



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen Zilveren Kruis
Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te
Zeist

Zaak : Specificatie verstrekking, declaratieoverzicht

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, Voorwaarden aanvullende
ziektelkostenverzekering 2019, artt. 6:96 BW en 17 Regeling
informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/
NR-010)

Zaaknummer : 201902416

Zittingsdatum : 22 juli 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. L. Ritzema)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer C te B,
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 8 januari 2020 heeft verzoekster de Ombudsman Zorgverzekeringen telefonisch meegedeeld een bindend advies te wensen van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie).

2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brief van 13 mei 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 19 mei 2020 aan verzoekster gezonden.

2.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 juli 2020 gehoord.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoekster was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Basis Plus Module, Aanvullend Tand **** en Extra Aanvullend Thuiszorg (verder: de aanvullende ziektekostenverzekering).

3.2. Verzoekster neemt sinds enige tijd periodiek het homeopathische middel VSM Solidago Virgaurea Oertinctuur af bij de betrokken apotheek, zo ook op 4 juli 2019. De ziektekostenverzekeraar specificeert dit middel op de 'Declaratieoverzicht specificaties' met de omschrijving 'Verstrekking apotheek'.

3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster op 10 september 2019 per declaratieoverzicht gevraagd vóór 30 september 2019 een bedrag van totaal € 53,76 aan hem te betalen voor verstrekking van het middel 'SLOW K TABLET MGA 600 mg' en voor 'Verstrekking apotheek' door de betrokken apotheek op 30 juli 2019 respectievelijk 4 juli 2019. Verzoekster heeft dit bedrag niet voor genoemde uiterste betaaldatum betaald. De ziektekostenverzekeraar heeft haar op 12 oktober 2019 per brief een betalingsherinnering gestuurd. Hierin is verzoekster gevraagd het bedrag alsnog binnen 15 dagen na ontvangst van de brief te betalen. In deze brief was tevens vermeld dat bij het uitblijven van een tijdige betaling € 10,- incassokosten in rekening zouden worden gebracht. Verzoekster heeft de kosten van het middel 'SLOW K TABLET MGA 600 mg' ten bedrage van € 35,21 vervolgens voldaan, maar de kosten van 'Verstrekking apotheek' ten bedrage van € 18,55 niet.

Omdat verzoekster het volledige bedrag niet voor de uiterste betaaldatum heeft betaald, heeft de ziektekostenverzekeraar op 4 november 2019 € 10,- incassokosten bij verzoekster in rekening gebracht. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster op 5 november 2019 per brief een tweede

betalingsherinnering gestuurd. Hierin heeft hij haar verzocht het nog openstaande bedrag van € 18,55 en de incassokosten van € 10,- binnen 14 dagen te voldoen.

3.4. Verzoekster is op 9 november 2019 per e-mailbericht opgekomen tegen de tweede betalingsherinnering van 5 november 2019. Op 14 november 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief hierop gereageerd. Op 19 november 2019 is het bedrag van € 28,55 door verzoekster voldaan.

4. Geschil

4.1. De commissie begrijpt het verzoek van verzoekster aldus dat zij de commissie verzoekt te beslissen dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar de in rekening gebrachte incassokosten ten bedrage van € 10,-- aan haar moet terugbetalen;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar is gehouden alle vormen van zorg en andere diensten met naam op haar declaratieoverzichten te vermelden.

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. Dit artikel is volgens pagina 54 ook van toepassing is op de afgesloten aanvullende ziektekostenverzekeringen.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit het Burgerlijk Wetboek (BW) en uit de 'Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten' (TH/NR-010) van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) 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.

Zorgverzekering

6.2. Verzoekster komt op tegen het feit dat haar incassokosten in rekening zijn gebracht. In dit verband is door haar gesteld dat de ziektekostenverzekeraar was gehouden de naam VSM Solidago Virgaurea Oertinctuur op het declaratieoverzicht te vermelden. Zij wil weten waarvoor zij moet betalen, ook voor de Belastingdienst. Verzoekster is verzekeringnemer, en uitsluitend voor zichzelf. Het privacy-argument van de ziektekostenverzekeraar gaat daarom niet op. Daarbij lijkt het privacy-argument door hem willekeurig te worden gebruikt. Sommige middelen worden in het declaratieoverzicht namelijk wél bij naam genoemd. Verzoekster heeft haar persoonlijke online omgeving bij de ziektekostenverzekeraar geraadpleegd. Hierin kon zij niet achterhalen op welk middel de declaratie van 10 september 2019 zag. Bij navraag heeft de ziektekostenverzekeraar bovendien het verkeerde middel genoemd. De kosten van VSM Solidago Virgaurea Oertinctuur heeft verzoekster overigens rechtstreeks aan de apotheek betaald. Hierbij waren de kosten lager dan € 18,55, het bedrag dat de ziektekostenverzekeraar voor VSM Solidago Virgaurea Oertinctuur aan de apotheek zou hebben betaald. Het middel wordt overigens de ene keer wel vergoed en de andere keer niet. De apotheek heeft verzoekster meegedeeld nooit een nota te hebben ingediend voor € 18,55. Zij heeft daarnaast vernomen dat de apotheek van de ziektekostenverzekeraar niet het bedrag ontvangt dat op de declaratie staat.

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar stelt zich op het standpunt dat de incassokosten terecht zijn berekend. In dit kader heeft hij aangevoerd dat op een declaratieoverzicht behandelingen en geneesmiddelen van meerdere gezinsleden kunnen staan. Hij bepaalt daarom op basis van een zorgvuldige afweging tussen privacy en duidelijke communicatie of behandelingen en geneesmiddelen met naam of een meer algemene omschrijving op de declaratieoverzichten worden vermeld. De ziektekostenverzekeraar hanteert hiervoor een lijst, waarop VSM Solidago Virgaurea Oertinctuur is vermeld. Is een behandeling of geneesmiddel op de lijst vermeld, dan leidt dit tot een bepaalde omschrijving op het declaratieoverzicht, waarbij niet van belang is of het een polis betreft waarop één dan wel meerdere personen zijn vermeld. Verzoekster kan in haar persoonlijke online omgeving inzien op welke behandeling of op welk geneesmiddel een declaratie betrekking heeft. Zij kan deze informatie ook opvragen bij de ziektekostenverzekeraar. Dit laatste is meerdere keren gebeurd. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster op 27 februari 2019, 8 maart 2019, 24 april 2019 en 30 april 2019 uitleg gegeven over de vermelding 'Verstreking apotheek'. Zij is bovendien vóór 9 november 2019 niet opgekomen tegen de declaraties met betrekking tot de op 4 juli 2019 en 18 september 2019 aan haar afgeleverde VSM Solidago Virgaurea Oertinctuur. De ziektekostenverzekeraar betreurt het ten eerste dat hij in zijn brief van 14 november 2019 per ongeluk foutieve informatie heeft verstrekt, namelijk dat de omschrijving 'Verstreking apotheek' betrekking heeft op het geneesmiddel 'Seretide Aerosol' in plaats van VSM Solidago Virgaurea Oertinctuur. Hij verwijst verder naar een passage uit een niet nadere geduide uitspraak van de commissie. Hierin is overwogen dat vermelding van de zorgvorm en de datum waarop deze zorg is verleend, mede gelet op de 'Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten' van de NZa, voldoende moet zijn om te controleren of de juiste zorg is gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar bestrijdt dat de kosten van het middel soms wel en soms niet door hem zijn vergoed. In ieder geval is vanaf 2015 geen vergoeding verleend. Daarbij vormt de vergoeding geen onderwerp van geschil in deze zaak.
- 6.4. De commissie overweegt dat uit het declaratieoverzicht van 10 september 2019 volgt dat sprake is geweest van een, tezamen met andere declaraties, rechtstreeks door de apotheek bij de ziektekostenverzekeraar ingediende declaratie. Voor het bedrag van € 18,55 is dan ook geen aparte nota verzonden door de apotheek. Tevens komt uit het declaratieoverzicht naar voren dat de declaratie vervolgens rechtstreeks door de ziektekostenverzekeraar is vergoed aan de apotheek. De suggestie van verzoekster, dat de apotheek feitelijk een lager bedrag uitgekeerd zou hebben gekregen dan de vergoeding die op het declaratieoverzicht van 10 september 2019 is vermeld, zodat het declaratieoverzicht niet zou kloppen, overtuigt niet. Een feitelijke onderbouwing hiervan ontbreekt. De wijze van rechtstreeks declareren is opgenomen in artikel 3.3., vierde lid, van het reglement van de ziektekostenverzekeraar, waaraan verzoekster als verzekerde is gebonden en waarvan zij kennis had kunnen nemen. Dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van VSM Solidago Virgaurea Oertinctuur ten laste van de zorgverzekering of de aanvullende ziektekostenverzekering vormt geen onderdeel van het aan de commissie voorgelegde verzoek. Of eerder wel vergoeding heeft plaatsgevonden kan daarom in het midden blijven.
- 6.5. Verzoekster heeft voor haar stelling dat feitelijk sprake is van een dubbele betaling geen bewijs geleverd. Mocht zij wel over bewijsstukken beschikken, dan is het aan haar in de eerste plaats de apotheek hierop aan te spreken. Gaat deze niet over tot correctie, dan komt de ziektekostenverzekeraar (opnieuw) in beeld.
- 6.6. Vast staat dat de apotheek de kosten van het middel rechtstreeks mocht declareren en dat de ziektekostenverzekeraar deze kosten heeft vergoed, zonder dat hiervoor dekking bestond. Zijn vordering op verzoekster van € 18,55 vormt hiermee voor de commissie een gegeven. De vervolgvraag is of verzoekster eenvoudig genoeg kon nagaan of de op het declaratieoverzicht van 10 september 2019 vermelde specificatie 'Verstreking apotheek' zag op VSM Solidago Virgaurea Oertinctuur. Een verzekeraar moet zijn declaratieoverzichten zodanig specificeren dat een verzekerde eenvoudig kan nagaan of de hierop vermelde zorg en overige diensten inderdaad zijn afgenomen en dat een eventueel te verrekenen eigen risico of eigen bijdrage terecht is opgevoerd. Dit laatste geldt tevens voor zorgkosten die voor eigen rekening blijven, zoals in dit geval.

- 6.7. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, en door verzoekster is niet betwist dat hij verzoekster, daarnaar door haar gevraagd, in het verleden meerdere keren heeft geïnformeerd dat dat de omschrijving 'Verstrekking apotheek' op haar declaratieoverzichten ziet op het middel VSM Solidago Virgaurea Oertinctuur, te weten op 27 februari 2019, 8 maart 2019, 24 april 2019 en 30 april 2019. Om deze reden ziet de commissie niet in waarom verzoekster aan de hand van de algemene omschrijving 'Verstrekking apotheek', de afleverdatum en de naam van de betrokken apotheek niet had kunnen opmaken dat het hier – opnieuw - VSM Solidago Virgaurea Oertinctuur betrof. De commissie concludeert dat aan de hand van het declaratieoverzicht van 10 september 2019 en de wetenschap van verzoekster voldoende duidelijk was waarop de vordering van € 18,55 zag.
- 6.8. Het eerste verzoek tot betaling van de ziektekostenverzekeraar dateert van 10 september 2019. Omdat betaling op de uiterste betaaldag uitbleef, is op 12 oktober 2019 een betalingsherinnering aan verzoekster gestuurd. Hierin is haar vijftien dagen - gerekend vanaf de datum van ontvangst van de brief - de tijd gegund de nota alsnog te voldoen. Tevens was hierin vermeld dat bij het uitblijven van een tijdige betaling incassokosten in rekening worden gebracht. Hiermee is voldaan aan artikel 6:96, tweede lid, onderdeel c, en artikel 6:96, zesde lid, BW. De ziektekostenverzekeraar mocht daarom op 4 november 2019 € 10,- incassokosten in rekening brengen. De hoogte hiervan is in overeenstemming met artikel 2 van het Besluit vergoeding voor buitengerechtelijke incassokosten. Dat de ziektekostenverzekeraar verzoekster nadien verkeerde informatie over de vordering heeft gegeven, door de naam te noemen van een ander product, maakt dit niet anders. Zoals uit het voorgaande blijkt, had het verzoekster vóórdat de incassokosten in rekening waren gebracht, al duidelijk kunnen en moeten zijn dat 'Verstrekking apotheek' zag op het aan haar afgeleverde en door de ziektekostenverzekeraar aan de apotheek vergoede middel VSM Solidago Virgaurea Oertinctuur.
- 6.9. Hetgeen verzoekster overigens heeft aangevoerd, onder andere dat de kosten van het middel bij rechtstreekse betaling aan de apotheek feitelijk lager zijn dan tussen de apotheek en de ziektekostenverzekeraar, kan niet leiden tot een ander oordeel.
- 6.10. Ten aanzien van de vraag in meer algemene zin of de ziektekostenverzekeraar is gehouden geneesmiddelen en behandelingen op de declaratieoverzichten altijd met naam te vermelden, overweegt de commissie het volgende.
- 6.11. De ziektekostenverzekeraar hanteert het beleid dat hij op declaratieoverzichten de naam van een behandeling of een geneesmiddel vermeldt, voor zover dat gelet op de privacy van verzekerden waarbij een ander optreedt als verzekeringnemer, is geoorloofd. Het beleid van de ziektekostenverzekeraar is in lijn met artikel 17.3 van de 'Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten' (TH/NR-010) van de NZa, waarin is beschreven welke punten zorgverzekeraars in hun declaratieoverzichten in ieder geval vermelden ten behoeve van het eigen risico. Een van deze punten is de consumentenomschrijving van de gedeclareerde zorg, voor zover de privacy van de 'medeverzekerden' niet onevenredig wordt aangetast. De commissie merkt hierbij op dat de Zvw geen mogelijkheid kent van 'medeverzekering'. Wel kan een ander optreden als verzekeringnemer, en in dat geval speelt het privacy-aspect even goed, omdat het declaratieoverzicht aan de verzekeringnemer wordt gezonden.
- 6.12. De ziektekostenverzekeraar heeft ervoor gekozen de uitkomst van zijn afweging tussen duidelijke communicatie en het waarborgen van privacy van 'medeverzekerden' toe te passen in alle gevallen, dus ongeacht of iemand uitsluitend verzekeringnemer is voor zichzelf of ook voor één of meer anderen. Deze keuze is te billijken. De stelling van verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar de afgenomen zorg en overige diensten op haar declaratieoverzichten beter moet specificeren, omdat zij uitsluitend verzekeringnemer is voor zichzelf, gaat dus niet op. De ziektekostenverzekeraar is, gelet op het voorgaande, niet gehouden de naam van behandelingen of geneesmiddelen in de declaratieoverzichten te specificeren.

6.13. Verzoekster heeft gesteld dat de ziektekostenverzekeraar het privacy-argument willekeurig gebruikt, omdat sommige middelen wél met naam op haar declaratieoverzichten worden vermeld. Dit laatste is ook de commissie opgevallen. De ziektekostenverzekeraar heeft, gevraagd naar de reden hiervan, toegelicht dat hij een lijst hanteert van middelen en behandelingen die vanwege privacyredenen niet met naam, maar met algemene omschrijvingen worden benoemd. Hij heeft echter niet duidelijk kunnen maken welke criteria hierbij worden gehanteerd en waarom VSM Solidago Virgaurea Oertinctuur op die lijst staat. Hoewel het beleid van de ziektekostenverzekeraar ten algemene valt te billijken, en verzoekster – zoals hiervoor is overwogen - in haar specifieke geval kon nagaan waarop de woorden ‘verstrekking apotheek’ betrekking hadden, lijkt het argument van het niet vermelden om reden van privacy in haar geval niet op te gaan. Wat wel de reden is vormt geen onderwerp van de onderhavige procedure, nu hiervoor is vastgesteld dat het beleid van de ziektekostenverzekeraar in lijn is met de toepasselijke regelgeving. Het feit dat hij, waar het gaat om dit middel, geen afdoende verklaring heeft verschaft over het opnemen op de lijst, terwijl dit wel van hem mocht worden verwacht, vormt voor de commissie aanleiding te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster moet vergoeden.

6.14. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat:

- (i) het verzoek wordt afgewezen;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar gehouden is verzoekster het entreegeld van € 37,-- te vergoeden.

Zeist, 29 juli 2020,



L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

14.3 Beëindigen als u bent aangemeld op grond van artikel 9a tot en met d 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.

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:

- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, op grond van bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening, of zoals is bepaald in het desbetreffende verdrag;
- vergoeding van de kosten van zorg door een zorgverlener of zorginstelling in het buitenland met wie of waarmee wij een contract hebben;
- 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 óók de voorwaarden en uitsluitingen zoals die voor deze zorg in Nederland gelden. Is er bijvoorbeeld een verwijzing nodig? Dan geldt dit ook in het buitenland.

15.2 Vergoeding van zorg in een 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:

- 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 óók de voorwaarden en uitsluitingen zoals die voor deze zorg in Nederland gelden. Is er bijvoorbeeld een verwijzing nodig? Dan geldt dit ook in het buitenland.

15.3 Omrekenkoers buitenlandse valuta

Wij vergoeden de kosten van zorg van een niet-gecontracteerde zorgverlener 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 ziektekosten-verzekering 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 Klachtcoördinatie. 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 klachten-registratiesysteem. U ontvangt hiervan een bevestiging. Daarnaast geven wij u uiterlijk binnen 10 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 of via onze website. U ontvangt hiervan een bevestiging. Uiterlijk binnen 10 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 (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 Zilveren Kruis is onderdeel van de Achmea Groep. Achmea B.V. is verantwoordelijk voor de verwerking van uw gegevens. 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 producten en diensten te verbeteren;
- d om de veiligheid en integriteit van de financiële sector te waarborgen;
- e voor wetenschappelijk onderzoek en statistische analyse;
- f om risico's in te schatten;
- g voor relatiebeheer;
- h 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 Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) en volgens de eventueel daaruit voortvloeiende wet- en regelgeving. 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 inzien? Dan kunt u ons dat schriftelijk melden. Achmea verkoopt uw gegevens niet.

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.

19.6 Waar leest u meer informatie over uw rechten en het gebruik van uw gegevens door Achmea?

U vindt meer informatie in ons Privacy Statement op onze website. U neemt hier kennis van de gronden voor de verwerking van persoonsgegevens en uw rechten.



Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen

De algemene voorwaarden die gelden voor de basisverzekering, zijn ook van toepassing op uw aanvullende verzekeringen. Uitzonderingen hierop zijn artikel 1.1 lid a-d (Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op) en artikel 4.3 (Niet-gecontracteerde zorgverleners).

Deze artikelen uit de algemene voorwaarden van de basisverzekering zijn dus niet van toepassing op de aanvullende verzekeringen.

Daarnaast zijn er ook een aantal artikelen die specifiek voor uw aanvullende verzekeringen gelden. Hieronder staan die artikelen.

1 Hoe sluit u de aanvullende verzekering af?

1.1 De aanvullende verzekering aanvragen

Iedereen die recht heeft op onze basisverzekering, kan op eigen verzoek een aanvullende verzekering aanvragen. U (verzekeringnemer) meldt zich aan voor de aanvullende verzekering door een aanvraagformulier volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen. U kunt ook op onze website het aanvraagformulier invullen. Maar dat kan alleen, als u tegelijkertijd onze basisverzekering aanvraagt. Wij gaan een aanvullende verzekering nooit met terugwerkende kracht aan, tenzij er sprake is van een situatie zoals omschreven in artikel 6.1 van deze algemene voorwaarden.

1.2 Soms kunnen wij u niet aanvullend verzekeren

In een aantal gevallen sluiten wij geen aanvullende verzekering voor u af.

Wij weigeren uw aanvraag als:

- u (verzekeringnemer) nog premie moet betalen voor een verzekering die eerder met ons is afgesloten;
- u zich schuldig heeft gemaakt aan fraude zoals omschreven in artikel 20 van de algemene voorwaarden van de basisverzekering;
- uw gezondheidstoestand hiertoe aanleiding geeft;
- u al zorg nodig heeft op het moment dat u zich aanmeldt. Of als er zorg te verwachten is, die qua aard en omvang valt onder de verstrekkingen vanuit de aanvullende verzekeringen.

1.3 Kinderen dezelfde aanvullende verzekering als de ouder

Zijn uw kinderen meeverzekerd op uw basisverzekering? Dan kunt u een aanvullende verzekering voor uw kinderen afsluiten, wanneer u zelf ook een aanvullende verzekering heeft bij ons. Voor de aanvullende verzekering voor kinderen jonger dan 18 jaar betaalt u geen premie. Daarom is het niet mogelijk om voor hen een aanvullende verzekering af te sluiten die uitgebreider is dan uw aanvullende verzekering of die van uw meeverzekerde partner.

Let op! Is uw partner bij ons of bij een andere verzekeraar zelfstandig verzekerd voor de basisverzekering en aanvullende verzekeringen? Dan moet u zelf aangeven bij wie u uw kinderen meeverzekert. U kunt ook een aanvullende verzekering voor uw kind(eren) afsluiten, wanneer u zelf een aanvullende verzekering heeft bij ons.

2 Wat verzekert de aanvullende verzekering?

2.1 Wat wij vergoeden

U heeft recht op vergoeding van uw kosten vanuit de aanvullende verzekering, voor zover u deze kosten heeft gemaakt in de periode waarin deze aanvullende verzekering van kracht is. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum waarop de zorg is geleverd. Het gaat hierbij om de behandeldatum die op de nota staat, niet om de datum waarop de nota is uitgeschreven. Declareert u een behandeling in de vorm van een DBC-zorgproduct? Dan is bepalend op welk moment uw behandeling is begonnen.

Vergoeding niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling

Bij een aantal vergoedingen onder de 'Vergoedingen aanvullende verzekeringen', vergoeden wij de kosten alleen, als u naar een gecontracteerde zorgverlener gaat. Dit leest u dan in het artikel. Het kan ook zijn dat we de niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling niet volledig vergoeden, dit leest u dan ook in het artikel.

2.2 Vergoeding zorg bij verblijf in het buitenland

Voor vergoeding van zorg die u ontvangt in het buitenland, gelden bepaalde voorwaarden en uitsluitingen. U vindt deze in de artikelen onder de 'Vergoedingen aanvullende verzekeringen'. Daarnaast moet de plaatselijke overheid de buitenlandse zorgverlener of zorginstelling erkend hebben. Ook moet de buitenlandse zorgverlener of zorginstelling voldoen aan gelijkwaardige wettelijke eisen als die waaraan Nederlandse zorgverleners en zorginstellingen volgens onze verzekeringsvoorwaarden moeten voldoen. Daarnaast is artikel 15 van de algemene voorwaarden van de basisverzekering van toepassing bij zorg in het buitenland.

Let op! Spreken wij in de voorwaarden over 100% of volledige vergoeding? Dan betekent dat voor dat artikel een vergoeding tot maximaal 100% van het tarief dat in Nederland bij een vergelijkbare behandeling gebruikelijk is.

Dit artikel is niet van toepassing op de in de verzekeringsvoorwaarden vermelde artikelen die specifiek betrekking hebben op de Nederlandse situatie. Daarnaast is dit artikel niet van toepassing op artikel 9 van de 'Vergoedingen aanvullende verzekeringen'. Wij vergoeden de zorg die u in het buitenland krijgt, alleen, als wij deze kosten ook in Nederland vanuit de aanvullende verzekeringen zouden vergoeden.

2.3 Wat wij niet vergoeden (samenloop van kosten)

U heeft bij ons uitsluitend recht op vergoedingen uit de aanvullende verzekering die niet of slechts gedeeltelijk via een wettelijke regeling worden verstrekt. Ook moet de vergoeding onder de dekking van de aanvullende verzekering vallen. Vanuit de aanvullende verzekering vergoeden wij niet de kosten ter compensatie van:

- a vanuit de basisverzekering verstrekte lagere vergoedingen, omdat u gebruik maakt van niet-gecontracteerde zorg;
- b kosten die met het eigen risico van de basisverzekering zijn verrekend, tenzij een collectieve aanvullende verzekering bij ons is afgesloten die het verplicht eigen risico vergoedt;
- c wettelijke eigen bijdragen en bedragen boven de wettelijke maximale vergoeding, tenzij deze vergoeding expliciet is opgenomen in de aanvullende verzekering.

Er is geen dekking uit hoofde van deze aanvullende verzekeringen indien en voor zover de geneeskundige kosten worden gedekt vanuit enige wet of andere voorziening of door een andere verzekering (waaronder een reisverzekering), al dan niet van oudere datum, of daaronder gedekt zouden zijn indien deze aanvullende verzekeringen niet zou hebben bestaan.



Artikel 2 Rechten van de verzekerde

Heeft u één van de verzekeringen afgesloten die staat in artikel 1.3 van dit reglement? Dan heeft u aanspraak op en/of recht op vergoeding van farmaceutische zorg volgens dit reglement en met inachtneming van wat in uw polisvoorwaarden is bepaald.

Artikel 3 Leveranciers van farmaceutische zorg

3.1 Soorten contracten met leveranciers farmaceutische zorg

Om farmaceutische zorg te kunnen leveren aan verzekerden, sluiten wij contracten af met apotheken. Er zijn 2 soorten contracten: IDEA-contracten en contracten met preferentiebeleid. Behalve met apotheken sluiten wij ook contracten af met andere medisch gespecialiseerde leveranciers om dieetpreparaten te leveren. Het kan voorkomen dat wij geen contract hebben afgesloten met een apotheek of medisch gespecialiseerde leverancier. Dit kan gevolgen hebben voor uw vergoeding. Dit leest u in artikel 3.5.

3.2 Deze voorwaarden voor uw vergoeding gelden altijd

Of wij nu wel of geen contract hebben met een apotheek of medisch gespecialiseerde leverancier, de volgende regels gelden altijd:

- 1 u heeft aanspraak op vergoeding van het geneesmiddel en/of dieetpreparaat tot maximaal de vergoedingslimiet (zie ook artikel 4.1) en uitsluitend als aan eventuele aanvullende vergoedingsvoorwaarden is voldaan.
- 2 de geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist, tandarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verloskundige of een hiertoe bevoegd verpleegkundige.
- 3 dieetpreparaten voor de behandeling van (het risico op) ondervoeding moeten zijn voorgeschreven door een arts of diëtist.

3.3 IDEA-contract: de apotheek bepaalt het geneesmiddelmerk

Onder de contractvorm IDEA (Integraal Doelmatigheidscontract Excellente Apothekers) geldt het volgende:

- 1 de apotheek levert u de farmaceutische zorg waarop u aanspraak heeft, op basis van uw polisvoorwaarden.
- 2 als er van een geneesmiddel meerdere identieke, onderling vervangbare varianten beschikbaar zijn en er geen medische noodzaak is om het niet door de apotheker aangewezen geneesmiddel te gebruiken, moet u, indien u uitsluitend een ander middel wilt gebruiken, dit geneesmiddel zelf betalen. Wij vergoeden de nota's die hierop betrekking hebben niet.
- 3 wij spreken geen voorkeursmiddel of –merk af met de apotheek. Wij vergoeden het geneesmiddelmerk dat de apotheek heeft bepaald conform de afspraken in het IDEA-contract.
- 4 de apotheek declareert de geleverde farmaceutische zorg rechtstreeks bij ons.

3.4 Contract met preferentiebeleid: wij bepalen het geneesmiddelmerk

Voor deze contractvorm geldt het volgende:

- a de apotheek levert u de farmaceutische zorg waarop u aanspraak heeft, op basis van uw polisvoorwaarden.
- b als er van een geneesmiddel meerdere identieke, onderling vervangbare varianten beschikbaar zijn en er geen medische noodzaak is om het originele geneesmiddel of de andere afgeleide generieken hiervan te gebruiken, dan mag de apotheek uitsluitend het geneesmiddel leveren dat wij als voorkeursmiddel hebben aangewezen. U heeft in dat geval alleen aanspraak op vergoeding van het preferente geneesmiddel dat wij hebben aangewezen (zie artikel 4.2). Wanneer wij geen geneesmiddel hebben aangewezen, dan geldt dat u recht heeft op vergoeding van het laagst geprijsde geneesmiddel.
- c de apotheek declareert de geleverde farmaceutische zorg rechtstreeks bij ons.

3.5 Geen contract

Met sommige apotheken en medisch gespecialiseerde leveranciers hebben wij geen afspraken gemaakt over de farmaceutische zorg die zij mogen leveren. Neemt u bij een niet-gecontracteerde apotheek of medisch gespecialiseerde leverancier farmaceutische zorg af? Dan geldt het volgende:

- a u moet de kosten voor de geleverde zorg eerst zelf aan de apotheek of medisch gespecialiseerde leverancier betalen.
- b u dient de nota bij ons in.
- c dient u een nota in voor een niet-preferent geneesmiddel? Dan heeft u uitsluitend aanspraak op vergoeding van een ander merk dan het voorkeursmiddel, als het medisch onverantwoord is u met het voorkeursmiddel te behandelen. U moet hiervoor een kopie van het recept of een verklaring van de huisarts meesturen. Daaruit moet blijken dat dit middel aan u is voorgeschreven uit medische noodzaak.

Voor de hoogte van de vergoeding geldt het volgende:

- a Voor de polissen Basis Exclusief (Zilveren Kruis), Principe Polis Restitutie (Pro Life), ZorgPlan Restitutie (Avéro) en FBTO Zorg basisverzekering restitutiepolis (FBTO) geldt dat u recht heeft op een vergoeding van:
 - farmaceutische zorg (geneesmiddelen en dieetpreparaten): tot maximaal 100% van het in Nederland geldende marktconforme bedrag;
 - prestaties (dienstverlening, zie voor de omschrijving hoofdstuk 7): 100% van de kosten tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.
- b voor de polissen, Basis Zeker, Basis Budget, ZieZo Basis en ZieZo Selectief (Zilveren Kruis), Principe Polis en Principe Polis Budget (Pro Life), Zorgpolis (OZF), ZorgPlan Natura en ZorgPlan Selectief (Avéro), FBTO Zorg basisverzekering naturapolis (FBTO) en Interpolis ZorgActief geldt dat u recht heeft op een vergoeding van:
 - farmaceutische zorg (geneesmiddelen en dieetpreparaten): tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners);
 - prestaties (dienstverlening, zie voor de omschrijving hoofdstuk 7): tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).
- c: voor Interpolis ZorgCompact geldt dat u recht heeft op een vergoeding van:
 - farmaceutische zorg (geneesmiddelen en dieetpreparaten): tot maximaal 70% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners);
 - prestaties (dienstverlening, zie voor de omschrijving hoofdstuk 7): tot maximaal 70% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 96

1. Vermogensschade omvat zowel geleden verlies als gederfde winst.
2. Als vermogensschade komen mede voor vergoeding in aanmerking:
 - a. redelijke kosten ter voorkoming of beperking van schade die als gevolg van de gebeurtenis waarop de aansprakelijkheid berust, mocht worden verwacht;
 - b. redelijke kosten ter vaststelling van schade en aansprakelijkheid;
 - c. redelijke kosten ter verkrijging van voldoening buiten rechte.
3. Lid 2 onder b en c is niet van toepassing voor zover in het gegeven geval krachtens artikel 241 van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering de regels betreffende de proceskosten van toepassing zijn.
4. In geval van een handelsovereenkomst als bedoeld in artikel 119a lid 1 of artikel 119b lid 1 bestaat de vergoeding van kosten bedoeld in lid 2 onder c uit ten minste een bedrag van 40 euro. Dit bedrag is zonder aanmaning verschuldigd vanaf de dag volgende op de dag waarop de wettelijke of overeengekomen uiterste dag van betaling is verstreken. Hiervan kan niet ten nadele van de schuldeiser worden afgeweken.
5. Bij algemene maatregel van bestuur worden nadere regels gesteld voor de vergoeding van kosten als bedoeld in lid 2 onder c. Van deze regels kan niet ten nadele van de schuldenaar worden afgeweken indien de schuldenaar een natuurlijk persoon is, die niet handelt in de uitoefening van een beroep of bedrijf. In dit geval mist artikel 241, eerste volzin, van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering toepassing.
6. De vergoeding volgens de nadere regels kan indien de schuldenaar een natuurlijk persoon is, die niet handelt in de uitoefening van een beroep of bedrijf, eerst verschuldigd worden nadat de schuldenaar na het intreden van het verzuim, bedoeld in artikel 81, onder vermelding van de gevolgen van het uitblijven van betaling, waaronder de vergoeding die in overeenstemming met de nadere regels wordt gevorderd, vruchteloos is aangemaand tot betaling binnen een termijn van veertien dagen, aanvangende de dag na aanmaning.
7. Indien een schuldenaar voor meer dan een vordering door een schuldeiser kan worden aangemaand als bedoeld in lid 6, dan dient dit in één aanmaning te geschieden. Voor de berekening van de vergoeding worden de hoofdsommen van deze vorderingen bij elkaar opgeteld.

Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten

17. Systeem van eigen risico

(...)

17.3 Zorgverzekeraars vermelden in de declaratieoverzichten ten behoeve van het eigen risico in ieder geval de volgende punten, op een voor de verzekerde begrijpelijke wijze:

- a. achternaam, voorletters, en geboortedatum van de verzekerde die het betreft;
- b. de zorgaanbieder;
- c. de consumentenomschrijving van de gedeclareerde zorg, voor zover de privacy van de medeverzekerden niet onevenredig wordt aangetast;
- d. datum van behandeling;
- e. bedrag gedeclareerde kosten;
- f. waar het aan de verzekerde in rekening te brengen bedrag betrekking op heeft: eigen bijdrage, eigen risico of afgewezen declaratie (aangeven wat van toepassing is);
- g. resterend bedrag eigen risico.