

# OVEREENKOMST AANVULLENDE VERZEKERING PNO ZIEKTEKOSTEN 2009

## INHOUDSOPGAVE

I. Algemeen gedeelte .....	1
II. Prestatiewijze en dekking .....	9

## I. ALGEMEEN GEDEELTE

### Artikel 1 Begripsomschrijvingen

Verzekerde:	Ieder die als zodanig op het polisblad is vermeld.
Verzekeringnemer:	Degene die de overeenkomst van aanvullende verzekering met de zorgverzekeraar is aangegaan.
Zorgverzekeraar:	PNO Onderlinge Ziektekostenverzekeringmaatschappij U.A., gevestigd te Hilversum, verder te noemen de zorgverzekeraar.

Op deze overeenkomst zijn de begripsomschrijvingen als genoemd in de door de zorgverzekeraar vastgestelde overeenkomst tot basisverzekering (zorgpolis) als bedoeld in artikel 1 van de Zorgverzekeringswet van overeenkomstige toepassing.

### Artikel 2 Grondslag van de verzekering

- lid 1 Als grondslag voor de aanvullende verzekering geldt:
- het ingevulde en ondertekende aanvraagformulier; en
  - eventuele gegevens die door de verzekeringnemer of verzekerde afzonderlijk zijn verstrekt.
- lid 2 De overeenkomst van aanvullende verzekering gesloten tussen verzekeringnemer en de zorgverzekeraar geeft recht op het bij deze overeenkomst bepaalde pakket van verstrekkingen of vergoedingen, zoals is vastgelegd op het polisblad. Het polisblad wordt jaarlijks verstrekt aan de verzekerde en, zo deze een andere persoon is dan de verzekerde, aan de verzekeringnemer.
- lid 3 Deze overeenkomst van verzekering kan worden gesloten met de verzekeringnemer en ten behoeve van verzekerden woonachtig in Nederland en het buitenland.
- lid 4 Deze verzekering is een zogenaamde excedent- of aanvullende verzekering. Dit houdt in dat als voorwaarde voor een vergoeding krachtens deze verzekering geldt dat de verzekerde rechten kan ontlenen aan een in artikel 1 bedoelde overeenkomst tot basisverzekering. Met inachtneming van het bepaalde in de verzekeringsvoorwaarden inzake de omvang van de dekking, beperkingen, uitsluitingen en eventuele overige bepalingen geldt dat de verzekering uitsluitend dekking biedt indien en voor zover deze kosten volgens de voorwaarden van de in artikel 1 bedoelde overeenkomst tot basisverzekering niet zijn gedekt.

### Artikel 3 Begin van de verzekering

- lid 1 De verzekering gaat in op de datum die op het polisblad als ingangsdatum is vermeld. De ingangsdatum is 1 januari van het jaar, volgend op de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek tot het sluiten van deze overeenkomst heeft ontvangen.
- lid 2 Indien de verzekeringnemer gelijktijdig met het verzoek, bedoeld in het eerste lid, een overeenkomst basisverzekering bij de zorgverzekeraar afsluit, geldt als ingangsdatum van deze verzekering de datum waarop de overeenkomst basisverzekering ingaat.
- lid 3 In afwijking van het eerste lid van dit artikel, geldt voor de verzekerde die ten gevolge van het bereiken van de 22-jarige leeftijd een aanvullende tandartsverzekering wil afsluiten, als ingangsdatum van deze verzekering de dag volgend op de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek tot het sluiten van deze overeenkomst heeft ontvangen.

### Artikel 4 Beëindiging door de verzekeringnemer

- lid 1 De verzekeringnemer kan de overeenkomst uiterlijk 31 december van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar opzeggen. Indien de verzekeringnemer de overeenkomst niet opzegt, vindt stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar.

- lid 2 Indien een wijziging in de verzekerde prestaties ten nadele van de verzekeringnemer of de verzekerde plaatsvindt, kan de verzekeringnemer de overeenkomst opzeggen tenzij deze wijziging rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van enige wettelijke bepaling. De verzekeringnemer kan de overeenkomst opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. In ieder geval heeft de verzekeringnemer hiervoor 30 dagen de tijd na de dag waarop de wijziging hem is meegedeeld.
- lid 3 De verzekeringnemer heeft het recht de overeenkomst tussentijds op te zeggen, met ingang van de dag van beëindiging van het oude dienstverband in verband met het aangaan van een nieuw dienstverband, indien de reden van opzegging betreft een overstap van de ene collectieve verzekering in verband met het dienstverband naar de andere collectieve verzekering in verband met het dienstverband. De verzekeringnemer kan de oude overeenkomst van aanvullende verzekering opzeggen tot 30 dagen nadat het nieuwe dienstverband is ingegaan. Zowel de opzegging als de inschrijving hebben geen terugwerkende kracht, en gaan beide in per de eerste van dezelfde kalendermaand.
- lid 4 Nadat de zorgverzekeraar de verzekeringnemer heeft aangemaand tot betaling van één of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie, kan de verzekeringnemer gedurende de tijd dat de verschuldigde premie en incassokosten niet zijn voldaan, de zorgverzekering niet opzeggen, tenzij de zorgverzekeraar de dekking van de zorgverzekering heeft geschorst als bedoeld in artikel 6 lid 5. Het bovenstaande lijdt uitzondering indien de zorgverzekeraar de verzekeringnemer binnen twee weken te kennen geeft de opzegging te bevestigen.

#### Artikel 5A Beëindiging van rechtswege

- lid 1 De overeenkomst eindigt van rechtswege met ingang van de dag volgende op de dag waarop:
- de zorgverzekeraar ten gevolge van wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf, geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden of uitvoeren;
  - de verzekerde niet langer verzekerd is op grond van de Zorgverzekeringswet, tenzij de overeenkomst op verzoek van de verzekeringnemer wordt voortgezet en de zorgverzekeraar hiermee instemt;
  - de verzekerde overlijdt. De zorgverzekeraar dient binnen 30 dagen na de datum van overlijden hiervan in kennis te worden gesteld.
- lid 2 De verzekering eindigt van rechtswege met ingang van de eerste dag van de tweede maand volgende op de dag waarop de verzekerde, zonder dat zijn verzekeringsplicht eindigt, ten gevolge van verhuizing komt te wonen buiten een provincie waarin zijn zorgverzekeraar de ten behoeve van hem gesloten verzekering aanbiedt of uitvoert.
- lid 3 De zorgverzekeraar stelt de verzekeringnemer uiterlijk twee maanden voordat een verzekering op grond van het eerste lid, onderdeel a eindigt, van dit einde op de hoogte, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt.
- lid 4 De verzekeringnemer stelt de zorgverzekeraar onverwijld op de hoogte van alle feiten en omstandigheden over de verzekerde die op grond van het eerste lid, onderdeel b en c, dan wel het tweede lid tot het einde van de overeenkomst hebben geleid of kunnen leiden.
- lid 5 Indien de zorgverzekeraar op grond van het in het vierde lid bedoelde gegeven tot de conclusie komt dat de overeenkomst zal eindigen of is geëindigd, deelt hij dit, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt of geëindigd is, onverwijld aan de verzekeringnemer mede.

#### Artikel 5B Beëindiging door de zorgverzekeraar

- lid 1 De zorgverzekeraar heeft het recht de zorgverzekering te beëindigen, indien door of namens de verzekeringsnemer en/of de verzekerde enige verkeerde voorstelling van zaken is gegeven, en/of vervalste of misleidende stukken zijn overlegd, bedoeld in artikel 10 van deze overeenkomst.
- lid 2 De beëindiging, bedoeld in het eerste lid, kan ingaan per datum dat door of namens de verzekeringsnemer en/of verzekerde enige verkeerde voorstelling van zaken is gegeven en/of vervalste of misleidende stukken zijn overlegd.
- lid 3 De zorgverzekeraar heeft het recht de verzekeringsovereenkomst te beëindigen wegens het niet (of niet-tijdig) betalen van de premie, bedoeld in artikel 6 lid 3 van deze overeenkomst. Nadrukkelijk wordt bepaald, dat de zorgverzekeraar uitsluitend na schorsing als bedoeld in artikel 6 lid 5 van deze overeenkomst de verzekeringsovereenkomst kan beëindigen. Aan beëindiging van de overeenkomst wegens het niet betalen van de verschuldigde premie, wordt geen terugwerkende kracht verleend.

## Artikel 6 Premie

- lid 1 Krachtens de overeenkomst is de verzekeringnemer premie verschuldigd.
- lid 2 Geen premie is verschuldigd voor de verzekerde tot de eerste dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin hij de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt.
- lid 3 De verschuldigde premie is gelijk aan de premiegrondslag verminderd met een eventuele korting wegens een eventuele collectiviteitskorting (zie het polisblad).  
De collectiviteitskorting wordt direct op de premiegrondslag in mindering gebracht.
- lid 4 Premiebetaling
- a. De verzekeringnemer is verplicht de premie alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen per maand bij vooruitbetaling te voldoen. Bij wijziging van de verzekering in de loop van een maand is de zorgverzekeraar gerechtigd de premie met ingang van de eerste van de daarop volgende maand te (her)berekenen c.q. te restitueren. Het is verzekerde niet toegestaan om de te betalen premie te verrekenen met de van zorgverzekeraar te vorderen vergoeding.
- b. In geval van overlijden van de verzekerde vindt desgevraagd verrekening c.q. restitutie van de premie plaats met ingang van de dag volgend op de overlijdensdatum.
- lid 5 Schorsing  
Indien de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen en kosten, kan de zorgverzekeraar na de premievervaldag de verzekeringnemer schriftelijk aanmanen tot betaling binnen een termijn van 14 dagen, te rekenen vanaf de dag na de aanmaning, onder de mededeling dat bij niet voldoening binnen de gestelde termijn de dekking niet geldt voor medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de vervaldag van de premie. De verzekeringnemer blijft verplicht de premie te voldoen.  
Indien de zorgverzekeraar maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijke als buitengerechtelijke, voor rekening van de verzekeringnemer. De dekking wordt eerst weer van kracht op de dag volgend op die, waarop alle verschuldigde bedragen en kosten door de zorgverzekeraar zijn ontvangen.

## Artikel 7 Herziening van de premie

- lid 1 Een wijziging in de grondslag van de premie treedt niet eerder in werking dan zes weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer schriftelijk is medegedeeld.
- lid 2 De verzekeringnemer kan de verzekering opzeggen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat en in ieder geval gedurende 30 dagen nadat hem het voornemen tot verhoging van de grondslag van de premie door de zorgverzekeraar is medegedeeld.

## Artikel 8 Hulp buiten Nederland

De kosten van het inroepen van in deze overeenkomst bedoelde zorg in een ander land dan het woonland worden uitsluitend vergoed:

- indien en voor zover dit in het in artikel 17, eerste lid, bedoelde overzicht van verstrekkingen en vergoedingen uitdrukkelijk is bepaald dan wel,
- bij gebreke van een in het voorgaande bedoelde uitdrukkelijke bepaling: indien de zorgverzekeraar hiertoe vooraf toestemming heeft verleend.

## Artikel 9 Verplichtingen van de verzekerde

- lid 1 De verzekeringnemer en/of verzekerde is verplicht:
- a. zich bij het inroepen van zorg in een ziekenhuis of polikliniek te legitimeren aan de hand van een rijbewijs, een paspoort of een Nederlandse identiteitskaart;
- b. de behandelend arts of medisch-specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur, indien deze daarom vraagt;
- c. aan de zorgverzekeraar, de medisch adviseur of anderen die met de controle zijn belast, medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie, met inachtneming van privacywetgeving;
- d. de zorgverzekeraar behulpzaam te zijn bij het zoeken van verhaal op een aansprakelijke derde;
- e. binnen één maand na aanvang van de detentie aan de zorgverzekeraar te melden dat de verzekerde gedetineerd is, in verband met de wettelijke bepaling inzake dekking en premieplicht tijdens de duur van detentie.
- lid 2 Indien de belangen van de zorgverzekeraar worden geschaad door het niet nakomen van de in lid 1 genoemde verplichtingen heeft de verzekerde geen aanspraak op zorg dan wel behoeft de zorgverzekeraar geen kosten te vergoeden.

- lid 3 In voorkomende gevallen dient de verzekerde de originele nota's binnen twaalf maanden na afloop van het kalenderjaar, waarin de behandeling heeft plaatsgevonden bij de zorgverzekeraar in te dienen. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. In het geval de nota betrekking heeft op een DBC die is aangevangen voor de einddatum van de verzekering worden de hiermee verband houdende kosten geacht te zijn gemaakt in de periode waarin de verzekering van toepassing is. De zorgverzekeraar behoeft geen kosten te vergoeden, indien de belangen van de zorgverzekeraar worden geschaad door het niet binnen de hierboven genoemde termijn indienen van een nota door de verzekerde.

#### Artikel 10 Onwaarachtige weergave van feiten

- lid 1 Indien bij het aangaan van de aanvullende verzekering bij kennis van de ware stand van zaken door de zorgverzekeraar een aanvullende verzekering met minder dekking zou zijn aangeboden, wordt een schadeclaim beoordeeld aan de hand van deze dekking. Indien de zorgverzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen aanvullende verzekering zou hebben gesloten, bestaat geen recht op uitkering. Dat is tevens het geval indien is gehandeld met het opzet de zorgverzekeraar te misleiden.
- lid 2 Iedere aanspraak op vergoeding van kosten vervalt indien door of namens verzekeringnemer en/of verzekerde enige verkeerde voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn overlegd of enige onjuiste opgave is gedaan.
- lid 3 De zorgverzekeraar vordert alle reeds uitgekeerde kosten per datum dat sprake is van het geven van verkeerde voorstelling van zaken, vervalste of misleidende stukken, bij verzekeringnemer terug.

#### Artikel 11 Kennisgeving relevante gebeurtenissen

De verzekeringnemer is verplicht binnen een maand aan de zorgverzekeraar kennis te geven van alle gebeurtenissen die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, zoals verhuizing, echtscheiding, geboorte, overlijden, e.d..

Kennisgevingen aan de verzekeringnemer, gericht aan zijn laatst bekende adres worden geacht de verzekeringnemer te hebben bereikt.

#### Artikel 12 Privacybescherming

- lid 1 PNO Ziektekosten verwerkt persoonsgegevens en bedrijfsgegevens voor zover dat nodig is voor een verantwoorde uitoefening van de bedrijfsdoelstellingen van PNO Ziektekosten. Deze uitoefening in het kader van de bedrijfsdoelstellingen van PNO Ziektekosten bestaat uit:
- het verwerken van persoonsgegevens ten behoeve van het voorbereiden, het aangaan,
  - de uitvoering en beëindiging van overeenkomsten. Hieronder vallen onder meer de verwerkingen
  - van persoonsgegevens in het kader van de precontractuele fase, het maken van offertes en het verschaffen van informatie, het kopen, bestellen en het leveren van goederen en diensten en het beheersen en beperken van de schadelast. Ten slotte vallen hieronder het afhandelen van transacties en ook het bemiddelen bij volgende transacties of verzoeken die voortkomen uit eerdere dienstverlening zoals declaraties of tussentijdse beëindiging. Ook valt hieronder het ter beschikking stellen van naam en adresgegevens van verzekerde(n) door PNO Ziektekosten aan derden ten behoeve van de controle op verzekeringsgerechtigdheid en/of voor de declaratieverwerking relevante informatie;
  - het verwerken van persoonsgegevens ten behoeve van managementinformatie, producten
  - dienstontwikkeling en het bepalen van het algemene beleid of andere activiteiten ter ondersteuning van de bedrijfsvoering;
  - het voldoen aan wettelijke verplichtingen;
  - het verwerken van persoonsgegevens ter voorkoming en ter afhandeling van fraude, waaronder het verstrekken van informatie over declaraties en tussentijdse beëindiging binnen de branche en gerechtelijke instanties;
  - het behandelen van geschillen en het doen uitoefenen van accountantscontrole;
  - het verwerken van persoonsgegevens, niet zijnde bijzondere gegevens, voor direct marketing doeleinden en servicegerichte doeleinden gericht op het tot stand brengen, in stand houden en uitbreiden van een directe relatie met klanten, precontractuele klanten en prospects.
- De omgang met de persoonsgegevens van verzekerden is nader uitgewerkt in het privacy statement van PNO Ziektekosten dat desgewenst wordt toegestuurd door de zorgverzekeraar. Het privacy statement is tevens te raadplegen via [www.pnoziektekosten.nl](http://www.pnoziektekosten.nl).
- lid 2 In veel gevallen heeft PNO Ziektekosten gegevens betreffende de gezondheid van verzekerde nodig. Deze worden extra zorgvuldig verwerkt.

#### Artikel 12A Rechten van de verzekerde

- lid 1 De verzekerde kan bij de zorgverzekeraar onder bijsluiting van een kopie van een geldig legitimatiebewijs een schriftelijk verzoek tot inzage in zijn persoonlijke gegevens indienen. De zorgverzekeraar verstrekt binnen 4 weken aan de verzekerde een overzicht van de door de zorgverzekeraar verwerkte persoonsgegevens. De zorgverzekeraar kan voor de verstrekking van het hiervoor bedoelde overzicht een vergoeding van kosten verlangen die ten hoogste € 10 bedraagt.
- lid 2 Indien het in het eerste lid bedoelde overzicht feitelijke onjuistheden bevat, de persoonsgegevens voor het doel of de doeleinden van de verwerking onvolledig of niet ter zake dienend zijn dan wel anderszins in strijd met een wettelijk voorschrift worden verwerkt, kan de verzekerde de zorgverzekeraar schriftelijk verzoeken de gegevens te verbeteren, aan te vullen, te verwijderen of af te schermen. Het verzoek van de verzekerde bevat de aan te brengen wijzigingen. De zorgverzekeraar bericht de verzekerde binnen 4 weken na ontvangst van het verzoek schriftelijk in hoeverre hij daaraan voldoet. Een weigering is met redenen omkleed.
- lid 3 De verzekerde kan de zorgverzekeraar schriftelijk op de hoogte stellen indien hij niet benaderd wil worden met informatie over producten of diensten van de zorgverzekeraar.
- lid 4 Indien persoonsgegevens het voorwerp zijn van verwerking op grond van artikel 8, onder e en f, van de Wet Bescherming Persoonsgegevens, kan de verzekerde daartegen bij de zorgverzekeraar te allen tijde verzet aantekenen in verband met zijn bijzondere persoonlijke omstandigheden. De zorgverzekeraar beoordeelt binnen vier weken na ontvangst van het verzet of het verzet gerechtvaardigd is. Indien het verzet gerechtvaardigd is, beëindigt de zorgverzekeraar terstond de verwerking.
- lid 5 Indien gegevens worden verwerkt in verband met de totstandbrenging of de instandhouding van een directe relatie tussen de zorgverzekeraar of een derde en de verzekerde met het oog op werving voor commerciële of charitatieve doelen, kan de verzekerde daartegen bij de zorgverzekeraar te allen tijde kosteloos verzet aantekenen. In geval van verzet treft de zorgverzekeraar de maatregelen om deze vorm van verwerking terstond te beëindigen.
- lid 6 De verzekerde kan bij de zorgverzekeraar een klacht indienen over de verwerking van de persoonsgegevens. De klachtenregeling als omschreven in artikel 15A is van overeenkomstige toepassing.

#### Artikel 12B Kwetsbare groepen

- lid 1 De zorgverzekeraar treft op verzoek van de verzekerde die is c.q. wordt opgenomen in een instelling voor opvang, extra (beveiligings)maatregelen, waaronder het afschermen van zijn NAW-gegevens, ter voorkoming van ongewenste tracersing door degene(n) tegen wie ze bescherming behoeven.
- lid 2 De verzekerde die een vergelijkbaar risico loopt als de verzekerde die in een opvangtehuis wordt opgevangen, kan bij de zorgverzekeraar een verzoek indienen tot dezelfde behandeling als in lid 1 van dit artikel beschreven, ter voorkoming van ongewenste tracersing via de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar beoordeelt of van een vergelijkbaar risico sprake is.
- lid 3 De verzekerde dient de zorgverzekeraar te melden wanneer er geen sprake meer is van in het eerste en tweede lid bedoelde bedreigende omstandigheden. De zorgverzekeraar zal niet zonder nadere informatie of verzoek van de verzekerde de extra maatregelen beëindigen. De zorgverzekeraar kan hierbij het initiatief nemen om nadere informatie in te winnen. De zorgverzekeraar stelt de verzekerde in kennis dat de extra maatregelen worden beëindigd.

#### Artikel 13 Materiële controle en fraudeonderzoek

- lid 1 De zorgverzekeraar heeft het recht materiële controle(s) uit te voeren. Hierbij gaat de zorgverzekeraar na of de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatie daadwerkelijk is geleverd en of die geleverde prestatie was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde.
- lid 2 De zorgverzekeraar heeft het recht een fraudeonderzoek uit te voeren, wanneer er een redelijk vermoeden bestaat dat er een onjuiste voorstelling van zaken is gegeven.
- lid 3 Materiële controle en fraudeonderzoek wordt verricht overeenkomstig hetgeen daarover voor de basisverzekering bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald.

#### Artikel 14 Overige voorwaarden

- lid 1 Vergoeding van de kosten van andere zorg dan in de overeenkomst omschreven  
In voorkomende gevallen kan aanspraak worden gemaakt op de vergoeding van kosten van andere vormen van zorg dan genoemd in deze overeenkomst, als vaststaat dat de betreffende behandeling naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leidt, de zorgverzekeraar voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft verleend en voor zover deze vormen van zorg niet bij of krachtens de wet zijn uitgesloten.
- lid 2 Opname in een andere dan de verzekerde klasse, te weten de laagste klasse (klasse III)  
Bij opname in een ziekenhuis in een andere dan de verzekerde klasse wordt vergoeding verleend op basis van het tarief van de laagste klasse.
- lid 3 Begin en einde van de vergoeding  
Indien op grond van de eerdere bepalingen in deze overeenkomst recht op vergoeding van gemaakte kosten bestaat, geldt dat slechts voorzover de zorg is genoten tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is.

#### Artikel 15 Klachten- en geschillencommissie

- lid 1 Ter regeling van de behandeling van klachten en geschillen stelt het bestuur een klachten- en geschillencommissie in.
- lid 2 De klachten- en geschillencommissie ziet namens de ledenraad en het bestuur toe op de uitvoering van de in artikel 15A vastgelegde klachtenregeling en de in artikel 15B vastgelegde geschillenregeling, en brengt daarover jaarlijks verslag uit aan de ledenraad en het bestuur.
- lid 3 De klachten- en geschillencommissie bestaat uit twee leden en twee plaatsvervangende leden die door het bestuur uit zijn midden worden aangewezen, alsmede een lid en een plaatsvervangend lid die door de ledenraad uit zijn midden worden aangewezen.
- lid 4 De klachten- en geschillencommissie wijst uit zijn midden een voorzitter en een plaatsvervangend voorzitter aan.
- lid 5 Een ieder die bij de klachtenregeling of de geschillenregeling is betrokken kan zich tijdens de procedure voor eigen rekening laten bijstaan door een derde.
- lid 6 De uitvoering van de klachtenregeling en de geschillenregeling geschiedt met inachtneming van de statuten en de verzekeringsovereenkomsten van de zorgverzekeraar.

#### Artikel 15A Klachtenregeling

- lid 1 De regeling als omschreven in dit artikel is van toepassing op iedere door de verzekeringnemer of verzekerde schriftelijk bij de zorgverzekeraar ingediende uiting van ontevredenheid met betrekking tot de wijze van behandeling, bejegening of andere vorm van dienstverlening of het nalaten van enige vorm van dienstverlening door de zorgverzekeraar. Deze regeling is niet van toepassing op geschillen als bedoeld in artikel 15B. Daarvoor geldt de geschillenregeling als omschreven in artikel 15B.
- lid 2 De verzekeringnemer of verzekerde kan de klacht richten aan het hoofd sector ziektekosten. Klachten die betrekking hebben op de directie, kunnen worden gericht aan de directie.
- lid 3 Indien de klacht betrekking heeft op de sector ziektekosten, dan zendt het hoofd sector ziektekosten binnen één week na ontvangst van de klacht een ontvangstbevestiging aan de klager. Vervolgens zendt het hoofd sector ziektekosten binnen vier weken na ontvangst van de klacht schriftelijk een inhoudelijke reactie. In bijzondere omstandigheden kan het hoofd sector ziektekosten van deze termijn afwijken. Hij stelt de klager hiervan binnen vier weken na ontvangst van de klacht met opgaaf van redenen schriftelijk op de hoogte.
- lid 4 Het hoofd sector ziektekosten brengt de directie van de klacht op de hoogte. De directie ziet toe op de afhandeling binnen de daarvoor gestelde termijn.
- lid 5 Indien de klager het niet eens is met de inhoud van een in lid 3 bedoelde reactie, heeft hij gedurende vier weken na ontvangst van die reactie de gelegenheid om een klacht in te dienen bij de directie.
- lid 6 De directie zendt binnen één week na ontvangst van de in lid 5 bedoelde klacht een ontvangstbevestiging en een afschrift van dit artikel naar de klager, en neemt vervolgens over de klacht een beslissing. De directie stelt de klager binnen vier weken na ontvangst van de klacht schriftelijk van de beslissing op de hoogte. De directie kan in bijzondere omstandigheden van deze

termijn afwijken. De directie stelt klager hiervan binnen vier weken na ontvangst van de klacht met opgaaf van reden schriftelijk op de hoogte.

- lid 7 Klachten gericht tegen de directie als bedoeld in lid 2, behandelt de directie op overeenkomstige wijze als beschreven in lid 6.
- lid 8 Indien de klager het niet eens is met de inhoud van een beslissing zoals bedoeld in lid 6 of lid 7, dan heeft klager gedurende vier weken na ontvangst van de beslissing de gelegenheid om een klacht in te dienen bij de in artikel 15 bedoelde klachten- en geschillencommissie.
- lid 9 De directie stelt de klachten- en geschillencommissie de beslissing zoals bedoeld in lid 6 of lid 7 onverwijld ter hand.
- lid 10 De klachten- en geschillencommissie zendt binnen één week na ontvangst van de klacht een ontvangstbevestiging aan de klager, en doet over de klacht een uitspraak. De commissie stelt de klager binnen zes weken na ontvangst van de klacht schriftelijk van de uitspraak op de hoogte. In bijzondere omstandigheden kan de commissie van deze termijn afwijken. De commissie stelt klager hiervan binnen vier weken na ontvangst van de klacht met opgaaf van reden schriftelijk op de hoogte.
- lid 11 Indien de klager zich niet kan vinden in de uitspraak van de klachten- en geschillencommissie, of indien de zorgverzekeraar zich niet houdt aan de termijnen als beschreven in dit artikel, dan kan klager zich wenden tot de Ombudsman Zorgverzekeringen van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG Zeist. De Ombudsman Zorgverzekeringen ([www.skgz.nl](http://www.skgz.nl)) bemiddelt tussen de klager en de zorgverzekeraar.

#### Artikel 15B Geschillenregeling

- lid 1 De regeling als omschreven in dit artikel is van toepassing indien sprake is van een geschil. Hiervan is sprake indien de verzekeringnemer of de verzekerde het niet eens is met een door de zorgverzekeraar met betrekking tot de verzekeringnemer of de verzekerde genomen beslissing in het kader van de uitvoering van deze overeenkomst. De geschillenregeling als omschreven in dit artikel is niet van toepassing op klachten als bedoeld in artikel 15A. Daarvoor geldt de klachtenregeling als omschreven in artikel 15A.
- lid 2 De verzekeringnemer of verzekerde kan binnen vier weken na ontvangst van de beslissing waarop het geschil betrekking heeft, het geschil schriftelijk voor te leggen aan het hoofd sector ziektekosten.
- lid 3 Het hoofd sector ziektekosten zendt binnen één week na ontvangst van het geschil een ontvangstbevestiging. Vervolgens zendt het hoofd sector ziektekosten binnen vier weken na ontvangst van het geschil schriftelijk een inhoudelijke reactie. In bijzondere omstandigheden kan het hoofd sector ziektekosten van deze termijn afwijken. Hij stelt de indiener hiervan binnen vier weken na ontvangst van het geschil met opgaaf van reden schriftelijk op de hoogte.
- lid 4 Het hoofd sector ziektekosten brengt de directie van het geschil op de hoogte. De directie ziet toe op de afhandeling binnen de daarvoor gestelde termijn.
- lid 5 Indien de indiener het niet eens is met de inhoud van een in lid 3 bedoelde reactie, heeft hij gedurende vier weken na ontvangst van die reactie de gelegenheid om een schriftelijk verzoek tot heroverweging bij de directie in te dienen. Dit verzoek dient naast de naam en het adres van de verzekeringnemer of de verzekerde een omschrijving te bevatten van het geschil en van de argumenten op grond waarvan heroverweging wordt verzocht.
- lid 6 De directie zendt binnen één week na ontvangst van het in lid 5 bedoelde verzoek een ontvangstbevestiging en een afschrift van dit artikel naar de indiener. De directie neemt ten aanzien van het verzoek een beslissing en stelt de indiener binnen vier weken na ontvangst van het verzoek schriftelijk van de beslissing op de hoogte. De directie kan in bijzondere omstandigheden van deze termijn afwijken. De directie stelt de indiener hiervan binnen vier weken na ontvangst van het verzoek met opgaaf van reden schriftelijk op de hoogte.
- lid 7 Indien de indiener het niet eens is met de inhoud van de beslissing als bedoeld in lid 6, dan kan de indiener gedurende vier weken na ontvangst van de beslissing een nieuw verzoek tot heroverweging indienen bij de in artikel 15 bedoelde klachten- en geschillencommissie.
- lid 8 De directie stelt de klachten- en geschillencommissie de beslissing als bedoeld in lid 6 onverwijld ter hand.
- lid 9 De klachten- en geschillencommissie zendt binnen één week na ontvangst van het verzoek een ontvangstbevestiging, en doet vervolgens ten aanzien van het verzoek uitspraak. De commissie stelt de indiener binnen zes weken na ontvangst van het verzoek schriftelijk van de uitspraak op de hoogte. De commissie kan in bijzondere omstandigheden van deze termijn afwijken. De commissie stelt de

indiener hiervan binnen acht weken na ontvangst van het verzoek met opgaaf van redenen schriftelijk op de hoogte.

- lid 10 Indien de indiener zich niet kan vinden in de uitspraak van de klachten- en geschillencommissie, dan kan de indiener zijn verzoek voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen, postbus 291, 3700 AG Zeist. De Ombudsman Zorgverzekeringen ([www.skgz.nl](http://www.skgz.nl)) bemiddelt tussen de indiener en de zorgverzekeraar.
- lid 11 In afwijking van het bepaalde in lid 10, kan de verzekeringnemer of de verzekerde het geschil ook voorleggen aan de bevoegde Nederlandse rechter.

#### Artikel 16. Formulierenloket NZa

Consumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen klachten indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over door PNO Ziektekosten gehanteerde formulieren. Een dergelijke klacht heeft betrekking op formulieren die naar het oordeel van de klager overbodig of te ingewikkeld zijn. De NZa geeft een bindend advies ten aanzien van de klacht.

## **II. PRESTATIEWIJZE EN DEKKING**

### **Artikel 17 Prestatiewijze en dekking**

- lid 1 De zorgverzekeraar vergoedt de kosten van verstrekkingen of vergoedingen, zoals aangegeven in het door de zorgverzekeraar vastgestelde overzicht van verstrekkingen en vergoedingen dat onderdeel vormt van deze overeenkomst, met inachtneming van hetgeen is bepaald in artikel 2, tweede lid, van deze overeenkomst.
- lid 2 De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:
- het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum)tarief;
  - indien en voor zover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum)tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.
- lid 3 Desgevraagd heeft verzekerde recht op activiteiten gericht op het verkrijgen van de benodigde zorg (zorgbemiddeling).  
Bij het vaststellen en uitvoeren van zijn beleid voor de aanpak van tijdige zorgverlening hanteert de zorgverzekeraar voor het bepalen van het tijdstip waarop de zorg aan de verzekerde moet worden verleend medisch inhoudelijke factoren en daarnaast algemeen geaccepteerde maatschappelijke normen van aanvaardbaarheid van wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.
- lid 4 Indien en voor zover de zorgverzekeraar meer vergoedt dan waartoe hij krachtens deze overeenkomst gehouden is, wordt verzekerde geacht aan zorgverzekeraar te hebben verleend een volmacht tot incasso op naam van de zorgverzekeraar van het voor verzekerde aan de zorgaanbieder teveel betaalde.

### **Artikel 18 Pakketwijziging**

- lid 1 De verzekeringnemer heeft de gelegenheid om het in artikel 2, tweede lid, bedoelde pakket van verstrekkingen of vergoedingen te wijzigen met ingang 1 januari van het jaar, volgend op de dag waarop het verzoek tot wijziging door de zorgverzekeraar is ontvangen.
- lid 2 Het in het eerste lid bedoelde verzoek tot omzetting dient uiterlijk 30 dagen na ontvangst van de voor het komende kalenderjaar geldende dekkings- en polisvoorwaarden door de zorgverzekeraar te zijn ontvangen.
- lid 3 In geval van pakketwijziging zoals bedoeld in het eerste lid, is er terzake van de in het voorgaande kalenderjaar geldende termijnen van aanspraken op grond van de onder het eerste lid bedoelde pakketten sprake van voortzetting van de aanvullende verzekering alsof er geen pakketwijziging had plaatsgevonden. Een vóór het moment van pakketwijziging afgegeven machtiging blijft ná deze wijziging geldig, met dien verstande dat bij een pakketwijziging de binnen de op de machtiging vermelde termijn gedane vergoedingen van kosten naar rato wordt meegeteld bij het bepalen van de (maximum) vergoeding van kosten in het kader van het nieuwe afgesloten pakket van verstrekkingen en vergoedingen, als bedoeld in artikel 2, tweede lid, van deze overeenkomst.

### **Artikel 19 Uitsluitingen**

Tenzij expliciet anders is bepaald, bestaat onder deze overeenkomst aanvullende verzekering geen aanspraak op de vergoeding van kosten van:

- de eigen bijdrage krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten;
- bevolkingsonderzoek in het kader van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten;
- aanstellingskeuringen en andere keuringen (bij voorbeeld voor rijbewijs of vliegbrevet), attesten en/of vaccinaties;
- het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
- alternatieve geneeswijzen;
- geneesmiddelen ter voorkoming van een ziekte in het kader van een reis;
- niet nagekomen afspraken;
- schade veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij, zoals bepaald in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht;
- als de behoefte aan zorg het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar ten gevolge van dergelijke handelingen bij schade-, levens- of natura-

uitvaartverzekeraars waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. hoger zal zijn dan het door de maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft de verzekerde slechts recht op zorg dan wel de vergoeding van de kosten daarvan tot een door die maatschappij te bepalen percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten. In het geval dat na een terroristische handeling op grond van artikel 33 van de wet of artikel 3.16 van het Besluit Zorgverzekering een aanvullende bijdrage aan de zorgverzekeraar ter beschikking wordt gesteld, heeft de verzekerde in aanvulling op de prestaties, bedoeld in de eerste volzin, recht op prestaties van een bij de regeling, bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet of artikel 3.16 van dit besluit te bepalen omvang.

#### Artikel 20 Toepasselijk recht

Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.