

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten
Zaak : Buitenlandpolis, voorschieten nota's, verzoek terugbetaling jaarpremie
Regelgeving : Voorwaarden ziektekostenverzekering 2021, art. 7:938 BW
Zaaknummer : 202102400
Zittingsdatum : 11 mei 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

2.1. Bij e-mailbericht van 28 december 2021 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoeker heeft hieraan voldaan. Op 1 februari 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.

2.2. Bij brief van 10 april 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 12 april 2022 aan verzoeker gestuurd.

2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 17 april 2022 respectievelijk 29 april 2022 verklaard niet te willen worden gehoord.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoeker was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering ONVZ Basisfit Internationaal (hierna: de ziektekostenverzekering).

3.2. Bij brief van 13 oktober 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker bericht dat de verzekering overgaat naar een andere verzekeraar. Verzoeker is zich toen gaan verdiepen in de gang van zaken bij de ziektekostenverzekeraar, en kwam hierbij tot de conclusie dat hij alle kosten eerst zelf zou hebben moeten voorschieten, ook als deze hoog zijn. Om die reden is hij van mening dat hij lange tijd niet goed verzekerd is geweest, en heeft hij de ziektekostenverzekeraar gevraagd de premie voor het jaar 2021 terug te betalen, of in elk geval de premie voor de maand december 2021.

3.3. Bij e-mailbericht van 24 december 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de premie voor de maand december 2021 nog verschuldigd is en dat hij deze aan de ziektekostenverzekeraar dient over te maken.

4. Het geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar gehouden is hem de premie voor het jaar 2021, ten bedrage van totaal € 9.564,12, terug te betalen, of in ieder geval de premie van € 797,01 voor de maand december 2021; en
- (ii) de ziektekostenverzekeraar aan hem het entreegeld van € 37,- dient te vergoeden.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10 van 'Deel A Algemene Bepalingen' van de voorwaarden van de ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepaling uit het Burgerlijk Wetboek (BW) en de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunt verzoeker

6.2. Verzoeker woont samen met zijn partner in Thailand, en heeft de ziektekostenverzekering afgesloten ter dekking van eventuele zorgkosten. Met de overgang naar een andere risicodrager kwam hij erachter dat de ziektekostenverzekeraar niet gespecialiseerd is in de vergoeding van ziektekosten in het buitenland. In Thailand dient men eerst te betalen alvorens men wordt behandeld. De ziektekostenverzekeraar kon verzoeker echter niet vertellen tot welk bedrag hij eventuele kosten zou moeten voorschieten. Hij werd hiervoor verwezen naar de afdeling Zorgassistance, waar men hem vertelde dat in bepaalde gevallen een garantverklaring kan worden gegeven. De ziektekostenverzekeraar kent geen ziekenhuizen in Thailand en heeft ook geen lokale vertegenwoordigers. Dit betekent dat verzoeker feitelijk nooit zorg had kunnen krijgen in zijn woonland als de kosten te hoog zouden zijn om deze zelf voor te schieten. Om die reden vordert verzoeker de voor 2021 betaalde premie voor hem en zijn partner van de ziektekostenverzekeraar terug. Dit gaat om een bedrag van € 9.564,12. Als de ziektekostenverzekeraar hiertoe niet gehouden is, vordert verzoeker in ieder geval de premie voor de maand december 2021 terug. Dit betreft een bedrag van € 797,01. Verzoeker is er immers in die maand mee bekend geworden dat hij een verzekering had afgesloten waaraan hij niets had.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekering dekking biedt voor de kosten van zorg. Dit betekent dat de verzekerde zelf de kosten voorschiet en deze vervolgens declareert. Als er geen afspraken zijn tussen de zorgverlener en de ziektekostenverzekeraar, zal de ziektekostenverzekeraar rechtstreeks aan de verzekerde betalen. Dekking is volgens de Wmg of het in Nederland geldende marktconforme bedrag. De verzekerde is verplicht contact op te nemen met Zorgassistance bij spoedeisende situaties buiten het eigen woonland. Voor spoedeisende zorg en planbare zorg in het woonland bestaat deze verplichting niet. Voorschotbetalingen en garantstellingen door Zorgassistance zijn niet gedekt onder de ziektekostenverzekering. Deze dienstverlening is uitsluitend van toepassing op de aanvullende ziektekostenverzekering Topfit Internationaal. Verzoeker heeft deze aanvullende verzekering niet afgesloten.

- 6.4. In voorkomend geval zal de ziektekostenverzekeraar altijd kijken of Zorgassistance kan worden ingeschakeld, om zo een verzekerde van dienst te zijn. Bijvoorbeeld als het bedrag voor een verzekerde te groot is om voor te schieten. De zorgaanbieder heeft dan de zekerheid dat de kosten worden vergoed tot het bedrag waarvoor de garantie is afgegeven. Het is gebruikelijk dat het ziekenhuis de kosten vervolgens, tot het bedrag van de afgegeven garantie, rechtstreeks bij Zorgassistance in rekening brengt. Bedragen die buiten de garantie vallen, worden meestal door de zorgverlener bij de verzekerde in rekening gebracht. Dit is echter een aanvullende service die de ziektekostenverzekeraar in bepaalde gevallen kan aanbieden als de situatie daarom vraagt. Bij de alarmcentrale Zorgassistance werken de professionals van SOS International, die veel ervaring hebben met zorg in het buitenland (buiten Nederland). Zij hebben meegedeeld dat zij in voorkomend geval verzoeker hadden kunnen helpen. Volgens SOS zijn er soms ziekenhuizen die alleen een kostprijsgarantie accepteren en niet willen werken met garanties voor beperkte dekking. Maar dat is eerder een uitzondering dan de regel. Als een ziekenhuis een beperkte garantie niet wil accepteren, schakelt SOS hun agent ter plekke in, die vaak alsnog kan regelen dat een garantieverklaring wordt geaccepteerd. Daarbij geeft SOS aan dat het grootste gedeelte van de ziekenhuizen in Thailand de garantiestellingen accepteert, of die van de agent ter plekke. De ziektekostenverzekeraar is dan ook van mening dat hij voldoet aan wat in de voorwaarden van de ziektekostenverzekering is bepaald.

Overwegingen commissie

- 6.5. In artikel 7:938 BW is, behoudens de in dit artikel genoemde uitzonderingen, bepaald dat geen premie is verschuldigd indien in het geheel geen risico is gelopen. Indien over een vol verzekeringsjaar geen risico is gelopen, is over dat jaar geen premie verschuldigd. Met "geen risico is gelopen" wordt tot uitdrukking gebracht dat de bepaling toepassing vindt, indien noch de verzekeraar noch de tot uitkering gerechtigde het risico heeft gelopen waartegen werd verzekerd. In dit verband overweegt de commissie dat uit artikel 1 van 'Deel B Omvang Dekking' van de ziektekostenverzekering blijkt dat deze verzekering een restitutieverzekering is. Dit betekent dat nota's in beginsel altijd moeten worden voorgeschoten, waarna deze ter declaratie kunnen worden ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar vergoedt de gedeclareerde kosten vervolgens aan de verzekerde voor zover hiervoor dekking bestaat. Voorts is in 'Deel C Zorgdiensten' van de ziektekostenverzekering geregeld dat de ONVZ ZorgConsulent kan worden geraadpleegd indien wachtlijstbemiddeling nodig is, om zorg te regelen of om informatie te verkrijgen over gezondheid, ziekte, preventie en de gezondheidszorg. De afdeling ONVZ Zorgassistance kan worden benaderd als zorg buiten het woonland nodig is.
- 6.6. Kennelijk meent verzoeker dat hij een natura- of combinatieverzekering had afgesloten. Bij raadpleging van voornoemde verzekeringsvoorwaarden had hij kunnen vaststellen dat deze aanname niet juist was. Het ligt op de weg van verzoeker zich ervan te vergewissen dat door hem de gewenste verzekering is afgesloten. Dat hij dit eerder niet heeft gedaan, betekent niet dat gedurende het jaar 2021 door de ziektekostenverzekeraar geen risico is gelopen. Eventuele, onder de dekking van de ziektekostenverzekering vallende kosten, zouden immers moeten worden vergoed. Daarbij is niet gebleken dat verzoeker in dat jaar geen - verzekerde - zorg heeft kunnen afnemen omdat hij de kosten niet zelf kon voorschieten. Ook is niet gebleken dat de ziektekostenverzekeraar de in de voorwaarden genoemde service niet heeft geleverd respectievelijk dat deze niet zou zijn geleverd, wanneer verzoeker hier een beroep op had gedaan. De ziektekostenverzekeraar heeft derhalve gedurende het jaar 2021 het volledige risico gelopen, zodat het beroep op artikel 7:938 BW niet slaagt. Verzoeker heeft dan ook geen aanspraak op terugbetaling van de door hem betaalde premiegelden.
- 6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 24 mei 2022,

A.I.M. van Mierlo

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

Burgerlijk Wetboek Boek 7

Artikel 938

1. Behoudens het geval van opzet van de verzekeringnemer of de derde, bedoeld in artikel 928 lid 2 of lid 3 om de verzekeraar te misleiden is geen premie verschuldigd indien in het geheel geen risico is gelopen. Indien over een vol verzekeringsjaar geen risico is gelopen, is over dat jaar geen premie verschuldigd. De verzekeraar heeft recht op een billijke vergoeding van de te zijnen laste gekomen kosten.
2. Gedurende één maand na afloop van een vol verzekeringsjaar waarin geen risico is gelopen, mag elke partij de overeenkomst met ingang van het nieuwe verzekeringsjaar opzeggen. Deze opzegging heeft geen rechtskracht, indien risico is gelopen tussen de aanvang van het nieuwe verzekeringsjaar en de opzegging.
3. Is slechts risico gelopen over een kleiner aantal zaken of een kleinere hoeveelheid dan was verzekerd, dan zijn de leden 1 en 2 van toepassing voor zover geen risico is gelopen.

Deel B Omvang Dekking

ONVZ Basisfit Internationaal 2021

Artikel 1 Restitutiebasis

- lid 1 De ONVZ Basisfit Internationaal biedt aanspraak op vergoeding van de kosten voor zorg en overige diensten als hierna omschreven. Daarbij bent u vrij in de keuze van zorgverlener. De zorgverlener moet wel voldoen aan de geldende (kwaliteits)wetgeving.
- lid 2 ONVZ vergoedt de kosten tot maximaal:
1. het tarief overeengekomen tussen de zorgverlener en ONVZ,
 2. als er geen contract is, het tarief volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), of
 3. als er geen Wmg-tarief bestaat, een in Nederland geldend marktconform bedrag. Onder marktconform bedrag verstaat ONVZ: het door de zorgverlener in rekening gebrachte bedrag, voor zover dat in verhouding tot het door de overige zorgaanbieders in Nederland voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag niet onredelijk hoog is. Bij medisch-specialistische zorg bijvoorbeeld vergoedt de zorgverzekeraar maximaal de prijs waar 95% van de zorgverleners onder blijft. Als er bij de verzekerde een bijzondere (medische) reden is voor een hogere prijs, kan de zorgverzekeraar een uitzondering maken.
- lid 3 Buiten Nederland genoten medisch-specialistische zorg wordt voor de toepassing van het vorige lid vertaald naar het passende Nederlandse DBC-zorgproduct.
- lid 4 ONVZ vergoedt nota's van zorgverleners in euro's. Daarbij hanteert zij de wisselkoers van de laatste werkdag van de maand voorafgaand aan die waarin de zorg of dienst is ontvangen.

Artikel 2 Eigen risico

- lid 1 Voor de ONVZ Basisfit Internationaal kunt u kiezen voor een eigen risico. ONVZ brengt het eigen risico in mindering op vergoedingen vanuit de ONVZ Basisfit Internationaal. Het gekozen eigen risico is vermeld op het polisblad. De andere eigen risico bedragen die u kunt kiezen, staan vermeld in de premietabel die onderdeel uitmaakt van voorwaarden van de ONVZ Basisfit Internationaal.
- lid 2 Kosten die niet onder de dekking van de ONVZ Basisfit Internationaal vallen, tellen niet mee voor het vol maken van het eigen risico.
- lid 3 Als de ONVZ Basisfit Internationaal in de loop van een kalenderjaar ingaat of eindigt, berekent ONVZ het eigen risico door het geldende eigen risico te vermenigvuldigen met het aantal dagen waarop de verzekering liep of zal lopen, gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar. Wordt u in de loop van een kalenderjaar 18 jaar, dan berekent ONVZ het eigen risico door het geldende eigen risico te vermenigvuldigen met het aantal dagen waarover volwassenenpremie wordt betaald, gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar.
- De uitkomsten van deze berekeningen worden afgerond op hele euro's.
- lid 4 Voor medisch-specialistische zorg zoals omschreven in artikel 4, verleend in een Nederlandse zorginstelling, geldt dat voor de verrekening van het eigen risico een DBC of DBC-zorgproduct wordt toegerekend aan het jaar waarin de DBC of het DBC-zorgproduct wordt geopend. Voor medisch-specialistische zorg buiten Nederland geldt, dat voor de verrekening van het eigen risico de kosten van de nota worden toegerekend aan het jaar waarin de behandeldatum van de betreffende nota valt.

Artikel 3 Huisartsenzorg

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor geneeskundige zorg zoals huisartsen in het woonland die plegen te bieden. Een huisarts of een daarmee gelijk te stellen arts/zorgaanbieder, werkzaam onder de verantwoordelijkheid van een huisarts, verleent de zorg. Huisartsenzorg omvat ook daarmee samenhangend (laboratorium)onderzoek.

Deel C Zorgdiensten

ONVZ Basisfit Internationaal 2021

ONVZ ZorgConsulent: van preventie tot nazorg

Gezond zijn en gezond blijven is het uitgangspunt van ONVZ. Dat houdt in dat ONVZ meer doet dan het uitbetalen van nota's. U kunt bij ONVZ terecht voor (wachtlijst)bemiddeling, het regelen van zorg en voor informatie over gezondheid, ziekte, preventie en de gezondheidszorg. Hiervoor kunt u contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent.

De ONVZ ZorgConsulent is tijdens kantooruren bereikbaar vanuit Nederland op het gratis telefoonnummer 0800 022 14 50 of vanuit het buitenland op +31 (0)30 639 62 24.

Informatie over gezondheid, ziekte, preventie en gezondheidszorg

Daarnaast kunt u via de ONVZ ZorgConsulent:

- telefonisch een arts of diëtist raadplegen voor algemene informatie over ziekten, aandoeningen en voeding;
- informatie krijgen over onderwerpen met betrekking tot gezondheidszorg, gezond leven, bewegen en voeding.

ONVZ Zorgassistance

Als u buiten uw woonland onverwacht in een ziekenhuis wordt opgenomen, moet u contact (laten) opnemen met ONVZ Zorgassistance. Dit geldt ook bij de noodzaak tot repatriëring. Hierbij dient u het relatienummer en de naam van de verzekerde op te geven. Daarnaast kunt u contact opnemen voor advies over geneeskundige hulp in noodsituaties.

ONVZ Zorgassistance is 24 uur per dag, 7 dagen per week bereikbaar op telefoonnummer +31 (0)88 668 97 67.

Voor verzekerden die ten behoeve van een gedekte behandeling in Nederland verblijven, geldt ook het volgende:

eHealth

ONVZ vindt het belangrijk dat u zelf zo veel mogelijk de regie heeft over uw gezondheid en uw behandeling. eHealth kan u hierbij ondersteunen. eHealth is het gebruik van informatie- en communicatietechnologieën (ICT) om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren. In veel gevallen gaat het om een andere manier van het aanbieden van zorg die vergoed wordt binnen uw verzekering. Voor meer informatie over de mogelijkheden en vergoeding van eHealth kunt u contact opnemen met de ONVZ ZorgConsulent.

ONVZ Kraamzorg Service

Kraamzorg is onderdeel van de dekking geboortezorg zoals beschreven in artikel 6 van deel B van de ONVZ Basisfit Internationaal. Voor informatie over kraamzorg of als u kraamzorg door ONVZ wilt laten regelen, kunt u bellen met de ONVZ Kraamzorg Service. Het aanvragen van kraamzorg kunt u ook regelen via www.onvz.nl/kraamzorg. ONVZ Kraamzorg Service regelt de kraamzorg bij een erkende kraamzorgorganisatie. U dient de kraamzorg minimaal 4 maanden voor de vermoedelijke bevallingsdatum aan te vragen. De ONVZ Kraamzorg Service is op werkdagen tussen 8.00 en 17.30 uur bereikbaar op telefoonnummer 088 668 97 05.

Taxivervoer

Taxivervoer is onderdeel van de dekking zittend ziekenvervoer zoals beschreven in artikel 19 van deel B van de ONVZ Basisfit Internationaal. Om u optimaal van dienst te zijn, laat ONVZ een taxibedrijf het taxivervoer binnen Nederland voor haar verzekerden regelen. Als u hiervan gebruik wilt maken, kunt u op werkdagen tussen 8.30 en 17.00 uur contact opnemen met dit taxibedrijf op het telefoonnummer 0900 333 33 30.

Zorgbemiddeling

Als u zorg nodig heeft en deze niet snel (genoeg) kunt krijgen, kunt u de ONVZ ZorgConsulent vragen om te bemiddelen. De ONVZ ZorgConsulent probeert dan de wachttijd te verkorten. Ook als u om andere redenen behoefte heeft aan zorgbemiddeling, probeert de ONVZ ZorgConsulent aan uw wensen tegemoet te komen.