



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, namens C en D, beiden te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem
Zaak : AV, alternatieve geneeswijze, formele controle, terugvordering
Regelgeving : Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018, artt. 3:309, 6:203 en, 6:248 BW
Zaaknummer : 201901925
Zittingsdatum : 18 december 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

1. Partijen

De heer A, hierna te noemen: verzoeker, C, hierna te noemen verzekerde 1, en de minderjarige D, hierna te noemen verzekerde 2. Verzekerde 1 en 2 worden door de heer A (wettelijk vertegenwoordigd,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar NV, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

2.1. Bij e-mailbericht van 22 oktober 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.

2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 20 november 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 22 november 2019 aan verzoeker gezonden.

2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 18 december 2019 gehoord.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoeker, verzekerde 1 en verzekerde 2 waren in 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ Aanvullend Best en VGZ Tand Goed. Verzoeker trad hierbij op als verzekeringnemer.

3.2. Verzoekers echtgenote is een TuiNatherapeut. Zij heeft alternatieve zorg aan verzoeker, verzekerde 1 en verzekerde 2 verleend. De ziektekostenverzekeraar heeft (een gedeelte van) de kosten van deze zorg vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Aanvullend Best. Bij brief van 9 juli 2019 heeft hij verzoeker meegedeeld dat hij de uitgekeerde vergoedingen voor de in 2018 door zijn echtgenote verleende alternatieve zorg van hem terugvordert. Dit komt neer op een bedrag van totaal € 1.912,50.

3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar diverse keren om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 22 augustus 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar:

- (i) de reeds uitgekeerde vergoedingen voor de in 2018 genoten alternatieve zorg, waarbij zijn echtgenote de behandelaar was, niet mag terugvorderen;
- (ii) is gehouden zijn procedure voor het verrichten van formele controles anders in te richten.

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. Dit geldt voor zowel de zorgverzekering als de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 10 van de zorgverzekering en artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ Aanvullend Best en VGZ Tand Goed.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit het Burgerlijk Wetboek (verder: BW) over onverschuldigde betaling, verjaring en rechtsgevolgen in het algemeen 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.

Aanvullende ziektekostenverzekering


6.2. De in 2018 door de echtgenote van verzoeker aan verzoeker, verzekerde 1 en verzekerde 2 verleende alternatieve zorg is door de ziektekostenverzekeraar vergoed op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Aanvullend Best. De zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Tand Goed blijven daarom verder onbesproken.

6.3. Partijen zijn het erover eens dat de ziektekostenverzekeraar de kosten voor de in 2018 door zijn echtgenote aan verzoeker alsmede aan verzekerde 1 en verzekerde 2 verleende alternatieve zorg niet had hoeven te vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Aanvullend Best. Deze zorg is namelijk aan betrokkenen verleend door een partner, ouder of inwonend (ander) familielid. Vergoeding van dergelijke zorg is uitgesloten op basis van artikel 1.9 van het 'Algemeen gedeelte' van de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Aanvullend Best. Aangezien aldus de rechtsgrond voor de door de ziektekostenverzekeraar gedane uitkeringen ontbrak, is sprake van onverschuldigde betaling als bedoeld in artikel 6:203 BW.


6.4. Een vordering uit onverschuldigde betaling verjaart door verloop van 5 jaren. Deze termijn begint te lopen op de dag volgende op de dag waarop de schuldeiser zowel met het bestaan van zijn vordering als met de persoon van de ontvanger is bekend geworden. Een vordering uit onverschuldigde betaling verjaart in ieder geval 20 jaren nadat de vordering is ontstaan. Een en ander is vastgelegd in artikel 3:309 BW. De ziektekostenverzekeraar heeft binnen genoemde termijn van 5 jaren aanspraak gemaakt op het aan verzoeker onverschuldigd betaalde bedrag van totaal € 1.912,50.

6.5. Naar de commissie begrijpt, stelt verzoeker dat er redenen zijn om te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar zijn recht tot het terugvorderen van het bedrag van € 1.912,50 niet (meer) mag uitoefenen. De eerste reden is dat verzoeker niet op de hoogte was van de uitsluitingsgrond als bedoeld in artikel 1.9 van het 'Algemeen gedeelte' van de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Aanvullend Best. De tweede reden is dat hij, verzekerde 1 en verzekerde 2 worden benadeeld doordat de ziektekostenverzekeraar zich na een dusdanig tijdsverloop op deze uitsluitingsgrond beroept. Zij kunnen de alternatieve zorg namelijk niet meer bij een andere zorgverlener afnemen. Verzoeker, verzekerde 1 en verzekerde 2 hebben de bestaande dekking voor alternatieve zorg vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Aanvullend Best in 2018 dus niet kunnen benutten.


6.6. Wat betreft het eerste argument geldt dat het tot de verantwoordelijkheid van verzoeker behoort kennis te nemen van de verzekeringsvoorwaarden. Deze bepalen immers onder welke voorwaarden recht bestaat op vergoeding. Verzoeker had aan de hand hiervan kunnen nagaan dat de nota's niet




door de ziektekostenverzekeraar hoefden te worden vergoed. Zijn beroep op onbekendheid met de voorwaarden faalt daarom.



6.7. Ook het tweede argument kan niet overtuigen. De ziektekostenverzekeraar heeft op basis van een formele controle geconstateerd dat de uitgekeerde vergoedingen onterecht zijn verleend. Dat verzoeker en zijn gezinsleden door het tijdsverloop inmiddels geen beroep (meer) konden doen op de in 2018 bestaande dekking voor alternatieve zorg door deze zorg elders te betrekken, vormt geen grond te bepalen dat de terugvordering moet vervallen. Zoals hiervoor is overwogen was deze terecht en is zij tijdig ingesteld. Dit betekent dat verzoeker is gehouden het bedrag van € 1.912,50 aan de ziektekostenverzekeraar terug te betalen.




6.8. Verzoeker meent verder dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden een (digitaal) controlemechanisme op basis van adres in zijn declaratie afhandelingsstelsel te bouwen, zodat nota's standaard worden afgewezen als het adres van de behandelaar en dat van de patiënt overeenkomen. De ziektekostenverzekeraar zou er ook voor kunnen kiezen formele controles frequenter uit te voeren. De commissie overweegt dat het aan de ziektekostenverzekeraar is te bepalen hoe en wanneer hij de formele controles uitvoert. Het tweede onderdeel van het verzoek wordt om die reden afgewezen.



6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies



7.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 22 januari 2020,



H.A.J. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

3. Europese wet- en regelgeving
(bron: <https://eur-lex.europa.eu/homepage.html?locale=nl>)

4. Overige stukken

II. VGZ Aanvullend Goed, VGZ Aanvullend Beter, VGZ Aanvullend Best

Artikel 9. Alternatieve zorg

Omschrijving

Alternatieve zorg bestaat uit:

1. behandelingen en consulten die vallen onder de volgende stromingen:
 - a. acupunctuur en andere Oosterse geneeswijzen;
 - b. antroposofische alternatieve geneeswijzen;
 - c. homeopathie;
 - d. natuurgeneeswijzen;
 - e. psychosociale zorg.

Wie mag de zorg verlenen

Een door ons aangewezen zorgaanbieder. Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

2. homeopathische of antroposofische geneesmiddelen die volgens de Geneesmiddelenwet zijn geregistreerd en homeopathische of antroposofische middelen die in de Taxe Homeopathie van Z-index een registratie HA of HM hebben. De (genees)middelen moeten zijn voorgeschreven door een arts met een BIG-registratie, huisarts, medisch specialist, kaakchirurg of verloskundige en worden geleverd door een apotheker of apothekhoudend huisarts.

Wilt u weten of een middel wordt vergoed? U kunt het Z-index artikelnummer bij uw zorgaanbieder opvragen en contact met ons opnemen. Ons telefoonnummer vindt u op onze website. Aan de hand van dit nummer kunnen wij u informeren of het middel wordt vergoed. Uw apotheek of apothekhoudend huisarts kan ook nakijken of het middel een HA of HM registratie in de Taxe Homeopathie heeft.

Het totale budget alternatieve zorg bedraagt

VGZ Aanvullend Goed	maximaal € 300 per kalenderjaar; voor behandelingen en consulten geldt een maximum vergoeding van € 45 per dag
VGZ Aanvullend Beter	maximaal € 500 per kalenderjaar; voor behandelingen en consulten geldt een maximum vergoeding van € 45 per dag
VGZ Aanvullend Best	maximaal € 800 per kalenderjaar; voor behandelingen en consulten geldt een maximum vergoeding van € 45 per dag

Bijzonderheden

1. Onder alternatieve zorg verstaan wij niet consulten en (groeps)behandelingen voor:
 - preventie, welbevinden en/of zelfontplooiing;
 - sociaal (maatschappelijke) dienstverlening en coaching;
 - werk-, opvoedings- en/of schoolgerelateerde problemen;
 - relatietherapie;
 - schoonheidsbevordering;
 - het geven van voedingsadviezen en bewegingsvoorlichting in verband met gewichtsproblemen (zie artikel 20);
 - celtherapie en chelatietherapie.
2. U hebt geen recht op vergoeding van de kosten voor diagnostisch onderzoek zoals laboratoriumonderzoek, scans, schoolpsychologisch onderzoek, intelligentieonderzoek en onderzoek voor het aanvragen van bijvoorbeeld een persoonsgebonden budget.

dan kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet. Wij hebben het recht te wachten met betaling van de nota totdat betaling van de kosten door u is aangetoond.

Online declareren

U declareert uw nota's gemakkelijk en snel online. Ga daarvoor naar www.mijnvgz.nl. U moet de originele nota tot een jaar na het indienen van de declaratie bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen in verband met controle. Als u de nota's niet kunt overleggen, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen bij u terugvorderen of verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.5. Rechtstreekse betaling

Wij hebben het recht om de kosten van zorg rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder. Met deze betaling vervalt uw recht op vergoeding.

1.6. Verrekening van kosten

Als wij rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen en meer vergoeden dan waartoe wij gehouden zijn op grond van uw aanvullende verzekering(en) of de kosten van zorg komen anderszins voor uw rekening, dan bent u als verzekeringnemer de kosten verschuldigd aan ons. Deze bedragen brengen wij later bij u in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.7. Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg hebt u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. Dit geven wij aan in het betreffende zorgartikel.

Verwijzing of voorschrift

Staat in het zorgartikel dat u een verwijzing of voorschrift nodig hebt? Dan kunt u die vragen aan de zorgaanbieder die wij in het artikel noemen. Vaak is dat de huisarts.

Toestemming

U hebt in een aantal gevallen onze toestemming nodig voordat de zorg wordt geleverd. Deze toestemming noemen wij ook wel een machtiging. Als u vooraf geen toestemming hebt gekregen, dan hebt u geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij een contract hebben gesloten? Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Uw zorgaanbieder beoordeelt in dit geval of u voldoet aan de voorwaarden en/of vraagt voor u toestemming bij ons aan. U kunt uw aanvraag ook rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vindt u voorin de verzekeringsvoorwaarden.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen.

1.8. Wanneer hebt u recht op (vergoeding van kosten van) verzekerde zorg?

U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg als de zorg is geleverd tijdens de looptijd van uw aanvullende verzekering. Als in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over (kalender)jaar, dan is voor de beoordeling aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden toegerekend de door de zorgaanbieder opgegeven datum waarop de zorg is geleverd bepalend. Als een behandeling in twee kalenderjaren, valt en de zorgaanbieder de kosten hiervan in één bedrag in rekening mag brengen (bijvoorbeeld een diagnose-behandelcombinatie), dan vergoeden wij deze kosten als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de aanvullende verzekering en worden de kosten toegerekend aan het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart.

1.9. Uitsluitingen

U hebt geen recht op:

- vormen van zorg of diensten die worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift, zoals de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet, of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015;
- (vergoeding van de kosten van) zorg die verband houden met ziekten of afwijkingen, die al bestonden vóór of bij het tot stand komen van de aanvullende verzekering en waarmee u bekend was of kon zijn of waarvan u toen klachten ondervond, terwijl hiervan niet schriftelijk melding is gemaakt aan ons. Deze uitsluiting is niet van toepassing als de aanvullende verzekering zonder medische of tandheelkundige selectie tot stand is gekomen;
- vergoeding van kosten omdat u niet op een afspraak met een zorgaanbieder bent verschenen (de zogenoemde 'no show fee');

- vergoeding van kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet-tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders;
- vergoeding van eigen bijdragen die, of eigen risico dat, u verschuldigd bent op grond van enige andere verzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop aanspraak zou kunnen worden gemaakt op grond van de Zorgverzekeringswet als u verzekeringsplichtige in de zin van die wet was;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop aanspraak kan worden gemaakt of zou kunnen worden gemaakt op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz), de Zorgverzekeringswet of een andere wet, voorziening of verzekering al dan niet van oudere datum als de aanvullende verzekering bij ons niet zou bestaan. In dat geval is deze aanvullende verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan zal op grond van deze verzekeringsvoorwaarden alleen die schade voor uitkering in aanmerking komen die het bedrag te boven gaat waarop u elders aanspraak zou kunnen maken. Wij hanteren het convenant samenloop reisverzekeringen en aanvullende ziektekostenverzekeringen. U kunt het convenant vinden op onze website;
- vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van ons handelen of nalaten;
- (vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij die zich in Nederland voordoen, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht;
- (vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door grove schuld of opzet;
- vergoeding als de kosten in rekening worden gebracht door uzelf, uw partner, kind, ouder of inwonend (ander) familielid.

1.10. Recht op zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen

Hebt u zorg nodig die het gevolg is van één of meer terroristische handelingen? Dan geldt de volgende regel. Als de totale schade die in een (kalender)jaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) volgens de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, dan hebt u maar recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg. De NHT bepaalt dit percentage. Dit geldt voor schade-, levens- en uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is. De exacte definities en bepalingen van de hiervoor genoemde aanspraak zijn opgenomen in het Clausuleblad terrorismedekking van de NHT.

Waarborg uitkering bij terrorismeschade

Om te kunnen waarborgen dat u een uitkering krijgt bij terrorismeschade, hebben (bijna alle) verzekeraars in Nederland de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden (NHT) opgericht. Ook wij zijn hierbij aangesloten. De NHT heeft een regeling opgesteld waardoor u in ieder geval (een deel van) uw schade vergoed kunt krijgen.

De NHT heeft een maximum gesteld aan het totaal uit te keren bedrag bij een terroristische daad. Het maximum, van 1 miljard euro per jaar, geldt voor alle verzekerden samen. Is de totale schade hoger, dan krijgt elke verzekerde met schade een gelijk percentage van het maximumbedrag uitgekeerd. In de praktijk kan dit dus betekenen dat u minder krijgt uitgekeerd dan de werkelijke waarde van de schade. Maar het betekent ook dat u ervan bent verzekerd dat u in ieder geval (een deel van de schade) krijgt vergoed.

Artikel 2. Algemene bepalingen

2.1. Grondslag van de aanvullende verzekering

De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van de gegevens die u op het aanvraagformulier hebt aangegeven of die u ons schriftelijk hebt doorgegeven.

2.2. Aanvullende verzekering

De verzekeringsovereenkomst geldt voor de op het polisblad vermelde of op andere schriftelijke wijze aan u bevestigde aanvullende verzekering(en). Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst en zijn van toepassing op de volgende aanvullende verzekeringen: VGZ Aanvullend Goed, VGZ Aanvullend Beter, VGZ Aanvullend Best, VGZ Tand Goed, VGZ Tand Beter en VGZ Tand Best, in deze verzekeringsvoorwaarden te noemen: aanvullende verzekering.

Artikel 7. Klachten en geschillen

7.1. Hebt u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement

U kunt ervan uitgaan dat wij alles rond uw aanvullende verzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt uw klacht gemakkelijk indienen via het online klachtenformulier op onze website. Bent u niet in de gelegenheid om uw klacht digitaal in te dienen? Dan kunt u uw klacht schriftelijk voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

Tips bij het indienen van een klacht

- Geeft u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover u ontevreden bent, wat volgens u de beste oplossing is en wanneer u het beste bereikbaar bent.
- Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met uw klacht mee. U kunt de originele stukken namelijk zelf nog nodig hebben.
- Als u uw klacht niet zelf wilt of kunt indienen, dan is het ook mogelijk dit door iemand anders te laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij uw klacht in behandeling.

U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, dan kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

7.2. e-Court

Als u premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen niet tijdig hebt betaald, kunnen wij een procedure starten bij de Stichting e-Court. Als u een oproep voor een procedure bij e-Court hebt ontvangen, kunt u een maand bezwaar maken tegen deze procedure. In dat geval starten wij een procedure bij de burgerlijke rechter, tenzij u het geschil voorlegt aan de SKGZ. De wettelijke regels en het procesreglement zijn op de procedure bij e-Court van toepassing. U vindt deze op www.e-court.nl.

7.3. Klachten over onze formulieren

Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt uw klacht hierover indienen via onze website. Het is ook mogelijk om uw klacht schriftelijk voor te leggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven. U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht over formulieren. Als u niet tevreden bent met het antwoord of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, dan kunt u uw klacht voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: info@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

Artikel 8. Zorgadvies en bemiddeling

U hebt recht op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet-aanvaardbare lange wachttijd voor behandeling door een zorgaanbieder die deze zorg mag leveren volgens deze aanvullende verzekering. U kunt voor deze bemiddeling een beroep doen op onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling.

U kunt ook een beroep doen op deze afdeling bij algemene vragen over de zorg. Denk hierbij aan het zoeken naar een zorgaanbieder met een bepaalde expertise of hulp bij het vinden van de juiste weg binnen de zorg. Wij bekijken samen met u welke mogelijkheden er zijn.

Artikel 10. Klachten en geschillen

10.1. Hebt u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement

U kunt er van uit gaan dat wij alles rond uw zorgverzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt uw klacht gemakkelijk indienen via het online klachtenformulier op onze website. Bent u niet in de gelegenheid om uw klacht digitaal in te dienen? Dan kunt u uw klacht schriftelijk voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

Tips bij het indienen van een klacht

- Geef u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover u ontevreden bent, wat volgens u de beste oplossing is en wanneer u het beste bereikbaar bent.
- Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met uw klacht mee. U kunt de originele stukken namelijk zelf nog nodig hebben.
- Als u uw klacht niet zelf wilt of kunt indienen, dan is het ook mogelijk dit door iemand anders te laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij uw klacht in behandeling.

U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, dan kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

10.2. e-Court

Als u premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen niet tijdig hebt betaald, kunnen wij een procedure starten bij de Stichting e-Court. Als u een oproep voor een procedure bij e-Court hebt ontvangen, kunt u een maand bezwaar maken tegen deze procedure. In dat geval starten wij een procedure bij de burgerlijke rechter, tenzij u het geschil voorlegt aan de SKGZ. De wettelijke regels en het procesreglement zijn op de procedure bij e-Court van toepassing. U vindt deze op www.e-court.nl.

10.3. Klachten over onze formulieren

Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt uw klacht indienen via onze website. Het is ook mogelijk om uw klacht hierover schriftelijk voor te leggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven.

U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht over formulieren. Als u niet tevreden bent met het antwoord of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, dan kunt u uw klacht voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: info@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

Burgerlijk Wetboek Boek 3

Artikel 309

Een rechtsvordering uit onverschuldigde betaling verjaart door verloop van vijf jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waarop de schuldeiser zowel met het bestaan van zijn vordering als met de persoon van de ontvanger is bekend geworden en in ieder geval twintig jaren nadat de vordering is ontstaan.

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 203

1. Degene die een ander zonder rechtsgrond een goed heeft gegeven, is gerechtigd dit van de ontvanger als onverschuldigd betaald terug te vorderen.
2. Betreft de onverschuldigde betaling een geldsom, dan strekt de vordering tot teruggave van een gelijk bedrag.
3. Degene die zonder rechtsgrond een prestatie van andere aard heeft verricht, heeft eveneens jegens de ontvanger recht op ongedaanmaking daarvan.

Artikel 248

1. Een overeenkomst heeft niet alleen de door partijen overeengekomen rechtsgevolgen, maar ook die welke, naar de aard van de overeenkomst, uit de wet, de gewoonte of de eisen van redelijkheid en billijkheid voortvloeien.
2. Een tussen partijen als gevolg van de overeenkomst geldende regel is niet van toepassing, voor zover dit in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn.