



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A en B beiden te C, tegen Centrale Ziektekostenverzekering NZV N.V. te Tilburg
Zaak : Premie, hoogte betalingsachterstand, rente en incassokosten, reisvaccinaties, eigen risico, eigen bijdrage, verrekening vergoeding
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2017-2020, artt. 10, 11, 16 en 19 Zvw, 2.17 Bzv, voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017-2020
Zaaknummer : 201901608
Zittingsdatum : 12 augustus 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

A (hierna: verzoeker I) en B(hierna: verzoeker II) beiden te C, hierna gezamenlijk te noemen: verzoekers,

tegen

Centrale Ziektekostenverzekeringen NZV N.V. te Tilburg, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

2.1. Op 23 december 2019 hebben verzoekers de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.

2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brief van 28 april 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 28 april 2020 aan verzoekers gezonden.

2.3. Op 9 juni 2020 hebben verzoekers aan de commissie een reactie gezonden. Hierin hebben zij hun verzoek aan de commissie gewijzigd. Een kopie van deze reactie is op 11 juni 2020 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

2.4. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 1 juli 2020 zijn standpunt aan de commissie nader toegelicht. Een kopie van deze reactie is op 1 juli 2020 aan verzoekers gezonden.

2.5. Verzoekers hebben op 15 juli 2020 en 4 augustus 2020 op de reactie van de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Kopieën hiervan zijn op 21 juli 2020 en 7 augustus 2020 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

2.6. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar en verzoekers hebben op 6 augustus 2020 respectievelijk 7 augustus 2020 verklaard niet te willen worden gehoord.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoeker I was in 2017 en 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Delta Lloyd Zorgverzekering restitutie en in 2019 en 2020 op grond van de Zorgverzekering Restitutie (hierna gezamenlijk te noemen: de zorgverzekering I). Verzoeker I had daarnaast bij de ziektekostenverzekeraar in 2017 en 2018 de aanvullende ziektekostenverzekering Delta Lloyd Compleet afgesloten en in 2019 en 2020 de aanvullende ziektekostenverzekeringen Compleet en Fit (hierna gezamenlijk te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering I).

3.2. Verzoeker II was in 2019 en 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering Restitutie (hierna te noemen: de zorgverzekering II) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Zilver en Fit (hierna gezamenlijk te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering II).

Zorgkosten

- 3.3. Op 24 maart 2017 heeft verzoeker I zorg ontvangen van GGD Fryslân. Daarbij zijn kosten in rekening gebracht voor (i) een consult, (ii) Deet 30%, (iii) Deet 40%, (iv) Boostrix (DKTP) en (v) Stamaril gele koortsvaccin. De kosten van totaal € 131,15 heeft verzoeker I op 8 februari 2019 gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Op 19 februari 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker I meegedeeld dat recht bestaat op vergoeding van een bedrag van € 58,10 op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering I.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de vergoeding niet aan verzoeker I uitgekeerd, maar verrekend met (i) € 36,16 aan eigen risico 2019, (ii) € 0,15 verdragingsrente in verband met het uitblijven van betaling van de premie van december 2018 en (iii) € 21,79 voor de premie van maart 2019.

Premie, incassokosten en rente

- 3.6. Op 22 november 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar de premie voor december 2018 bij verzoeker I in rekening gebracht. Op 2 januari 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker I een betalingsherinnering gestuurd. Op 30 januari 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker I een aanmaning gestuurd, waarbij € 0,15 verdragingsrente is aangezegd.
- 3.7. Op 28 februari 2020 heeft de incassopartner van de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker II een betalingsherinnering gestuurd voor de premie van december 2019. Daarbij zijn incassokosten en rente aangezegd. Op 27 maart 2020 en 24 april 2020 heeft de incassopartner van de ziektekostenverzekeraar verzoeker II opnieuw betalingsherinneringen gestuurd voor deze vordering.
- 3.8. Verzoekers hebben de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissingen gevraagd. Op 26 februari 2019, 22 maart 2019 en 16 april 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekers meegedeeld dat hij zijn beslissingen handhaaft.
- 3.9. Op 22 juni 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekers een financieel overzicht gestuurd. Hieruit blijkt dat verzoeker I een betalingsachterstand heeft van € 398,71 en verzoeker II een betalingsachterstand heeft van € 456,36. De juistheid van beide overzichten is door verzoekers betwist.

Geschil

- 4.1. Verzoekers hebben aan de commissie gevraagd te beslissen dat:
- (i) geen sprake is van een betalingsachterstand, maar van een betalingsoverschot op de polissen van verzoeker I en verzoeker II;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar dit betalingsoverschot, inclusief rente, aan hen moet uitkeren;
 - (iii) de ziektekostenverzekeraar ten onrechte bij verzoekers incassokosten en verdragingsrente in rekening heeft gebracht;
 - (iv) de ziektekostenverzekeraar de zorgkosten die verzoeker I op 24 maart 2017 heeft gemaakt volledig moet vergoeden;
 - (v) de ziektekostenverzekeraar deze vergoeding niet mag verrekenen.
- 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 zorgverzekeringen I en II als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekeringen I en II Dit blijkt uit artikel A.22. van de algemene voorwaarden van de beide zorgverzekeringen en de aanvullende ziektekostenverzekeringen.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over de verschuldigdheid van premie en het eigen risico 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.

6.2. Verzoekers voeren aan dat de ziektekostenverzekeraar de zorgkosten die verzoeker I op 24 maart 2017 heeft gemaakt ten onrechte heeft betrokken bij het vaststellen van het verschuldigde eigen risico en/of de eigen bijdrage. Hierdoor zijn meer kosten voor zijn rekening gebleven dan wettelijk gezien is toegestaan. Verder voeren verzoekers aan dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte vertragingsrente bij verzoeker I in rekening heeft gebracht vanwege de premie voor december 2018. Ook voeren verzoekers aan dat de ziektekostenverzekeraar het verzoek van verzoeker I om een eventuele vergoeding niet te verrekenen, maar uit te betalen, ten onrechte heeft afgewezen. De verrekening leidt volgens hen tot onduidelijkheid. Tot slot voeren verzoekers aan - onder verwijzing naar een tabel die door hen is opgesteld - dat zij aan de ziektekostenverzekeraar in 2019 meer dan de verschuldigde premie hebben betaald en dat om die reden geen sprake is van een betalingsachterstand, maar van een betalingsoverschot. Verzoekers zijn van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar hetgeen teveel is betaald moet terugbetalen, inclusief rente.

6.3. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat zorgverzekering I geen dekking biedt voor de kosten die samenhangen met reisvaccinaties. Een eventuele vergoeding vindt dan ook plaats op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering I en hierop is het eigen risico niet van toepassing. De betreffende aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor preventieve inentingen, geneesmiddelen, bloedonderzoek hepatitis-B, en Mantoux-test tuberculose vanwege een vakantiereis. De vergoeding is gemaximeerd tot € 250,- per jaar. Dit volgt uit artikel D.2.3. van de aanvullende ziektekostenverzekering I. Deet is geen preventieve inenting of -geneesmiddel zoals bedoeld in de aanspraak. Het DKTP-vaccin is een van de vaccinaties uit het Rijksvaccinatieprogramma en is daarom uitgesloten van vergoeding. In artikel D.2.3. staat namelijk dat inentingen die zijn gegeven of gegeven hadden moeten worden op grond van de Wet collectieve preventie volksgezondheid en Rijksvaccinatieprogramma's buiten de dekking vallen. De kosten van het consult en het gele koortsvaccin vallen wel onder de dekking. Dit betreft een bedrag van totaal € 58,10. Dit bedrag is niet aan verzoeker I uitgekeerd, maar verrekend met openstaande posten. Verder voert de ziektekostenverzekeraar aan dat in artikel A.9.1. en A.9.2. is beschreven wat de gevolgen zijn van het niet tijdig voldoen van de verschuldigde premie, waaronder het in rekening brengen van vertragingsrente. Deze artikelen komen overeen met artikel 6:119, eerste lid, Burgerlijk Wetboek. De ziektekostenverzekeraar heeft de premie voor december 2018 op 22 november 2018 bij verzoeker I in rekening gebracht. Bij het uitblijven van betaling is op 2 januari 2019 een betalingsherinnering gestuurd. Omdat wederom niet werd betaald, is op 30 januari 2019 een aanmaning verzonden, waarbij de vertragingsrente van € 0,15 is aangezegd. Deze handelwijze is overeenkomstig de genoemde artikelen. De vertragingsrente is daarom terecht in rekening gebracht.

Betalingsachterstand

- 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft twee financiële overzichten opgesteld, waaruit blijkt welke vorderingen verzoekers nog moesten voldoen op 22 juni 2020. Uit het overzicht is af te leiden dat verzoeker I nog een bedrag van € 398,71 moest voldoen en dat dit bedrag is opgebouwd uit:
- € 269,74 eigen risico 2020
 - € 117,85 premie voor de zorgverzekering I voor juli 2020
 - € 11,12 premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering I voor juli 2020.
- Uit het overzicht is voorts af te leiden dat verzoeker II nog een bedrag van € 456,36 moest voldoen en dat dit bedrag is opgebouwd uit:
- € 119,60 premie voor de zorgverzekering II voor december 2019
 - € 25,- premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering II 2019
 - € 43,71 incassokosten i.v.m. niet tijdige betaling van voornoemde premies
 - € 0,99 vertragingsrente i.v.m. niet tijdige betaling van voornoemde premies
 - € 119,08 premie voor de zorgverzekering II voor juni 2020
 - € 119,08 premie voor de zorgverzekering II voor juli 2020
- 6.5. De ziektekostenverzekeraar heeft zowel in het financieel overzicht van verzoeker I als in dat van verzoeker II de premie voor de maand juli 2020 opgenomen. Door verzoekers is aangevoerd dat de verschuldigdheid van deze bedragen nog niet in de financiële overzichten van 22 juni 2020 mogen worden betrokken. Dit omdat de vorderingen voor de premies van juli 2020 op 22 juni 2020 nog niet opeisbaar waren. De commissie kan verzoekers hierin volgen.
- 6.6. Verzoekers hebben verder aangevoerd dat ten onrechte door de ziektekostenverzekeraar vertragingsrente (bij verzoeker I en verzoeker II) en incassokosten (bij verzoeker II) in rekening is gebracht. De commissie overweegt dat in de artikelen A.9.1. en A.9.2. van de zorgverzekering de gevolgen van het niet-tijdig betalen van de verschuldigde premie zijn beschreven. In artikel A.9.2. staat dat dit tot gevolg kan hebben dat rente en incassokosten in rekening worden gebracht.
- 6.7. Voor verzoeker I geldt dat vaststaat dat verzoeker I de premie voor december 2018 uiterlijk 13 december 2018 moest voldoen. Dit blijkt uit de rekening die de ziektekostenverzekeraar op 22 november 2018 aan verzoeker I heeft gestuurd. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld dat verzoeker I pas op 15 februari 2019 de verschuldigde premie heeft voldaan en dat op dat moment al een betalingsherinnering en een aanmaning waren gezonden, waarbij de vertragingsrente werd aangezegd. Dit is door verzoeker I niet gemotiveerd betwist. Zo heeft hij geen betalingsbewijzen overgelegd waaruit blijkt dat de premie wél tijdig is voldaan. De commissie is om die reden van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar overeenkomstig de verzekeringsvoorwaarden heeft gehandeld, de vertragingsrente terecht bij verzoeker I in rekening is gebracht, en dat hij deze moest voldoen.
- 6.8. Voor verzoeker II geldt dat de incassogemachtigde van de ziektekostenverzekeraar verzoeker II op 28 februari 2020 een betalingsherinnering heeft gestuurd voor de premie van december 2019. Daarbij zijn incassokosten en rente aangezegd. Op 27 maart 2020 en 24 april 2020 heeft de incassogemachtigde van de ziektekostenverzekeraar verzoeker II opnieuw betalingsherinneringen gestuurd voor deze vordering. Verzoeker II heeft niet aannemelijk gemaakt dat premie voor de maand december 2019 wél tijdig en volledig was voldaan. Indien de premie dan wel een ander door de verzekeringnemer verschuldigd bedrag niet (tijdig) wordt betaald, is dit direct en volledig opeisbaar. De (incassogemachtigde van de) ziektekostenverzekeraar was daarom gerechtigd – binnen de krachtens de verzekeringsvoorwaarden en de wet- en regelgeving geldende kaders – de ontstane vordering over te dragen aan een incassobureau met als gevolg bijkomende (buitengerechtelijke) kosten.

- 6.9. Wat betreft de overige op het overzicht van 22 juni 2020 vermelde vorderingen geldt dat het aan verzoekers is aannemelijk te maken dat de financiële overzichten die de ziektekostenverzekeraar heeft opgesteld niet juist zijn. In dit verband hebben verzoekers verwezen naar betalingsbewijzen en een tabel die verzoeker I heeft opgesteld. De commissie merkt ten aanzien van de door verzoeker I opgestelde tabel op dat dit niet kan worden gezien als bewijsmateriaal dat betalingen zijn gedaan. Dit omdat uit de tabel niet blijkt dat de betreffende betalingen ook daadwerkelijk zijn verricht. Anders is dit voor de door verzoekers overgelegde bankafschriften. Door verzoekers zijn betalingsbewijzen overgelegd over de periode van 4 januari 2019 tot en met 1 juli 2020. Door de ziektekostenverzekeraar zijn financiële overzichten overgelegd naar de stand van 22 juni 2020. Beoordeeld dient te worden wat de betalingsachterstand naar de stand van die datum is. Daarom neemt de commissie de door verzoekers overgelegde betalingsbewijzen van ná 22 juni 2020 (23 juni 2020, 26 juni 2020 en 1 juli 2020) niet mee in de beoordeling.
- 6.10. Uit de overige betalingsbewijzen blijkt dat verzoekers in de periode van 4 januari 2019 tot en met 1 juni 2020 verschillende betalingen aan de ziektekostenverzekeraar hebben verricht. Uit de financiële overzichten van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat al deze betalingen op de polis van verzoeker I of verzoeker II zijn verwerkt. Met uitzondering van de betalingen van 4 januari 2019 en 23 april 2020, die op 7 januari 2019 en 24 april 2020 weer zijn bijgeschreven. Het is de commissie niet duidelijk geworden of deze betalingen zijn gestorneerd door verzoekers of dat de ziektekostenverzekeraar deze bedragen om een andere reden heeft terugbetaald. Uit de betalingsbewijzen volgt niet dat verzoekers meer of andere betalingen hebben gedaan, die niet op de financiële overzichten van de ziektekostenverzekeraar voorkomen. Dat de door verzoekster gedane betalingen onjuist zijn verwerkt is gesteld noch gebleken. De commissie ziet om die reden geen reden te twijfelen aan de juistheid van de verwerking van de genoemde betalingen. Dat verzoekers in verband met een upgrade bij de bank niet meer betalingsbewijzen kon overleggen, komt voor zijn risico.

Eigen risico en eigen bijdrage

- 6.11. De commissie overweegt dat de zorgverzekering geen dekking biedt voor reïsvaccinaties of geneesmiddelen tegen tropische ziektes, zoals gele koorts of malaria. Dit betekent dat een eventuele vergoeding hiervan alleen mogelijk is op grond van een aanvullende verzekering. Hierop wordt in het vervolg terug gekomen. Het verplicht eigen risico en het vrijwillig eigen risico mogen onder bepaalde voorwaarden in rekening worden gebracht als er zorg of overige diensten op grond van de zorgverzekering worden vergoed. Ook de eigen bijdragen, bijvoorbeeld die voor farmaceutische zorg, zijn enkel verschuldigd voor in de wet aangewezen vormen van zorg die onder de dekking van de zorgverzekering vallen. Nu vast staat dat de zorgverzekering geen dekking biedt voor reïsvaccinaties of geneesmiddelen tegen tropische ziektes zijn het eigen risico dan wel de wettelijke eigen bijdrage hierop niet van toepassing, zodat de ziektekostenverzekeraar hiermee geen rekening hoeft te houden bij het vaststellen van de hoogte van de kosten die voor rekening van verzoeker I blijven.

Vergoeding declaraties

- 6.12. In artikel D.2.3. van de aanvullende ziektekostenverzekering I is beschreven wanneer en onder welke voorwaarden preventieve maatregelen voor een reis naar een land met een verhoogd risico op infectieziekten of parasitaire aandoeningen worden vergoed. Hieronder vallen ook de kosten van een consult en een vaccinatieboekje.
- 6.13. Verzoeker I heeft bij de ziektekostenverzekeraar de kosten voor (i) een consult, (ii) Deet 30%, (iii) Deet 40%, (iv) Boostrix (DKTP) en (v) Stamaril gele koortsvaccin gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar heeft de kosten van het consult en het gele koortsvaccin inmiddels vergoed. Deze kosten vormen thans geen onderdeel van het geschil meer. De vraag is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden ook de kosten van Deet en Boostrix (DKTP) te vergoeden.

- 6.14. De commissie overweegt dat Deet geen preventieve inenting of preventief geneesmiddel is als beschreven in artikel D.2.3. van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit middel valt om die reden niet onder de dekking. De commissie overweegt verder dat de DKTP-vaccinatie deel uitmaakt van het Rijksvaccinatieprogramma en om die reden, gelet op artikel D.2.3 van de aanvullende ziektekostenverzekering I, is uitgesloten van vergoeding. De ziektekostenverzekeraar hoeft de kosten hiervan dus niet te vergoeden.


Verrekeningsbevoegdheid

- 6.15. In artikel A.8.4. van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering staat wanneer en onder welke voorwaarden de ziektekostenverzekeraar een vergoeding mag verrekenen met een schuld die de verzekeringnemer heeft. Uit dit artikel blijkt dat de ziektekostenverzekeraar een schuld vanuit de zorgverzekering niet mag verrekenen met een vergoeding waarop recht bestaat vanuit een aanvullende ziektekostenverzekering of andersom.
- 6.16. De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar de vergoeding waarop recht bestaat op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering (I) voor een deel heeft verrekend met een schuld die voortkomt uit de zorgverzekering I. Het in rekening gebrachte eigen risico en de verdragingsrente zien namelijk op de zorgverzekering I en niet op de aanvullende ziektekostenverzekering I. Dit is in strijd met artikel A.8.4. van de verzekeringsvoorwaarden, hetgeen ook door de ziektekostenverzekeraar is erkend in zijn brief van 28 april 2020. De verzekeraar heeft vervolgens het ten onrechte verrekende bedrag aan verzoeker I betaald. Het terugdraaien van de verrekening zou volgens de ziektekostenverzekeraar tot gevolg hebben dat de betalingsachterstand van verzoeker I met € 58,10 zou toenemen. De ziektekostenverzekeraar heeft echter besloten dit bedrag niet meer in rekening te brengen, zodat verzoeker I hiervan verder geen financieel nadeel ondervindt.
- De commissie ziet geen aanleiding in deze beslissing te treden. Dit neemt niet weg dat de ziektekostenverzekeraar in strijd met de verzekeringsvoorwaarden heeft gehandeld, zoals hiervoor is toegelicht. Hierin ziet de commissie aanleiding te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoekers moet vergoeden.
- 6.17. Dit leidt tot de navolgende beslissing.


7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat:

- (i) de betalingsachterstand die door de ziektekostenverzekeraar op 22 juni 2020 is vastgesteld voor respectievelijk verzoeker I en verzoeker II, met uitzondering van de premie voor juli 2020, juist is;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar terecht incassokosten en verdragingsrente in rekening heeft gebracht, omdat verzoekers de premie voor respectievelijk december 2018 en december 2019 niet tijdig hebben betaald;
- (iii) verzoeker I geen recht heeft op een hogere vergoeding dan € 58,10 voor de zorgkosten die hij op 24 maart 2017 heeft gemaakt;
- (iv) de ziektekostenverzekeraar de vergoeding deels ten onrechte heeft verrekend met openstaande vorderingen;
- (v) het meer of anders door verzoekers gevorderde dient te worden afgewezen;
- (vi) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekers het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden.



Zeist, 17 augustus 2020,



M.T.C.J. Nauta-Sluijs

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

wie wij geen zorgovereenkomst hebben gesloten.

- De gezondheidscheck en de eventuele vervolgonderzoeken worden verricht door de zorgverlener verbonden aan de internetsite die wij hebben aangewezen en gecontracteerd.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgverlener naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

D.2.3. Preventie voor reizen naar buitenland

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden preventieve maatregelen voor een reis naar een land met een verhoogd risico op infectieziekten en parasitaire aandoeningen.

Als bij deze zorg een inentingsboekje of vaccinatieboekje als officiële verklaring geldt, vergoeden wij deze ook. Ook vergoeden wij consultkosten (meerkosten voor eventueel gebruik van een prikangstpoli worden niet vergoed).

Welke zorg en tot welk bedrag wij vergoeden, staat op uw Vergoedingen Overzicht.

Ter voorkoming van infectieziekten en parasitaire aandoeningen vergoeden wij:

- a. tabletten (maximaal voorgeschreven voor een periode van 6 maanden) tegen:
 - malaria;
 - tyfus.
- b. een inenting tegen:
 - difterie;
 - tetanus;
 - polio;
 - bof, mazelen, rode hond (BMR);
 - hepatitis-A;
 - hepatitis-A/B (combinatievaccin Twinrix);
 - hepatitis-B;
 - gele koorts;
 - tyfus;en/of een bloedonderzoek in verband met Hepatitis-B.
- c. een inenting tegen en/of daarmee samenhangend onderzoek tegen:
 - tuberculose;
 - meningitis;
 - Japanse encefalitis;
 - tekenencefalitis;
 - rabiës (hondsdolheid);en/of een Mantoux-test in verband met mogelijke tuberculose. De Mantoux-test wordt voortgaand aan een reis afgenomen als preventie voor een reis naar een land met een verhoogd

risico op infectieziekten en parasitaire aandoeningen;

- d. (vervallen).
- e. preventieve inentingen, preventieve geneesmiddelen (maximaal voorgeschreven voor een periode van 6 maanden), bloedonderzoek in verband met hepatitis-B en een Mantoux-test in verband met mogelijke tuberculose vanwege een (vakantie)reis naar een land met een verhoogd risico.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C.10.
- Wij vergoeden niet de inentingen die zijn gegeven of die gegeven hadden moeten worden op grond van de Wet collectieve preventie volksgezondheid en Rijksvaccinatieprogramma's.
- We vergoeden de Mantoux-test niet vanuit dit artikel als deze ná een reis afgenomen wordt. Mogelijk valt de test dan onder de zorg uit artikel B.3.2.

Voorwaarden

Algemeen

U gaat op reis naar een land met een verhoogd risico op ziekten waarvoor preventieve inentingen, -geneesmiddelen of testen worden voorgeschreven.

Zorgverlener

Een apotheek, een gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD) of een door ons erkende leverancier levert de entstof van de preventieve inentingen.

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een (bedrijfs)arts of zorginstelling die is ingeschreven en aangesloten bij het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (L.C.R.), (zoals een GGD) heeft de medische noodzaak vastgesteld voor de preventieve middelen, - inentingen of testen en geeft deze.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgverlener naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

D.2.4. Vervallen

D.2.5. Consulten voor vrouwen

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de kosten van consulten voor vrouwen. Deze consulten hebben te maken met of

A.7.8. Als u ten onrechte niet verzekerd bent

U bent (nog) niet verzekerd maar moet zich op grond van de Zorgverzekeringswet wel verzekeren. Wij moeten in dat geval alle stukken hebben ontvangen binnen 4 maanden nadat uw verzekeringsplicht is ingegaan of binnen een maand nadat uw eerdere zorgverzekering is beëindigd. Als de stukken te laat binnen zijn, gaat de zorgverzekering in op het moment dat wij uw verzoek tot het sluiten van de zorgverzekering én eventuele benodigde gegevens en/of documenten hebben ontvangen.

Voor de periode dat u niet verzekerd bent, kan CAK bij u een boete opleggen. De hoogte van deze boete bedraagt een door de overheid bepaald percentage van de verschuldigde premie over de periode dat u ten onrechte niet verzekerd was, met een maximum van 5 jaar.

A.8. Betaling van premie en kosten

A.8.1. Wie betaalt de premie en kosten?

U (verzekeringnemer) bent verantwoordelijk voor de volledige en tijdige betaling van de verschuldigde kosten.

A.8.2. Vooruit betalen

U (verzekeringnemer) moet de verschuldigde kosten vooruit betalen. Wij hebben met u (verzekeringnemer) afgesproken voor welke periode u deze kosten vooruit betaalt. Die periode noemen wij de 'betalingsperiode'. De betalingsperiode kan één maand, één kwartaal, één halfjaar of één jaar zijn. U (verzekeringnemer) hebt tijdig voldaan aan uw betalingsverplichting als het totale verschuldigde bedrag over de met u afgesproken betalingsperiode in ons bezit is:

- uiterlijk op de datum die op de acceptgiro of premienota staat, als u betaalt door middel van een acceptgiro of op basis van een premienota;
- door middel van automatische incasso. Automatische incasso vindt plaats in de 1^e zeven dagen van de met u afgesproken betalingsperiode. Op uw verzoek kunt u met ons een ander moment voor automatische incasso afspreken.
- uiterlijk vóór de 1^e dag van de met u afgesproken betalingsperiode, als u op een andere manier betaalt dan door middel of op grond van een acceptgiro, een premienota of automatische incasso.

A.8.3. Manier van betalen

U (verzekeringnemer) hebt met ons afgesproken hoe u alle verschuldigde kosten betaalt. Dat kan zijn door een automatische incasso, een acceptgirobetaling (op papier of via e-mail), bankportaal of een premienota. Hebt u met ons afgesproken digitaal te communiceren, dan is alleen automatische incasso, acceptgirobetaling via e-mail of in bepaalde gevallen betaling via bankportaal mogelijk. Bij een zorgverzekering "Natura direct" is alleen automatische incasso mogelijk.

Als wij via automatische incasso de verschuldigde kosten van uw bankrekening afschrijven, blijft u verantwoordelijk voor tijdige en volledige betaling. U ontvangt een vooraankondiging voordat het bedrag van de bankrekening afgeschreven wordt.

A.8.4. Verrekening

- U (verzekeringnemer) kunt schulden niet verrekenen met bedragen die u (verzekeringnemer én verzekerden) nog van ons tegoed hebt.
- Wij kunnen uw (verzekeringnemer) schuld wel verrekenen met bedragen waarop u (verzekeringnemer én verzekerde) recht hebt op grond van de verzekeringen die u bij ons hebt gesloten. Hierbij geldt dat wij schuld vanuit uw basisverzekering niet mogen verrekenen met vergoeding waarop u recht hebt uit uw aanvullende verzekering of andersom. Bovendien verrekenen wij de schuld niet met uitbetalingen van het PGB (Persoons Gebonden Budget).

A.9. Betalingsachterstand

A.9.1. Herinnering en opschorting

Als u (verzekeringnemer) niet (tijdig) aan uw betalingsverplichting voldoet, hebt u een betalingsachterstand en sturen wij u een herinnering. Betaalt u daarna niet binnen 14 dagen, dan nemen wij achtereenvolgens de volgende stappen:

- wij verrekenen uw (verzekeringnemer) schuld met bedragen waarop u (verzekeringnemer én verzekerde) recht hebt. Blijft er dan nog een deel van uw schuld over, dan moet u dat nog wel betalen. U hebt pas weer recht op dekking vanuit uw aanvullende verzekering vanaf de dag nadat alle bedragen die u moest betalen bij ons binnen zijn.
- wij schakelen een deurwaarder in (zie artikel A.9.2.).
- wij beëindigen uw aanvullende verzekering(en).
- vanaf 6 maanden melden wij uw betalingsachterstand voor uw zorgverzekering bij het CAK. U moet dan aan het CAK iedere maand een bestuursrechtelijke premie voor uw zorgverzekering betalen in plaats van de premie die u

aan ons moet betalen. De hoogte van deze bestuursrechtelijke premie voor uw zorgverzekering wordt door de overheid bepaald. Het CAK int deze bestuursrechtelijke premie totdat u alle verschuldigde bedragen voor uw zorgverzekering hebt betaald. Dit is een wettelijke regeling.

- U bent niet langer verplicht om de bestuursrechtelijke premie aan het CAK te betalen vanaf de 1e dag van de maand volgend op de maand waarin:
 - uw betalingsachterstand niet meer bestaat, of
 - de rechter de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen uit de Faillissementswet op u (verzekeringnemer) van toepassing heeft verklaard, of
 - u (verzekeringnemer) gaat deelnemen aan een schuld(sanerings)regeling. Deze is tot stand gekomen door tussenkomst van een professionele schuldhulpverlener en wij nemen daaraan ten minste ook deel, of
 - wij met u een betalingsregeling hebben getroffen.

Uw (verzekeringnemer) plicht om uw normale kosten aan ons te betalen gaat weer in op de 1e dag van de maand volgend op de maand waarin een van bovenstaande situaties van toepassing is.

Wij melden u opnieuw aan bij het CAK waardoor u weer verplicht bent om de bestuursrechtelijke premie te betalen vanaf de 1e dag van de maand volgend op de maand:

- waarin de toepassing van de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen op grond van artikel 350, derde lid, onderdeel c, d, e, f, g Faillissementswet is beëindigd, of
- waarin u zich, blijkens een melding aan het CAK, aan deelname aan een op u van toepassing zijnde overeenkomst of regeling als hierboven bedoeld, hebt onttrokken voordat u de in de desbetreffende overeenkomst of regeling neergelegde afspraken aan ons volledig bent nagekomen.

Om verdere toename van schulden te voorkomen, wisselen wij gegevens uit met uw gemeente. Wij sturen uw gemeente een bericht, zodra u twee maanden premieachterstand of meer hebt. Wij doen dit voordat u wordt aangemeld bij het CAK. De gemeente kan samen met ons een regeling treffen over uw betalingsachterstand. Als u aan de voorwaarden voldoet, bent u van uw schulden bij ons en het CAK af.

A.9.2. Rente en incassokosten

Als u (verzekeringnemer) een betalingsachter-

stand hebt, betaalt u ons ook de wettelijke / verdragingsrente over de verschuldigde en opeisbare kosten. Bovendien moet u eventuele incassokosten betalen.

A.9.3. Vervallen van betaaltermijnkorting

Als u (verzekeringnemer) met ons hebt afgesproken kosten over een langere betalingsperiode dan één maand vooruit te betalen, krijgt u daarvoor betaaltermijnkorting. Als er een betalingsachterstand is ontstaan, zetten wij voor de verzekeringen waarvan u verzekeringnemer bent de betalingsperiode om naar één maand en verliest u uw betaaltermijnkorting. Het verlies van deze korting geeft u niet het recht om uw verzekering op te zeggen.

A.9.4. Aflossen schuld

Loopt u (verzekeringnemer) achter met de betaling? Dan lost u met elk bedrag dat wij van u ontvangen (een deel van) uw schuld af in de volgende volgorde:

- U lost altijd eerst de rente en incassokosten af (zie artikel A.9.2.);
- U lost daarna de schuld af van de kosten van uw zorgverzekering en daarna de kosten van uw aanvullende verzekering(en). Zie voor een uitleg over "kosten" ook artikel A.7.1. U lost eerst het langst openstaande deel van uw schuld af.

Bestaat de openstaande schuld uit bedragen van meerdere perioden, doordat u langere tijd niet hebt betaald? Dan kunt u de schuld niet splitsen door bijvoorbeeld eerst alleen de achterstallige premie te betalen en daarna de eventuele andere schulden. De schuld moet per periode in zijn geheel betaald worden.

A.10. Premie en kosten na beëindiging

A.10.1. Schuld over beëindigde verzekering

Als u ons nog premie en kosten zoals bedoeld in artikel A.7.1. moet betalen voor een verzekering die inmiddels beëindigd is en u sluit een nieuwe verzekering bij ons af, dan hebben wij het recht:

- de kosten van zorg die u uit uw nieuwe verzekering van ons vergoed krijgt, te verrekenen met de oude openstaande schuld;
- onze verplichtingen uit te stellen tot het moment dat u (verzekeringnemer) alle verschuldigde en opeisbare premies en kosten betaald hebt. Wij vergoeden geen rekeningen totdat u (verzekeringnemer) alle verschuldigde premie

en kosten aan ons hebt betaald, ook die van de oude beëindigde verzekering.

A.10.2. Teveel betaalde premie

- Eindigt uw verzekering in een betalingsperiode die u (verzekeringnemer) vooraf betaald hebt, dan krijgt u (verzekeringnemer) over het aantal overgebleven dagen van die betalingsperiode, een gedeelte van het betaalde bedrag terug. Wij brengen op het terug te betalen bedrag namelijk wel administratiekosten in mindering.
- Als uw verzekering wijzigt in een betalingsperiode die u (verzekeringnemer) vooraf betaald hebt, dan verrekenen wij de teveel betaalde premie over het aantal overgebleven dagen in die betalingsperiode, met de premie die u moet betalen voor de nieuwe verzekering(en).
- Wij kunnen in een betalingsperiode die u (verzekeringnemer) vooraf betaald hebt, uw verzekering beëindigen, omdat u zich tegenover ons schuldig maakt aan (een poging tot) misdrijf, overtreding, oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging. In deze gevallen krijgt u (verzekeringnemer) over het overgebleven gedeelte van die betalingsperiode van het betaalde bedrag niets terug.

A.11. Verandering van premiegrondslag

Wij kunnen de premiegrondslag veranderen. De hoogte van de premie verandert dan ook. Wij delen u (verzekeringnemer) deze verandering tenminste 6 weken voordat deze ingaat mee. In artikel A.5.4 kunt u de opzegmogelijkheden lezen die hierbij gelden.

A.12. Verplicht eigen risico

A.12.1. Hoogte eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u voor de zorgverzekering een verplicht eigen risico van € 385,- voor een heel jaar. Als de verzekering ingaat of eindigt na 1 januari of u na 1 januari 18 jaar wordt, is het verplicht eigen risico van dat jaar lager. Zie daarvoor ook artikelen A.12.6. en A.12.7.

Verplicht eigen risico betekent dat u de eerste € 385,- aan kosten die u als vergoeding uit uw zorgverzekering zou hebben ontvangen, zelf moet betalen. Pas als u dit hebt gedaan, krijgt u de overige kosten die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen van ons vergoed.

Een eigen risico is iets anders dan een eigen bijdrage. Eigen risico en eigen bijdrage kunnen

naast elkaar van toepassing zijn op de verzekerde zorg.

A.12.2. Verrekening eigen risico

De kosten van zorg worden verrekend met het verplicht eigen risico van het jaar waarin de zorg is genoten.

Wordt zorg in 2 achtereenvolgende jaren genoten en op één rekening in één bedrag in rekening gebracht dan worden de kosten van deze zorg verrekend met het verplicht eigen risico van het eerste jaar.

Echter de kosten van een DBC-zorgproductcode – behalve de eerstelijns DBC-zorgproductcodes – tellen alleen mee voor het verplicht eigen risico van het jaar waarin een DBC-zorgproductcode is begonnen (opening van de DBC-zorgproductcode). Dit geldt niet voor OZP's (Overige Zorg Producten) voor medisch specialistische of specialistische psychiatrische zorg.

A.12.3. Geen eigen risico

Sommige kosten tellen niet mee voor het verplicht eigen risico. Die kosten krijgt u dus al wel van ons vergoed, ook al hebt u uw verplicht eigen risico van € 385,- nog niet vol gemaakt. De volgende kosten tellen niet mee voor het verplicht eigen risico:

- De kosten van huisartsenzorg. Het verplicht eigen risico geldt weer wel voor kosten die met huisartsenzorg te maken hebben, maar welke zorg ergens anders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht. Deze zorg moet dan wel uitgevoerd worden door een persoon of instelling die een tarief mag vragen dat door de NZa is vastgesteld.

Voorbeeld:

U maakt in een jaar voor € 110,- aan kosten die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen. Het gaat om € 80,- aan kosten voor een medisch specialist in het ziekenhuis. Deze kosten tellen mee voor het verplicht eigen risico. Daarnaast gaat het om € 30,- aan kosten voor een consult bij de huisarts. Deze kosten tellen niet mee voor het verplicht eigen risico. U moet dan € 80,- zelf betalen. De € 30,- voor het huisartsenconsult worden al wel door ons vergoed.

- De kosten van verloskundige zorg en kraamzorg artikelen B.5. (met uitzondering van de NIPT uit artikel B.5.3.), B.6. en B.7.. Het verplicht eigen risico geldt weer wel voor kosten die hiermee te maken kunnen hebben, maar die in een ander artikel van onze verzekeringsvoorwaarden zijn opgenomen, zoals IVF, am-

balancevervoer, geneesmiddelen, hulpmiddelen en (laboratorium)onderzoek dat niet door de huisarts is gedaan en ook niet door hem in rekening is gebracht.

- De kosten van nacontroles van u als donor vanaf 13 weken (bij levertransplantatie vanaf 6 maanden) na de opname ter selectie of de verwijdering van het transplantatiemateriaal. (zie artikel B.4.7.2.).
- De kosten van vervoer van de donor bij orgaantransplantatie als deze vervoerskosten onder zijn eigen zorgverzekering vallen (zie artikel B.4.7.2.);
- De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder kosten van inschrijving vallen:
 - een bedrag voor de inschrijving als patiënt. Wij vergoeden maximaal het tarief dat hiervoor op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (rekening houdend met fiscale wetgeving) is vastgesteld;
 - kosten die te maken hebben met:
 - de manier waarop de geneeskundige zorg in de huisartsenpraktijk of de instelling wordt verleend;
 - de kenmerken van het patiëntenbestand;
 - de plaats van de praktijk of instelling.Wij moeten hierover met de huisarts of instelling wel een zorgovereenkomst hebben afgesloten. In deze zorgovereenkomst moeten wij ook hebben afgesproken dat zij deze kosten bij uw inschrijving in rekening mogen brengen;
- De gehele of gedeeltelijke kosten van zorg en overige diensten als:
 - u voor die zorg of diensten naar een zorgverlener bent geweest, die wij daarvoor hebben aangewezen, of
 - u een programma voor diabetes, depressie, hart- en vaatziekten chronisch obstructief longlijden, overgewicht, dementie, trombosezorg, incontinentiezorg of stoppen met roken hebt gevolgd, dat wij hebben aangewezen.

Wij hebben hiervoor geen zorgverleners of gezondheidsprogramma's aangewezen. Als hier verandering in komt, plaatsen wij een bericht op onze internetsite;

- De kosten van ketenzorg (zie voor "ketenzorg" ook artikel B.24.);
- De kosten van wijkverpleging (zie ook artikel B.26.);
- Hulpmiddelen die wij u in bruikleen geven. Hiervoor zijn geen kosten verschuldigd. Daarom geldt hiervoor het verplicht eigen risico niet. Het verplicht eigen risico geldt weer wel voor de kosten van de verbruiksartikelen en ge-

bruikskosten die samenhangen met het hulpmiddel dat wij u in bruikleen geven.

Daarnaast geldt geen verplicht eigen risico (en ook geen vrijwillig eigen risico) voor de zorg die onder de vergoeding van uw aanvullende verzekering(en) valt.

A.12.4. Kosten voor eigen rekening

Kosten die u op grond van de verzekeringsvoorwaarden zelf moet betalen, tellen niet mee voor het door u te betalen verplicht eigen risico. Het kan hier bijvoorbeeld gaan om (wettelijke) eigen bijdragen.

A.12.5. Betaling aan zorgverlener en eigen risico

Als een zorgverlener (die een betaalovereenkomst met ons heeft) rechtstreeks bij ons declareert, kunnen wij uw kosten rechtstreeks aan de zorgverlener vergoeden. Als u nog een (deel van het) eigen risico moet betalen, vorderen wij dit bedrag bij u terug of verrekenen dit met u.

Als u zelf de rekening naar ons instuurt (of als de zorgverlener geen betaalovereenkomst met ons heeft), betalen wij aan u als er nog een (deel van het) eigen risico openstaat, ook al hebt u ons gevraagd om rechtstreeks aan de zorgverlener te betalen. U ontvangt van ons dan het bedrag waar u recht op hebt minus het nog openstaande eigen risico. U moet zelf zorgen voor een volledige en tijdige betaling aan de zorgverlener.

A.12.6. Als de zorgverzekering in de loop van het jaar begint, eindigt of verandert

Als uw zorgverzekering in de loop van het jaar begint of eindigt, betaalt u een evenredig deel van het verplicht eigen risico voor dat deel van het jaar dat de zorgverzekering liep, afgerond op hele euro's.

Wij tellen het aantal dagen van het jaar dat de zorgverzekering loopt en delen dit door het totaal aantal dagen in dat jaar (dat is 365 dagen en 366 dagen bij schrikkeljaren). De uitkomst hiervan vermenigvuldigen wij met € 385,-. De uitkomst wordt afgerond op hele euro's.

Voorbeeld verplicht eigen risico:

Uw zorgverzekering begint op 23 september 2016. Van 23 september 2016 tot en met 31 december 2016 is 100 dagen (2016 is een schrikkeljaar). Uw eigen risico wordt dan:

- € 385,- : 366 = € 1,0519 eigen risico per dag
- € 1,0519 x 100 dagen = € 105,19 eigen risico dat jaar (niet afgerond)
- € 105,19 ronden wij af. De uitkomst is dan € 105,-. Dat is uw verplicht eigen risico voor

dat jaar.

Let op!

Wanneer u binnen een jaar verschillende aangesloten zorgverzekeringen hebt bij ons met een verschillend vrijwillig gekozen eigen risico, moeten de naar rato berekende eigen risicobedragen voor dat jaar bij elkaar worden opgeteld.

Voorbeeld verplicht en vrijwillig eigen risico:

Uw eerste zorgverzekering loopt van 1 januari 2016 t/m 30 juni 2016; dit zijn 182 dagen (2016 is een schrikkeljaar). U hebt dan alleen het verplichte eigen risico van € 385,-.

Uw 2^e zorgverzekering loopt van 1 juli 2016 t/m 31 december 2016 (dit zijn 184 dagen). U kiest dan, naast het verplichte eigen risico voor een vrijwillig eigen risico van € 300,-.

Uw eigen risico voor de eerste zorgverzekering wordt dan:

- € 385,- : 366 = € 1,0519 eigen risico per dag
- € 1,0519 x 182 dagen = € 191,45 eigen risico; dat is afgerond € 191,-.

Uw eigen risico voor uw 2^e zorgverzekering wordt dan:

- € 385,- + € 300,- = € 685,-
- € 685,- : 366 = € 1,8715 eigen risico per dag
- € 1,8715 x 184 dagen = € 344,36 eigen risico; dat is afgerond € 344,-.

Voor deze 2 periodes tellen wij beide eigen risico bedragen bij elkaar op: € 191,- + € 344,- = € 535,-. Dat is uw eigen risico (verplicht + vrijwillig) voor het gehele jaar.

A.12.7. Als u 18 jaar wordt

Tot 18 jaar is het verplicht eigen risico € 0,-. Vanaf 18 jaar is dat € 385,- voor een heel jaar. Als de hoogte van uw verplicht eigen risico in de loop van het jaar verandert en u direct voor de wijziging al een zorgverzekering bij ons had, geldt een evenredig deel als verplicht eigen risico, afgerond op hele euro's.

De hoogte van het verplicht eigen risico wordt dan als volgt berekend:

- Wij vermenigvuldigen het bedrag van het verplichte eigen risico met het aantal dagen van dat jaar dat dit verplicht eigen risico gaat gelden;
- De uitkomst daarvan delen wij door het totaal aantal dagen in dat jaar (dat is 365 dagen en 366 dagen bij schrikkeljaren);
- Dat bedrag ronden wij af op hele euro's.

Voorbeeld:

U hebt een zorgverzekering afgesloten voor u en

uw zoon. Op 5 november 2016 wordt uw zoon 18 jaar. Voor 5 november 2016 had hij geen verplicht eigen risico (€ 0,-) en vanaf 5 november 2016 een verplicht eigen risico van € 385,-. Vanaf 5 november resteren dat jaar nog 57 dagen. Het eigen risico voor uw zoon bedraagt dat jaar dan:

- € 385,- : 366 dagen = € 1,0519 eigen risico per dag.
- € 1,0519 x 57 dagen = € 59,96 eigen risico; dat is afgerond € 60,-. Dit is dan het resterende deel van het eigen risico voor dat jaar, geldend vanaf het moment dat uw zoon 18 jaar is geworden.

A.12.8. Eerst verplicht en daarna vrijwillig eigen risico

Met de kosten die onder de dekking van de zorgverzekering vallen, maakt u eerst het verplichte eigen risico vol. Als dat is verrekend, komen de kosten voor rekening van het eventueel gekozen vrijwillige eigen risico. Staat dat ook op € 0,- dan krijgt u de kosten die u maakt en die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen vanaf dat moment daadwerkelijk vergoed van ons.

A.12.9. Gespreide betaling

U (verzekeringnemer) kunt het verplicht eigen risico gespreid betalen.

Wanneer kunt u deelnemen?

- U hebt op 1 januari bij ons een zorgverzekering;
- U hebt een zorgverzekering met alleen een verplicht eigen risico; u hebt dus niet gekozen voor een vrijwillig eigen risico;
- U bent 18 jaar of ouder;
- Uw aanvraag voor gespreide betaling is voor 1 januari van het jaar waarop het verplicht eigen risico betrekking heeft, bij ons binnen;
- U bepaalt welke verzekerden, genoemd op uw polisblad, u voor deze regeling aanmeldt. Deze deelnemende verzekerden meldt u bij de aanvraag tegelijkertijd aan;
- U betaalt vanaf het 1e kwartaal van het deelnamejaar in 10 termijnen.

Voorwaarden tijdens deelname

- Deelname kan worden verlengd, behalve als u voor 1 januari van het volgende jaar aangeeft dat en voor welke verzekerden u wilt stoppen met deze betalingsregeling.
- U ontvangt een eindafrekening in het 1e kwartaal van het volgende jaar. Hebt u teveel betaald aan verplicht eigen risico, dan betalen wij het (resterende) bedrag uiterlijk in dat zelfde kwartaal aan u terug. Als hierna nog rekeningen bij ons binnen komen die met uw ver-

plicht eigen risico van het afgelopen jaar moeten worden verrekend, dan vorderen wij dat bedrag direct bij u terug.

Einde van de deelname

- Als u niet meer wilt deelnemen, meldt u zich bij ons af.
- Wij kunnen de deelname beëindigen als:
 - niet meer wordt voldaan aan bovenstaande voorwaarden;
 - u niet tijdig betaalt;
 - uw verzekeringssituatie wijzigt in die zin dat de verzekeringnemer of aantal deelnemers verandert.
- Eindigt deelname voor deze betalingsregeling gedurende het jaar, dan ontvangt u direct een eindafrekening. Teveel betaald verplicht eigen risico betalen wij dan aan u terug. Als u nog verplicht eigen risico moet betalen, dan betaalt u dat direct in één keer aan ons. Als hierna nog rekeningen bij ons binnen komen die met uw verplicht eigen risico moeten worden verrekend, dan vorderen wij dat bedrag direct bij u terug.

A.13. Vrijwillig gekozen eigen risico

A.13.1. Voorwaarden vrijwillig eigen risico

De artikelen A.12.2. tot en met A.12.8. over het verplicht eigen risico gelden ook voor het vrijwillig eigen risico van uw zorgverzekering. Daarnaast gelden voor het vrijwillig eigen risico de hierna genoemde verzekeringsvoorwaarden.

A.13.2. Lagere premie

Naast het verplichte eigen risico, kunt u als u 18 jaar of ouder bent bij uw zorgverzekering kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Hoe hoger dit vrijwillig eigen risico, hoe lager de premie die u (verzekeringnemer) voor uw zorgverzekering betaalt. U kunt kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,-, of € 500,- per jaar.

Bij een Zorgverzekering Natura Direct en een Zorgverzekering Natura Select kunt u alleen kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 500,- per jaar.

Op aanvullende verzekeringen is geen eigen risico van toepassing.

A.13.3. Als u 18 jaar wordt

Wij vragen u uiterlijk in de maand vóór de 18^e

verjaardag voor welke hoogte van het vrijwillige eigen risico u wilt kiezen vanaf de 18^e verjaardag. Reageert u niet of niet op tijd op deze vraag, dan berekenen wij de premie voor uw zorgverzekering zonder vrijwillig eigen risico.

A.14. Algemene verplichtingen

A.14.1. Als u verplichtingen niet nakomt

U hebt bepaalde algemene verplichtingen tegenover ons. Deze verplichtingen zijn genoemd in dit artikel. Als u onze belangen schaadt, doordat u deze verplichtingen niet nakomt, hebt u geen recht op dekking van zorg. Ook kunnen wij de vergoedingen die u eerder van ons voor zorg ontving, terugvorderen en hebt u geen recht meer op de zorg of de vergoeding die u nog moet ontvangen voor rekeningen die zijn ingediend.

A.14.2. Algemene verplichtingen

U bent verplicht:

- te kunnen bewijzen dat u bent wie u zegt te zijn als u zorg inroept bij een instelling voor medisch specialistische zorg of bij een polikliniek.
- de behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur als die daarom vraagt;
- ons, onze medisch adviseur, adviserend tandarts, controleur of de zorgverlener met wie wij een overeenkomst hebben gesloten, te helpen bij het verkrijgen van alle noodzakelijke informatie;
- ons binnen dertig dagen te melden dat u in hechtenis bent genomen of in de gevangenis zit of u daartoe veroordeeld bent;
- ons binnen dertig dagen te melden dat uw hechtenis of gevangenschap is beëindigd;
- ons bij overlijden van de verzekeringnemer of wanneer de verzekeringnemer niet meer bevoegd is zelfstandig over zijn vermogen te beschikken, binnen dertig dagen te laten weten wie de nieuwe verzekeringnemer(s) wordt/worden.

A.14.3. Ander aansprakelijk stellen

Cessie: vorderingen aan ons overdragen

Soms kunnen wij derden aansprakelijk stellen voor kosten of zorg die wij hebben vergoed uit uw verzekering(en). Vanaf het moment dat uw verzekering ingaat, draagt u de eventuele vorderingen die u op derden krijgt, aan ons over. Het gaat daarbij om vorderingen die onder de dekking van de verzekering(en) in aanmerking kunnen komen.