaande ziet de ziektekostenverzekeraar als een voortgezette handeling.

Alles overwegende blijft de ziektekostenverzekeraar bij zijn besluit. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat als geen sprake zou zijn van enige hinder voor de frauderende verzekerde door het opleggen van de maatregelen, deze maatregelen geen betekenis zouden hebben. Daarnaast blijkt volgens de ziektekostenverzekeraar uit het verzoek aan de commissie niet dat sprake is van een oprechte spijtbetuiging van verzoekster.

- 6.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de maatregelen destijds zijn opgelegd voor de maximale termijn van acht jaren. Hierbij zijn alle omstandigheden meegewogen en is geoordeeld dat geen sprake was van verzachtende omstandigheden. Er is hierbij gekeken of de maatregelen proportioneel zijn, en er is besloten om geen aangifte te doen. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting aangeboden de duur van de registratie in het EVR te beperken tot vier jaren.

Overwegingen commissie

- 6.6. Op grond van de verzekeringsvoorwaarden kan de ziektekostenverzekeraar een verzekerde die zich schuldig heeft gemaakt aan fraude registreren in zowel het interne Gebeurtenissen en Incidentenregister als in het EVR. Voorts kan melding worden gedaan bij het CBV. Ter zitting is echter komen vast te staan dat het verzoekster slechts gaat om melding in het EVR, gelet op de externe werking hiervan. Het EVR werkt immers niet alleen ten behoeve van de ziektekostenverzekeraar, maar ook ten behoeve van andere ziektekostenverzekeraars en ten behoeve van andere financiële instellingen.
- 6.7. Opname van persoonsgegevens in het EVR slechts is gerechtvaardigd indien zij in overeenstemming is met het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen (hierna: het Protocol). Artikel 5.2.1., onder a en b, van het Protocol bepaalt onder welke voorwaarden persoonsgegevens mogen worden opgenomen in het EVR. Het moet gaan om gedragingen van de betrokkene die een bedreiging vormen, vormen of kunnen vormen voor de (financiële) belangen van de financiële instelling, alsmede voor de continuïteit en/of integriteit

van de financiële sector. De strafrechtelijke aard van de te verwerken gegevens brengt mee dat deze gegevens in voldoende mate moeten vaststaan.

Indien wordt vastgesteld dat sprake is van fraude staat het de verzekeraar op grond van artikel 6, onder f, AVG, en artikel 5.2.1., onder c, van het Protocol vrij de persoonsgegevens op te nemen in het EVR. De commissie overweegt dat ingevolge artikel 5.2.1., onder c, van het Protocol de verzekeraar bij de registratie van persoonsgegevens in het EVR het zogenoemde proportionaliteitsbeginsel in acht dient te nemen, zowel voor zover het de registratie zelf betreft als voor zover het betreft de termijn waarvoor de registratie zal gelden. Dat wil zeggen dat het belang van de verzekeraar bij registratie moet worden afgewogen tegen de nadelige gevolgen daarvan voor de betrokkene.

Daarnaast dient de betrokkene die verwijdering van een registratie wenst te onderbouwen op grond waarvan hij disproportioneel wordt geraakt in zijn belangen en waarom zijn belang prevaleert boven dat van de verzekeraar.

- 6.8. De commissie stelt vast dat de door de ziektekostenverzekeraar gestelde fraude geen onderwerp in het onderhavige geschil is. Dat sprake was van fraude vormt daarom in deze procedure een gegeven. In geval van fraude weegt het belang van registratie van de persoonsgegevens in het extern werkende registratieregister EVR, als waarschuwing tegen fraude, zwaar. Bij de opname in het EVR dienen de mogelijk nadelige consequenties voor verzoekster in de vorm van problemen bij het verkrijgen van leningen en het afsluiten van schadeverzekeringen in de beoordeling of opname in het EVR gerechtvaardigd is, te worden betrokken. Nu in het onderhavige geschil de door verzoekster gepleegde fraude als gegeven geldt, is de registratie in het EVR in beginsel terecht. Dat deze registratie in beginsel terecht is, betekent echter niet dat de ziektekostenverzekeraar de persoonsgegevens van verzoekster mocht registreren voor de maximale periode van acht jaar. De looptijd van de registratie dient te worden vastgesteld op grond van een zelfstandige proportionaliteitsafweging, waarbij zowel de belangen van verzoekster als die van de ziektekostenverzekeraar worden meegewogen in de wetenschap dat het registratieregister EVR ook is opgezet in het belang van andere financiële dienstverleners.
- 6.9. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting aangeboden de duur van de registratie van de persoonsgegevens van verzoekster in het EVR te beperken tot vier jaren. De commissie volgt dit aanbod. In hetgeen verzoekster heeft aangevoerd, ziet de commissie geen aanleiding te beslissen de registratie in het EVR te beperken tot minder dan vier jaren.
- 6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie beslist dat:
- (i) de ziektekostenverzekeraar is gehouden de duur van de registratie in het EVR en te beperken tot vier jaren vanaf de datum van registratie, zoals ter zitting is aangeboden door ziektekostenverzekeraar;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar is gehouden het entreegeld van € 37,- aan verzoeker te voldoen;
 - (iii) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

Zeist, 26 januari 2022,

L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Zorgverzekeringswet

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

U (verzekeringnemer) hoeft hierbij geen redenen te geven. Wij gaan er dan van uit dat uw basisverzekering niet is ingegaan.

Herroept u (verzekeringnemer) uw basisverzekering bij ons? Dan ontvangt u (verzekeringnemer) de eventueel al betaalde premie terug. Als wij al zorgkosten aan u hebben vergoed, moet u (verzekeringnemer) deze kosten aan ons terugbetalen.

13.2 Uw basisverzekering beëindigen

U (verzekeringnemer) kunt op de volgende manieren uw basisverzekering beëindigen:

- a U (verzekeringnemer) kunt een brief of e-mail sturen waarin u (verzekeringnemer) uw basisverzekering opzegt. Deze opzegging moet uiterlijk 31 december bij ons binnen zijn. De basisverzekering eindigt dan op 1 januari van het daaropvolgende jaar. Heeft u (verzekeringnemer) uw basisverzekering bij ons opgezegd? Dan is deze opzegging onherroepelijk.
- b U (verzekeringnemer) kunt gebruikmaken van de opzegservice van de nieuwe zorgverzekeraar. Sluit u (verzekeringnemer) uiterlijk 31 december van het lopende kalenderjaar een basisverzekering af voor het daaropvolgende kalenderjaar? Dan zegt de nieuwe zorgverzekeraar namens u (verzekeringnemer) bij ons de basisverzekering op.
- c Heeft u (verzekeringnemer) een ander dan uzelf verzekerd en heeft deze verzekerde een andere basisverzekering afgesloten? Dan kunt u (verzekeringnemer) een brief of e-mail sturen om deze verzekering voor de verzekerde op te zeggen. Is deze opzegging bij ons binnen voor de ingangsdatum van de nieuwe basisverzekering? Dan eindigt de basisverzekering met ingang van de dag dat de verzekerde een nieuwe basisverzekering krijgt. In andere gevallen is de einddatum de eerste dag van de tweede kalendermaand die volgt op de dag waarop u (verzekeringnemer) heeft opgezegd.
- d Het kan zijn dat u (verzekeringnemer) overstapt van de ene naar de andere collectieve basisverzekering, omdat u (verzekeringnemer) een dienstverband heeft beëindigd en/of een nieuw dienstverband bent aangegaan. U (verzekeringnemer) kunt de oude basisverzekering dan opzeggen tot 30 dagen nadat het oude dienstverband is beëindigd. De opzegging vindt niet plaats met terugwerkende kracht en gaat in vanaf de eerste dag van de volgende maand.
- e Het kan ook zijn dat uw deelname aan een collectieve basisverzekering via een uitkeringsinstantie stopt. De reden van opzegging kan dan ófwel zijn dat u (verzekeringnemer) gaat deelnemen aan een collectieve basisverzekering via een uitkeringsinstantie in een andere gemeente, ófwel dat u (verzekeringnemer) aan een collectieve basisverzekering gaat deelnemen omdat u (verzekeringnemer) een nieuw dienstverband heeft. U (verzekeringnemer) kunt de oude basisverzekering opzeggen tot 30 dagen nadat uw deelname aan het collectief is gestopt. De opzegging vindt niet plaats met terugwerkende kracht en gaat in vanaf de eerste dag van de volgende maand.

Beëindigen wij uw verzekering op uw verzoek? Dan ontvangt u (verzekeringnemer) daar van ons een bericht van. In dit bericht leest u op welke datum de verzekering eindigt.

14 Wanneer beëindigen wij uw basisverzekering?

14.1 In sommige gevallen beëindigen wij uw basisverzekering:

- a met ingang van de dag die volgt op de dag waarop u niet meer voldoet aan de eisen voor inschrijving in de basisverzekering;
- b op het tijdstip waarop u niet meer verzekerd bent op basis van de Wet langdurige zorg (Wlz);
- c als u militair in werkelijke dienst wordt;
- d bij aangetoonde fraude zoals staat in artikel 20 van deze algemene voorwaarden basisverzekeringen;
- e bij overlijden;
- f als wij geen basisverzekeringen meer mogen aanbieden of uitvoeren, doordat onze vergunning om een schadeverzekeringsbedrijf uit te oefenen, is gewijzigd of ingetrokken. Wij sturen u dan uiterlijk 2 maanden van tevoren hier een bericht over.
- g als wij vanwege voor ons van belang zijnde redenen de basisverzekering uit de markt halen, mogen wij eenzijdig uw basisverzekering beëindigen.

Beëindigen wij uw verzekering? Dan ontvangt u (verzekeringnemer) daar van ons een bericht van. In dit bericht leest u, waarom wij uw verzekering beëindigen en op welke datum deze eindigt.

14.2 Basisverzekering vervalt ook bij onrechtmatige inschrijving

Komt voor u een verzekeringsovereenkomst tot stand op grond van de Zorgverzekeringswet, en blijkt later dat u geen verzekeringsplicht had? Dan vervalt de verzekeringsovereenkomst met terugwerkende kracht tot het moment waarop u niet langer verzekeringsplicht had. Heeft u (verzekeringnemer) premie betaald, terwijl u geen verzekeringsplicht meer had? Dan verrekenen wij die premie met de vergoeding van de kosten van de zorg die u (verzekeringnemer) sindsdien heeft ontvangen. Wij betalen het saldo aan u (verzekeringnemer) uit, als u (verzekeringnemer) meer premie heeft betaald dan dat u (verzekeringnemer) aan vergoeding heeft ontvangen. Heeft u (verzekeringnemer) meer vergoeding ontvangen dan u (verzekeringnemer) aan premie heeft betaald? Dan brengen wij die kosten bij u (verzekeringnemer) in rekening. Wij gaan hierbij uit van een maand van 30 dagen.

14.3 Beëindigen als u bent aangemeld op grond van artikel 9a tot en met 2 van de Zorgverzekeringswet

14.3.1 Heeft het CAK u bij ons verzekerd op grond van de Wet opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering? Dan kunt u deze verzekering nog ongedaan maken (vernietigen). Dit moet gebeuren binnen 2 weken, te rekenen vanaf de datum waarop het CAK u heeft geïnformeerd over dat u bij ons verzekerd bent. Om de verzekering te kunnen vernietigen, moet u aan het CAK en aan ons aantonen dat u in de afgelopen periode al verzekerd bent geweest krachtens een andere zorgverzekering. Het gaat om de periode zoals bedoeld in artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet.

14.3.2 Wij zijn bevoegd een met u gesloten verzekeringsovereenkomst te vernietigen vanwege dwaling, als achteraf blijkt dat u op dat moment niet verzekeringsplichtig was. Hiermee wijken wij af van artikel 931, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

14.3.3 U kunt de basisverzekering als bedoeld in artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet niet opzeggen in de eerste 12 maanden van de looptijd. Hiermee wijkt u af van artikel 7 van de Zorgverzekeringswet, tenzij het vierde lid van dat artikel van toepassing is. Dan kunt u wel opzeggen.

In deze polisvoorwaarden gaan wij ervan uit dat wetsvoorstel 34-203 (Wijziging van de Zorgverzekeringswet en andere wetten in verband met de overgang van een aantal taken van het Zorginstituut Nederland naar het CAK) per 1 januari 2017 in werking treedt. Wij hebben daarom het Zorginstituut Nederland vervangen door het CAK. Mocht de wetswijziging niet doorgaan of later worden ingevoerd moet u daar waar CAK staat Zorginstituut Nederland lezen.

15 Wanneer heeft u recht op de vergoeding van zorg in het buitenland?

15.1 Gebruikt u zorg in een verdragsland, EU- of EER-staat? Dan kunt u kiezen uit aanspraak op:

- a zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, op grond van bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of zoals is bepaald in het desbetreffende verdrag;
- b vergoeding van de kosten van zorg door een zorgverlener of zorginstelling in het buitenland met wie of waarmee wij een contract hebben;
- c Vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling. U heeft dan recht op vergoeding volgens het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' tot maximaal:
 - de lagere vergoeding als deze bij een vergoeding in het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' wordt genoemd;
 - het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);
 - het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.

De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent.

Let op! Voor zorg in het buitenland gelden, naast het in dit artikel bepaalde, ook de voorwaarden en uitsluitingen zoals die ook voor deze zorg in Nederland gelden. Is er bijvoorbeeld een verwijzing nodig? Dan geldt dit ook voor het buitenland

15.2 Vergoeding van zorg in land dat geen verdragsland, EU- of EER-staat is

Gebruikt u zorg in een land dat geen verdragsland, EU- of EER-staat is? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling volgens het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' tot maximaal:

- a de lagere vergoeding als deze bij een vergoeding in het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' wordt genoemd;
- b het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);
- c het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.

De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent.

Let op! Voor zorg in het buitenland gelden, naast het in dit artikel bepaalde, ook de voorwaarden en uitsluitingen zoals die ook voor deze zorg in Nederland gelden. Is er bijvoorbeeld een verwijzing nodig? Dan geldt dit ook voor het buitenland

15.3 Omrekenkoers buitenlandse valuta

Wij vergoeden de kosten van zorg van een niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling aan u (verzekeringnemer) in euro's. Dit doen wij volgens de dagelijkse omrekenkoers zoals de Europese Centrale Bank deze publiceert. Wij hanteren de koers die gold op de factuurdatum. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) uit op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Dit moet een rekeningnummer (IBAN) zijn van een bank die in Nederland gevestigd is.

15.4 Nota's uit het buitenland

Zorgnota's moeten bij voorkeur zijn geschreven in het Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

16 Niet aansprakelijk voor schade door zorgverlener of zorginstelling

Als een zorgverlener of zorginstelling iets doet of nalaat waardoor u schade lijdt, zijn wij daarvoor niet aansprakelijk. Ook niet als de zorg of hulp van die zorgverlener of zorginstelling deel uitmaakt van de basisverzekering.

17 Wat moet u doen als derden aansprakelijk zijn?

17.1 Is een derde aansprakelijk voor kosten die het gevolg zijn van uw ziekte, ongeval of letsel? Dan moet u ons kosteloos alle inlichtingen verstrekken die nodig zijn om de kosten te verhalen op de veroorzaker. Het verhaalsrecht is gebaseerd op wettelijke regelingen. Dit geldt niet voor aansprakelijkheid die voortvloeit uit een wettelijke verzekering, een publiekrechtelijke ziektekostenverzekering of een overeenkomst tussen u en een andere (rechts)persoon.

17.2 U heeft een meldingsplicht

Wordt u ziek, krijgt u een ongeluk of loopt u op een andere manier letsel op? En is daarbij een derde betrokken, zoals bedoeld in artikel 17.1 van deze algemene voorwaarden? Dan moet u dit zo spoedig mogelijk (laten) melden bij ons. Ook moet u aangifte (laten) doen bij de politie.

17.3 Zonder toestemming geen regeling treffen met derden

U mag geen enkele regeling treffen die ons in onze rechten benadeelt. U mag pas een regeling (laten) treffen met een derde, of zijn verzekeringsmaatschappij of met iemand die namens die derde optreedt, als u daarvoor schriftelijke toestemming van ons heeft.

18 Heeft u een klacht?

18.1 Bent u het niet eens met een beslissing die wij hebben genomen? Of bent u ontevreden over onze dienstverlening? Dan kunt u uw klacht voorleggen aan onze afdeling Centrale Klachtencoördinatie. Dit moet u doen binnen 6 maanden nadat wij de beslissing aan u hebben meegedeeld of de dienst aan u hebben verleend. U kunt uw klacht aan ons voorleggen per brief, per e-mail, telefonisch of via onze website.

Klachten moeten zijn geschreven in het Nederlands of Engels. Als u uw klacht in een andere taal voorlegt, moet u de kosten van de eventuele vertaling zelf betalen.

18.2 Wat doen wij met uw klacht?

Zodra wij uw klacht ontvangen, nemen wij deze op in ons klachtenregistratiesysteem. U ontvangt hiervan een bevestiging. Daarnaast geven wij u uiterlijk binnen 15 werkdagen een inhoudelijke reactie. Als er meer tijd nodig is om uw klacht te behandelen, dan ontvangt u hierover van ons een bericht.

18.3 Niet eens met onze reactie? Herbeoordeling mogelijk

Bent u het niet eens met de manier waarop wij uw klacht hebben afgehandeld? Dan kunt u ons vragen uw klacht te herbeoordelen. U kunt uw herbeoordelingsverzoek bij de afdeling Klantsignaalmanagement indienen per brief, per e-mail, telefonisch, via onze website of per faxbericht. U ontvangt hiervan een bevestiging. Uiterlijk binnen 15 werkdagen geven wij u een inhoudelijke reactie. Als er meer tijd nodig is voor de herbeoordeling van uw klacht, dan ontvangt u hierover van ons een bericht.

18.4 Naast herbeoordeling ook toetsing SKGZ mogelijk

Wilt u geen herbeoordeling aanvragen? Of voldoet de herbeoordeling niet aan uw verwachtingen? Dan kunt u uw klacht laten toetsen door de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), postbus 291, 3700 AG Zeist (www.skgz.nl). De SKGZ kan uw verzoek niet in behandeling nemen, als een rechterlijke instantie uw zaak al in behandeling heeft of daar al een uitspraak over heeft gedaan.

18.5 Behandeling door burgerlijk rechter

In plaats van naar de SKGZ kunt u ook met uw klacht naar de burgerlijk rechter stappen. Ook nadat de SKGZ een advies heeft uitgebracht, kunt u naar de burgerlijk rechter. De rechter zal dan toetsen of de totstandkoming van het advies aanvaardbaar is. Ook kunt u naar de burgerlijk rechter wanneer wij ons niet houden aan het advies van de SKGZ.

18.6 Klachten over formulieren

Vindt u onze formulieren overbodig of te ingewikkeld? Dan kunt u uw klacht hierover niet alleen bij ons indienen, maar ook bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Doet de NZa uitspraak over zo'n klacht, dan geldt deze als bindend advies.

18.7 Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

Meer informatie? Wilt u meer informatie over hoe u bij ons een klacht indient, hoe wij hier vervolgens mee omgaan en over de procedure bij de SKGZ? Download dan de brochure 'Klachtenbehandeling bij zorgverzekeringen' vanaf onze website. U kunt deze brochure ook bij ons opvragen.

19 Hoe gaan wij om met uw persoonsgegevens?

19.1 Als u een verzekering of financiële dienst aanvraagt, vragen wij u om persoonsgegevens. Deze gebruiken wij binnen de tot Achmea B.V. behorende bedrijven :

- a om overeenkomsten aan te gaan en uit te voeren;
- b om u te informeren over relevante producten en/of diensten van de tot Achmea B.V. behorende bedrijven en deze aan u aan te bieden;
- c om de veiligheid en integriteit van de financiële sector te waarborgen;
- d voor statistische analyse;
- e voor wetenschappelijk onderzoek;
- f voor relatiebeheer;
- g om te voldoen aan wettelijke verplichtingen.

Als wij uw persoonsgegevens gebruiken, moeten wij ons houden aan de 'Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars'. Wij handelen hiermee volgens de eisen van de Wet bescherming persoonsgegevens. Bovengenoemde gegevensverwerkingen zijn aangemeld bij de Autoriteit Persoonsgegevens.

19.2 Als u geen informatie wilt over onze producten en diensten

Wilt u geen informatie over onze producten en/of diensten? Of wilt u uw toestemming intrekken voor het gebruik van uw e-mailadres? Dan kunt u dit op 3 manieren melden:

- a schriftelijk bij Zilveren Kruis, postbus 444, 2300 AK Leiden;
- b via telefoonnummer 071 – 751 00 51;
- c via onze website.

19.3 Wij raadplegen het Centraal Informatie Systeem voor acceptatie

Om een verantwoord acceptatiebeleid te kunnen voeren, mogen wij als Zilveren Kruis uw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in Zeist. Deelnemers van de Stichting CIS kunnen ook onderling gegevens uitwisselen. Het doel hiervan is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Voor alle informatie-uitwisseling via Stichting CIS geldt het privacyreglement van CIS. Meer informatie vindt u op www.stichtingcis.nl.

19.4 Wij mogen uw gegevens doorgeven aan derden

Vanaf het moment dat uw basisverzekering ingaat, mogen wij aan derden (waaronder zorgverleners, zorginstellingen, leveranciers, Vecozo, Vektis en het CAK) uw adres-, verzekerings- en polisgegevens vragen en geven. Dit mogen wij doen voor zover dit nodig is om de verplichtingen op grond van de basisverzekering na te komen. Is het om een dringende reden noodzakelijk dat derden uw adres-, verzekerings- en polisgegevens niet mogen zien? Dan kunt u ons dat schriftelijk melden.

19.5 Wij registreren uw burgerservicenummer

Wij zijn wettelijk verplicht uw burgerservicenummer (BSN) in onze administratie op te nemen. Uw zorgverlener of zorginstelling is wettelijk verplicht uw BSN te gebruiken bij elke vorm van communicatie. Ook andere dienstverleners die zorg bieden in het kader van de Zorgverzekeringswet, moeten dit doen. Wij gebruiken dus ook uw BSN, als wij communiceren met deze partijen.

20 Wat zijn de gevolgen van fraude?

20.1 Fraude is als iemand een vergoeding verkrijgt of probeert te verkrijgen van een verzekeraar, of een verzekeringsovereenkomst krijgt met ons:

- a onder valse voorwendselen;
- b op oneigenlijke grond en/of wijze.

In deze overeenkomst verstaan wij hieronder specifiek één of meer van de volgende activiteiten. U fraudeert als u en/of iemand anders die belang heeft bij de vergoeding:

- a een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven;
- b vervalste of misleidende stukken heeft ingeleverd;
- c een onware opgave heeft gedaan over een ingediende vordering;
- d feiten heeft verzwegen die voor ons van belang kunnen zijn om een ingediende vordering te beoordelen.

20.2 Bij fraude geen vergoeding

Als er sprake is van aangetoende fraude, vervalt alle recht op de vergoeding van kosten van zorg uit de basisverzekering. Dus ook voor datgene waarbij wel een ware opgave is gedaan en/of wel een juiste voorstelling van zaken is gegeven.

20.3 Andere gevolgen van fraude

Daarnaast kan fraude ertoe leiden dat wij:

- a aangifte doen bij de politie;
- b uw verzekeringsovereenkomst(en) beëindigen. U kunt dan pas 5 jaar daarna een nieuwe verzekeringsovereenkomst bij ons afsluiten;
- c u registreren in de erkende signaleringssystemen tussen verzekeraars (zoals het CIS);
- d uitgekeerde vergoeding(en) en gemaakte (onderzoeks)kosten terugvorderen.

21 Begripsbepalingen

In onderstaande lijst vindt u een uitleg van specifieke begrippen die in deze verzekeringsovereenkomst staan. Wat verstaan wij onder de volgende begrippen?

Apotheek

Onder apotheek verstaan wij apotheekhoudende huisartsen of (internet) apotheken, apotheekketens, ziekenhuisapotheken, poliklinische apotheken.

Arts

Degene die op grond van de Nederlandse wet bevoegd is tot het uitoefenen van de geneeskunst en als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

Basisverzekering

De zorgverzekering zoals die is vastgesteld in de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Bedrijfsarts

Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG) en die optreedt namens de werkgever of namens de arbodienst waarbij de werkgever is aangesloten.

Bekkenfysiotherapeut

Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) en die ook als bekkenfysiotherapeut is ingeschreven in het deelregister bekkenfysiotherapie van het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) of bij de Stichting Keurmerk Fysiotherapie.

Bureau Jeugdzorg

Een bureau als bedoeld in artikel 4 van de Wet op de jeugdzorg (Wjz).

Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde

Een universitair of daarmee door ons gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij een behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.

Centrum voor erfelijkheidsonderzoek

Een instelling die een vergunning heeft op grond van de Wet op bijzondere medische verrichtingen (Wbmv) voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.

Contract met preferentiebeleid

Hieronder verstaan wij een overeenkomst tussen ons en de apotheek waarin specifieke afspraken zijn gemaakt over het preferentiebeleid en/of de levering en betaling van farmaceutische zorg.

Dagbehandeling

Opname korter dan 24 uur.

Diagnose Behandeling Combinatie (DBC-)zorgproduct

Vanaf 1 januari 2012 worden nieuwe zorgprestaties voor medisch-specialistische zorg uitgedrukt in DBC-zorgproducten. Dit traject heet DOT (DBC's Op weg naar Transparantie). Een DBC-zorgproduct is een declareerbare prestatie op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg, binnen de medisch-specialistische zorg die de resultante is van het totale traject van de diagnose die de zorgverlener stelt tot en met de (eventuele) behandeling. Het DBC-traject begint op het moment dat u zich meldt met uw zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 120 dagen.

Diëtist

Een diëtist die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

Eerstelijns verblijf

Medisch noodzakelijk kortdurend verblijf in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg.

Ergotherapeut

Een ergotherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

30 Medisch specialistische zorg en verblijf

U heeft recht op medisch specialistische zorg en verblijf. Deze zorg kan plaatsvinden in:

- een ziekenhuis;
- een zelfstandig behandelcentrum of
- de praktijk aan huis van een medisch specialist (extramuraal werkend specialist) verbonden aan een op grond van de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) toegelaten instelling.

De zorg bestaat uit:

- medisch-specialistische zorg;
- uw behandeling en eventuele verblijf op basis van de laagste klasse in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum, inclusief verpleging en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij die behandeling horen.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat medisch specialisten als zorg plegen te bieden.

Voorwaarden voor het recht op medisch specialistische zorg

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, physician assistant, verpleegkundig specialist, verloskundige als het om verloskundige zorg gaat, de optometrist als het om oogzorg gaat of een andere medisch specialist.
- Naar een kno-arts mag u ook zijn doorverwezen door een triage-audicien.
- De verwijzer (zie onder 1) geeft de reden van uw verblijf door aan onze medisch adviseur. U moet de verwijzer hiervoor machtigen.
- Wordt u opgenomen voor plastische chirurgie? Dan heeft u alleen recht op deze zorg als u ons om toestemming heeft gevraagd. Dit moet ten minste 3 weken voor het verblijf plaatsvinden. Als bewijs van onze toestemming geven wij het ziekenhuis of het zelfstandig behandelcentrum een garantieverklaring.
- Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met medisch specialistische zorg.

Let op! In de volgende artikelen van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' zijn onderdelen van medisch specialistische zorg apart uitgewerkt.

Het gaat om de volgende artikelen:

Artikel 8	Kaakchirurgie – tandheelkundige zorg van 18 jaar en ouder
Artikel 13	Audiologisch centrum
Artikel 17	Psychiatrisch ziekenhuisverblijf (GGZ zorg)
Artikel 20	Astmacentrum in Davos
Artikel 21	Erfelijkheidsonderzoek en –advisering
Artikel 22	Mechanische beademing
Artikel 23	Thuisdialyse
Artikel 24	Transplantaties van organen en weefsels
Artikel 25	Plastische chirurgie
Artikel 26	Revalidatie
Artikel 31	Bevalling en verloskundige zorg
Artikel 32	IVF, andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen etc.
Artikel 34	Oncologieonderzoek bij kinderen
Artikel 40	Trombosedienst

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op:

- medisch specialistische zorg en/of verblijf, zoals in dit artikel beschreven, als u in een privékliniek wordt behandeld;
- behandelingen tegen snurken (uvuloplastiek);
- behandeling met een redressiehelm bij plagiocefalie en brachycefalie zonder craniostenose;
- behandelingen met sterilisatie als doel;
- behandelingen die als doel hebben sterilisatie ongedaan te maken;
- behandelingen gericht op besnijdenis (circumcisie) zonder medische noodzaak.

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) valt niet onder dit artikel. Wilt u weten op welke GGZ zorg u recht heeft? Lees dan artikel 16 en 17 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' over niet-klinische geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (tweedelijns GGZ) en psychiatrisch ziekenhuisverblijf.

Op hoeveel dagen verblijf heeft u recht

Wordt u opgenomen in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum? Dan heeft u recht op een ononderbroken verblijf in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum voor een periode van maximaal 1.095 dagen. De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

- verblijf in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel;
- verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis;
- eerstelijns verblijf.

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Selectieve contractering Basis Budget

Let op! Heeft u de Basis Budget? Dan is op dit artikel selectieve contractering van toepassing. Meer hierover leest u in artikel 4.3.2 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij speciaal voor de Basis Budget een contract hebben?

Gebruik dan de Zorgzoeker op www.zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.



Zwanger (worden)/baby/kind

Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u de Basis Zeker of Basis Budget? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u de Basis Exclusief? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.

31 Bevalling en verloskundige zorg

Bij het recht op verloskundige zorg en zorg tijdens de bevalling maken wij onderscheid tussen medische noodzaak (31.1) en geen medische noodzaak (31.2).

31.1 Met medische noodzaak

Vrouwelijke verzekerden hebben recht op:

- verloskundige zorg door een verloskundige, of als deze niet beschikbaar is, door een huisarts. Ontvangt u verloskundige zorg van een verloskundige in een ziekenhuis? Dan moet deze zorg onder de verantwoordelijkheid van een medisch specialist vallen;
- het gebruik van de verloskamer, als de bevalling plaatsvindt in een ziekenhuis (poliklinisch of klinisch).

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verloskundigen als zorg plegen te bieden.