

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : Verstrekking verzekeringspasje
Zaaknummer : 2011.00843
Zittingsdatum : 26 oktober 2011

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgpolis (hierna: de ziektekostenverzekering). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen [naam ziektekostenverzekeraar] Compleet en Tandengaaf 100% tot EUR 1000 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Deze verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op verstrekking van een verzekeringspas (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 12 april 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

3.4. Bij brief van 5 juni 2011 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen (hierna: het verzoek).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 26 augustus 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 september 2011 aan

verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 21 september 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 oktober 2011 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 26 oktober 2011 telefonisch gehoord.
- 3.9. In aansluiting op de behandeling ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker alsnog een verzekeringspas gezonden, waarop vermeld het woord "zorgpas", de naam van de ziektekostenverzekeraar, verzoekers naam, zijn geboortedatum, relatie-nummer en BSN.
- 3.10. Bij emailbericht van 4 december 2011 heeft verzoeker verklaard dat de afgegeven verzekeringspas niet volstaat.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekering in 2002 afgesloten. De ziektekostenverzekeraar heeft hem in het verleden jaarlijks een polisblad en een verzekeringspasje verstrekt. Met ingang van 2009 krijgt verzoeker echter geen verzekeringspasje meer van de ziektekostenverzekeraar, ook niet nadat hij daar uitdrukkelijk om heeft verzocht. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch verklaard dat hij met ingang van 1 januari 2009 geen verzekeringspasjes meer verstrekt aan verzekerden met een buitenlandpolis. Verzoeker is door de ziektekostenverzekeraar niet tijdig op de hoogte gesteld van deze beleidswijziging.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat verzoeker in plaats van een verzekeringspasje zijn polisblad bij zich kan dragen. Dit is voor verzoeker echter geen praktische oplossing. Hij verblijft veel in zuidelijke, warme landen. Een brief op A4-formaat in een (broek)zak proppen heeft weinig zin. Na twee dagen kan het polisblad worden weggegooid. Verzoeker heeft destijds de tussenoplossing van de ziektekostenverzekeraar, een in het Engels opgestelde verzekeringsverklaring, geaccepteerd. De ziektekostenverzekeraar weigert echter om jaarlijks een dergelijke verklaring af te geven, omdat in deze verklaring geen einddatum wordt vermeld.
- 4.3. Het argument van de ziektekostenverzekeraar dat verzoeker een restitutieverzekering heeft en daarom altijd de zorgkosten moet voorschieten om deze vervolgens bij de ziektekostenverzekeraar te declareren, houdt geen stand. Als verzoeker in Nederland naar een huisarts of apotheek gaat, worden deze kosten immers rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd en door de ziektekostenverzekeraar vergoed.
- 4.4. Verzoeker is bang dat, zonder het verzekeringspasje, aan hem in een ernstige situatie (bijvoorbeeld als hij buiten bewustzijn is) geen hulp zal worden geboden of dat hij van ziekenhuis naar ziekenhuis zal worden vervoerd, met alle gevaren van dien. Een zorgverlener zal namelijk zeker willen weten dat de patiënt dan wel diens ziektekostenverzekeraar de kosten van de behandeling zal betalen. Ter zitting is hier door verzoeker aan toegevoegd dat als er iets met hem gebeurt,

men zijn portemonnee zal doorzoeken om te kijken hoe hij verzekerd is.

4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

4.6. Naar aanleiding van het alsnog uit coulance verstrekte verzekeringspasje heeft verzoeker de commissie op 4 december 2011 per email bericht dat met het verstrekken van het pasje zijn klacht niet is komen te vervallen. Verzoeker wil namelijk een Engelstalig pasje ontvangen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar verstrekt aan zijn verzekerden alleen een European Health Insurance Card (EHIC). Verzoeker heeft echter, omdat hij een buitenlandpolis heeft, geen aanspraak op verstrekking van een EHIC. Het is niet mogelijk om alleen voor verzoeker een apart verzekeringspasje (niet zijnde een EHIC) te laten maken.

5.2. De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoeker een particuliere polis heeft, waarbij hij de rekeningen zelf betaalt en deze vervolgens bij de ziektekostenverzekeraar ter declaratie kan indienen. Een verzekeringspasje heeft voor verzoeker geen toegevoegde waarde, omdat hij bij het invoeren van medische zorg niet hoeft aan te tonen dat hij verzekerd is. Bovendien wordt een zodanig verzekeringspasje ook in het buitenland niet geaccepteerd als betaalmiddel.

5.3. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat het voor verzoeker lastig is om steeds zijn polisblad of het op 24 april 2009 verstrekte verzekeringsbewijs op zak te hebben. Toch kan de ziektekostenverzekeraar verzoeker geen EHIC verstrekken.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling herhaald dat voor de onderhavige verzekering geen pasje wordt verstrekt. Een dergelijk pasje zou teveel lijken op de EHIC-pas, die wel bepaalde garanties biedt voor zorg binnen Europa.

5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

5.6. De ziektekostenverzekeraar heeft na de hoorzitting besloten verzoeker uit coulance alsnog een verzekeringspasje te verstrekken. De ziektekostenverzekeraar benadrukt nogmaals dat verzoeker in de gegeven situatie geen recht heeft op een pasje. Formeel gezien komt de ziektekostenverzekeraar dus niet terug op zijn eerdere besluit. Gezien het ontbreken van een verplichting en de getoonde coulance is de ziektekostenverzekeraar niet bereid het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar verzoeker een verzekeringspasje dient te verstrekken.

8. Toepasselijke regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil is de volgende regelgeving relevant.

8.2. Artikel 22 van EG-Verordening 1408/71, welke verordening van kracht was ten tijde van het ontstaan van de onderhavige kwestie, luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“1. De werknemer die aan de door de wettelijke regeling van de bevoegde Staat gestelde voorwaarden voor het recht op prestaties voldoet, eventueel met inachtneming van artikel 18, en (...)

c) die van het bevoegde orgaan toestemming heeft ontvangen om zich naar het grondgebied van een andere Lid-Staat te begeven ten einde aldaar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op:

i) verstrekkingen, welke voor rekening van het bevoegde orgaan door het orgaan van de woon- of verblijfplaats worden verleend, volgens de door dit orgaan toegepaste wettelijke regeling, alsof deze werknemer bij laatstbedoeld orgaan was aangesloten; het tijdvak gedurende hetwelk de verstrekkingen worden verleend, wordt evenwel bepaald door de wettelijke regeling van de bevoegde Staat;

ii) uitkeringen, welke door het bevoegde orgaan worden verleend volgens de door dit orgaan toegepaste wettelijke regeling. Na overeenstemming tussen het bevoegde orgaan en het orgaan van de woon- of verblijfplaats kunnen deze uitkeringen evenwel door laatstbedoeld orgaan voor rekening van het eerstbedoelde worden verleend volgens de wettelijke regeling van de bevoegde Staat.

2. (...) De op grond van lid 1, sub c), vereiste toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling niet op het grondgebied van de Lid-Staat, waarop hij woont, aan de betrokkene kan worden gegeven. (...)”

9. Beoordeling van het geschil

9.1. Verordening 1408/71, thans 883/2004, stelt nadere regels voor harmonisatie van de sociale zekerheidsstelsels van de lidstaten. Hieronder vallen ook de ziektekostenverzekeringen die onder de sociale zekerheidsstelsels van de lidstaten vallen. Voor Nederland betreft het hierbij de zorgverzekering op grond de Zorgverzekeringswet (Zvw). Iedere verzekerde die een zorgverzekering op grond van de Zvw heeft afgesloten kan zodoende een EHIC aanvragen. Met de EHIC heeft de verzekerde – kort gezegd – recht op medische zorg bij verblijf in een andere EU-lidstaat.

9.2. Verzoeker is niet verzekeringsplichtig op grond van de Zvw en heeft daarom geen recht op een zorgverzekering. Hij heeft een particuliere ziektekostenverzekering afgesloten bij de ziektekostenverzekeraar; deze verzekering geeft geen recht op afgifte van een EHIC.

9.3. De door verzoeker afgesloten particuliere ziektekostenverzekering betreft een restitutiepólis, zodat verzoeker op grond van deze verzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, voor zover vallend onder de dekking. Dat bepaalde zorgverleners in Nederland de kosten rechtstreeks kunnen declareren bij de ziektekostenverzekeraar, zoals verzoeker stelt, maakt het karakter van de verzekering – een restitutiepólis – niet anders.

9.4. Anders dan de EHIC, legitimeert een door de ziektekostenverzekeraar af te geven verzekeringspasje verzoeker niet als deelnemer aan een sociale ziektekostenverzekering en geeft dit pasje hem in het land van verblijf geen recht op verstrekkingen in

natura. Verzoeker heeft dan ook geen enkel ander belang bij afgifte van een pasje dan hiermee aan te tonen dat hij tegen ziektekosten is verzekerd. Omdat voor een buitenlandse zorgverlener hierdoor nog geen enkele zekerheid bestaat over de omvang van de dekking van de ziektekostenverzekering of de feitelijke vergoeding van de kosten door de ziektekostenverzekeraar, zal de zorgverlener in voorkomend geval van verzoeker verlangen dat hij deze kosten zelf voldoet. Verzoeker wordt door het niet-afgeven van een verzekeringspasje door de ziektekostenverzekeraar daarom niet benadeeld.

- 9.5. Door de ziektekostenverzekeraar is alsnog een verzekeringspasje verstrekt, hetgeen de commissie waardeert. De vraag of dit uit coulance afgegeven pasje in een noodsituatie in het buitenland al dan niet volstaat, behoeft, gelet op het vorenoverwogene, geen beantwoording.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 11 januari 2012,

Voorzitter