

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. J.J.M. Linders en mr. B.L.A. van Drunen

Zaaknummer: 202501080

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,

en

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij brief van 10 december 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 24 december 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 13 februari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 17 februari 2026 aan verzoeker gestuurd. Op 30 maart 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar een brief aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is op 31 maart 2026 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 17 respectievelijk 30 maart 2026 verklaard niet te willen worden gehoord.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ Gemeentepakket Compleet en Gemeentepakket, Herverzekeren Verplicht Eigen Risico € 0 (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. In augustus en september 2024 heeft verzoeker zorg genoten in Turkije. Er is een CT-scan uitgevoerd en medicatie aangeschaft. De kosten hiervan, te weten een bedrag van totaal € 279,52, zijn op 12 september 2024 bij de ziektekostenverzekeraar ter declaratie ingediend.
- 2.3. Bij uitkeringsbericht van 24 september 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de kosten niet worden vergoed.
- 2.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar op 18 oktober 2024 om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 29 oktober 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft. Op een brief hierover van 14 maart 2025 van

verzoeker werd door de ziektekostenverzekeraar niet gereageerd. Bij brief van 25 april 2025 heeft verzoeker een klacht ingediend over het uitblijven van een reactie, waarop de ziektekostenverzekeraar op 1 mei 2025 schriftelijk heeft gereageerd.

3. Standpunt verzoeker

3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziekteverzekeraar gehouden is de door hem in Turkije gemaakte zorgkosten ten bedrage van totaal € 279,52 te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.

3.2. Verzoeker is het niet eens met de afwijzende beslissing van de ziektekostenverzekeraar. Een motivering ontbreekt en de overgelegde medische verklaringen zijn door de ziektekostenverzekeraar niet inhoudelijk beoordeeld. Op een formeel ingediende klacht werd niet gereageerd. Verzoeker voelt zich genegeerd en niet serieus genomen. Er is onvoldoende oog voor de medische noodzaak van de in Turkije genoten zorg, de spoedeisendheid, en het destijds ontbreken van een reëel alternatief.

Verzoeker stelt verder dat door hem een Engelstalig dossier is aangeleverd met duidelijke verslagen, laboratoriumuitslagen, scans en verklaringen van de behandelend artsen in Turkije. Volgens verzoeker blijkt uit de medische stukken dat sprake was van cardiale klachten bij een patiënt met een zeer risicovolle medische voorgeschiedenis (twee bypassoperaties en ernstige coronaire afwijkingen), die cardiologische evaluatie en een vervolg vereisten. In zijn brief van 10 december 2025 voert verzoeker aan dat de acute ademhalingsproblemen en pijn op de borst directe medische beoordeling en behandeling rechtvaardigden, mede gezien het risico op levensbedreigende complicaties. In de brief van het Turkse ziekenhuis wordt expliciet verwezen naar eerdere hartoperaties en de actuele klachten. Verzoeker heeft in Nederland al eens een ambulance moeten bellen voor soortgelijke klachten, hetgeen de ernst ervan onderstreept.

3.3. Het is volgens verzoeker onredelijk en in strijd met de strekking van de Zorgverzekeringswet en de voorwaarden van de zorgverzekering om in deze situatie vergoeding te weigeren op grond van summiere verslaglegging, zeker nu aantoonbaar is geprobeerd aanvullende informatie te verkrijgen. Verzoeker heeft, ondanks zijn inspanningen, geen aanvullende medische informatie van het Turkse ziekenhuis ontvangen. Daarom is afwijking van de strikte bewijsregels op zijn plaats. Verzoeker is bereid een machtiging af te geven op basis waarvan de ziektekostenverzekeraar daar zelf navraag kan doen, teneinde alsnog een inhoudelijke beoordeling te kunnen uitvoeren.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat geen aanspraak bestaat op vergoeding van de in Turkije gemaakte zorgkosten. In het uitkeringsbericht van 24 september 2024 vermeldt hij dat een bedrag van € 17,13 niet wordt vergoed omdat het gedeclareerde geneesmiddel niet is geregistreerd en niet is opgenomen in het Geneesmiddelen Vergoeding Systeem. Twee andere declaraties – ten bedrage van € 172,47 en € 89,92 – kunnen niet worden vergoed omdat de voor een inhoudelijke beoordeling noodzakelijke informatie ontbreekt.

Hij heeft hiertoe in zijn brief van 13 februari 2026 aangevoerd dat in artikel 1.9 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat voor sommige vormen van zorg een verwijzing, voorschrift of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig is, waaruit blijkt dat de verzekerde op de zorg is aangewezen. Dit is dan vermeld in het betreffende zorgartikel. Een verwijzing, voorschrift en/of toestemming vooraf is niet nodig voor acute zorg. Hieronder wordt verstaan zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer in het woonland. In voorkomend geval dient de verzekerde contact te (laten) opnemen met de alarmcentrale.

Artikel 9.3 van de zorgverzekering bepaalt dat een verzekerde die voor een behandeling in het buitenland één of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen,

voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar nodig heeft. Dit is ook het geval voor zorg in het buitenland waarvoor het toestemmingsvereiste in de zorgartikelen (artikelen 11 tot en met 39) is opgenomen. Hier is ook te vinden of een voorschrift of verwijzing vereist is. Op grond van artikel 16 van de voorwaarden van de zorgverzekering, is voor medisch specialistische zorg een verwijzing nodig. Deze bepaling is gebaseerd op artikel 14, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet.

- 4.2. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat uit de overgelegde stukken niet blijkt van een risico op levensbedreigende complicaties. Verzocht is om een navolgbaar medisch verslag, waarin een anamnese, diagnose en een omschrijving van de behandeling zijn opgenomen. Dit is verzoeker bij herhaling meegedeeld, met name in de telefoongesprekken op 18 september 2024, 8 oktober 2024 en 10 oktober 2024, en bij brieven van 2 september 2024, 29 oktober 2024 en 1 mei 2025. Dat sprake was van een spoedeisende situatie blijkt niet uit de brief van het Turkse ziekenhuis of de overige stukken, zoals het verslag van 28 augustus 2024. De stelling van verzoeker dat het onredelijk is vergoeding te weigeren op basis van de Zorgverzekeringswet en de polisvoorwaarden, is door hem verder niet onderbouwd. De ziektekostenverzekeraar concludeert dat het geen spoedzorg betrof zodat niet kan worden gesteld dat de CT-scan geïndiceerd was. Het is voor hem onduidelijk waarom de vervolgbehandelingen hebben plaatsgevonden en op basis van welke bevindingen. De ziektekostenverzekeraar wijst er voorts op dat een consult op 28 augustus 2024, gevolgd door de CT-scan op 5 september 2024, niet duidt op spoedzorg. Waar het gaat om het aanbod van verzoeker een machtiging af te geven, zodat de ziektekostenverzekeraar zelf informatie kan inwinnen bij het Turkse ziekenhuis, merkt hij op dat de bewijslast, conform artikel 150 van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering, ligt bij de persoon die zich beroept op de rechtsgevolgen van de door hem gestelde feiten of rechten. Ondanks meerdere verzoeken hiertoe is de benodigde informatie om tot een zorgvuldige medische beoordeling te komen niet door verzoeker aangeleverd.
- 4.3. Bij brief van 30 maart 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat de bewijslast conform artikel 150 Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering rust bij degene die zich beroept op de rechtsgevolgen van zijn stellingen. Op grond van artikel 7:941, tweede lid, BW is de verzekeringnemer verplicht binnen een redelijke termijn de verzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen die van belang zijn om de uitkeringsplicht op grond van de zorgverzekering te beoordelen. Het is daarom aan verzoeker om, via de behandelend arts, de medische informatie te verkrijgen en aan de ziektekostenverzekeraar te verstrekken. Indien verzoeker de informatie alsnog kan aanleveren, zal de ziektekostenverzekeraar deze opnieuw beoordelen. Op dit moment kan de ziektekostenverzekeraar de uitkeringsplicht aan de hand van de ontvangen informatie echter niet vaststellen, waardoor vergoeding van de kosten van de zorg terecht is afgewezen. Met inachtneming van alle feiten en omstandigheden komt de ziektekostenverzekeraar tot de conclusie dat de aangeleverde medische informatie niet navolgbaar is, waardoor geen zorgvuldige medisch inhoudelijke beoordeling kan worden gedaan en de ziektekostenverzekeraar de uitkeringsplicht niet kan vaststellen.

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 de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch specialistische zorg, farmaceutische zorg, en de noodzaak van een verwijzing zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Dit geldt ook voor de relevante artikelen uit het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid en het Burgerlijk Wetboek (BW). Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 6.2. Artikel 13, eerste lid, van het Nederlands-Turks Verdrag inzake sociale zekerheid biedt aanspraak op zorg gedurende een tijdelijk verblijf op het grondgebied van de andere staat als de gezondheidstoestand van de verzekerde onmiddellijke geneeskundige behandeling noodzakelijk maakt. Om hiervan gebruik te kunnen maken had verzoeker het zogenoemde 111-formulier moeten tonen aan de zorgaanbieder. De zorgaanbieder kon in dat geval de kosten declareren bij het Turkse uitvoeringsorgaan, voor zover deze onder de dekking van de plaatselijke sociale ziektekostenverzekering vallen. Verzoeker heeft van deze weg geen gebruik kunnen of willen maken. Het is niet aan de commissie om achteraf te beoordelen of, en tot welk bedrag, de kosten eventueel op basis van de Turkse sociale ziektekostenverzekering hadden moeten worden vergoed. Dit betekent dat de onderhavige beoordeling beperkt blijft tot de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.3. Voor zover uit de stukken valt op te maken, heeft verzoeker tijdens het verblijf in Turkije een consult (op 28 augustus 2024), laboratoriumonderzoek (op 29 augustus 2024), en een “CT-angiografie” (op 5 september 2024) gehad. Op grond van artikel 9 van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat onder omstandigheden recht op zorg in het buitenland. Artikel 9.1 heeft betrekking op zorg in een verdragsland, zoals hier aan de orde. De in Turkije genoten zorg betreft medisch specialistische zorg. Tussen partijen is niet in geschil dat de zorgverzekering dekking biedt voor medisch specialistische zorg en dat de genoten zorg behoort tot de verzekerde prestaties, dat wil zeggen dat het zorg betreft zoals medisch specialisten die plegen te bieden en die voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Of verzoeker ook redelijkerwijs op de zorg was aangewezen kan naar het oordeel van de commissie vooralsnog in het midden blijven. Hetgeen partijen verdeeld houdt is namelijk in de eerste plaats het antwoord op de vraag of het hier gaat om spoedzorg (“acute zorg”), dat wil zeggen zorg die niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland, zoals bepaald in artikel 1.9 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Indien het antwoord bevestigend luidt is geen voorafgaande verwijzing nodig; luidt het antwoord ontkennend dan was die wel nodig. In eerdere bindende adviezen heeft de commissie geoordeeld dat het hebben van een verwijzing voor tweedelijnszorg niet enkel een formaliteit is, zoals ook blijkt uit artikel 14, tweede lid, Zvw en artikel 16 van de voorwaarden van de zorgverzekering inzake medisch specialistische zorg (onder het kopje ‘Verwijsbrief nodig van’). De commissie overweegt als volgt.
- 6.4. Verzoeker heeft aangevoerd dat sprake was van spoedzorg, gelet op zijn klachten; acute ademhalingsproblemen en pijn op de borst, en medische voorgeschiedenis. Er bestond het risico van levensbedreigende complicaties. Een en ander zou blijken uit de door hem overgelegde stukken. De ziektekostenverzekeraar heeft dit alles bestreden, door te stellen dat een navolgbaar medisch verslag met hierin een anamnese, diagnose en omschrijving van de vervolgbehandeling ontbreekt. De commissie stelt vast dat een Engelstalige verklaring van ‘Private Ekol Ear Nose and Throat Hospital’ is aangeleverd. Uit deze ‘Patient Epicrisis’ valt op te maken dat bij ‘Complaint/history’ is vermeld: “A patient who had bypassed abroad twice applied due to complaints”. Onduidelijk blijft waaruit deze klachten bestonden en hoe ernstig deze waren. Onder ‘Diagnose’ valt te lezen: “125.1: Artherosclerotic heartdisease, 125.0: Artherosclerotic cardiovascular disease, 110: Essential (primary) hypertension, E78.4: Hyperlipidemia, other”. Bij ‘Result’ is vermeld: “examination requested”. Dit biedt evenmin de benodigde duidelijkheid.

Uit de uitslagen van het daaropvolgende laboratoriumonderzoek zijn ook geen inhoudelijke conclusies te trekken over het voorgaande. Er is onder andere onderzoek gedaan naar HDL en LDL cholesterol en vitamine B12.

Een tweede Engelstalig stuk is de 'Internal epicrisis', 'Cardiac CT angiography report' van 5 september 2024. Ook hierin is geen anamnese opgenomen en worden slechts de bevindingen bij het diagnostisch onderzoek vermeld. Uit het stuk blijkt voorts niet van een vervolgbehandeling. Bovendien valt op dat het consult plaatsvond op 28 augustus 2024 en de CT-angiografie eerst op 5 september 2024.

De commissie concludeert dat onder de gegeven omstandigheden niet is gebleken dat sprake was van spoedzorg. Verzoeker had voor de genoten zorg dan ook een verwijzing nodig en deze ontbreekt.

- 6.5. Volgens verzoeker is het onredelijk en in strijd met de strekking van de Zvw en de voorwaarden van de zorgverzekering om in deze situatie vergoeding te weigeren op grond van summiere verslaglegging, zeker nu aantoonbaar is geprobeerd aanvullende informatie te verkrijgen. De commissie volgt verzoeker hierin niet. Gelet op het ontbreken van een anamnese, duidelijke diagnose, informatie over de vervolgbehandeling en het tijdsverloop tussen het consult en het diagnostisch onderzoek ligt het niet voor de hand dat van het ziekenhuis informatie is te verwachten waaruit zou blijken dat sprake was van spoedzorg. Bovendien zijn de verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde op grond van artikel 7:941, tweede lid, BW verplicht binnen redelijke termijn alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen aan de verzekeraar welke van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen. De commissie ziet geen aanleiding hiervan in dit geval af te wijken. Dat verzoeker bereid is een machtiging af te geven, zodat de ziektekostenverzekeraar zelf informatie kan inwinnen bij het Turkse ziekenhuis, doet niet af aan de informatieplicht die op hemzelf rust. Uit het voorgaande volgt dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de in Turkije genoten medisch specialistische zorg.

- 6.6. Door verzoeker is een kassabon overgelegd van het geneesmiddel Latixa[®] 375 mg. Dit geneesmiddel is in de VS bekend als Ranexa[®] en bevat de werkzame stof ranolazine. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat dit geneesmiddel niet is geregistreerd en om die reden niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt. De commissie overweegt dat farmaceutische zorg op grond van artikel 34 van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden, welke bepaling is gebaseerd op artikel 2.8 Bzv, de bij Regeling zorgverzekering aangewezen geregistreerde geneesmiddelen omvat. Hiertoe wordt verwezen naar bijlage 1 en 2 Rzv. Het aan verzoeker ter hand gestelde geneesmiddel komt hierop niet voor. Voorts bestaat aanspraak op niet-geregistreerde geneesmiddelen, waarbij de eis geldt van rationele farmacotherapie. Het gaat hierbij om apotheekbereidingen, door een arts bij een fabrikant bestelde geneesmiddelen, importgeneesmiddelen die zijn bedoeld voor de behandeling van patiënten met een zeldzame aandoening, en geneesmiddelen die worden ingevoerd ter vervanging van een geregistreerd geneesmiddel dat tijdelijk in Nederland niet of onvoldoende kan worden geleverd. Geen van deze situaties is hier aan de orde. Het voorgaande betekent dat de declaratie voor het geneesmiddel terecht werd afgewezen. Verzoeker heeft nog opgemerkt dat hij zich genegeerd voelt, onder andere omdat niet werd gereageerd op een ingediende formele klacht. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht waardoor dit kon gebeuren en heeft hiervoor zijn excuses aangeboden. De commissie ziet hierin geen aanleiding tot een andere conclusie te komen.

Slotsom

- 6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 12 mei 2026,

A. de Ruijter

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

**Verdrag tussen het Koninkrijk der Nederlanden en de Republiek
Turkije inzake sociale zekerheid, Ankara, 05-04-1966
Geraadpleegd op 31-05-2022. Gebruikte datum 'geldig op'
01-05-1983 en zichtdatum 01-05-1983.
Geldend van 01-05-1983 t/m heden**

Artikel 13

1. Een werknemer of een met hem gelijkgestelde die aangesloten is bij een orgaan van een der Verdragsluitende Partijen en woonachtig is op het grondgebied van die Partij, heeft recht op prestaties gedurende een tijdelijk verblijf op het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij, wanneer zijn gezondheidstoestand onmiddellijke geneeskundige behandeling met inbegrip van opname in een ziekenhuis, noodzakelijk maakt.
2. Een werknemer of een met hem gelijkgestelde, die recht op prestaties heeft verkregen ten laste van een orgaan van een der Verdragsluitende Partijen en die op het grondgebied van die Partij woonachtig is, behoudt dat recht indien hij zijn woonplaats naar het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij overbrengt; vóór de overbrenging moet de werknemer echter toestemming hebben van het bevoegde orgaan dat deze slechts kan weigeren op advies van een geneeskundige van dit orgaan die vastgesteld heeft dat de gezondheidstoestand van de werknemer de overbrenging van de woonplaats naar het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij verhindert.
3. Wanneer een werknemer of een met hem gelijkgestelde overeenkomstig de bepalingen van de vorige leden recht heeft op prestaties, worden de verstrekkingen gedaan door het orgaan van zijn verblijfplaats of van zijn nieuwe woonplaats overeenkomstig de bepalingen van de wettelijke regeling welke door dat orgaan wordt toegepast, in het bijzonder wat betreft de omvang en de wijze van de verstrekking; de periode gedurende welke deze verstrekkingen worden verleend is evenwel gelijk aan die voorzien in de wettelijke regeling van het bevoegde land.
4. In de gevallen, bedoeld in het eerste en tweede lid van dit artikel, worden prothesen, kunstmiddelen van grotere omvang en andere belangrijke verstrekkingen, behalve in onmiskenbare spoedgevallen, slechts verschaft als het bevoegde Orgaan daartoe machtiging heeft verleend.
5. In de gevallen, bedoeld in het eerste en tweede lid van dit artikel, worden de uitkeringen overeenkomstig de wettelijke regeling van het bevoegde land verleend.

Deze uitkeringen kunnen, volgens in een administratief akkoord te stellen regelen, voor rekening van het bevoegde orgaan door het orgaan van het andere land worden uitbetaald.

6. De bepalingen van de vorige leden zijn van overeenkomstige toepassing op de gezinsleden, wanneer zij tijdelijk op het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij verblijven of wanneer zij hun woonplaats overbrengen naar het grondgebied van de andere Verdragsluitende Partij, nadat zij ziek of zwanger zijn geworden.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Artikel 14

1. De vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.
2. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat geneeskundige zorg zoals

medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van acute zorg, slechts toegankelijk is na verwijzing door in die overeenkomst aangewezen categorieën zorgaanbieders, waaronder in ieder geval de huisarts.

3. De zorgverzekeraar draagt er zorg voor dat zijn modelovereenkomst aansluit bij de afspraken, bedoeld in artikel 2.7, vierde lid, van de Jeugdwet.
4. De zorgverzekeraar stemt de wijze waarop hij zijn verantwoordelijkheden op grond van deze wet uitvoert, af met de colleges van burgemeester en wethouders met het oog op de wettelijke verantwoordelijkheden van die laatsten.
5. Voor zover een verzekerde ingevolge zijn zorgverzekering toestemming behoeft van de zorgverzekeraar dan wel een verwijzing of een recept van een deskundige is vereist voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties, en de verzekerde in het bezit is van deze toestemming, deze verwijzing of dit recept, geldt die toestemming, die verwijzing of dat recept als titel voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties gedurende de periode waarvoor de toestemming is verleend of de verwijzing of het recept geldig is, en verlangt een nieuwe verzekeraar niet dat nogmaals toestemming wordt gevraagd of dat een verwijzing of recept wordt overgelegd.

Artikel 16

1. Krachtens de zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd.
2. In afwijking van artikel 925 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek en van het eerste lid:
 - a. is geen premie verschuldigd tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin een verzekerde de leeftijd van achttien jaren heeft bereikt;
 - b. is geen premie verschuldigd over de periode, bedoeld in artikel 18d of 18e.

Burgerlijk Wetboek Boek 7

Artikel 941

1. Zodra de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde van de verwezenlijking van het risico op de hoogte is, of behoort te zijn, is hij verplicht aan de verzekeraar de verwezenlijking te melden. Dit geschiedt zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is.
2. De verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht binnen redelijke termijn de verzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen welke voor deze van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen.
3. Indien door de tot uitkering gerechtigde een verplichting als bedoeld in de leden 1 of 2 niet is nagekomen, kan de verzekeraar de uitkering verminderen met de schade die hij daardoor lijdt.
4. De verzekeraar kan het vervallen van het recht op uitkering wegens niet-nakoming van een verplichting als bedoeld in de leden 1 en 2 slechts bedingen voor het geval hij daardoor in een redelijk belang is geschaad.
5. Het recht op uitkering vervalt indien de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde een verplichting als bedoeld in de leden 1 en 2 niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar te misleiden, behoudens voor zover deze misleiding het verval van het recht op uitkering niet rechtvaardigt.

Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering

Artikel 150

De partij die zich beroept op rechtsgevolgen van door haar gestelde feiten of rechten, draagt de bewijslast van die feiten of rechten, tenzij uit enige bijzondere regel of uit de eisen van redelijkheid en billijkheid een andere verdeling van de bewijslast voortvloeit.

1.6. Tijdige zorgverlening

Als een gecontracteerde zorgaanbieder de zorg naar verwachting niet of niet-tijdig kan leveren, dan heeft u recht op zorgbemiddeling. Wij kunnen u toestemming geven om voor deze zorg naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Wij vergoeden dan de kosten tot maximaal de wettelijke Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn vastgesteld, vergoeden wij de kosten tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Om te bepalen of er sprake is van tijdige zorgverlening, gaan wij uit van:

- Medisch inhoudelijke factoren
- Algemene, maatschappelijk aanvaardbare wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.

1.7. Rechtstreekse betaling

Wij hebben het recht om de kosten van zorg rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder. Met deze betaling vervalt uw recht op vergoeding.

1.8. Verrekening van kosten

Als wij rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen en meer vergoeden dan waartoe wij gehouden zijn op grond van uw zorgverzekering of de kosten komen anderszins voor uw rekening, dan bent u als verzekeringnemer de kosten verschuldigd aan ons. Deze bedragen brengen wij later bij u in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg heeft u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. Dit geven wij aan in het betreffende zorgartikel.

Een verwijzing, voorschrift en/of toestemming vooraf is niet nodig voor acute zorg, dat wil zeggen zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.

Verwijzing of voorschrift

Staat in het zorgartikel dat u een verwijzing of voorschrift nodig heeft? Dan kunt u die vragen aan de zorgaanbieder die we in het artikel noemen. Vaak is dat de huisarts.

Toestemming (machtiging)

U heeft in een aantal gevallen onze toestemming nodig voordat de zorg wordt geleverd. Deze toestemming noemen we ook wel een machtiging. Als u vooraf geen toestemming heeft gekregen, dan heeft u geen recht op (vergoeding van de kosten van) de zorg.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een contract hebben gesloten? Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Uw zorgaanbieder beoordeelt in dit geval of u voldoet aan de voorwaarden en/of vraagt voor u toestemming bij ons aan. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. U kunt uw aanvraag ook rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen. Voor het verlenen van toestemming gaan wij na of uw zorgaanbieder van onberispelijk gedrag is. Als uw zorgaanbieder niet van onberispelijk gedrag is, kan dat gevolgen hebben voor uw machtigingsaanvraag.

Als u toestemming heeft voor verzekerde zorg geldt deze ook als u overstapt naar een andere zorgverzekeraar of als u van uw vorige verzekeraar toestemming heeft ontvangen.

1.10. Wanneer heeft u recht op (vergoeding van de kosten van) verzekerde zorg?

U heeft recht op (vergoeding van de kosten van) zorg als de zorg is geleverd tijdens de looptijd van uw zorgverzekering. Als in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over (kalender)jaar, dan is voor de beoordeling aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden toegerekend de door de zorgaanbieder opgegeven datum waarop de zorg is geleverd bepalend. Als een behandeling in 2 kalenderjaren valt en de zorgaanbieder de kosten

Artikel 9. Buitenland

9.1. U woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland

Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland, dan heeft u voor zorg recht op:

- Zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;
- Zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- Vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Let op

Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan heeft u recht op een vergoeding tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven of de in Nederland geldende redelijke marktprijs. Voor voorzienbare zorg die naar verwachting niet of niet op tijd kan worden geleverd door een gecontracteerde zorgaanbieder, kunnen wij de vergoeding voor de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder aanvullen tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven of de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Europese gezondheidskaart (EHIC)

Op de achterzijde van uw zorgpas staat de EHIC. Als u op vakantie naar een EU-/EER-land of Zwitserland gaat, dan heeft u hiermee recht op noodzakelijke medische zorg in het vakantieland. U kunt de EHIC gebruiken in Australië voor spoedeisende medische zorg. U mag deze EHIC alleen gebruiken als u bij ons verzekerd bent. Als u deze EHIC in het buitenland gebruikt, terwijl u weet of kunt weten dat deze niet meer geldig is, dan zijn de kosten van zorg voor uw rekening. Heeft u geen zorgpas met EHIC? Dan kunt u deze gratis aanvragen.

9.2. U woont of verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is

Als u woont of tijdelijk verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, dan kunt u voor zorg in uw woonland of in het land van tijdelijk verblijf kiezen uit:

- Zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- Vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Let op

De kosten van een behandeling in het buitenland kunnen hoger zijn dan de kosten in Nederland. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als de behandeling in Nederland zou plaatsvinden. Houdt u er daarom rekening mee dat u voor behandelingen in het buitenland mogelijk een (groot) gedeelte van de kosten zelf moet betalen.

9.3. Toestemming en/of verwijzing

Wilt u zich in het buitenland laten behandelen? Als u voor deze behandeling 1 of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, dan heeft u vooraf onze toestemming nodig. U heeft ook toestemming nodig voor zorg in het buitenland waarvoor dit in de zorgartikelen (artikel 11 tot en met 39) is vermeld. U vindt in deze artikelen ook of u een verwijzing of voorschrift nodig heeft.

Heeft u onze toestemming niet nodig, maar wilt u wel graag vooraf weten of uw behandeling in het buitenland voor vergoeding in aanmerking komt? Dan kunt u ons vragen om dit voor u te beoordelen. Kijk voor meer informatie op onze website.

U heeft geen toestemming nodig als u onverwacht wordt opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd. Als u 1 of meer nachten wordt opgenomen, dan moet u (laten) bellen met onze alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u in de App, op uw zorgpas en op onze website.