

NIET-BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OHRA Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg en OWM CZ groep U.A. te
Tilburg
Zaak : Thailand, State of insurance
Regelgeving : Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021
Zaaknummer : 202102113
Zittingsdatum : 11 mei 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) OHRA Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, en
 - 2) OWM CZ groep U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij klachtenformulier van 7 november 2021 heeft verzoeker de SKGZ op de hoogte gebracht dat hij een klacht heeft over zijn ziektekostenverzekeraar. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoeker op 18 november 2021 meegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Hierna heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) bij brief van 2 januari 2022 gevraagd een advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker vervolgens verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen, hetgeen hij op 14 januari 2022 heeft voldaan. Op 14 januari 2022 heeft verzoeker de commissie verzocht om een niet-bindend advies.
- 2.2. Bij brief van 6 april 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 7 april 2022 aan verzoeker gestuurd. Verzoeker heeft hierop bij e-mailbericht van 20 april 2022 gereageerd. Een kopie van zijn reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.3. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 11 mei 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de OHRA Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen OHRA Aanvullend en OHRA Gezond (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
De zorgverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker verblijft regelmatig in Thailand. Ten behoeve van de afgifte van een inreisvisum stelt de Thaise overheid een aantal voorwaarden. Eén daarvan is dat men moet beschikken over een verzekering tegen ziektekosten die gedurende het verblijf in Thailand dekking biedt van minimaal THB 400.000 (Inpatient) en THB 40.000 (Outpatient). Tevens moet de verzekering tegen ziektekosten dekking bieden van ten minste \$ 100.000 voor Covid-gerelateerde zorg. Een en ander moet blijken uit een State of insurance, af te geven door de verzekeraar, mét vermelding van voornoemde bedragen.

3.3. Verzoeker heeft bij e-mailberichten van verschillende data de ziektekostenverzekeraar verzocht een State of insurance mét vermelding van voornoemde bedragen af te geven. Bij brief van 4 november 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld hiertoe niet over te gaan.

4. Het geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden aan hem een State of insurance met vermelding van eerder genoemde bedragen te verstrekken.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is, gezien artikel A.22 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering, bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, gelet op het reglement en het feit dat het geschil niet de basisverzekering betreft, een niet-bindend advies uit te brengen.

6. Beoordeling

Standpunt verzoeker

6.1. Verzoeker licht toe dat verschillende overheden vanwege de Covid-19-pandemie voorwaarden hebben gesteld om het desbetreffende land in te reizen. Een van de voorwaarden die de Thaise overheid heeft gesteld, is dat reizigers moeten kunnen aantonen voldoende te zijn verzekerd tegen ziektekosten. Dit kunnen zij doen door een verklaring met die strekking over te leggen. Omdat de zorgverzekering werelddekking kent en op grond van deze verzekering desnoods ook boven de door de Thaise overheid genoemde bedragenkosten worden vergoed, verwachtte verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar zonder problemen een dergelijke verklaring zou afgeven. Niets bleek minder waar. Tot op heden weigert de ziektekostenverzekeraar de gevraagde State of insurance te verstrekken. De redenen hiervoor zijn uiteenlopend, maar zij snijden stuk voor stuk geen hout. Dit omdat verzoeker weet dat een andere zorgverzekeraar zonder problemen een State of insurance afgeeft. Door de verklaring niet te willen afgeven schendt de ziektekostenverzekeraar zijn zorgplicht jegens verzoeker.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

6.2. De ziektekostenverzekeraar verklaart dat verzoeker heeft gevraagd om een State of insurance met daarop bedragen vermeld. De ziektekostenverzekeraar is niet bereid een dergelijke verklaring af te geven omdat geen sprake is van een kapitaal- of sommenverzekering. Verzoeker was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd op basis van een restitutiepolis. Dit betekent dat de zorg in Thailand wordt vergoed tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme tarief als bedoeld in artikel 2.2. van het Besluit zorgverzekering. Daarom kan niet worden verklaard dat een bepaalde minimale vergoeding zal worden verleend voor in Thailand eventueel te maken kosten. Wel kan aan verzoeker een algemene verzekeringsverklaring worden afgegeven. Volgens de ziektekostenverzekeraar gaat het niet om wat een buitenlandse overheid in een verklaring wil terugzien, maar om wat hij op basis van de inhoud van de verzekeringsovereenkomst kan verklaren.

Overwegingen commissie

6.3. Verzoeker heeft de commissie verzocht om een niet-bindend advies.

- 6.4. De commissie constateert dat zij in een soortgelijke zaak (GcZ, 22 september 2021, 202101169) heeft geoordeeld dat, wat betreft de zorgverzekering, zorgverzekeraars niet zijn gehouden een State of insurance af te geven met daarop bedragen vermeld. Dat, naar zeggen van verzoeker, een andere zorgverzekeraar wel een State of Insurance over de op de Zorgverzekeringswet gebaseerde verzekering heeft afgegeven c.q. afgeeft, doet aan het vorenstaande niet af, nog daargelaten dat (i) de zorgverzekeraar in deze zaak aan het beleid van deze andere zorgverzekeraar niet is gebonden, en (ii) de onderhavige zaak niet de zorgverzekering betreft, maar een aanvullende ziektekostenverzekering. Ten aanzien van de vraag of de gewenste State of insurance door de ziektekostenverzekeraar moet worden afgegeven overweegt de commissie het volgende.
- 6.5. De commissie merkt allereerst op dat de aanvullende ziektekostenverzekering, in tegenstelling tot de zorgverzekering, slechts een beperkte dekking kent. Waar deze uit bestaat blijkt uit het Vergoedingen Overzicht en is nader uitgewerkt in de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Uit het Vergoedingen Overzicht blijkt dat de maximumvergoeding per dekkingsrubriek in de meeste gevallen (veel) lager is dan de bedragen waarop de gevraagde verklaring ziet. Specifiek op het punt van de zorg in het buitenland is geen vaste maximumvergoeding opgenomen, maar is bepaald dat de vergoeding beperkt blijft tot spoedzorg. Uitsluitend in geval van spoedzorg komen de 'boventarief' kosten voor vergoeding in aanmerking, zoals blijkt uit artikel D.14. van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Uit de beperking tot spoedzorg en het feit dat het hier een aanvulling betreft, bovenop de vergoeding vanuit de zorgverzekering, volgt reeds dat uitsluitend op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering geen State of insurance, zoals gevraagd, kan worden afgegeven. In een dergelijke verklaring kan immers ten aanzien van de bedragen geen onderscheid worden gemaakt tussen spoedzorg en andere zorg, terwijl daarnaast op voorhand niet bekend is of, en zo ja tot welk bedrag vergoeding ten laste van de zorgverzekering zal plaatsvinden. Wat de betreft de door verzoeker gestelde schending van de zorgplicht overweegt de commissie het volgende. De zorgplicht, zoals vastgelegd in artikel 11 Zvw, blijft beperkt tot de zorgverzekering en heeft overigens geen betrekking op de afgifte van verklaringen, maar op de verstrekking onderscheidenlijk vergoeding van zorg en andere diensten, alsmede - desgevraagd - zorgbemiddeling.
- 6.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
7. Niet-bindend advies
- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 31 mei 2022,

A.I.M. van Mierlo

VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2021

aanvullende verzekering OHRA Aanvullend (modelnummer: 7700103) versie 1

Hieronder vindt u het Vergoedingen Overzicht van de aanvullende verzekering OHRA Aanvullend

Dit Vergoedingen Overzicht bestaat uit een aantal kolommen:

- In de middelste kolom "Hoeveel krijgt u vergoed" staan bedragen, aantallen, uren en/of termijnen. Dit zijn altijd de maximale bedragen, aantallen, uren en/of termijnen.

De vergoedingspercentages (in %) berekenen wij over de wettelijke tarieven, afgesproken tarieven of marktconforme tarieven. Zie ook hiervoor artikel A.20.

- In de laatste kolom "Voorwaarden" staat een nummer. Dit nummer verwijst naar een artikel in de Verzekeringsvoorwaarden. In dit artikel staan de voorwaarden waaraan u moet voldoen om de betreffende zorg vergoed te krijgen.

Wat krijgt u vergoed	Hoeveel krijgt u vergoed	Voorwaarden
Alternatieve geneeswijzen		
Alternatieve geneeswijzen	€ 200,- per jaar voor alternatieve en/of psychosociale behandelingen (€ 40,- per dag) en medicijnen (100%) samen	D.7. D.7. D.7.1. en D.7.2.
Buitenland spoedzorg		
Buitenland spoedzorg	100% van het gedeclareerde tarief buiten Nederland of uw woonland	D.14. D.14.a.
- Medisch advies	100% door hulpdienst	D.14.i.
- Mondzorg bij spoed in het buitenland	€ 250,- per jaar vanaf 18 jaar	D.14.b.
- Opsturen van medicijnen en hulpmiddelen	100%	D.14.g.
- Repatriëring	100% (bij ziekte)	D.14.c.
- Telecommunicatiekosten	€ 350,- per jaar	D.14.h.
- Vervoer stoffelijk overschot	100%	D.14.f.
Ergotherapie		
Ergotherapie	2 uur per jaar tot 18 jaar	D.17. D.17.1.
Begeleiding mantelzorger bij ergotherapie	2 uur per jaar	D.17.2.
Fysiotherapie en/of oefentherapie Cesar/Mensendieck		
Fysiotherapie en/of oefentherapie	9 behandelingen per jaar en 100% van een screening voorafgaand aan de behandeling	D.16. D.16.1. D.16.1.
Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)		
Lichttherapie	€ 100,- per jaar bij winterdepressie	D.6. D.6.4.
Huidtherapieën		
Acnebehandeling	€ 50,- per jaar	D.10. D.10.3.
Camouflagetherapie	€ 50,- zolang u bij ons verzekerd bent	D.10.4.
Ontharing	€ 100,- per jaar	D.10.2.
Hulpmiddelen		
Aangepaste lingerie	€ 90,- (na borstamputatie) zolang u bij ons verzekerd bent	D.4. D.4.22.
Braces en bandages	€ 150,- per jaar	D.4.18.
Redressiehelm	100%	D.4.21.
Mantelzorg		
Mantelzorgcursus	€ 150,- zolang u bij ons verzekerd bent	D.24. D.24.1.
Mantelzorgvervanging	14 dagen per jaar	D.24.2.
Medicijnen		
		D.3.

VERGOEDINGEN OVERZICHT PER 01-01-2021

Wat krijgt u vergoed	Hoeveel krijgt u vergoed	Voorwaarden
Anticonceptie	€ 200,- per jaar vanaf 21 jaar en 100% van de wettelijke eigen bijdrage tot 21 jaar	D.3.5.b. D.3.2.a.
Medicijnen wettelijke eigen bijdrage	€ 25,- per jaar van de wettelijke eigen bijdrage voor geneesmiddelen uit het geneesmiddelen vergoedingssysteem (GVS)	D.3.2.b.
Mondzorg		D.8.
Mondzorg tot 18 jaar	€ 500,- per jaar voor kronen, bruggen en inlays (R-codes)	D.8.2.
Preventie		D.2.
Griep prik	1x per jaar	D.2.2.i.
Vaccinaties	€ 250,- per jaar voor preventieve inentingen, medicijnen, bloedonderzoek hepatitis B en mantoux-test tuberculose i.v.m. een vakantiereis	D.2.3.e.
Voedingsadvies	€ 100,- per jaar	D.2.7.
Verblijf		D.13.
Herstellingsoord	€ 250,- per jaar	D.13.6.
Voetzorg		D.15.
Voetzorg	€ 50,- per jaar voor algemene voetzorg; € 50,- per jaar voor de behandeling van ernstige bloedvatproblemen in de benen en/of reumatoïde artritis	D.15.1. D.15.2.
Afwijkende voorwaarden		C.11.
Meegroei-service		C.11.3.8.