



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen O.W.M. Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. en O.W.M. Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg

Zaak : Hulpmiddelenzorg, rolstoel, omzetten van restitutie- naar naturaverzekering met terugwerkende kracht, dwaling, informatieverstrekking

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.2 Bzv, artt. 6:228, 6:233, 6:234 BW

Zaaknummer : 201901532

Zittingsdatum : 19 februari 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

---

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) O.W.M. Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A., en
- 2) O.W.M. Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg,  
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 8 november 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brief van 8 januari 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 9 januari 2020 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 23 januari 2020 respectievelijk 27 januari 2020 verklaard niet te willen worden gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2017, 2018 en 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorgkeuzepolis (restitutie) (hierna: de zorgverzekering). Tevens werden ten behoeve van verzoeker de aanvullende ziektekostenverzekeringen Top Fincover en Tandarts Fincover afgesloten.
- 3.2. Verzoeker had in 2019 tijdelijk een rolstoel nodig. Deze wilde hij huren bij een zorgaanbieder die niet is gecontracteerd door de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker heeft daarom op 27 juni 2019 telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar.
- 3.3. Naar aanleiding van hetgeen hem telefonisch door de ziektekostenverzekeraar is medegedeeld, heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 2 juli 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de zorgverzekering van hem en zijn echtgenote met terugwerkende kracht voor de jaren 2017 en 2018 moet omzetten van een restitutiepolis naar een naturapolis. Hij vordert vergoeding van het verschil in premie tussen deze twee verzekeringen. Daarnaast wil hij dat de ziektekostenverzekeraar uiterlijk met ingang van 1 januari 2021 de mogelijkheid biedt om aanvragen ook digitaal in te dienen. Tot slot

vraagt hij de commissie te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar zijn informatieverstrekking moet verbeteren.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A.22 van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

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

### **Zorgverzekering**

6.2. Verzoeker heeft eind 2016 gekozen voor een restitutiepolis bij de ziektekostenverzekeraar, omdat hij zelf een zorgaanbieder wil kunnen kiezen als hij zorg nodig heeft. In 2019 was verzoeker tijdelijk aangewezen op een rolstoel. De zorgwinkel waarbij hij deze wilde huren, is niet gecontracteerd door de ziektekostenverzekeraar. Toen is hem gebleken dat hij hiervoor per post een aanvraag moest indienen bij de ziektekostenverzekeraar. Het kan vervolgens tien dagen duren voordat de gevraagde toestemming wordt verkregen. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker telefonisch geantwoord op zijn vraag naar de vergoeding. Hierbij bleek dat slechts € 74,82 zou worden vergoed voor maximaal 26 weken.

Verzoeker voelt zich misleid door de ziektekostenverzekeraar. De vrije keuze voor een zorgaanbieder is blijkbaar helemaal niet zo vrij. Hij moet immers eerst per post een aanvraag indienen. Dit kost extra tijd en dat is een probleem als hij acuut zorg nodig heeft. Daarnaast is de hoogte van de vergoeding een punt. Uit navraag bij meerdere zorgaanbieders is verzoeker gebleken dat een rolstoel gemiddeld € 2,75 per dag kost. Als deze 26 weken moet worden geleend, komen de kosten op € 500,--. Gegeven de vergoeding van € 74,82 zou een aanzienlijk deel van de kosten voor zijn rekening blijven. Verzoeker voelde zich daarom gedwongen te kiezen voor een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. Als verzoeker dit bij het afsluiten van de restitutiepolis had geweten, had hij gekozen voor de goedkopere naturaverzekering. Verzoeker wil daarom dat de zorgverzekeringen van hem en zijn echtgenote met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2017 worden omgezet naar naturaverzekeringen. Hierbij moet het verschil tussen de twee premies aan hem worden terugbetaald. Verzoeker merkt hierbij op dat hij verder geen gebruik heeft gemaakt van de extra dekking/keuze uit de restitutiepolis.

Ook vindt verzoeker het onbegrijpelijk dat de aanvraag nog per post moet worden gedaan. Declaraties kunnen immers ook digitaal worden ingediend. Verzoeker begrijpt dat deze aanpassing enige tijd vergt. Hij wil daarom dat de commissie de ziektekostenverzekeraar verplicht zijn verzekerden uiterlijk 1 januari 2021 deze mogelijkheid te bieden.

De ziektekostenverzekeraar heeft toegegeven dat hij een verkeerde uitleg over het marktconforme tarief heeft doorgegeven aan verzoeker. Verzoeker merkt hierover op dat op de website van de ziektekostenverzekeraar geen uitleg wordt gegeven over dit tarief. En als hij belt naar de ziektekostenverzekeraar krijgt hij nog steeds de oude (verkeerde) uitleg. Ook worden de betreffende tarieven niet gepubliceerd door de ziektekostenverzekeraar.

6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft in eerste instantie aangevoerd dat voor het kortdurend gebruik (maximaal 26 weken) van een uitleenhulp middel via een niet-gecontracteerde zorgaanbieder voorafgaand een aanvraag moet worden ingediend. Betrokkene heeft dan aanspraak op vergoeding van het gedeclareerde tarief tot maximaal het marktconforme tarief. Voor een rolstoel is dit tarief € 74,82 voor de gehele periode.

In de brief van 12 september 2019 aan de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij een vergoeding van € 74,82 als redelijke marktprijs beschouwt. Gezien de situatie van verzoeker is de ziektekostenverzekeraar wel bereid de verzekering van verzoeker en zijn echtgenote met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2019 aan te passen naar een naturapolis.

In de brief van 8 oktober 2019 aan de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat € 74,82 de redelijke marktprijs is. Hij heeft voor deze zorg *"als uitgangspunt dat een bepaalde ruimte ten opzichte van de bij ons bekende tarieven nog binnen de grenzen van de redelijkheid valt."* Bij een hogere rekening bekijkt de ziektekostenverzekeraar per situatie of de gedeclareerde kosten in redelijke verhouding staan tot de prijs van soortgelijke zorg door soortgelijke zorgverleners in . Wettelijk gezien mogen geen kosten worden vergoed die excessief hoog zijn. In de situatie van verzoeker had de ziektekostenverzekeraar niet het voornoemde bedrag moeten communiceren, maar had hij de rekening of prijsopgave moeten opvragen, om zo te kunnen beoordelen of sprake is van een excessief hoog tarief. Om die reden is besloten verzoeker en zijn echtgenote voor het jaar 2019 te compenseren door middel van het gedane voorstel.

In de brief van 11 oktober 2019 aan de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat hij zijn werkwijze naar aanleiding van de eerdere uitspraken van de commissie heeft aangepast. De vergoeding bij een restitutieverzekering wordt voortaan bepaald aan de hand van alle door en voor restitutieverzekerden ingezonden rekeningen voor die zorg. In dit geval was doorgegeven dat een vergoeding van € 74,82 als redelijke marktprijs kan worden beschouwd. Dit was niet correct. Dit bedrag was ten onrechte gebaseerd op de gemiddelde contracttarieven (150% van het gemiddeld gewogen gecontracteerde tarief).

De ziektekostenverzekeraar merkt op dat als sprake is van een acute situatie ook telefonisch contact met hem kan worden opgenomen. Ook een aanvraag per e-mail behoort tot de mogelijkheden.

De ziektekostenverzekeraar meent verder dat hij verzoeker bij het aangaan van de zorgverzekering geen onjuiste of onvolledige informatie heeft verstrekt. Het is mogelijk dat verzoeker andere verwachtingen had van zijn restitutieverzekering, maar dit is niet te wijten aan een onvolledige of onjuiste informatieverstrekking door de ziektekostenverzekeraar.

6.4. In de brief van 8 januari 2020 aan de commissie schrijft de ziektekostenverzekeraar dat het klopt dat voor restitutieverzekeringen geen tarieven worden gepubliceerd. Dit omdat per gedeclareerde nota een individuele beoordeling moet worden gemaakt of het gedeclareerde bedrag marktconform is. Of dat het geval is, hangt af van verschillende factoren, bijvoorbeeld in welke regio de zorg wordt afgenomen, of welke vorm van zorg het betreft. Het is daarom niet mogelijk een tarieflijst te publiceren voor verzekerden met een restitutiepolis. De ziektekostenverzekeraar verwijst hierbij naar het vonnis van Rechtbank Noord-Nederland van 11 december 2019 (ECLI:NL:RBNNE:2019:5148). In dit vonnis wordt bevestigd dat een zorgverzekeraar niet een redelijk of gemiddeld bedrag als vast vergoedingsbedrag mag opnemen in de verzekeringsovereenkomst.

Verzoeker heeft uiteindelijk ervoor gekozen gebruik te maken van een gecontracteerde zorgaanbieder. Hierdoor heeft geen individuele beoordeling van zijn aanvraag plaatsgevonden.

De ziektekostenverzekeraar vindt het vervelend dat verzoeker zich gedwongen voelde naar een gecontracteerde zorgaanbieder te gaan, maar uiteraard is dit niet verplicht. De ziektekostenverzekeraar adviseert wat het meest gunstige is voor de verzekerde. Het is daarna aan de verzekerde om te beslissen naar welke zorgaanbieder hij gaat.


De opmerking van verzoeker dat een aanvraag alleen per post kan worden ingediend, kan de ziektekostenverzekeraar niet plaatsen. De ziektekostenverzekeraar heeft al eerder meegedeeld dat een aanvraag ook per e-mail kan worden ingediend.

Verzoeker heeft sinds 1 januari 2017 een restitutieverzekering. Achteraf gezien was voor hem en zijn gezin een naturaverzekering passender geweest. Hij doet thans een beroep op dwaling. Dit beroep op dwaling verbaast de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker wist dat bij een restitutieverzekering de kans bestaat dat niet alle kosten worden vergoed. Daarnaast blijkt uit de administratie van de ziektekostenverzekeraar niet dat verzoeker voorafgaand aan het sluiten van de verzekering contact met hem heeft opgenomen en dat verzoeker hierbij onjuist of onvolledig is ingelicht. Op de website wordt het verschil tussen een natura- en een restitutieverzekering uitgelegd. Hierbij is ook vermeld dat verschil bestaat in hoogte van de vergoedingen. Bij het afsluiten van de

verzekering waren de verzekeringsvoorwaarden beschikbaar via de website. Het marktconform tarief wordt hier correct uitgelegd.


Dat verzoeker achteraf heeft geoordeeld dat een naturaverzekering voor hem handiger en goedkoper is, kan geen reden zijn om hem (en zijn gezin) vanaf 1 januari 2017 met terugwerkende kracht om te zetten naar een naturaverzekering. Uit de administratie blijkt dat in de afgelopen jaren geen kosten zijn gemaakt waarbij de hoogte van de vergoeding afhankelijk is van een natura- of restitutieverzekering. Maar dit betekent niet dat de ziektekostenverzekeraar met terugwerkende kracht wijzigingen moet aanbrengen. Er is tenslotte sprake van een risicoverzekering. Dat het risico niet heeft plaatsgevonden, betekent niet dat de verzekering met terugwerkende kracht moet worden aangepast.


- 6.5. De commissie overweegt dat de kern van het geschil het beroep op dwaling vormt. In artikel 6:228 BW is bepaald dat een overeenkomst die tot stand komt onder invloed van dwaling - en die bij een juiste voorstelling van zaken niet zou zijn gesloten - onder bepaalde voorwaarden kan worden vernietigd. Uit het dossier is niet gebleken dat aan één van deze voorwaarden is voldaan. Dat verzoeker de verwachting had dat de zorgkosten tot een hoger bedrag zouden worden vergoed, is onvoldoende om dwaling aan te nemen. Door de ziektekostenverzekeraar is - onweersproken - gesteld dat verzoeker hierover voorafgaand aan het sluiten van de verzekering geen contact met hem heeft opgenomen. Evenmin is gebleken dat de ziektekostenverzekeraar op dit punt verkeerde informatie aan verzoeker heeft verstrekt.
- 6.6. Daarnaast kon verzoeker bij het aangaan van de verzekering de verzekeringsvoorwaarden van de ziektekostenverzekeraar op diens website raadplegen. Vernietiging van de verzekering op grond van artikel 6:233, sub b, BW is om die reden niet mogelijk, gelet op het bepaalde in artikel 6:234 BW. De ziektekostenverzekeraar is derhalve niet gehouden de zorgverzekering van verzoeker en zijn echtgenote met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2017 om te zetten van een restitutieverzekering naar een naturaverzekering. In het verlenge hiervan wordt de vordering van het verschil in premie tussen beide polissen eveneens afgewezen. Dat de ziektekostenverzekeraar om hem moverende redenen heeft besloten de verzekering van verzoeker en zijn echtgenote wèl met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2019 om te zetten naar een naturaverzekering, maakt het voorgaande niet anders.
- 6.7. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat het nu al mogelijk is een aanvraag per e-mail bij hem in te dienen. Het is de commissie in de procedure niet gebleken dat dit niet mogelijk zou zijn zodat dit onderdeel van het verzoek wordt afgewezen.
- 6.8. Verzoeker heeft daarnaast gevorderd dat de ziektekostenverzekeraar zijn informatieverstrekking moet verbeteren. De ziektekostenverzekeraar heeft bij zijn reactie aan de commissie een schermprint van zijn website gevoegd. Hierop staat vermeld dat in geval van een restitutiepols bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder 100% van de nota tot maximaal 100% van het marktconform tarief wordt vergoed. Hierbij is toegelicht dat onder marktconform wordt verstaan: *"Het tarief dat we in redelijk vinden voor een bepaalde behandeling. Dit bepalen we aan de hand van wettelijk vastgestelde bedragen of gebruikelijke tarieven"*. Dit is in lijn artikel 2.2, tweede lid, sub b, Bzv waarin staat dat op de vergoeding in mindering worden gebracht de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Door de ziektekostenverzekeraar is reeds erkend dat het bedrag dat in eerste instantie telefonisch aan verzoeker is doorgegeven niet correct was. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij zijn werkwijze inmiddels heeft aangepast naar aanleiding van eerdere bindende adviezen hierover van de commissie. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat het niet mogelijk is vooraf een tarieflijst te publiceren voor verzekerden met een restitutiepols. Hij verwijst hierbij naar een uitspraak van de rechtbank Noord-Nederland (ECLI:NL:RBNNE:2019:5148). De commissie overweegt dat in de toelichting bij de 'Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw' (TH/BR-025) van de Nederlandse Zorgautoriteit is vermeld dat uit de Memorie van Toelichting op de Zvw volgt dat *"de zorgverzekeraar moet aantonen dat een voor vergoeding ingediende rekening in een individueel geval onredelijk hoog is. Dit brengt met zich mee dat een zorgverzekeraar niet een zelfstandig bepaald prijsniveau*



*mag hanteren, waarboven hij alle 'excessieve' kosten afwijst."* Dit is in lijn met de toelichting van de ziektekostenverzekeraar.


Gezien het bovenstaande ziet de commissie geen aanleiding de ziektekostenverzekeraar te verplichten zijn informatieverstrekking te verbeteren.


- 
- 6.9. Gebleken is dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een onjuist tarief heeft meegedeeld. Dit is door de ziektekostenverzekeraar ook erkend. De commissie vindt dit echter onvoldoende om hiervoor een sanctie op te leggen aan de ziektekostenverzekeraar, zoals bijvoorbeeld het met terugwerkende kracht omzetten van de restitutiepolis naar de naturapolis, als door verzoeker gevorderd. Uiteindelijk heeft verzoeker geen schade geleden, omdat hij de zorg alsnog heeft afgenomen bij een gecontracteerde zorgaanbieder, en de kosten hiervan volledig zijn vergoed. Wel ziet de commissie hierin grond te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het betaalde entreegeld van € 37,- aan verzoeker moet vergoeding.

- 
- 6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.




7. Bindend advies

- 
- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

- 
- 7.2. De commissie beslist dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.



Zeist, 19 februari 2020,



J.A.M. Strens-Meulemeester

# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

3. overige stukken

Op de internetsite van de overheid: [www.wetten.overheid.nl](http://www.wetten.overheid.nl) is de Regeling zorgverzekering te vinden

#### **A.3.4. Dekkingsgebied**

Uw verzekering(en) heeft (hebben) een werelddekking.

Voorbeeld:

U bent op vakantie in Frankrijk en koopt daar een bril op sterkte. U hebt een aanvullende verzekering waarin een vergoeding voor gezichtshulpmiddelen is opgenomen van € 100,- per 2 jaar. Deze vergoeding geldt dan ook voor een bril die u in het buitenland koopt.

De voorwaarden die bij het betreffende artikel horen gelden ook voor het buitenland en de zorgverlener moet voldoen aan de eisen, wetten en regels die in dat land worden gesteld.

#### **A.3.5. Voorwaarden op maat**

Uw vergoedingen en voorwaarden worden online op maat aangeboden. Het kan dan gebeuren dat u op een bepaald moment andere voorwaarden of vergoedingen ziet dan die u eerder zag, bijvoorbeeld nadat u 18 jaar of 22 jaar bent geworden.

In deze gevallen passen wij niet de voorwaarden of vergoedingen aan (zoals bedoeld in artikel A.5.3.), maar zijn vanwege uw leeftijd andere voorwaarden of vergoedingen op u van toepassing geworden.

### **A.4. Begin en duur van uw verzekering**

#### **A.4.1. Ingangsdatum**

De verzekering gaat in op de datum waarop wij uw verzoek om de verzekering bij ons af te sluiten, ontvingen. U dient hierbij uw adres te vermelden zoals dit bekend is in de Basisregistratie Personen. We kunnen u ook inschrijven voor de verzekering zonder (juist) adres in de Basisregistratie Personen als u:

- een verklaring van uw werkgever of een salarisafschrift aan ons toestuurt van maximaal een maand oud waarop de ingangsdatum van uw dienstverband genoemd staat. Hieruit moet blijken dat u aan de loonbelasting onderworpen bent in verband met in Nederland of op het continentaal plat (als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige zorg), uitgevoerd werk; of
- een verklaring van de Sociale Verzekeringsbank aan ons toestuurt waaruit blijkt dat u verzekerd bent ingevolge de Wet langdurige zorg; of
- er redelijkerwijs niets aan kunt doen dat het

door u verstrekte adres afwijkt van het adres in de Basisregistratie Personen.

Als u op dit moment nog bij een andere zorgverzekeraar verzekerd bent en u in uw verzoek aangeeft dat u de verzekering op een latere datum wilt laten ingaan, gaat de verzekering op die latere datum in. Op uw polisblad staat de ingangsdatum van uw verzekering.

#### **A.4.2. Verzoek tot wijziging**

Uw verzoek om bij ons een verzekering af te sluiten beschouwen wij ook als een verzoek van u om de bij ons lopende gelijksoortige verzekering te beëindigen.

Verzoekt u een andere zorgverzekeraar om daar een zorgverzekering af te sluiten dan beschouwen wij vanaf het moment dat wij een afschrift van dat verzoek ontvangen, datzelfde verzoek ook als een verzoek van u om de bij ons lopende zorgverzekering te beëindigen.

#### **A.4.3. Verzekerd met terugwerkende kracht**

Er zijn situaties waarin wij u met terugwerkende kracht inschrijven:

- als uw zorgverzekering ingaat binnen 4 maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan. Als ingangsdatum geldt dan de dag waarop de verzekeringsplicht ontstond.
- als u de verzekering bij ons afsluit binnen een maand nadat u uw verzekering bij een andere zorgverzekeraar hebt beëindigd omdat deze de verzekeringsvoorwaarden wijzigde, of omdat het jaar afliep. Uw (aanvullende) (zorg)-verzekering gaat bij ons in op de 1e dag nadat uw oude verzekering is geëindigd.

#### **A.4.4. Verzekeringsduur**

Uw verzekering duurt één volledig jaar, tenzij uw verzekering bij ons in de loop van het jaar start. In dat laatste geval loopt de verzekering tot 1 januari van het volgende jaar. Wij verlengen de verzekering daarna van jaar tot jaar. Dat vertellen wij u ieder jaar samen met de wijzigingen voordat de verlenging ingaat. Dan hebt u de gelegenheid om uw verzekering te wijzigen of te beëindigen.

#### **A.4.5. Begin en einde van recht op zorg**

U hebt alleen recht op zorg waarop u volgens de verzekeringsvoorwaarden recht hebt als u die zorg hebt gehad in de periode dat deze zorgverzekering loopt. Als een DBC-zorgproductcode gedeclareerd wordt die begon voor de einddatum van uw zorgverzekering, dan gaan wij ervan uit dat de kosten daarvan zijn gemaakt tijdens de periode waarin uw zorgverzekering liep.



## A.5. Wanneer kunt u opzeggen of wijzigen?

### A.5.1. Herroepen van uw nieuwe verzekering

Als u (verzekeringnemer) direct voorafgaand nog niet bij ons verzekerd was en een nieuwe verzekering hebt afgesloten, mag u die nieuw afgesloten verzekering kosteloos en zonder reden beëindigen door herroeping. Daarvoor gelden de volgende voorwaarden:

- U moet de herroeping schriftelijk indienen. Vermeld daarbij duidelijk uw naam, adres, woonplaats en welke verzekering u wilt herroepen.
- De herroeping moet binnen 14 dagen nadat uw nieuwe verzekering is ingegaan bij ons binnen zijn. Is de verzekering nog niet ingegaan dan moet de herroeping binnen 14 dagen nadat u het polisblad hebt ontvangen, bij ons binnen zijn.

Voldoet u niet aan deze voorwaarden, dan eindigt uw nieuwe verzekering niet door herroeping.

Wij beëindigen de nieuw afgesloten verzekering met terugwerkende kracht tot en met de dag waarop de verzekering is ingegaan. Had u ons al premie betaald voor deze verzekering, dan betalen wij die binnen 30 dagen nadat wij de herroeping hebben ontvangen aan u terug.

Had u tussen de ingangsdatum van de verzekering en de datum van herroeping kosten gemaakt en vergoed gekregen van ons, dan betaalt u die aan ons terug binnen 30 dagen nadat u daarvoor een specificatie van ons hebt ontvangen.

### A.5.2. Met ingang van een nieuw jaar

U (verzekeringnemer) kunt uw verzekering elk jaar opzeggen of wijzigen. Wij moeten dan uiterlijk op 31 december schriftelijk uw opzegging of wijziging hebben ontvangen. Ontvangen wij die later, dan blijft uw lopende verzekering nog een jaar gelden en eindigt daarna op 1 januari. Dit artikel geldt niet voor een zorgverzekering die CAK voor u heeft gesloten; zie artikel A.5.8.

Bij wijziging sluit u - nadat wij hiermee akkoord zijn gegaan - bij ons een andere, vervangende verzekering. Uw lopende verzekering eindigt dan per 1 januari daaropvolgend.

### A.5.3. Bij verandering van de verzekeringsvoorwaarden

Wij hebben het recht de verzekeringsvoorwaarden te veranderen. Is de verandering in uw nadeel (en gaat het om een wijziging in een verzekering die u hebt afgesloten), dan hebt u (verzekeringnemer) het recht de verzekering op te zeggen of te wijzi-

gen. Opzeggen moet u schriftelijk doen. U hebt hiervoor in ieder geval 30 dagen de tijd nadat wij u van de verandering op de hoogte hebben gebracht. Uw verzekering eindigt of wijzigt op de dag dat de verandering ingaat.

Het recht tot opzeggen of wijzigen van de verzekering geldt niet als de verandering van de verzekeringsvoorwaarden het gevolg is van een wijziging van de wetgeving.

### A.5.4. Bij verandering van de premiegrondslag

Als wij de premiegrondslag veranderen, stellen wij u hiervan ten minste 7 weken van tevoren op de hoogte. Als wij de premiegrondslag verhogen, hebt u (verzekeringnemer) het recht uw verzekering op te zeggen of te wijzigen vanaf de dag dat wij u deze mededeling doen tot de dag waarop de verhoging ingaat. Opzeggen moet u schriftelijk doen. Uw verzekering eindigt of wijzigt op de dag dat de premieverhoging ingaat.

### A.5.5. Bij verandering van collectiviteit

Bent u (verzekeringnemer) collectief verzekerd via een werkgever en treedt u aansluitend in dienst bij een andere werkgever die een andere collectieve verzekering heeft afgesloten? U (verzekeringnemer) kunt dan uw collectieve verzekering via uw oude werkgever ook in de loop van het jaar beëindigen. U (verzekeringnemer) kunt de oude collectieve verzekering schriftelijk opzeggen vanaf de dag dat uw oude dienstverband eindigt tot 30 dagen nadat uw nieuwe dienstverband is ingegaan. Uw nieuwe collectieve verzekering gaat in op de dag van indiensttreding bij uw nieuwe werkgever als dit de 1e dag van de kalendermaand is of anders op de 1e dag van de maand na indiensttreding. Uw oude collectieve verzekering eindigt diezelfde dag, evenals de premiekorting en andere collectieve afspraken die bij uw oude collectieve verzekering horen.

### A.5.6. Bij verandering van collectieve verzekering naar individuele verzekering

Wij zetten voor u (verzekeringnemer) en uw gezinsleden de collectieve verzekering om in een individuele verzekering in de volgende gevallen:

- Als u (verzekeringnemer) de collectieve verzekering(en) hebt afgesloten via uw werkgever en u niet meer beschouwd kunt worden als werknemer van die werkgever. Vernemen wij dit binnen 30 dagen nadat u geen werknemer meer bent, dan kunt u aan de collectiviteit blijven deelnemen tot 1 januari van het volgende jaar. Als u het later doorgeeft, dan stellen wij vast wanneer de deelname eindigt.
- Als u (verzekeringnemer) de collectieve verze-

zorgaanbieders en al het mogelijke in het werk stellen om de beschikbaarheid en tijdigheid van de zorg te organiseren.

Kenmerk

In het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG<sup>9</sup> is neergelegd welke vormen van zorg als 'cruciale zorg' worden bestempeld en welke normen hierbij gelden. Het gaat om de volgende vormen van zorg: ambulancezorg, spoedeisende hulp, acute verloskunde, crisisopvang GGZ en zorg als omschreven bij of krachtens de Wlz. Ook hier geldt dat de verzekeraar primair verantwoordelijk is voor de beschikbaarheid van deze zorg voor zijn verzekerden. Wanneer de beschikbaarheid van cruciale zorg in het gedrang komt, is de verzekeraar als eerste aan zet om naar alternatieven te zoeken. De verzekeraar kan bijvoorbeeld overwegen andere aanbieders te contracteren, de zorg over te laten nemen of zelf in de zorg te voorzien. Echter, als een verzekeraar door overmacht – dus ondanks maximale inspanning – niet in staat is deze vormen van cruciale zorg beschikbaar te houden voor zijn verzekerden, kan de minister van VWS besluiten om de continuïteit van deze zorg te borgen door het oprichten van een tijdelijke vangnetstichting. Dit is te beschouwen als een uiterst redmiddel nadat de verzekeraar alle mogelijkheden heeft beproefd en deze niet mogelijk zijn gebleken.

Pagina  
13 van 19

Een zorgverzekeraar is, net als een Wlz-uitvoerder, verplicht terstond bij de NZa een melding te doen op het moment dat voorzienbaar is dat op afzienbare termijn niet aan de zorgplicht ten aanzien van cruciale zorg kan worden voldaan, terwijl de verzekeraar al het mogelijk heeft gedaan om de cruciale zorg te borgen.<sup>10</sup> Vervolgens toetst de NZa de melding van overmacht.<sup>11</sup> Deze toets heeft uitsluitend betrekking op de vraag of de zorgverzekeraar de cruciale zorg nog kan organiseren (door deze te contracteren of zelf te leveren). Dit valt niet noodzakelijkerwijs samen met het begrip overmacht van artikel 6:75 van het Burgerlijk Wetboek, zoals dat bij de beoordeling van de schadeplichtigheid wegens het niet na (kunnen) komen van de verbintenis een rol speelt. De beoordeling van de eventuele schadeplichtigheid is niet aan de NZa, maar aan de civiele rechter.

## **7. Verplichtingen bij restitutiepols**

7.1 Bij het vergoeden van zorg is de zorgverzekeraar verantwoordelijk voor de hoogte van de te vergoeden zorg (omvang) en de snelheid van de vergoeding (tijdigheid).

7.2 en 7.3 De zorgverzekeraar die prestaties in restitutievorm heeft verzekerd is jegens de verzekerde verplicht de kosten van die zorgprestaties te vergoeden. Dit betekent dat de zorgverzekeraar de nota volledig moet vergoeden. Bij het bepalen van de vergoeding worden in mindering gebracht:

- a. hetgeen de verzekerde als eigen bijdrage had moeten betalen indien hij krachtens de zorgverzekering recht zou hebben op prestaties bestaande uit zorg of overige diensten;
- b. de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.<sup>12</sup>

Als er sprake is van een 'excessieve prijs' en de zorgverzekeraar kan dit aantonen, dan mag de zorgverzekeraar het excessieve deel van die prijs niet vergoeden ten laste van de Zvw. Deze bepaling moet worden gezien als een uitzondering op zijn zorgplicht de kosten van de zorg volledig te vergoeden. Omdat het gaat om een uitzondering is het niet toegestaan

<sup>9</sup> Stb. 2012, 396.

<sup>10</sup> Zie Regeling meldplicht continuïteit van cruciale zorg (TH/NR-002).

<sup>11</sup> Zie Beleidsregel overmacht continuïteit van cruciale zorg (TH/BR-017).

<sup>12</sup> Artikel 2.2 van het Besluit zorgverzekering.

dat de zorgverzekeraar een door hem zelf bepaald vast bedrag hanteert en alle kosten die dat bedrag te boven gaan niet vergoedt. De zorgverzekeraar mag (afgezien van de eigen bijdrage en het eigen risico) alleen die kosten op de vergoeding van de nota in mindering brengen, die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

Kenmerk

Pagina  
14 van 19

Met betrekking tot de vraag wat zou moeten worden verstaan onder 'in Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend te achten' vermeldt de Nota van Toelichting op het Besluit zorgverzekering, dat het door een zorgaanbieder in rekening gebrachte bedrag niet in verhouding staat tot het door de overige zorgaanbieder voor gelijksoortige activiteiten in rekening gebrachte bedrag.<sup>13</sup> Artikel 2.2, tweede lid, onder b, Besluit zorgverzekering, beoogt de vergoeding van marktconforme bedragen, niet 'excessieve' prijzen. Verzekeraars dienen over deze bepaling en de wijze waarop zij hier nader invulling aan geven transparant te zijn naar hun (potentiële) restitutieverzekerden. Op grond van artikel 28, van de nadere regel Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten, gebruikt de zorgverzekeraar het begrip marktconform tarief enkel wanneer hiermee bedoeld wordt de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten, als bedoeld in artikel 2.2, tweede lid, onder b, van het Besluit zorgverzekering.

Daarnaast volgt uit de Memorie van Toelichting op de Zvw dat de zorgverzekeraar moet aantonen dat een voor vergoeding ingediende rekening in een individueel geval onredelijk hoog is.<sup>14</sup> Dit brengt met zich mee dat een zorgverzekeraar niet een zelfstandig bepaald prijsniveau mag hanteren, waarboven hij alle 'excessieve' kosten afwijst.<sup>15</sup> Dat sluit immers niet aan bij de vorenstaande uitleg, die impliceert dat zorgverzekeraars kijken naar de prijzen die de zorgaanbieders in de markt hanteren. Hieruit volgt ook dat het dus bijvoorbeeld niet de bedoeling is dat de zorgverzekeraar een redelijk of gemiddeld bedrag als vast vergoedingsbedrag in de modelovereenkomst vastlegt. Daarmee wordt immers onvoldoende aangesloten bij de prijzen die in de markt worden gehanteerd, doordat onder meer met prijsstijgingen en prijsdalingen geen rekening wordt gehouden. Ook wordt dan niet beoordeeld of de voor vergoeding ingediende rekening in het individueel geval onredelijk hoog is. Indien de verzekerde het niet eens is met de bevindingen van de zorgverzekeraar, dan kan hij zich wenden tot de zorgverzekeraar met het verzoek de beslissing te heroverwegen. Als dat niet het gewenste resultaat oplevert kan de verzekerde zich wenden tot de SKGZ.

7.4 De zorgverzekeraar zal op grond van zijn zorgplicht desgevraagd in actie moeten komen om voor de verzekerde te bemiddelen bij het verkrijgen van zorg.

De zorgverzekeraar moet een verzekerde, wanneer deze een beroep doet op bemiddeling, sturen naar een zorgaanbieder die kwalitatief goede zorg levert. Ook moet de inspanning van de zorgverzekeraar erop zijn gericht dat de verzekerde wordt bemiddeld naar een zorgaanbieder die de zorg tijdig levert en die voldoende bereikbaar is voor de

---

<sup>13</sup> Stb. 2005, 389.

<sup>14</sup> MvT Zvw, p. 33.

<sup>15</sup> Dit sluit een lijst met maximale vergoedingen uit. Wel kan de zorgverzekeraar een lijst met indicatieve vergoedingen publiceren. Deze vergoedingen mogen niet als vast maximum gebruikt worden maar kunnen bijvoorbeeld gebruikt worden om de grens aan te geven waarboven de zorgverzekeraar de nota's individueel gaat beoordelen.

# Burgerlijk Wetboek Boek 6

Geldend van 21-07-2019 t/m heden

## Artikel 234

- 1** De gebruiker heeft aan de wederpartij de in artikel 233 onder b bedoelde mogelijkheid geboden, indien hij de algemene voorwaarden voor of bij het sluiten van de overeenkomst aan de wederpartij ter hand heeft gesteld, de voorwaarden overeenkomstig de in artikel 230c voorziene wijze heeft verstrekt of, indien dit redelijkerwijs niet mogelijk is, voor de totstandkoming van de overeenkomst aan de wederpartij heeft bekend gemaakt dat de voorwaarden bij hem ter inzage liggen of bij een door hem opgegeven Kamer van Koophandel of een griffie van een gerecht zijn gedeponereerd, alsmede dat zij op verzoek zullen worden toegezonden. Indien de voorwaarden niet voor of bij het sluiten van de overeenkomst aan de wederpartij ter hand zijn gesteld, zijn de bedingen tevens vernietigbaar indien de gebruiker de voorwaarden niet op verzoek van de wederpartij onverwijld op zijn kosten aan haar toezendt. Het omtrent de verplichting tot toezending bepaalde is niet van toepassing, voor zover deze toezending redelijkerwijze niet van de gebruiker kan worden gevergd.
- 2** De gebruiker heeft tevens aan de wederpartij de in artikel 233 onder b bedoelde mogelijkheid geboden, indien hij de algemene voorwaarden voor of bij het sluiten van de overeenkomst aan de wederpartij langs elektronische weg ter beschikking heeft gesteld op een zodanige wijze dat deze door haar kunnen worden opgeslagen en voor haar toegankelijk zijn ten behoeve van latere kennisneming of, indien dit redelijkerwijs niet mogelijk is, voor de totstandkoming van de overeenkomst aan de wederpartij heeft bekend gemaakt waar van de voorwaarden langs elektronische weg kan worden kennisgenomen, alsmede dat zij op verzoek langs elektronische weg of op andere wijze zullen worden toegezonden.

Indien de voorwaarden niet voor of bij het sluiten van de overeenkomst aan de wederpartij langs elektronische weg ter beschikking zijn gesteld, zijn de bedingen tevens vernietigbaar indien de gebruiker de voorwaarden niet op verzoek van de wederpartij onverwijld op zijn kosten langs elektronische weg of op andere wijze aan haar toezendt.

- 3** Voor het op de in lid 2 bedoelde wijze bieden van een redelijke mogelijkheid om van de algemene voorwaarden kennis te nemen is de uitdrukkelijke instemming van de wederpartij vereist indien de overeenkomst niet langs elektronische weg tot stand komt.



Wettenbank

# Burgerlijk Wetboek Boek 6

Geldig van 21-07-2019 t/m heden

## Artikel 233

Een beding in algemene voorwaarden is vernietigbaar

- a. indien het, gelet op de aard en de overige inhoud van de overeenkomst, de wijze waarop de voorwaarden zijn tot stand gekomen, de wederzijds kenbare belangen van partijen en de overige omstandigheden van het geval, onredelijk bezwarend is voor de wederpartij; of
- b. indien de gebruiker aan de wederpartij niet een redelijke mogelijkheid heeft geboden om van de algemene voorwaarden kennis te nemen.

# Burgerlijk Wetboek Boek 6

Geldig van 21-07-2019 t/m heden

## Artikel 228

- 1** Een overeenkomst die is tot stand gekomen onder invloed van dwaling en bij een juiste voorstelling van zaken niet zou zijn gesloten, is vernietigbaar:
  - a.** indien de dwaling te wijten is aan een inlichting van de wederpartij, tenzij deze mocht aannemen dat de overeenkomst ook zonder deze inlichting zou worden gesloten;
  - b.** indien de wederpartij in verband met hetgeen zij omtrent de dwaling wist of behoorde te weten, de dwalende had behoren in te lichten;
  - c.** indien de wederpartij bij het sluiten van de overeenkomst van dezelfde onjuiste veronderstelling als de dwalende is uitgegaan, tenzij zij ook bij een juiste voorstelling van zaken niet had behoeven te begrijpen dat de dwalende daardoor van het sluiten van de overeenkomst zou worden afgehouden.
  
- 2** De vernietiging kan niet worden gegrond op een dwaling die een uitsluitend toekomstige omstandigheid betreft of die in verband met de aard van de overeenkomst, de in het verkeer geldende opvattingen of de omstandigheden van het geval voor rekening van de dwalende behoort te blijven.