

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. drs. J.W. Heringa en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Zaaknummer: 202500090

## Partijen

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

en

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten, en
- 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten,  
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

## 1. Verloop van de procedure

- 1.1. Bij e-mailbericht van 25 juli 2025 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen.
- 1.2. De commissie heeft bij brief van 6 augustus 2025 aan verzoeker te kennen gegeven dat een heroverweging van de ziektekostenverzekeraar ontbreekt en de commissie geen schadevergoeding kan toekennen.
- 1.3. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 24 augustus 2025 de commissie gevraagd een uitspraak te doen over de handelwijze van de ziektekostenverzekeraar. De commissie heeft bij brief van 9 september 2025 vastgesteld dat inmiddels een heroverweging door de ziektekostenverzekeraar had plaatsgevonden. Op 2 oktober 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.4. Bij brief van 10 december 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 11 december 2025 aan verzoeker gestuurd.
- 1.5. Verzoeker heeft bij brief van 24 december 2025 zijn pleitnotitie gestuurd. Een kopie hiervan is op 30 december 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.6. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 maart 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

## 2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ONVZ Vrije Keuze Superfit en ONVZ Werkfit (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil, zodat deze verder onbesproken blijft.
- 2.2. Aanvankelijk heeft verzoeker bij SKGZ een klacht ingediend over de vergoeding van medisch specialistische zorg. Deze klacht is door de Ombudsman Zorgverzekeringen bemiddeld. Bij brief van 25 juni 2025 heeft de Ombudsman aan partijen bevestigd dat het dossier wordt gesloten, omdat partijen tot een oplossing zijn gekomen. Bij e-mailbericht van 30 juni 2025, gericht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, heeft verzoeker meegedeeld dat met betrekking tot de kwestie nog het punt resteert van de wettelijke rente en de buitengerechtelijke incassokosten.
- 2.3. Bij e-mailbericht van 16 juli 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat geen recht bestaat op vergoeding van de wettelijke rente en de buitengerechtelijke incassokosten.
- 2.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 18 juli 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

## 3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft de commissie verzocht te beslissen over de handelwijze van de ziektekostenverzekeraar inzake de afwijzing van de wettelijke rente en de buitengerechtelijke incassokosten.
- 3.2. Bij e-mailbericht van 16 juli 2025, gericht aan de ziektekostenverzekeraar, heeft verzoeker verklaard dat de aanvankelijke vordering, de vergoeding van medisch specialistische zorg, niet direct is erkend en dat dit onrechtmatig was. Daardoor is niet alleen een vordering ontstaan op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering, maar ook op basis van onrechtmatige daad. Dit maakt dat zowel de vordering van de wettelijke rente als die van de buitengerechtelijke incassokosten toewijsbaar is. Deze laatste kosten zijn inmiddels opgelopen tot € 3.751,-- (15,5 uren x € 200,-- excl. Btw). In zijn e-mailbericht van 19 juli 2025, in de fase van bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen, heeft verzoeker gesteld dat in geval van onrechtmatige daad de wettelijke rente telt vanaf de datum van het ontstaan van de schuld, in dit geval de datum van de factuur. Ook wanneer pas na jaren de aansprakelijkheid van de wederpartij wordt vastgesteld, wordt de rente berekend vanaf het moment van het ontstaan van de schuld en niet vanaf het moment van vestiging van aansprakelijkheid, zoals de ziektekostenverzekeraar beweert. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft hij de kosten van de medisch specialistische zorg coulancehalve vergoed, maar dit komt door de aanvullende medische informatie. Dat de ziektekostenverzekeraar de eis tot vergoeding van de buitengerechtelijke incassokosten volledig negeert, is volgens verzoeker zeer onbeleefd.
- 3.3. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 25 juli 2025, gericht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, verklaard dat hij, nu de ziektekostenverzekeraar de wettelijke rente en buitengerechtelijke incassokosten niet wil vergoeden, de zaak aan de commissie wil voorleggen. Hij heeft verklaard rente en kosten tijdens de behandeling van de klacht door de Ombudsman Zorgverzekeringen niet te hebben genoemd, omdat hij niet wist dat hij deze direct bij het indienen van zijn klacht moest vorderen. In het kader van een snelle oplossing verzoekt hij een vergoeding van € 3.750,--. Verzoeker heeft gesteld dat nadrukkelijk onder de aandacht moet worden gebracht dat de ziektekostenverzekeraar hem verwijt dat het medische dossier incompleet was. Hetgeen de

ziektekostenverzekeraar wilde weten, het betrof hierbij medische informatie, kon hij echter niet overleggen. Verzoeker vraagt zich af of de ziektekostenverzekeraar achterover kan leunen en toestemming voor een operatie kan weigeren, omdat er een incompleet dossier is aangeleverd. Volgens verzoeker behoort dit bij uitstek tot het terrein van de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar.

- 3.4. De commissie heeft bij brief van 6 augustus 2025 aan verzoeker meegedeeld dat zijn verzoek niet voldoet aan het Reglement voor het behandelen van klachten en geschillen (hierna: het reglement). In dit verband is in de brief aan verzoeker toegelicht dat het in de procedure bij de Ombudsman Zorgverzekeringen ging over de klacht over het niet vergoeden van medische specialistische zorg. De ziektekostenverzekeraar heeft in die fase besloten alsnog tot vergoeding over te gaan. Verzoeker heeft daarna een nieuwe vordering, namelijk tot vergoeding van de wettelijke rente en buitengerechtelijke incassokosten, ingediend. In artikel 2.1, onder a, van het reglement is bepaald dat de klacht eerst moet zijn voorgelegd aan de ziektekostenverzekeraar en dat deze een redelijke mogelijkheid moet hebben gehad hierop schriftelijk te reageren. Dit was destijds ten aanzien van de gevorderde rente en kosten nog niet gebeurd. Verder is in artikel 21 van het reglement bepaald dat het uitgangspunt is dat de kosten voor rekening zijn van de partij die deze maakt. In het tweede lid van dit artikel is een uitzondering opgenomen. Hierin is bepaald dat als betrokkene in de uitspraak (geheel of gedeeltelijk) in het gelijk wordt gesteld, vergoeding van de kosten van rechtsbijstand kan worden toegewezen indien hierom is verzocht en de gevorderde kosten redelijk zijn. De ziektekostenverzekeraar heeft de kosten van de medisch specialistische zorg alsnog vergoed. Hierdoor blijft een bindend advies over de oorspronkelijke kwestie achterwege. Het reglement kent voorts geen mogelijkheid tot het toekennen van de wettelijke rente of andere vorm van schadevergoeding voor kosten.
- 3.5. Verzoeker heeft in een ongedateerde brief, gericht aan de ziektekostenverzekeraar, verklaard dat de commissie niet beslist over de feitelijke schadecomponenten, maar wel kan beslissen of er onjuiste argumenten zijn aangevoerd om onder betaling uit te komen. Verzoeker heeft gesteld dat de verplichting tot vergoeding van de wettelijke rente niet voortvloeit uit het schadevergoedingsrecht maar is te vinden in de algemene regeling inzake nakoming van verbintenissen tot betaling van een geldsom. Hij verwijst hiervoor naar artikel 6:119, eerste lid, van het Burgerlijk Wetboek. De duur van de looptijd van de wettelijke rente wordt beheerst door de verzuimregeling van artikel 6:81 e.v. van het Burgerlijk Wetboek. Voor verzoeker is het schrijnend dat de ziektekostenverzekeraar nooit enige empathie heeft getoond. Hij heeft opgemerkt dat de mens achter het relatienummer kapotgaat over deze kwestie.
- 3.6. Bij e-mailbericht van 24 augustus 2025, gericht aan de commissie, heeft verzoeker verwezen naar de Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap. In artikel 1.1.1. staan volgens hem belangrijke verplichtingen van de zorgverzekeraar richting zijn verzekerden. Op de zorgverzekeraar rust een zorgplicht, op grond waarvan hij zich te allen tijde dient in te spannen voor goede kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg binnen de grenzen van zijn mogelijkheden en binnen een redelijke termijn. Uit de Gedragscode vloeit ook voort dat de zorgverzekeraar zich bij de uitvoering van de zorgverzekering redelijk en billijk opstelt.
- 3.7. Aanvankelijk heeft verzoeker verzocht om vergoeding van medisch specialistische zorg. Het verkrijgen van de daartoe benodigde aanvullende medische informatie verliep traag en moeizaam, en zonder de hulp van derden had verzoeker dit niet voor elkaar gekregen. Volgens verzoeker blijkt hieruit dat de ziektekostenverzekeraar zelf moeite had moeten doen om de medische onderbouwing te krijgen. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft een te passieve en ondergeschikte rol aangenomen. Deze had eenvoudig kunnen bellen met de behandelend arts. Door dit na te laten stond zijn belang volgens verzoeker niet centraal. De ziektekostenverzekeraar onttrekt zich hiermee volledig aan zijn verantwoordelijkheid om verzoeker toegang tot goede zorg te verlenen. Verzoeker wil dat de ziektekostenverzekeraar zijn vordering tot

vergoeding van de wettelijke rente en de buitengerechtelijke incassokosten serieus neemt en correct reageert, met inachtneming van de positie die hij heeft jegens zijn verzekerde. De ziektekostenverzekeraar heeft daarentegen met betrekking tot de wettelijke rente alleen een eigen interpretatie van de wet gegeven, zonder te onderbouwen waarom deze juist zou zijn. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar de gevorderde kosten van buitengerechtelijke bijstand naast zich neergelegd. Dat is volgens verzoeker onbeleefd. Ook hierover wil verzoeker een inhoudelijke en correctie reactie ontvangen van de ziektekostenverzekeraar.

- 3.8. Bij brief van 24 december 2025 heeft verzoeker zijn klacht over de handelwijze van de ziektekostenverzekeraar nader toegelicht. Verzoeker vindt het onbegrijpelijk dat – pas na zijn klacht – de ziektekostenverzekeraar zonder enige toelichting is overgegaan tot vergoeding van de medische kosten. Hierover was verzoeker ernstig verontwaardigd. Vanwege de vertraagde vergoeding van de medische kosten vordert verzoeker nu vergoeding van de wettelijke rente. Daarnaast vraagt verzoeker om vergoeding van de door hem gemaakte kosten voor rechtsbijstand. Volgens verzoeker is het niet relevant wie verantwoordelijk was voor het leveren van de medische informatie. Hij heeft verder verklaard dat de commissie, volgens de ziektekostenverzekeraar, niet bevoegd is te beslissen over een schadevergoeding, maar dat uit artikel 18, eerste lid, van het Reglement van de Geschillencommissie Zorg volgt dat zij hiertoe wel bevoegd is.
- 3.9. Ter zitting heeft verzoeker herhaald dat naar aanleiding van het geschil over de vergoeding van medische kosten – dat inmiddels is opgelost – nog wordt verzocht om vergoeding van buitengerechtelijke kosten en de wettelijke rente. Volgens verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar een bijzondere rol. Steeds weer is verwezen naar de voorwaarden waaraan verzoeker moest voldoen, maar alle informatie waarnaar werd gevraagd werd destijds aangeleverd. Vervolgens werd zijn verzoek om vergoeding van medische kosten afgewezen, omdat de toestemming van de ziektekostenverzekeraar niet was afgewacht. Uiteindelijk is na het behandelen van de klacht wel een bedrag vergoed. Verzoeker heeft kosten voor rechtsbijstand moeten maken en heeft verzocht om vergoeding hiervan en ook om vergoeding van de wettelijke rente. Hij licht toe dat aan de commissie ten eerste een beslissing wordt gevraagd over de handelwijze van de ziektekostenverzekeraar. Op grond van de verzekeringsovereenkomst had de ziektekostenverzekeraar verzoeker meer moeten bijstaan. Ten tweede wordt verzocht om vergoeding van de buitengerechtelijke kosten en wettelijke rente.

#### **4. Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft bij e-mailberichten van 16 juli, 18 juli en 20 augustus 2025 verklaard dat geen aanspraak bestaat op vergoeding van de wettelijke rente. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat de vergoeding voor de geleverde medisch specialistische zorg pas opeisbaar is geworden na de goedkeuring die is verleend in de brief van 22 mei 2025. In de Algemene regels en Vergoedingen 2024 is opgenomen dat voor zorg in het buitenland vóóraf toestemming moet zijn verleend. Die toestemming wordt verleend op het moment dat een verzekerde de door de ziektekostenverzekeraar gevraagde informatie aanlevert en de medisch adviseur de aanvraag goedkeurt. Als er nog geen toestemming is verleend, is de ziektekostenverzekeraar niet verplicht zorgkosten te vergoeden. Er is om die reden geen sprake van een betaalachterstand, waardoor wettelijke rente is verschuldigd. De ziektekostenverzekeraar heeft verder toegelicht dat hij op 14 december 2024 aan verzoeker om aanvullende informatie heeft gevraagd. Daarop is geen reactie gekomen. Bij de brief van 26 mei 2025, ontvangen van de Ombudsman Zorgverzekeringen, was een brief van 22 mei 2025 gevoegd. Hierin stond de informatie waarnaar de ziektekostenverzekeraar reeds op 14 december 2024 had gevraagd. Coulancehalve heeft de ziektekostenverzekeraar besloten om achteraf te beoordelen of er recht op vergoeding bestaat. Op basis van de aanvullende informatie is achteraf toestemming verleend voor de medisch specialistische zorg. De ziektekostenverzekeraar heeft verder verklaard dat het aanvragen van

toestemming en het aanleveren van de juiste informatie daarvoor de verantwoordelijkheid van de verzekerde is.

Verder heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de rol van de medisch adviseur is beperkt tot het beoordelen van den aanvraag zodra een dossier volledig is. Het is de verantwoordelijkheid van verzoeker om een volledig dossier aan te leveren, zodat een beoordeling kan plaatsvinden. Ook is volgens de ziektekostenverzekeraar gehandeld in overeenstemming met de Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap.

- 4.2. Bij brief van 10 december 2025, gericht aan de commissie, heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat op de pagina's 227 tot en met 234 van de Algemene regels en Vergoedingen is beschreven wanneer en onder welke voorwaarden zorg in het buitenland wordt vergoed, waarbij in de eerste plaats het verschil tussen 'spoedeisende zorg' en 'niet-spoedeisende (voorzien) zorg' van belang is. In het geval van 'niet-spoedeisende zorg' gelden in ieder geval de volgende verplichtingen:
  - (i) er moet sprake zijn van een verwijzing; én
  - (ii) er moet sprake zijn van voorafgaande toestemming bij een (dag)opname;
  - (iii) vast moet komen te staan dat verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op de aangevraagde zorg.
- 4.3. Op grond van artikel 150 Rv rust op de verzekerde de bewijslast om aan te tonen dat aan deze voorwaarden is voldaan. Dit is ook bevestigd in het bindend advies van de commissie van 5 december 2023 (SKGZ2022020001, r.o. 8.4).
- 4.4. De verwijfsbrief en de medische indicatie werden bij de toestemmingsaanvraag niet correct aangeleverd. Er is meermaals om aanvullende informatie verzocht. In de brief van 14 december 2024 is verzoeker duidelijk meegedeeld dat er door de ontbrekende informatie nog geen recht op vergoeding bestond. Desondanks heeft de behandeling op 18 december 2024 plaatsgevonden. Pas bij brief van 26 mei 2025 van de Ombudsman Zorgverzekeringen werd de eerder gevraagde informatie door hem overgelegd. Coulanchehalve heeft de ziektekostenverzekeraar toen besloten toch achteraf nog te beoordelen of recht op vergoeding bestond. Op basis van de toen aangeleverde informatie is alsnog toestemming verleend, waardoor de vordering van verzoeker pas vanaf dat moment is ontstaan. De vertraging in het aanleveren de aanvullende informatie ligt volgens de ziektekostenverzekeraar geheel buiten zijn invloedssfeer. Van enig onrechtmatig handelen is dan ook geen sprake.
- 4.5. De ziektekostenverzekeraar heeft verder aangevoerd dat de commissie op grond van artikel 21 van het reglement uitsluitend de in dat artikel genoemde schadevergoeding kan toekennen. Rente en kosten van rechtsbijstand buiten de onderhavige procedure vallen daarbuiten. De ziektekostenverzekeraar verzoekt de commissie het verzoek niet-ontvankelijk te verklaren.
- 4.6. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn stellingen herhaald.

## **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 80 van de Algemene regels 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 het Burgerlijk Wetboek (BW) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 6.2. De ziektekostenverzekeraar heeft als meest vérgaand standpunt gesteld dat de commissie moet besluiten tot niet-ontvankelijkheid. De commissie begrijpt zijn stelling aldus dat nu de oorspronkelijke kwestie, over de vergoeding van medisch-specialistische zorg, is opgelost en hierover dus geen bindend advies kan volgen, er geen basis is voor beoordeling van de gevorderde wettelijke rente en buitengerechtelijke incassokosten. Verzoeker heeft verwezen naar artikel 18, eerste lid, van het Reglement Geschillencommissie Zorg. Dat is echter een andere geschillencommissie. De commissie van SKGZ dient zich te houden aan haar eigen reglement en daarin is in artikel 21, eerste lid, als uitgangspunt bepaald dat de kosten voor rekening zijn van de partij die ze maakt. De commissie kan op grond van het tweede lid beslissen dat de ziektekostenverzekeraar een vergoeding betaalt voor de gemaakte kosten van de klachtbehandeling, maar alleen als verzoeker in het gelijk wordt gesteld, als het redelijk is dat de kosten zijn gemaakt en ook de omvang van de kosten redelijk is.
- 6.3. Verzoeker heeft bevestigd dat de oorspronkelijke kwestie is opgelost en gesteld dat hem destijds niet bekend was dat hij bij het indienen van de klacht direct de wettelijke rente en de buitengerechtelijke incassokosten had moeten vorderen. Daarom vraagt hij de commissie te oordelen over de handelwijze van de ziektekostenverzekeraar ten aanzien van zijn – latere – verzoek om vergoeding van de wettelijke rente en de buitengerechtelijke kosten. De commissie oordeelt dat dit verzoek is gedaan in het kader van de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst. De ziektekostenverzekeraar heeft er afwijzend op beslist en zijn beslissing ook na heroverweging gehandhaafd. Daarmee is het verzoek ontvankelijk.
- 6.4. De commissie stelt vast dat partijen niet erover van mening verschillen dat in de verzekeringsvoorwaarden een toestemmingsvereiste is opgenomen. De ziektekostenverzekeraar heeft hiernaar verwezen en verzoeker heeft een aanvraag ingediend. Het staat vast dat verzoeker op 18 december 2024 planbare medisch specialistische zorg in het buitenland heeft ondergaan, zonder hiervoor de voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar te hebben ontvangen. Dit was, gelet op het bepaalde in de verzekeringsvoorwaarden, voldoende grond om vergoeding van de met de behandeling gemoeide kosten te weigeren. De commissie overweegt in dit kader dat door de ziektekostenverzekeraar onweersproken is gesteld dat de medische informatie, op grond waarvan de ziektekostenverzekeraar heeft besloten om achteraf toestemming te verlenen en de kosten alsnog te vergoeden, pas op 26 mei 2025 – dus ruim na de behandeldatum – via de Ombudsman Zorgverzekeringen is ontvangen.
- 6.5. Verzoeker heeft verklaard dat het verkrijgen van de medische informatie, waarnaar de ziektekostenverzekeraar had gevraagd, traag en moeizaam verliep. Zonder hulp van derden was het hem niet gelukt. Volgens verzoeker had de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar een te passieve en ondergeschikte rol en had het op zijn weg gelegen contact op te nemen met de behandelend arts om de aanvullende informatie uit te vragen. De commissie merkt hierover op dat het, gelet op artikel 7:941, tweede lid, BW, aan de verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde is alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen op basis waarvan de verzekeraar kan vaststellen dat, en tot welke vergoeding hij gehouden is. Die verplichting kan niet worden afgewenteld op de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar, bij ontbreken van de voor de toestemming noodzakelijke medische informatie, waar door de ziektekostenverzekeraar bij herhaling om is gevraagd, niet het verwijt kan worden gemaakt dat hij is tekortgeschoten in de nakoming van de (verzekerings)overeenkomst. De commissie overweegt hierbij dat vergoeding

van de kosten uitblijft totdat de ziektekostenverzekeraar kan vaststellen dat, en tot welke vergoeding hij is gehouden. In het onderhavige geval is de ziektekostenverzekeraar overgegaan tot vergoeding op het moment dat de gevraagde informatie door hem werd ontvangen en kon worden beoordeeld. De commissie kan hieruit niet afleiden dat de handelwijze van de ziektekostenverzekeraar onjuist of onzorgvuldig is geweest. Hieruit volgt voor de commissie, nog daargelaten de beperkingen in artikel 21 van het toepasselijke reglement, dat er ook redelijkerwijs geen aanleiding bestaat voor toewijzing van het verzoek tot vergoeding van de wettelijke rente en de buitengerechtigde kosten.

- 6.4. Verzoeker heeft nog verwezen naar hetgeen is opgenomen in artikel 1.1.1 van de Gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap. De commissie concludeert, mede in het licht van voorgaande overwegingen, dat door de ziektekostenverzekeraar niet in strijd met deze gedragscode is gehandeld.

*Slotsom*

- 6.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

## **7. Bindend advies**

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 5 mei 2026,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

## **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

---

## 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.

### ● Buitenland: niet-spoedeisende (voorzien) zorg

Als u voor een behandeling naar het buitenland wilt.

#### ● Vergoeding per verzekering

<b>Basisverzekering</b>	100% volgens Nederlands tarief Zorg die onder basisverzekering valt, tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
<b>Startfit</b>	Startfit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
<b>Benfit</b>	Benfit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
<b>Optifit</b>	Optifit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
<b>Topfit</b>	Topfit vergoedingen gelden ook in het buitenland Tot het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten
<b>Superfit</b>	Zorg volgens vergoedingen Superfit 100% ziekenhuiszorg België en Duitsland Aanvulling basisverzekering in EU-, EER- of verdragsland <ul style="list-style-type: none"><li>• Ziekenhuiszorg in België of Duitsland 100%, in (ander) EU-, EER- of verdragsland tot 2 x bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten (inclusief vergoeding basisverzekering)</li><li>• Andere zorg die onder de basisverzekering valt: in EU-, EER- of verdragsland tot 2 x bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten (inclusief vergoeding basisverzekering)</li><li>• Zorg die onder Superfit valt: in EU-, EER- of verdragsland tot 2 x bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten, daarbuiten tot 1 x dat bedrag</li></ul>
<b>Tandfit A</b>	Tandfit A vergoedingen gelden ook in het buitenland
<b>Tandfit B</b>	Tandfit B vergoedingen gelden ook in het buitenland
<b>Tandfit C</b>	Tandfit C vergoedingen gelden ook in het buitenland
<b>Tandfit Preventief</b>	Tandfit Preventief vergoedingen gelden ook in het buitenland
<b>Wereldfit</b>	100% medisch specialist in België en Duitsland Alleen voor zorg in ziekenhuis

#### ● Wat u vergoed krijgt

Als u zorg nodig heeft, kunt u hiervoor meestal ook naar het buitenland. De vergoeding die u nu leest gaat over zorg die gepland kan worden, die dus niet meteen nodig is. Er zijn verschillende mogelijkheden voor vergoeding. We zetten het voor u op een rij.

### **Wat vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering?**

Staat bij de vergoedingen dat de Vrije Keuze Basisverzekering de zorg vergoedt? Dan is dat ook zo als u voor die zorg naar het buitenland gaat. Er gelden 3 belangrijke beperkingen:

1. de Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt maximaal het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten. Het komt regelmatig voor dat zorg in het buitenland duurder is dan zorg in Nederland. De rest moet u dan zelf betalen
2. niet alle zorg in het buitenland voldoet aan de voorwaarden van de Vrije Keuze Basisverzekering. Voldoet de zorg niet aan deze voorwaarden? Dan krijgt u geen vergoeding
3. voorwaarden die in Nederland gelden, gelden ook in het buitenland

De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt de kosten van zorg in het buitenland boven het Nederlands tarief in 2 situaties. Als u zorg nodig heeft die de Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt maar:

1. u daar gezien uw medische situatie te lang op zou moeten wachten, of
2. u die zorg in Nederland niet kunt krijgen

Woont u in een EU-, EER- of verdragsland en gaat u voor zorg naar een ander EU- of EER-land of Zwitserland? Dan is in die situaties soms vergoeding mogelijk volgens de regels van het land waar u de behandeling wilt ondergaan.

### **Wat vergoedt de aanvullende verzekering?**

Wereldfit en Superfit vullen voor Ziekenhuiszorg in België of Duitsland de vergoeding van de basisverzekering aan, tot het wettelijke of marktconforme tarief van dat land. U hoeft dan niet bij te betalen als de zorg duurder is dan in Nederland.

Gaat u voor ziekenhuiszorg naar een ander EU-, EER- of verdragsland dan België of Duitsland? Dan vult Superfit de vergoeding van de basisverzekering aan tot maximaal 2 keer het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten (de vergoedingen van de basisverzekering maakt hiervan deel uit). Die vergoeding geldt ook voor andere zorg uit de basisverzekering.

Krijgt u in het buitenland zorg die onder uw aanvullende verzekering valt? De vergoedingen van de aanvullende (tand)verzekeringen gelden daar ook. Daarbij gelden dezelfde voorwaarden en vergoedingen als in Nederland. De aanvullende (tand)verzekeringen vergoeden maximaal het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten. Als de zorg in het buitenland duurder is, moet u de rest zelf betalen. Alleen Superfit vergoedt maximaal 2 keer het bedrag dat de zorg in Nederland zou kosten.

Maar let op: de aanvullende verzekering OntzorgPlus vergoedt geen zorg of diensten in het buitenland.

### **Waar kan ik terecht? Wat zijn de voorwaarden?**

Voor zorg in het buitenland gelden dezelfde voorwaarden als voor zorg in Nederland. Kijk dus bij de vergoedingen als u wilt weten welke voorwaarden er gelden. En bij welke zorgverleners u terecht kunt. Of neem contact op met ons Service Center.

### **Dit wordt niet vergoed**

- extra kosten in verband met een één- of tweepersoonskamer
- hogere lonen voor artsen of kosten die daarmee te maken hebben, bijvoorbeeld bij inzet van een Chefarzt of Oberarzt (Duitsland) of supplementen (België)
- administratiekosten die u maakt omdat u voor de behandeling naar het buitenland gaat. Bijvoorbeeld als het ziekenhuis kosten rekent, omdat ze uw dossier uit Nederland moeten beoordelen en verwerken

### **Andere vergoedingen**

Voor zorg in het buitenland die u onverwacht nodig heeft, dus die u meteen moet krijgen, geldt de vergoeding Buitenland: spoedeisende zorg.

### ● Wat u zelf betaalt

#### De eigen bijdrage

Zou u in Nederland een eigen bijdrage betalen? Dan betaalt u die ook als u de zorg in het buitenland krijgt. Kiest u voor vergoeding volgens plaatselijke regels? Dan betaalt u een eigen bijdrage als de plaatselijke regels dat bepalen. [Zo werkt de eigen bijdrage](#)

#### Het eigen risico

Valt de zorg in Nederland onder het eigen risico? Dan geldt het eigen risico ook als u de zorg in het buitenland krijgt. [Zo werkt het eigen risico](#)

### ● Dit moet u zelf doen

#### Vaak moet u een verwijzing of voorschrift hebben

Als u voor de zorg in Nederland een verwijzing of voorschrift moet hebben, geldt dat ook in het buitenland. U moet die hebben voordat u de zorg in het buitenland krijgt.

#### Soms moet u vooraf toestemming vragen

Voor zorg in het buitenland moet u vooraf [toestemming](#) van ons hebben in 3 situaties:

- als u voor de zorg in Nederland toestemming moet hebben, geldt dat ook in het buitenland
- voor zorg met opname of dagopname<sup>1</sup>
- als u de zorg in Nederland niet (tijdig) kunt krijgen

Wij raden u aan om ook andere ziekenhuiszorg in het buitenland aan te vragen. Dan weet u vooraf of wij de behandeling vergoeden.

### ● Goed om te weten

#### De algemene regels zijn altijd van toepassing

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. Dat rekeningen duidelijk moeten zijn, en in het Nederlands, Engels, Duits, Frans of Spaans. En welke wisselkoers wij gebruiken voor rekeningen in een andere muntsoort dan de euro.

#### Wereldfit of Superfit? Kijk ook in de uitgebreide voorwaarden Wereldfit

Voor Wereldfit staan hierboven alleen de belangrijkste voorwaarden. De [uitgebreide voorwaarden Wereldfit](#) bepalen uw vergoeding. Dat geldt ook als u Superfit heeft. Wereldfit is daar namelijk onderdeel van.

#### Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Het moet gaan om de zorg die normaal gesproken wordt verleend. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

#### Een second opinion kan ook

Twijfelt u over de gestelde diagnose of voorgestelde behandeling? De Vrije Keuze Basisverzekering vergoedt een [second opinion](#) door een andere arts. Daarvoor kunt u ook naar het buitenland. Maar de buitenlandse arts neemt de behandeling niet over. Met het oordeel van de buitenlandse arts gaat u terug naar uw eigen specialist in Nederland. Als u aan alle voorwaarden voldoet, vergoedt de Vrije Keuze Basisverzekering die second opinion tot maximaal het Nederlandse tarief.

#### Uitleg

1. Dagopname: U krijgt behandeling met dagverpleging en gaat dezelfde dag weer naar huis. U overnacht dus niet in het ziekenhuis

### ● Buitenlandvaccinaties en preventieve geneesmiddelen

Als u tijdens uw reis geen infectieziekten wilt oplopen.

#### ● Vergoeding per verzekering

<b>Basisverzekering</b>	Geen vergoeding
<b>Startfit</b>	€ 75 voor 11 ziekerisico's Max. per kalenderjaar
<b>Benfit</b>	€ 75 voor 11 ziekerisico's Max. per kalenderjaar
<b>Optifit</b>	€ 100 voor 11 ziekerisico's Max. per kalenderjaar
<b>Topfit</b>	100% (alle ziekerisico's)
<b>Superfit</b>	100% (alle ziekerisico's)

#### ● Wat u vergoed krijgt

In sommige landen loopt u extra risico op infectieziekten, bijvoorbeeld hepatitis of malaria. U kunt zich hiertegen laten vaccineren, of (meestal tegen malaria) medicijnen slikken.

In het buitenland komen de volgende infectieziekten veel voor:

- hepatitis A en B
- difterie, tetanus en polio (dtp)
- gele koorts
- tyfus
- cholera
- meningokokken
- rabiës
- malaria

De aanvullende verzekeringen Startfit en hoger vergoeden consulten, vaccinaties en preventieve geneesmiddelen (zoals malariatabletten) voor deze 11 infectieziekten. Startfit, Benfit en Optifit vergoeden tot een maximumbedrag per kalenderjaar. De bedragen staan bovenaan deze vergoeding. Topfit en Superfit vergoeden de consulten, vaccinaties en preventieve geneesmiddelen volledig. Dat kunnen ook vaccinaties tegen andere 'buitenlandse' infectieziekten zijn die het [LCR](#) (Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadvisering) aanraadt.

### Hier kunt u terecht

- huisarts
- apotheek
- [GGD](#)
- [thuisvaccinatie.nl](https://thuisvaccinatie.nl)
- vaccinatiecentrum

### Dit wordt niet vergoed

- het vaccinatieboekje
- administratiekosten
- extra kosten voor een consult of vaccinatie aan huis
- andere middelen die aangeraden worden bij een reis naar het buitenland, zoals DEET en ORS (middel tegen uitdroging bij diarree of braken)

### ● Wat u zelf betaalt

#### Geen eigen bijdrage

Voor buitenlandvaccinaties en preventieve geneesmiddelen betaalt u geen eigen bijdrage.

#### Geen eigen risico

Voor buitenlandvaccinaties en preventieve geneesmiddelen geldt geen eigen risico.

### ● Dit moet u zelf doen

#### Voor preventieve geneesmiddelen en vaccins die u zelf bij de apotheek haalt, moet u een voorschrift (recept) hebben

Krijgt u bijvoorbeeld malariatabletten, of vraagt de zorgverlener u om een vaccin zelf te halen? Wij vergoeden deze alleen als ze zijn voorgeschreven door een arts, en geleverd door een apotheek of apotheekhoudende huisarts.

### ● Goed om te weten

#### De algemene regels zijn altijd van toepassing

De [algemene regels](#) gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.