

REGLEMENT
van
De Ombudsman Zorgverzekeringen

Het Bestuur van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen heeft op 8 juni 2015 besloten tot vaststelling van het navolgende reglement:

Reglement

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

In dit reglement wordt verstaan onder:

1. 'bestuur' : het bestuur van de Stichting,
2. 'bureau' : de personele organisatie, verbonden aan de Stichting,
3. 'consument' : de natuurlijke persoon die niet handelt in de uitoefening van een beroep of bedrijf en die als verzekerde of verzekeringnemer belanghebbende is, dan wel ten tijde van de klacht of het geschil was, bij een zorgverzekering of ziektekostenverzekering. De consument kan, doch is hiertoe niet verplicht, in elk stadium van de procedure advies inwinnen en/of zich desgewenst laten bijstaan en/of vertegenwoordigen door een gemachtigde. In het laatste geval worden – voor de toepassing van de bepalingen van dit reglement - de handelingen en standpunten van de gemachtigde toegerekend aan de consument, als waren deze door de consument zelf verricht onderscheidenlijk ingenomen,
4. 'directie' : de directie van de Stichting,
5. 'geschil' : elke klacht, voor zover deze, na interne klachtbehandeling door de ziektekostenverzekeraar en de eventueel daaropvolgende tussenkomst door de Ombudsman, niet tot tevredenheid van de consument is opgelost.
6. 'Geschillencommissie' : de Geschillencommissie als bedoeld in artikel 2 lid 2 onder B en artikel 8 e.v. van de statuten van de Stichting,
7. 'klacht' : elk blijk van onvrede inzake een zorgverzekering of ziektekostenverzekering, tussen een consument en een ziektekostenverzekeraar, dan wel inzake de verwerking door de ziektekostenverzekeraar van persoonsgegevens zoals bedoeld in de Wet bescherming persoonsgegevens en/of de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars,

8. 'Ombudsman' : de in artikel 2 lid 2 onder A en artikel 11 e.v. van de statuten van de Stichting bedoelde Ombudsman Zorgverzekeringen,
9. 'schriftelijk' : op papier of langs elektronische weg,
10. 'Stichting' : de te Zeist gevestigde Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen,
11. 'ziektekostenverzekeraar' : een ziektekostenverzekeraar als bedoeld in artikel 1 onder f van de Wet marktordening gezondheidszorg. De ziektekostenverzekeraar kan, doch is hiertoe niet verplicht, in elk stadium van de procedure advies inwinnen en/of zich desgewenst laten bijstaan en/of vertegenwoordigen door een gemachtigde. In het laatste geval worden – voor de toepassing van de bepalingen van dit reglement - de handelingen en standpunten van de gemachtigde toegerekend aan de ziektekostenverzekeraar, als waren deze door de ziektekostenverzekeraar zelf verricht onderscheidenlijk ingenomen,
12. 'zorgverzekering' : de verzekering als bedoeld in artikel 1 onder d van de Zorgverzekeringswet,
13. 'ziektekostenverzekering' : iedere verzekering tegen ziektekosten, anders dan een zorgverzekering, met uitzondering van een verzekering inzake de overige medische varia en de verzekering waarbij de ziektekosten slechts een deel van de dekking vormen, zoals een reisverzekering.

Artikel 2 Onpartijdigheid

De Ombudsman oefent zijn functie onpartijdig en naar eigen inzicht uit. Hij zal geen instructies van wie dan ook, daaronder begrepen bestuur en directie van de Stichting, aangaande de behandeling en de inhoudelijke beoordeling van klachten aanvaarden. De Ombudsman heeft geen rechtstreeks persoonlijk of zakelijk belang bij de afwikkeling van een klacht.

Artikel 3 Taken en bevoegdheden

1. De Ombudsman heeft tot taak te bemiddelen tussen consumenten en ziektekostenverzekeraars, bij klachten die betrekking hebben op de totstandkoming, dan wel de uitvoering van een zorgverzekering of ziektekostenverzekering, mits op die verzekering het Nederlands recht van toepassing is, alsmede het behandelen van klachten inzake de verwerking door de ziektekostenverzekeraar van persoonsgegevens zoals bedoeld in de Wet bescherming persoonsgegevens en/of de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars, tenzij bij of krachtens wet of overeenkomst een andere klachten- of geschillenregeling is aangewezen, dan wel dit reglement zich hiertegen verzet.

2. Door de Ombudsman worden uitsluitend klachten van consumenten behandeld, waarbij de andere partij een ziektekostenverzekeraar is, die hetzij lid is van de vereniging Zorgverzekeraars Nederland danwel geen lid is van de vereniging Zorgverzekeraars Nederland en heeft verklaard zich aan dit reglement te onderwerpen.
3. De Ombudsman behandelt geen klachten ter zake waarvan reeds een geding aanhangig is bij of een uitspraak is gedaan door een rechterlijke instantie of scheidsgerecht, daaronder begrepen de Geschillencommissie.
4. De Ombudsman behandelt geen klachten die zijn ingediend door belangenvertegenwoordigende personen of organisaties voor een groep of groepen consumenten.
5. De Ombudsman behandelt geen kwesties tussen zorgverleners en ziektekostenverzekeraars, dan wel kwesties tussen ziektekostenverzekeraars onderling, ook niet indien deze in de vorm van een klacht of anderszins worden ingediend door een consument.
6. De Ombudsman behandelt geen klachten waarbij naar zijn oordeel sprake is van een gering belang of die naar zijn oordeel als vexatoir moeten worden beschouwd.
7. De Ombudsman laat zich bij de beoordeling van een klacht leiden door hetgeen is bepaald bij of krachtens de wet, de verzekeringsvoorwaarden, de relevante jurisprudentie, alsmede de toepasselijke gedragscodes en/of ereregelen, en hetgeen in de verzekeringsbranche gebruikelijk is.
8. De Ombudsman ziet er op toe dat de consument, in geval de ingediende klacht (mede) betrekking heeft op een publiekrechtelijke regeling op het terrein van ziektekosten, waar mogelijk wordt geïnformeerd over de in de wet opgenomen beroepsregelingen en -termijnen.
9. Indien een redelijk belang aanwezig is, behandelt de Ombudsman tevens verzoeken om inlichtingen voor zover betrekking hebbend op zijn werkterrein.

Artikel 4 Bureau

De Ombudsman maakt gebruik van de diensten van het bureau. De juridisch-inhoudelijke aansturing hiervan geschiedt door een persoon die de kwaliteit van meester in de rechten dan wel Master of Law bezit.

Artikel 5 De indiening van een klacht

1. Klachten dienen, voordat zij in behandeling kunnen worden genomen door de Ombudsman, door de consument ter kennis te worden gebracht van de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar moet hierop schriftelijk hebben gereageerd, althans een redelijke mogelijkheid hebben gehad dat te doen.
2. De indiening van een klacht door de consument bij de Ombudsman moet geschieden binnen één jaar nadat de ziektekostenverzekeraar zijn definitieve standpunt aan de consument kenbaar heeft gemaakt, dan wel binnen één jaar

na het verstrijken van een periode van één maand waarbinnen de ziektekostenverzekeraar door de consument in de gelegenheid is gesteld op de betreffende klacht te reageren.

3. De klacht, alsmede de door de consument verlangde oplossing, wordt door de consument aan de Ombudsman schriftelijk en in de Nederlandse danwel de Engelse taal gesteld voorgelegd. De procedure bij de Ombudsman wordt gevoerd in de Nederlandse taal.
Voor zover door de consument in een andere vreemde taal dan Engels gestelde stukken worden overgelegd, kan de Ombudsman hiervan een vertaling in de Nederlandse taal door een beëdigd vertaler verlangen. De kosten daarvan komen voor rekening van de consument.
4. De consument dient in zijn klacht duidelijk te maken wat de ziektekostenverzekeraar volgens hem verkeerd heeft gedaan en wat de ziektekostenverzekeraar volgens hem moet doen om de klacht op te lossen. De consument dient ervoor zorg te dragen dat de klacht, alsmede de door hem verlangde oplossing, onderbouwd, duidelijk en niet voor meerderlei uitleg vatbaar is.
5. De consument dient, tegelijk met de indiening van zijn klacht, alle voor de beoordeling daarvan van belang zijnde berichten en afschriften van relevante stukken, waaronder in ieder geval de met de ziektekostenverzekeraar gevoerde correspondentie en diens standpuntbepaling na de interne klachtbehandeling, over te leggen.

Artikel 6 De procedure

1. De Ombudsman bevestigt de ontvangst van de ingediende klacht en informeert de consument over de vervolprocedure, waarbij de consument tevens in kennis wordt gesteld van het bepaalde in artikel 1 lid 3, tweede volzin. Zo nodig kan de Ombudsman de consument om toezending van nadere stukken, het verstrekken van inlichtingen en/of een of meer vertalingen verzoeken, alvorens de klacht verder in behandeling te nemen. Na ontvangst van de ontbrekende gegevens, wordt de consument hiervan een schriftelijke bevestiging gezonden. In geval de consument, na daartoe te zijn gemaand, nalatig blijft tijdig gevolg te geven aan een verzoek als hiervoor bedoeld, kan de Ombudsman oordelen dat verdere behandeling van de klacht niet effectief is en besluiten de bemiddeling te beëindigen. De consument wordt hierover schriftelijk ingelicht, onder vermelding van de reden. Vervolgens gaat de Ombudsman over tot sluiting van het dossier.
2. Indien - al dan niet na ontvangst van de gevraagde nadere stukken, inlichtingen en/of een of meer vertalingen – blijkt dat geen bemiddeling mogelijk is, omdat de klacht zich niet voor bemiddeling leent dan wel de klacht niet-ontvankelijk of ongegrond is, of omdat de Ombudsman niet bevoegd is de klacht te behandelen, wordt de consument hierover binnen drie weken na ontvangst van de klacht, danwel na ontvangst van de gevraagde nadere stukken, inlichtingen

- en/of vertalingen, schriftelijk en onder vermelding van de reden ingelicht. Vervolgens gaat de Ombudsman over tot sluiting van het dossier.
3. Als bemiddeling mogelijk is, wordt de betrokken ziektekostenverzekeraar door de Ombudsman op de hoogte gebracht van de ingediende klacht en wordt de ziektekostenverzekeraar verzocht binnen dertig dagen, welke termijn zo nodig door de Ombudsman kan worden verlengd, schriftelijk op de klacht van de consument inhoudelijk te reageren.
 4. Nadat de reactie van de ziektekostenverzekeraar door de Ombudsman is ontvangen, wordt de consument hiervan, door toezending van een afschrift van deze reactie, op de hoogte gebracht. De ziektekostenverzekeraar wordt een schriftelijke bevestiging van de ontvangst van zijn reactie gezonden. De Ombudsman kan concluderen dat verdere bemiddeling niet zinvol is danwel de consument in de gelegenheid stellen, binnen een door de Ombudsman te bepalen termijn die zo nodig door de Ombudsman kan worden verlengd, nader schriftelijk op de reactie van de ziektekostenverzekeraar te reageren. Na ontvangst van de nadere reactie van de consument, kan de Ombudsman besluiten de ziektekostenverzekeraar opnieuw te benaderen dan wel concluderen dat verdere bemiddeling niet zinvol is.
 5. Indien de Ombudsman – al dan niet nadat door de ziektekostenverzekeraar gedeeltelijk aan de klacht is tegemoetgekomen - op enig moment concludeert dat verdere bemiddeling niet zinvol is, worden de consument en de ziektekostenverzekeraar hierover schriftelijk ingelicht, onder vermelding van de overwegingen die tot deze conclusie hebben geleid. Vervolgens gaat de Ombudsman over tot sluiting van het dossier.
 6. Indien de ziektekostenverzekeraar niet adequaat en voortvarend zijn medewerking verleent aan de bemiddeling, en deze medewerking uitblijft nadat hij door de Ombudsman tevergeefs daartoe is aangemaand, kan de Ombudsman concluderen dat de kwestie onbemiddelbaar is. In dat geval worden de consument en de ziektekostenverzekeraar hierover schriftelijk ingelicht, onder vermelding van de reden die tot deze conclusie heeft geleid. Vervolgens gaat de Ombudsman over tot sluiting van het dossier.
 7. De consument kan in elk stadium van de procedure besluiten de klacht, zonder opgaaf van redenen, in te trekken. De intrekking wordt schriftelijk door de Ombudsman aan de consument en – voor zover aan de orde – de ziektekostenverzekeraar bevestigd. Vervolgens gaat de Ombudsman over tot sluiting van het dossier.
 8. De ziektekostenverzekeraar kan in elk stadium van de procedure besluiten de klacht geheel of gedeeltelijk te honoreren al dan niet bij wege van minnelijke regeling. In dat geval wordt de consument door de Ombudsman ingelicht over de rechtsgevolgen hiervan, de mogelijkheid alsnog een beroep te doen op de bevoegde rechter of de Geschillencommissie, en het feit dat de uitkomst van een eventuele procedure bij de bevoegde rechter of de Geschillencommissie anders kan zijn dan de voorgestelde minnelijke regeling. De Ombudsman stelt

een termijn waarbinnen de consument de voorgestelde minnelijke regeling kan overdenken en zich hierover kan uitlaten. Stemt de consument in met de voorgestelde minnelijke regeling, dan gaat de Ombudsman over tot sluiting van het dossier. Stemt de consument niet of niet volledig in met de voorgestelde minnelijke regeling, dan wordt de bemiddeling voortgezet naar de stand van dat moment.

9. De Ombudsman kan partijen uitnodigen persoonlijk te verschijnen ten kantore van de Stichting, dan wel op een door de Ombudsman, in overleg met partijen te bepalen plaats.
10. De Ombudsman hoort geen getuigen of door partijen aangebrachte deskundigen.
11. De Ombudsman kan een of meer deskundigen verzoeken een advies aan hem uit te brengen. Het advies alsmede eventuele onderliggende documenten, worden – voor zover deze naar de mening van de Ombudsman bepalend zijn voor zijn oordeelsvorming - aan partijen ter beschikking gesteld, waarbij zij in de gelegenheid worden gesteld zich hierover binnen een bepaalde termijn uit te laten.
12. Aan de behandeling van een klacht door de Ombudsman zijn geen kosten verbonden. Voor zover door partijen kosten zijn gemaakt in verband met de indiening of behandeling van een klacht komen deze voor rekening van de partij die de kosten heeft gemaakt

Artikel 7 De bevinding van de Ombudsman

1. De bevindingen van de Ombudsman worden de consument en – voor zover aan de orde – de ziektekostenverzekeraar schriftelijk medegedeeld en wel zo spoedig mogelijk na ontvangst en beoordeling van de klacht danwel binnen 90 dagen nadat tussen partijen ten overstaan van de Ombudsman de laatst ontvangen stukken zijn gewisseld danwel nadat de Ombudsman met partijen in persoon heeft overlegd, danwel, in voorkomend geval, nadat de Ombudsman advies van (een) deskundige(n) heeft ingewonnen en partijen zich hierover al dan niet hebben mogen uitlaten. Deze termijnen kunnen door de Ombudsman worden verlengd, in welk geval de betrokken partij of partijen hiervan schriftelijk in kennis wordt gesteld. De bevindingen van de Ombudsman kunnen inhouden:
 - a) het oordeel dat de klacht niet-ontvankelijk is;
 - b) het oordeel dat de Ombudsman niet bevoegd is de klacht te behandelen;
 - c) het oordeel dat de klacht kennelijk ongegrond is;
 - d) het oordeel dat het met de klacht gemoeide belang naar het oordeel van de Ombudsman te gering is danwel dat de klacht vexatoir is;
 - e) de constatering dat verdere behandeling van de klacht niet effectief is bij gebrek aan medewerking van de consument;
 - f) de constatering dat de klacht bij gebrek aan medewerking van de ziektekostenverzekeraar onbemiddelbaar is;

- g) de constatering dat – al dan niet nadat door de ziektekostenverzekeraar gedeeltelijk aan de klacht is tegemoetgekomen – (verdere) bemiddeling niet zinvol is;
- h) de constatering dat door de ziektekostenverzekeraar naar de mening van de consument in voldoende mate aan de klacht is tegemoetgekomen, waardoor deze is opgelost;
- i) de constatering dat de klacht door de consument is ingetrokken.

De consument en – voor zover aan de orde – de ziektekostenverzekeraar worden schriftelijk van de bevindingen van de Ombudsman op de hoogte gebracht. Vervolgens gaat de Ombudsman over tot sluiting van het dossier.

- 2. Voor zover aan de orde, wijst de Ombudsman de consument op de mogelijkheid de kwestie voor bindende advisering voor te leggen aan de Geschillencommissie of aan de bevoegde rechter. Een zodanige verwijzing blijft in ieder geval achterwege indien volledig aan de klacht is tegemoetgekomen dan wel het verzoek door de consument is ingetrokken.

Artikel 8 Doorzending

- 1. De Ombudsman kan een door hem ontvangen klacht ter behandeling c.q. heroverweging doorzenden aan de betrokken ziektekostenverzekeraar indien sprake is van een klacht op het terrein van een zorgverzekering of ziektekostenverzekering, danwel de verwerking door de ziektekostenverzekeraar van persoonsgegevens zoals bedoeld in de Wet bescherming persoonsgegevens en/of de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars, en de ziektekostenverzekeraar nog geen (redelijke) mogelijkheid heeft gehad inhoudelijk op de klacht van de consument te reageren.
- 2. De Ombudsman kan voorts een door hem ontvangen klacht ter behandeling doorzenden aan de naar zijn oordeel bevoegde instantie.
- 3. Van een doorzenden als bedoeld in de voorgaande leden, en de reden daarvan, wordt de consument schriftelijk door de Ombudsman in kennis gesteld.

Artikel 9 Wraking en verschoning

- 1. De consument kan binnen veertien dagen nadat hij overeenkomstig artikel 6 lid 1 is geïnformeerd over de vervolgpcedure, te kennen geven de Ombudsman te willen wraken.
- 2. Evenzo kan de ziektekostenverzekeraar binnen veertien dagen nadat hem overeenkomstig artikel 6 lid 3 is gevraagd inhoudelijk op de klacht van de consument te reageren, te kennen geven de Ombudsman te willen wraken.
- 3. Wraking kan uitsluitend geschieden op grond van feiten of omstandigheden waardoor de onpartijdigheid van de Ombudsman schade zou kunnen leiden.
- 4. Het verzoek om wraking dient onder opgave van redenen en met vermelding van de administratieve kenmerken van de zaak, ter kennis te worden gebracht

aan de Ombudsman, een en ander op straffe van niet-ontvankelijkheid van het wrakingsverzoek.

5. De Ombudsman kan naar aanleiding van het wrakingverzoek besluiten zich terug te trekken.
6. Op het wrakingsverzoek wordt beslist door de Geschillencommissie.
7. Indien het verzoek tot wraking wordt toegewezen door de Geschillencommissie, danwel de Ombudsman zich uit eigen beweging heeft teruggetrokken, wordt de behandeling van de klacht overgenomen door de waarnemend Ombudsman.
8. Tegen de beslissing over wraking staat geen rechtsmiddel open.
9. De Ombudsman kan zich verschonen indien hij van oordeel is dat te zijnen aanzien feiten of omstandigheden bestaan waardoor zijn onpartijdigheid of onafhankelijk oordeel bij de behandeling van een klacht aan twijfel onderhevig zouden kunnen zijn. Lid 7 is in dat geval van overeenkomstige toepassing.

Artikel 10 Mandaat bureau

De Ombudsman kan werkzaamheden, verband houdend met de behandeling van klachten, onder zijn verantwoordelijkheid laten uitvoeren door het bureau. Hiertoe behoort onder andere de afhandeling van klachten die kennelijk niet-ontvankelijk zijn.

Artikel 11 Geheimhouding

1. De Ombudsman is gehouden geheimhouding in acht te nemen omtrent de identiteit van de betrokken partijen, behoudens voor zover deze hem uitdrukkelijk van de geheimhoudingsplicht hebben ontslagen of uit de uitoefening van zijn functie de noodzaak tot bekendmaking van de identiteit voortvloeit.
2. De geheimhoudingsplicht is van overeenkomstige toepassing op de medewerkers van het bureau, alsmede op door de Ombudsman ingeschakelde deskundigen.
3. Deskundigen dienen vooraf een verklaring te ondertekenen waarin zij te kennen geven de geheimhoudingsplicht te aanvaarden.
4. De Stichting kan nadere regels stellen ten aanzien van de inrichting van de persoonsregistratie en de wijze waarop met de daarin aanwezige informatie wordt omgegaan, zulks met inachtneming van het bepaalde in de Wet bescherming persoonsgegevens.

Artikel 12 Uitsluiting van aansprakelijkheid

De Stichting, het bestuur, de directeur, de secretaris, de medewerkers van het bureau en de Ombudsman zijn noch contractueel noch buitencontractueel aansprakelijk voor eventuele schade door eigen of andermans handelen of nalaten of door gebruik van hulpzaken in of rond de behandeling van een klacht, een en ander tenzij en voor zover dwingend Nederlands recht aan exoneratie in de weg zou staan.

Artikel 13 Nawerking

Indien de klacht betrekking heeft op het handelen of nalaten van een ziektekostenverzekeraar die ten tijde van het ontstaan van de klacht lid was van de vereniging Zorgverzekeraars Nederland, doch dit lidmaatschap sindsdien is geëindigd, wordt de klacht behandeld op de wijze als in dit reglement bepaald. Het laatste geldt eveneens voor het geval dat de klacht is ontstaan op een tijdstip waarop de ziektekostenverzekeraar, geen lid zijnde van de vereniging Zorgverzekeraars Nederland, had verklaard zich aan dit reglement te onderwerpen, doch deze verklaring nadien heeft ingetrokken.

Artikel 14 Verslag van werkzaamheden en ervaringen

De Ombudsman doet éénmaal per kalenderjaar, en wel binnen vier maanden na afloop daarvan, aan het bestuur verslag van zijn werkzaamheden en ervaringen.

Artikel 15 Aanvulling en afwijking van het reglement

In die gevallen waarin het reglement niet voorziet beslist de Ombudsman. De Ombudsman kan voorts in een individuele zaak besluiten één of meer bepalingen van het reglement buiten toepassing te laten, indien en voor zover hij dit gelet op de omstandigheden van het geval geraden acht.

Artikel 16 Datum inwerkingtreding reglement

Dit reglement treedt in werking op 9 juli 2015 en is van toepassing op alle na deze datum voorgelegde klachten.
