



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea  
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Eigen risico, toepasselijk kalenderjaar, DBC-systematiek, incassokosten

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10, 11 en 19 Zvw, 2. en 2.4 Bzv, 2.17,  
2.18 en 2.19 Rzv, Regeling medisch specialistische zorg, Besluit vergoeding voor  
buitengerechtigde incassokosten

Zaaknummer : 201900045

Zittingsdatum : 19 juni 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

---

1. Partijen

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

tegen

) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist, en  
2) Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht,  
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 7 januari 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van twee herhaalpolikliniekbezoeken en een behandeling van een aandoening in het inwendige van het oog door middel van een zogenoemde YAG-laser op 27 maart 2018 en 3 april 2018 niet mag verrekenen met zijn verplicht eigen risico van 2017 (hierna: het verzoek).
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 15 mei 2019 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 mei 2019 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 juni 2019 gehoord.
- 2.4. Verzoeker heeft zijn verzoek bij e-mailberichten van 17, 18 en 20 juni 2019 en bij brief van 19 juni 2019 nader toegelicht. Afschriften hiervan zijn ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2017 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Zorg Plan Restitutie (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Ryaal en T Extra (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoeker heeft in december 2017 en in maart en april 2018 zorg afgenomen van het Oogheelkundig Medisch Centrum B. De zorgaanbieder heeft de kosten van deze zorg ten bedrage van € 225,31 bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar heeft deze kosten vergoed. Vervolgens heeft hij € 212,06 verrekend met het nog openstaand verplicht eigen risico 2017 van verzoeker.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij declaratieoverzicht van 26 april 2018 € 212,06 van verzoeker gevorderd ter zake van zijn verplicht eigen risico 2017.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brieven van 31 mei 2018 en 12 juni 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

4. Bevoegdheid van de commissie

4.1. Gelet op artikel 18 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en het gestelde op pagina 43 van de 'Algemene voorwaarden' van de aanvullende ziektekostenverzekering, is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

5. Geschil

5.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar terecht € 212,06 in rekening heeft gebracht ter zake van het verplicht eigen risico 2017 van verzoeker voor de herhaal-polikliniekbezoeken en een behandeling van aandoeningen in het inwendige van het oog door middel van een zogenoemde YAG-laser op 27 maart 2018 en 3 april 2018. Tevens is in geschil of de ziektekostenverzekeraar incassokosten bij verzoeker in rekening mag brengen.

6. Beoordeling

6.1. Artikel 6 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering regelt het verplicht eigen risico. Artikel 30 van de 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg en verblijf bestaat.

Het te verzekeren risico en de te verzekeren prestaties zijn omschreven in de artikelen 10 en 11 van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Medisch specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering (Bzv). In artikel 19 Zvw is bepaald dat iedere verzekerde van achttien jaar of ouder een verplicht eigen risico heeft van € 385,- per kalenderjaar. In artikel 23 Zvw is opgenomen dat de kosten van zorg of een andere dienst worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is genoten, met dien verstande dat de kosten van zorg of een andere dienst die in twee achtereenvolgende kalenderjaren is genoten en door de zorgaanbieder of andere dienstverlener in één bedrag in rekening zijn gebracht, worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is aangevangen. In de artikelen 2.17 en 2.18 Bzv is vastgelegd welke vormen van zorg buiten het verplicht eigen risico vallen. In artikel 2.19 Bzv is bepaald dat het percentage van de kosten van zorg of overige diensten dat ten laste van het verplicht eigen risico komt honderd is.

De Regeling medisch-specialistische zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bepaalt welke regels zorgaanbieders, vallende onder de reikwijdte van deze regeling, in acht moeten nemen bij het leveren en registreren van prestaties op het terrein van medisch specialistische zorg.

De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en wet- en regelgeving staan in de bijlage bij dit bindend advies. Deze bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

6.2. Verzoeker heeft stellingen betrokken die zien op de juistheid van de nota die de zorgaanbieder bij de ziektekostenverzekeraar heeft ingediend. De commissie stelt voorop dat zij niet bevoegd is te oordelen over de juistheid van de door de zorgaanbieder ingediende declaratie. Aangezien de zorgaanbieder rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar heeft gedeclareerd, heeft verzoeker niet vooraf inzage gehad in de nota en heeft hij niet de mogelijkheid gehad betaling hiervan te weigeren. De financiële consequenties komen - in de vorm van het eigen risico - echter wel voor rekening van verzoeker. De vraag die ter beantwoording voorligt, is derhalve of de ziektekostenverzekeraar bij de zorgaanbieder had moeten aandringen op correctie. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

6.3. In Nederland worden medisch-specialistische behandeltrajecten vanaf de diagnose tot het eind van de behandeling voorzien van een code, de zogenoemde Diagnose Behandel Combinatie (DBC). Deze regeling is op januari 2005 ingevoerd door de overheid. Een DBC omvat het gehele behandeltraject inclusief verpleging en verzorging, verband- en hulpmiddelen en de tijdens de behandeling plaatsgevonden paramedische zorg en geneesmiddelen. Een DBC is niet gebonden aan kalenderjaren.

- 6.4. Uit de overgelegde nota van de zorgaanbieder blijkt dat verzoeker op 6 september 2017 een 'eerste polikliniekbezoek' in het kader van nastaar (0557) heeft gehad bij de zorgaanbieder. De zorgaanbieder heeft per die datum een DBC geopend. Dit is conform het bepaalde in artikel 4, eerste lid, van de Regeling medisch-specialistische zorg (2017) van de NZa. Hierin is namelijk bepaald dat een DBC start op het moment dat de eerste zorgactiviteit plaatsvindt in het kader van een nieuwe zorgvraag van een patiënt. Door verzoeker is aangevoerd dat het 'eerste polikliniekbezoek' plaatsvond op 5 september 2017 en niet op 6 september 2017. Dit is door hem echter niet onderbouwd. De commissie passeert daarom de stelling van verzoeker. De door de zorgaanbieder geopende DBC liep tot en met 4 december 2017. Dit is conform het bepaalde in de artikelen 16, tweede lid, en 18, derde lid, onder a, van de Regeling medisch-specialistische zorg (2017).
- 6.5. De zorgaanbieder heeft op 27 maart 2018 en op 3 april 2018 nieuwe zorgactiviteiten ten behoeve van verzoeker in het kader van nastaar (0557) geregistreerd. Deze zorg heeft hij conform het bepaalde in artikel 16, tweede lid, van de Regeling medisch-specialistische zorg (2017 en 2018) van de NZa gedeclareerd met een zogenoemde vervolg-DBC. Deze vervolg-DBC liep van 5 december 2017 tot en met 3 april 2018. Verzoeker heeft gesteld dat de geregistreerde zorgactiviteiten plaatsvonden in het kader van een nieuwe gezichtsstoornis. De zorgaanbieder had deze zorg zijns inziens daarom moeten declareren met een nieuwe DBC in plaats van een vervolg-DBC. De kosten zouden in dat geval ten laste van het verplicht eigen risico 2018 komen.
- 6.6. Dat de betreffende zorgactiviteiten niet samenhangen met nastaar is door verzoeker weliswaar gesteld, maar verder niet onderbouwd. Dit volgt ook niet (zonder meer) uit de geregistreerde zorgactiviteiten, te weten: het 'behandelen van aandoeningen in het inwendige van het oog door een zogenaamde YAG-laser' en tweemaal 'het afleggen van een herhaal-polikliniekbezoek'. De ziektekostenverzekeraar hoefde daarom niet te twijfelen aan de juistheid van de geopende vervolg-DBC en hoefde de zorgaanbieder daarom niet te verzoeken over te gaan tot correctie van de nota.
- 6.7. Op grond van artikel 6.9 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering is de startdatum van de behandeling bepalend voor het antwoord op de vraag aan het eigen risico van welk kalenderjaar de kosten moeten worden toegerekend. Dit is conform het bepaalde in artikel 23 Zvw. De vervolg-DBC waarmee de begin 2018 aan verzoeker verleende zorg is gedeclareerd, is gestart op 5 december 2017. De commissie stelt vast dat de onderhavige medisch-specialistische zorg niet is uitgesloten van het verplicht eigen risico 2017. In 2017 gold een verplicht eigen risico van € 385,--. Op 5 december 2017 stond van dit verplicht eigen risico nog (€ 385,-- - €172,94 =) € 212,06 open. De ziektekostenverzekeraar heeft daarom terecht € 212,06 toegerekend aan het eigen risico van het kalenderjaar 2017.

#### **Incassokosten**

- 6.8. Uit de stukken blijkt dat de ziektekostenverzekeraar - naar de stand van 15 mei 2019 - incassokosten ten bedrage van € 52,45 en wettelijke rente ten bedrage van € 3,86 van verzoeker vordert. Naar de commissie begrijpt, betwist verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar deze incassokosten bij hem in rekening mocht brengen. Met betrekking hiertoe geldt dat indien de premie dan wel een ander door de verzekeringnemer verschuldigd bedrag niet (tijdig) wordt betaald, dit direct en volledig opeisbaar is. Een en ander volgt uit artikel 6.10 van de zorgverzekering. De zorgverzekeraar 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. Voor zover verzoeker de hoogte van de incassokosten bestrijdt geldt dat in het Besluit vergoeding voor buitengerechtelijke incassokosten is bepaald welke incassokosten kunnen worden beschouwd als *redelijke* kosten ter verkrijging van voldoening buiten rechte. In artikel 2, eerste lid, van dit besluit is onder meer bepaald dat de vergoeding voor redelijke kosten ter verkrijging van voldoening buiten rechte 15% van het bedrag van de hoofdsom van de vordering over de eerste € 2.500,-- van de

vordering bedraagt. In artikel 2, tweede lid, van het Besluit vergoeding voor buitengerechtelijke incassokosten is bepaald dat de vergoeding van redelijke kosten ter verkrijging van voldoening buiten rechte ten minste € 40,-- bedraagt.

6.10. Verzoeker is het door de ziektekostenverzekeraar gevorderde bedrag van € 212,06 aan eigen risico voor het jaar 2017 verschuldigd. Vast staat dat verzoeker dit bedrag niet voor de eerste vervalltermijn heeft voldaan, zodat hij vanaf dat moment in verzuim was. Dat verzoeker het niet eens is met de vordering en dit ook kenbaar heeft gemaakt aan de ziektekostenverzekeraar, doet aan het voorgaande niets af. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker vervolgens bij brief van 29 mei 2018 aangemaand het bedrag binnen veertien dagen te betalen, onder de vermelding dat bij het uitblijven van betaling bijkomende kosten in rekening worden gebracht. Hij mocht nadien - conform de in 6.8 beschreven regeling - door hem gemaakte incassokosten vorderen. Deze incassokosten bedragen, gelet op het bepaalde in het Besluit vergoeding voor buitengerechtelijke incassokosten, 15% van de hoofdsom (€ 212,06), hetgeen neerkomt op € 31,81. Genoemd besluit bepaalt evenwel dat de betreffende kosten ten minste € 40,-- zijn. De kosten die de ziektekostenverzekeraar bovenop dit bedrag bij verzoeker in rekening heeft gebracht (€ 52,45 - € 40,-- = 12,45) zijn niet aan te merken als redelijke incassokosten en zijn daarom ten onrechte door hem bij verzoeker in rekening gebracht. De ziektekostenverzekeraar is, gelet hierop, gehouden het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker vergoeden.

## 7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat:

1. de ziektekostenverzekeraar terecht € 212,06 aan verplicht eigen risico 2017 bij verzoeker in rekening heeft gebracht;
2. de ziektekostenverzekeraar € 40,-- aan incassokosten bij verzoeker in rekening mag brengen;
3. de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker moet vergoeden.

Zeist, 3 juli 2019,

J.A.M. Strens-Meulemeester

---

## Zorgverzekeringswet

---

### Artikel 23

1. Kosten van zorg of een andere dienst worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is genoten, met dien verstande dat de kosten van zorg of een andere dienst die in twee achtereenvolgende kalenderjaren is genoten en door de zorgaanbieder of andere dienstverlener in één bedrag in rekening zijn gebracht, worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is aangevangen.

(...)

---

## Besluit vergoeding voor buitengerechtelijke incassokosten

---

### Artikel 2

1. De vergoeding voor kosten als bedoeld in artikel 96 lid 2, onder c van Boek 6 van het Burgerlijk Wetboek, bedraagt:

15% van het bedrag van de hoofdsom van de vordering over de eerste € 2500 van de vordering;  
10% van het bedrag van de hoofdsom van de vordering over de volgende € 2500 van de vordering;  
5% van het bedrag van de hoofdsom van de vordering over de volgende € 5000 van de vordering;  
1% van het bedrag van de hoofdsom van de vordering over de volgende € 190.000 van de vordering;  
0,5% over het meerdere van de hoofdsom met een maximum van € 6775.

2. De in het eerste lid bedoelde vergoeding bedraagt ten minste € 40.

(...)

## Artikel 1. Reikwijdte

Deze regeling is van toepassing op instellingen voor medisch-specialistische zorg (met uitzondering van sanatoria), audiologische centra, trombosediensten, instellingen voor erfelijkheidsadviesing en instellingen die geriatrische revalidatiezorg leveren.

Deze regeling is voorts van toepassing op solisten als bedoeld in artikel 16 van de beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg' en op zorgaanbieders die mondzorg leveren zoals kaakchirurgen die bieden.

Deze regeling is niet van toepassing op abortuszorg geleverd door abortusklinieken en aanbieders van gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (ggz) en generalistische basis-ggz, als bedoeld in de beleidsregels 'Prestaties en tarieven gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg' en 'Generalistische basis-ggz', met uitzondering van de relevante ggz-prestaties die zijn opgenomen in de tarieventabel (te raadplegen via <http://werkenmetdbcs.nza.nl>).

## Artikel 4. Algemene registratiebepalingen

1. De registratie van een zorgtraject start op de datum dat de eerste zorgactiviteit plaatsvindt in het kader van een nieuwe zorgvraag van een patiënt.

2. De beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert, is verantwoordelijk voor de juiste registratie van het zorgtype, de zorgvraag en de diagnose. Daarbij beperkt hij/zij zich tot de typeringslijst die geldt voor dat specialisme of, indien de typeringslijst niet beschikbaar of volledig is, voor dat type van zorg.

3. De beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert is verantwoordelijk voor een juiste typering van een zorgtraject/subtraject bij de geleverde zorg. Voor de meeste beroepsbeoefenaren die de poortfunctie kunnen uitvoeren, zijn door de NZa typeringslijsten vastgesteld. Indien deze typeringslijst niet volledig is, of indien er geen typeringslijst beschikbaar is voor een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert, kan gebruik gemaakt worden van de typeringslijst van een ander specialisme voor dat type van zorg.

4. Een dbc-zorgproduct omvat het geheel van activiteiten en verrichtingen van een zorgverlener. Dit betekent dat U-bocht constructies niet zijn toegestaan, tenzij in deze nadere regel is bepaald dat naast het dbc-zorgproduct wél een ander tarief, zoals een add-on, mag worden gedeclareerd. Voor prestaties geldt met ingang van 1 januari 2015 een integraal tarief.



## **Artikel 16. Openen subtraject met ZT11 of ZT21**

1. Een subtraject met een ZT11 wordt geopend bij het openen van een zorgtraject als omschreven in hoofdstuk I van deze regeling.

2. Een subtraject met een ZT21 wordt aansluitend geopend als in het kader van de zorgvraag van een reguliere behandeling of controletraject binnen 120 dagen na het afsluiten van een voorgaand subtraject met ZT11 of ZT21 een zorgactiviteit wordt geregistreerd.

3. Op het moment dat na één of twee periodes van 120 dagen waarin geen zorgactiviteiten zijn geregistreerd een zorgactiviteit wordt geregistreerd in het kader van de zorgvraag van het betreffende zorgtraject, wordt een ZT21 geopend op de 121<sup>e</sup> respectievelijk 241<sup>e</sup> dag na afsluiten van een subtraject met ZT11 of ZT21.

## **Artikel 18. Sluiten niet-klinisch subtraject met ZT11 of ZT21**

1. Een niet-klinisch subtraject (dagverpleging of polikliniek) met operatieve ingrepen, met ZT11 of ZT21 wordt gesloten op de 42e dag na de datum waarop de operatieve ingreep heeft plaatsgevonden.

2. Wanneer binnen deze 42 dagen de patiënt opnieuw een operatieve ingreep ondergaat dan wordt het subtraject afgesloten op de 42e dag na de datum van de laatste ingreep.

3. Een niet-klinisch subtraject (dagverpleging of polikliniek) met een conservatieve (= niet-operatieve) behandeling wordt als volgt afgesloten:

- a. met ZT11: op de 90e dag na de opening van het subtraject;
- b. met ZT21: op de 120e dag na de opening van het subtraject.

4. Indien het subtraject na 120 dagen nog open staat, wordt het op de 120e dag gesloten. Eventueel kan op de volgende dag een volgend subtraject worden geopend.

**Let op!** Start u na deze spoedeisende zorg een nieuwe planbare behandeling? Controleer dan eerst met welk ziekenhuis Avéro Achmea afspraken heeft gemaakt. U doet dit eenvoudig via de Zorgzoeker op [www.averoachmea.nl/zoekuwzorgverlener](http://www.averoachmea.nl/zoekuwzorgverlener) of neem contact met ons op. Zo voorkomt u dat u de rekening eerst zelf of een deel van de rekening moet betalen.

#### 4.4 Soms moet u iets terugbetalen

Het komt soms voor dat wij aan de zorgverlener of zorginstelling meer betalen dan waarop u volgens de verzekeringsovereenkomst recht heeft. Dit gebeurt bijvoorbeeld als u zelf een deel van het bedrag moet betalen vanwege een eigen bijdrage of eigen risico. U (verzekeringnemer) moet dan geld aan ons terugbetalen. Dit innen wij via een automatische incasso. Door deze verzekering met ons aan te gaan, wordt u (verzekeringnemer) namelijk geacht ons een machtiging te hebben verleend.

#### 4.5 Als u zorgbemiddeling nodig heeft

U heeft recht op zorgbemiddeling. Dit betekent dat u bijvoorbeeld informatie krijgt over behandelingen, over wachttijden en over kwaliteitsverschillen tussen zorgverleners of zorginstellingen. Op basis van die informatie:

- kunt u zelf uw keuze maken, óf
- bemiddelen wij voor u met de zorgverlener of zorginstelling over de wachttijden. En regelen wij voor u een afspraak. Dit noemen wij wachttijdbemiddeling.

Ook als u een nieuwe zorgverlener of zorginstelling zoekt, bijvoorbeeld omdat u verhuisd bent, heeft u recht op zorgbemiddeling. Wij helpen u dan om deze zorgverlener of zorginstelling te vinden. Wilt u zorgbemiddeling en/of wachttijdbemiddeling? Neem dan contact met ons op.

## 5 Wat zijn uw verplichtingen?

**5.1** Hieronder leest u aan welke verplichtingen u moet voldoen. Schaadt u onze belangen door deze verplichtingen niet na te komen? Dan heeft u geen recht op zorg.

#### 5.2 Algemene verplichtingen

U heeft recht op zorg als u aan de volgende verplichtingen voldoet:

- Gaat u voor zorg naar een ziekenhuis of polikliniek? Dan moet u zich legitimeren met één van de volgende geldige documenten:
  - rijbewijs;
  - paspoort;
  - Nederlandse identiteitskaart;
  - vreemdelingendocument.
- Wil onze medisch adviseur weten waarom u bent opgenomen? Dan moet u aan uw behandelend arts of medisch specialist vragen om dit door te geven aan onze medisch adviseur.
- U moet alle informatie geven die wij nodig hebben en medewerking verlenen aan het verkrijgen van deze informatie. Dit is voor onze medisch adviseurs of voor mensen die met controle of onderzoek belast zijn. Uiteraard houden wij hierbij rekening met de privacy-regelgeving.
- U moet meewerken, als wij kosten willen verhalen op een aansprakelijke derde.
- U bent verplicht om (mogelijke) onregelmatigheden of fraude door zorgverleners (bijvoorbeeld in declaraties) bij ons te melden.
- U bent verplicht een verwijzing of verklaring te overleggen in de gevallen waarin deze noodzakelijk is. De verwijzing of verklaring is alleen geldig indien u zich binnen een jaar na afgifte heeft gemeld bij de zorgverlener naar wie u bent doorverwezen. Zolang u met dezelfde zorgvraag bij dezelfde zorgverlener onder behandeling blijft, hoeft u geen nieuwe verwijzing of verklaring te overleggen.
- U bent verplicht ons vooraf om toestemming te vragen in de gevallen waarin dit noodzakelijk is. Na een positieve medische beoordeling geven wij onze toestemming in de vorm van een machtiging. Heeft u een geldige machtiging en stapt u over naar een andere zorgverzekeraar? Dan neemt uw nieuwe zorgverzekeraar de machtiging over en vergoedt de behandeling volgens de daar geldende verzekeringsvoorwaarden.

#### 5.3 Verplichtingen als u gedetineerd bent

- Bent u gedetineerd? Meld ons binnen 30 dagen nadat u bent opgepakt, wanneer deze detentie is ingegaan (ingangdatum) en hoe lang deze duurt.
- Bent u in vrijheid gesteld? Meld ons dan binnen 2 maanden daarna, op welke datum u bent vrijgelaten.

#### 5.4 Verplichtingen als u zelf nota's declareert

Ontvangt u zelf nota's van een zorgverlener, zorginstelling of leverancier? Stuur ons dan de originele en duidelijk gespecificeerde nota's (bewaart u een kopie voor uw eigen administratie). U kunt de originele nota's ook scannen en digitaal bij ons aanleveren. Wij accepteren geen kopienota's, herinneringen, pro-formanota's, begrotingen, kostenramingen en dergelijke. Wij vergoeden alleen wanneer wij een originele en duidelijk gespecificeerde nota voorzien van de behandelcode hebben ontvangen. De behandelcodes worden opgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Declareert u (verzekeringnemer) de nota's digitaal? Dan bent u (verzekeringnemer) verplicht de originele nota's te bewaren tot 1 jaar nadat wij deze hebben ontvangen. Het kan zijn dat wij deze originele nota's bij u opvragen.

De zorgverlener die u behandelt, moet de nota's op zijn naam hebben uitgeschreven. Is de zorgverlener een rechtspersoon (zoals een stichting, maatschap of bv)? Dan moet op de nota specifiek staan wie (bijvoorbeeld welke arts of specialist) u heeft behandeld. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. U kunt uw vordering op ons niet aan derden overdragen.

#### 5.5 Verplichting: binnen een bepaalde tijd declareren

Zorg ervoor dat u uw nota's zo snel mogelijk bij ons declareert. Doe dit in ieder geval binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin u bent behandeld.

**Let op!** Om te bepalen of u recht heeft op de zorg, is de behandeldatum bepalend en/of de leveringsdatum zoals die op de nota staat. Het is dus niet de datum waarop de nota is uitgeschreven die bepalend is.

Wordt een behandeling gedeclareerd in de vorm van een diagnose-behandelcombinatie (DBC)? Dan is het startmoment van de behandeling bepalend voor het recht op zorg. Op het startmoment moet u bij ons verzekerd zijn. Wilt u weten wat voor uw situatie geldt? Neem dan contact met ons op.

Declareert u nota's later dan 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin u bent behandeld? Dan kunt u een lagere vergoeding krijgen dan waar u volgens de voorwaarden recht op had. Wij nemen nota's niet in behandeling, als u deze later declareert dan 3 jaar na de behandeldatum en/of de datum van levering van de zorg. Dit volgt uit artikel 942, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

#### 5.6 Verplichting: geef wijzigingen in uw situatie binnen 1 maand aan ons door

Verandert er iets in uw persoonlijke situatie? Of in die van één van de andere verzekerden? Dan moet u (verzekeringnemer) dat binnen 1 maand aan ons doorgeven. Het gaat hierbij om alle gebeurtenissen die van betekenis kunnen zijn voor een juiste uitvoering van de basisverzekering. Denk aan eindigende verzekeringsplicht, verhuizing, wijziging van uw rekeningnummer (IBAN), echtscheiding, overlijden of langdurig verblijf in het buitenland. Als wij aan u (verzekeringnemer) een bericht sturen aan uw laatst bekende adres, dan mogen wij ervan uit gaan dat dit bericht u (verzekeringnemer) heeft bereikt.

## 6 Wat is uw verplicht eigen risico?

**6.1** Als u 18 jaar of ouder bent en premie verschuldigd bent, heeft u een verplicht eigen risico voor de basisverzekering. De overheid bepaalt hoe hoog dit bedrag is. In 2017 is het verplicht eigen risico € 385,- per verzekerde per kalenderjaar.



## 6.2 Eerste € 385,- van uw zorgkosten betaalt u zelf

Wij brengen het verplicht eigen risico in mindering op uw recht op zorg. Het gaat hierbij om de kosten die u in de loop van het kalenderjaar vanuit de basisverzekering maakt. Voorbeeld: u wordt behandeld in een ziekenhuis, maar ontvangt geen nota. Dan vergoeden wij deze kosten rechtstreeks aan het ziekenhuis. U (verzekeringnemer) ontvangt vervolgens een nota van ons van € 385,-.

**Let op!** Fysiotherapeutische behandelingen voor een aandoening die staat op een door de minister van VWS vastgestelde lijst "Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering" (artikel 3 van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen') worden altijd verrekend met het eigen risico. Als de behandeling doorloopt in het volgende jaar, dan begint het eigen risico weer opnieuw te tellen.

## 6.3 Voor sommige zorgkosten geldt geen verplicht eigen risico

Wij houden geen verplicht eigen risico in op:

- de kosten van zorg of overige diensten die in 2017 zijn gemaakt, maar waarvan wij de nota's pas na 31 december 2018 ontvangen;
- de kosten van zorg die huisartsen plegen te bieden. Uitzondering hierop zijn de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek, als dit onderzoek ergens anders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht. De persoon of instelling die dat onderzoek doet, moet gerechtigd zijn hiervoor het tarief te rekenen dat de Nederlandse Zorgautoriteit heeft vastgesteld;
- de directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg;
- de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder inschrijvingskosten verstaan wij:
  - het bedrag dat een huisarts of instelling die huisartsenzorg verleent, rekent om u als patiënt in te schrijven. Dit is ten hoogste het tarief dat als beschikbaarheidstarief is vastgesteld in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg);
  - vergoedingen die samenhangen met hoe de geneeskundige zorg bij de huisarts, in de huisartsenpraktijk of in de instelling wordt verleend. Of die samenhangen met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling. Dit voor zover wij deze vergoedingen zijn overeengekomen met uw huisarts of instelling en voor zover een huisarts of instelling deze vergoedingen bij ons in rekening mag brengen, als u zich inschrijft;
- de kosten van nacontroles van de donor nadat de periode van zorg aan die donor is verstreken. Deze zorgperiode is maximaal 13 weken of, als het om een levertransplantatie gaat, een half jaar;
- de kosten van het vervoer van de donor als de donor deze vergoed krijgt via de eigen basisverzekering;
- de kosten van ketenzorg die gedeclareerd worden volgens de beleidsregel Prestatiebepaling multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen. Deze beleidsregel is vastgesteld op basis van de Wmg;
- de kosten van verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden volgens artikel 28 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal) van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'.

## 6.4 Verplicht eigen risico is vrijgesteld

De directe kosten van de medicatiebeoordeling chronisch gebruik van receptgeneesmiddelen uitgevoerd door een hiervoor door ons gecontracteerde apotheek is vrijgesteld van het verplicht eigen risico.

## 6.5 Zorgkosten die wij niet vergoeden tellen niet mee voor het verplicht eigen risico

In sommige gevallen betaalt u zelf een deel van de zorg vanuit de basisverzekering. Bijvoorbeeld bij kraamzorg en bepaalde medicijnen. Deze bedragen staan los van het verplicht eigen risico en tellen dus niet mee voor het volmaken van de € 385,- aan verplicht eigen risico die wij inhouden.

## 6.6 Verplicht eigen risico gaat in als u 18 jaar wordt

Wordt u 18 jaar in de loop van het kalenderjaar? Dan gaat uw verplicht eigen risico in op de eerste dag van de maand die volgt op de kalendermaand waarin u 18 jaar wordt. Hoe hoog uw verplicht eigen risico dan is, hangt af van over hoeveel dagen wij verplicht eigen risico mogen inhouden.

## 6.7 Verplicht eigen risico als uw basisverzekering later ingaat

Gaat uw basisverzekering in na 1 januari? Dan berekenen wij uw verplicht eigen risico op basis van hoeveel dagen u in dat kalenderjaar verzekerd bent.

## 6.8 Verplicht eigen risico als uw basisverzekering eerder eindigt

Eindigt uw basisverzekering in de loop van het kalenderjaar? Dan berekenen wij uw verplicht eigen risico op basis van het aantal dagen van het kalenderjaar dat u wel verzekerd was.

## 6.9 Verplicht eigen risico bij een diagnose-behandelcombinatie

Wordt een behandeling gedeclareerd in de vorm van een diagnose-behandelcombinatie (DBC)? Dan is het startmoment van de behandeling ook bepalend voor het verplicht eigen risico dat wij moeten toepassen. Meer over de vergoedingen bij DBC's leest u in artikel 5.5 van deze algemene voorwaarden.

## 6.10 Verplicht eigen risico in mindering brengen

Ontvangt u zorg van een gecontracteerde zorgverlener, zorginstelling of een zorgverlener met wie wij een betaalovereenkomst hebben? Dan vergoeden wij de kosten van die zorg direct aan de zorgverlener of zorginstelling. Heeft u nog een bedrag aan verplicht eigen risico openstaan? Dan zal dit bedrag worden verrekend of bij u worden teruggevorderd. Dit kan ook verrekend worden met declaraties ten laste van uw Zvw-pgb. Wij innen het bedrag via een automatische incasso. Door deze verzekering met ons aan te gaan, wordt u (verzekeringnemer) namelijk geacht ons een machtiging te hebben verleend. Als u (verzekeringnemer) het verplicht eigen risico niet op tijd betaalt, kunnen wij administratiekosten, invorderingskosten en wettelijke rente in rekening brengen.

## 7 Wat is een vrijwillig gekozen eigen risico?

**7.1** Per kalenderjaar kan een verzekerde van 18 jaar of ouder kiezen voor een vrijwillig eigen risico. U kunt in uw basisverzekering kiezen voor geen vrijwillig eigen risico of voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar. Kiest u voor een vrijwillig eigen risico? Dan krijgt u een korting op uw premie. Hoeveel korting u krijgt, ziet u in het overzicht van premiekortingen op onze website. Dit overzicht maakt deel uit van deze polis.

### 7.2 Gevolg vrijwillig gekozen eigen risico

Wij brengen het vrijwillig gekozen eigen risico in mindering op uw vergoeding. Dit doen wij nadat wij het volledige verplicht eigen risico hierop in mindering hebben gebracht. Het gaat om de kosten die u in de loop van het kalenderjaar vanuit de basisverzekering maakt. Voorbeeld: u (verzekeringnemer) kiest naast het verplicht eigen risico voor een vrijwillig eigen risico van € 500,-. Hierdoor is uw totale eigenrisicobedrag (€ 385,- + € 500,- =) € 885,-. Ontvangt uw zorgverlener € 950,- van ons voor zorg die u heeft ontvangen? Dan brengen wij hierop het totale eigenrisicobedrag in mindering. Deze € 885,- wordt automatisch van de rekening van de verzekeringnemer afgeschreven (zie ook artikel 6.10 van deze algemene voorwaarden).

### 7.3 Voor sommige zorgkosten geldt geen vrijwillig gekozen eigen risico

Wij houden geen vrijwillig gekozen eigen risico in op:

- de kosten van zorg die huisartsen plegen te bieden. Uitzondering hierop zijn de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek, als dit onderzoek ergens anders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht. De persoon of instelling die dat onderzoek doet, moet gerechtigd zijn hiervoor het tarief te rekenen dat de Nederlandse Zorgautoriteit heeft vastgesteld;
- de directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg;
- de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder inschrijvingskosten verstaan we:
  - het bedrag dat een huisarts of instelling die huisartsenzorg verleent, rekent om u als patiënt in te schrijven. Dit is ten hoogste het tarief dat als beschikbaarheidstarief is vastgesteld in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg);
  - vergoedingen die samenhangen met hoe de geneeskundige zorg bij de huisarts, in de huisartsenpraktijk of in de instelling wordt verleend. Of die samenhangen met de kenmerken van het



- 2 Bij palliatief terminale zorg is er een verklaring nodig van de behandelend arts. Uit de verklaring moet blijken dat de ingeschatte levensverwachting minder is dan 3 maanden. De aard, inhoud en omvang van de zorg wordt uitgewerkt in het zorgplan.
- 3 Voor medisch specialistische verpleging thuis (MSVT) moet vooraf een indicatie worden gesteld door een medisch specialist. De medisch specialistische verpleging thuis moet worden verleend door een BIG-geregistreerde verpleegkundige die bevoegd en bekwaam is voor de zorg die nodig is voor de aandoening. De aard, omvang en inhoud van de zorg wordt uitgewerkt in het zorgplan.
- 4 Bij intensieve kindzorg moet de indicatie gesteld worden met behulp van het Medisch Kindzorgsysteem (MKS) door een HBO-kinderverpleegkundige, die werkzaam is bij een zorgverlener die is aangesloten bij de Vereniging Gespecialiseerde Verpleegkundige Kindzorg (VGVK) en/of bij de Brancheorganisatie Medische Kindzorg Thuis (BMKT). De aard, omvang en inhoud van de zorg wordt door de IKZ-verpleegkundige uitgewerkt in het zorgplan.

#### Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft:

- a u heeft volgens dit artikel geen recht op kraamzorg. Dat wordt vergoed via artikel 33 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen';
- b u heeft geen recht op persoonlijke verzorging vanuit deze basisverzekering, als u recht heeft op persoonlijke verzorging ten laste van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

#### Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

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

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

#### 29 Eerstelijns verblijf

U heeft recht op eerstelijns verblijf. Het verblijf is medisch noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg en kan gepaard gaan met verpleging, verzorging en/of paramedische zorg. Uw huisarts schat daarbij in dat er op korte termijn herstel te verwachten is. Het doel van het verblijf is dat u terugkeert naar de thuissituatie.

Heeft uw behandelend arts aangegeven dat uw levensverwachting gemiddeld 3 maanden of korter zal zijn? Dan heeft u recht op palliatief terminale zorg in een instelling voor eerstelijns verblijf.

#### Eerstelijns verblijf bestaat uit:

- verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg;
- 24-uurs beschikbaarheid en zorglevering van verpleging en/of verzorging;
- geneeskundige zorg geleverd door de huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten;
- paramedische zorg (fysiotherapie, oefentherapie Cesar/Mensendieck, logopedie, diëtetiek en ergotherapie) die samenhangt met de indicatie voor dit verblijf.

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

#### Voorwaarde voor het recht op eerstelijns verblijf

U moet zijn doorverwezen door een huisarts.

#### Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op eerstelijns verblijf:

- a wanneer u met een Wlz-indicatie de zorg verzilvert in de eigen omgeving via een volledig-pakket-thuis, modulair-pakket-thuis of een PGB of in een geclusterde woonvorm uw zorg krijgt. Het verblijf zal dan betaald worden vanuit de Wlz;

- b wanneer er sprake is van respijtzorg. Respijtzorg is een tijdelijke en volledige overname van zorg met als doel de mantelzorger een adempauze te geven;
- c wanneer u jonger bent dan 18 jaar. Dit valt onder de Jeugdwet. U kunt hiervoor contact opnemen met uw gemeente.

#### Op hoeveel dagen klinisch verblijf heeft u recht?

Het eerstelijns verblijf telt mee bij het berekenen van de maximale totale verblijfsduur van 1.095 dagen. De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

- a (psychiatrisch) ziekenhuisverblijf;
- b verblijf in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel

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

#### Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

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

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

#### 30 Medisch specialistische zorg en verblijf

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

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

#### De zorg bestaat uit:

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

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

#### Voorwaarden voor het recht op medisch specialistische zorg

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





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

**Het gaat om de volgende artikelen:**

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

**Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft**

U heeft geen recht op:

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

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

**Op hoeveel dagen verblijf heeft u recht**

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

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

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

**Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener**

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

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

## Zwanger (worden)/baby/kind

*Kijk op uw polisblad welke verzekering u heeft. Heeft u het ZorgPlan Natura? Dan heeft u een naturaverzekering en recht op zorg (in "natura"). Heeft u het ZorgPlan Restitutie? Dan heeft u een restitutieverzekering en recht op vergoeding van de kosten van zorg.*

### 31 Bevalling en verloskundige zorg

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

#### 31.1 Met medische noodzaak

Vrouwelijke verzekerden hebben recht op:

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

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

#### Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

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

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

#### 31.2 Zonder medische noodzaak

Vrouwelijke verzekerden hebben recht op:

- a het gebruik van de verloskamer, als er geen medische indicatie bestaat om te bevallen in een ziekenhuis of geboortecentrum. U betaalt hiervoor wel een wettelijke eigen bijdrage van € 34,- per verblijfsdag (€ 17,- voor de moeder en € 17,- voor het kind). Rekent het ziekenhuis een bedrag dat hoger is dan € 242,- per dag (€ 121,- voor de moeder en € 121,- voor het kind)? Dan betaalt u naast die € 34,- ook het bedrag dat boven de € 242,- per dag uitkomt;
- b verloskundige zorg door een verloskundige, of als deze niet beschikbaar is, door een huisarts.

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

#### Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

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

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



## 17 Wat moet u doen als derden aansprakelijk zijn?

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

### 17.2 U heeft een meldingsplicht

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

### 17.3 Zonder toestemming geen regeling treffen met derden

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

## 18 Heeft u een klacht?

**18.1** Bent u het niet eens met een beslissing die wij hebben genomen? Of bent u ontevreden over onze dienstverlening? Dan kunt u uw klacht voorleggen aan onze afdeling Centrale 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 15 werkdagen een inhoudelijke reactie. Als er meer tijd nodig is om uw klacht te behandelen, dan ontvangt u hierover van ons een bericht.

### 18.3 Niet eens met onze reactie? Herbeoordeling mogelijk

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

### 18.4 Naast herbeoordeling ook toetsing SKGZ mogelijk

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

### 18.5 Behandeling door burgerlijk rechter

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

### 18.6 Klachten over formulieren

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

**18.7** Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

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

## 19 Hoe gaan wij om met uw persoonsgegevens?

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

- om overeenkomsten aan te gaan en uit te voeren;
- 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;
- om de veiligheid en integriteit van de financiële sector te waarborgen;
- voor statistische analyse;
- voor wetenschappelijk onderzoek;
- voor relatiebeheer;
- om te voldoen aan wettelijke verplichtingen.

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

### 19.2 Als u geen informatie wilt over onze producten en diensten

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

- schriftelijk bij Avéro Achmea, postbus 101, 7300 AK Apeldoorn;
- via telefoonnummer 071 – 751 00 22;
- via onze website.

### 19.3 Wij raadplegen het Centraal Informatie Systeem voor acceptatie

Om een verantwoord acceptatiebeleid te kunnen voeren, mogen wij als Avéro Achmea 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](http://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.

### 19.5 Wij registreren uw burgerservicenummer

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

## 20 Wat zijn de gevolgen van fraude?

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

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

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



# Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen Avéro Achmea

De algemene voorwaarden die gelden voor de basisverzekering, zijn ook van toepassing op uw aanvullende verzekeringen.

Uitzondering hierop is: 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. 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 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. De aanvullende verzekering is voor kinderen jonger dan 18 jaar gratis. 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.

## 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 verzekeringsovereenkomsten 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 verzekeringsovereenkomsten 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 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;
- b 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.

### 2.4 Kosten die voortvloeien uit terrorisme

Is er sprake van kosten als gevolg van terrorisme? Dan vergoeden wij vanuit de aanvullende verzekeringen maximaal de uitkering zoals omschreven in het clauseblad terrorismedekking van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V.. Dit clauseblad en het bijbehorende Protocol afwikkeling claims maken deel uit van deze polis. U kunt het protocol vinden op [www.terrorismeverzekerd.nl](http://www.terrorismeverzekerd.nl). Het clauseblad kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

### 2.5 Vergoedingsvolgorde bij meerdere verzekeringen

Heeft u meerdere verzekeringen bij ons afgesloten? Dan vergoeden we de nota's die u bij ons indient achtereenvolgens vanuit:

- de basisverzekering;
- de aanvullende tandartsverzekering;
- de aanvullende verzekering

## 3 Is er een verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico?

Uw verplicht eigen risico en uw eventuele vrijwillig gekozen eigen risico zijn alleen van toepassing op de basisverzekering. Voor de aanvullende verzekeringen geldt dus geen eigen risico voor de vergoedingen.

## 4 Wat betaalt u?

### 4.1 Hoogte van uw premie

Hoeveel premie u betaalt, hangt af van uw leeftijd. Stijgt uw premie doordat u een leeftijdsgrens overschrijdt? Dan wijzigt de premie per 1 januari van het volgende jaar waarin u die leeftijd bereikt.

