



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak : Buitenland, Nigeria, geneeskundige zorg, medisch specialistische zorg, geneesmiddelen,
specificatie nota's, kosten vliegticket
Zaaknummer : 201402622
Zittingsdatum : 1 juli 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10, en 11 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.8 Bzv, 2.5 en bijlagen 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen

- 1) FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Module Buitenland afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Module Tand is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van de door hem in Nigeria genoten zorg (hierna: de aanspraak). Bij e-mailbericht van 26 maart 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 22 april 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar nadere informatie heeft opgevraagd bij het Havenziekenhuis. Deze informatie heeft evenwel niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 10 maart 2015 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 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 29 mei 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 juni 2015 aan verzoeker gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 5 juni 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.

3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat, gebruik makend van de haar op grond van artikel 22 van dit reglement toekomende bevoegdheid, de onderhavige zaak in afwijking van het bepaalde in artikel 13, lid 5 onder a van bedoeld reglement enkelvoudig wordt afgedaan.

3.9. Verzoeker is op 1 juli 2015 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. Verzoeker verbleef van 27 december 2013 tot en met 16 januari 2014 in Nigeria. Op enig moment is hij ziek geworden en uit de uitgevoerde onderzoeken is gebleken dat verzoeker malaria en hepatitis A had. Op 10 januari 2014 is hij opgenomen in het ziekenhuis. Voorafgaand aan de opname heeft zijn echtgenote telefonisch contact opgenomen met de alarmcentrale van de ziektekostenverzekeraar. Daarna gevraagd heeft de alarmcentrale haar verteld dat de ziektekostenverzekeraar geen samenwerkingsverband heeft met een ziekenhuis in Nigeria. Verder heeft de alarmcentrale medegedeeld dat verzoeker de nota's goed moest bewaren, maar hierbij is niet vermeld dat de nota's aan allerlei voorwaarden moesten voldoen. Verzoeker merkt op dat de alarmcentrale tijdens zijn ziekenhuisopname telefonisch contact heeft gehad met de behandelend arts.

4.2. Op bijna alle nota's staan de naam van de zorgaanbieder en het telefoonnummer vermeld. Eventuele vragen over de diagnose, de behandeldatum en de kosten kan de ziektekostenverzekeraar telefonisch stellen aan de betreffende zorgaanbieders.

4.3. Na terugkeer in Nederland heeft verzoeker zich gewend tot een arts in het Havenziekenhuis. Deze heeft geconstateerd dat verzoeker herstellende was van hepatitis A en malaria.

4.4. Nadat de ziektekostenverzekeraar de ter declaratie ingediende nota's had afgewezen, omdat deze onvoldoende gespecificeerd waren, is verzoeker naar Nigeria gegaan om de behandelend arts om een nadere toelichting te vragen. Aangezien verzoeker hiervoor kosten heeft moeten maken, vordert hij vergoeding van zijn vliegticket van € 609,16 van de ziektekostenverzekeraar.

4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij vóór het afsluiten van de verzekering de dekking heeft gecheckt. Hij heeft gekozen voor de werelddekking. Verzoeker is eind 2013 met zijn gezin naar Nigeria gereisd en is daar ziek geworden. Hij verbleef in een dorp. Toen hij ziek werd moest hij voor de benodigde medische zorg naar de stad uitwijken en daar is hij met zijn gezin in een hotel verbleven. De hotelkosten hangen dus samen met zijn ziekte. Hij is eerst in het hotel behandeld, maar toen hij zieker werd, is hij opgenomen in het ziekenhuis. Verzoeker is gedurende vijf dagen behandeld in het ziekenhuis. Voor de opname is hij al malariatabletten gaan gebruiken. Verzoeker merkt op dat dezelfde behandeling in Nederland ongeveer € 3.000,-- zou hebben gekost, terwijl nu minder dan € 400,-- is gedeclareerd.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Om voor vergoeding in aanmerking te komen, dienen nota's voldoende te zijn gespecificeerd. Een nota moet de volgende gegevens bevatten: gegevens van de patiënt, gegevens van de zorgaanbieder, welke diagnose is gesteld, welke behandeling is uitgevoerd, de datum van de behandeling en de kosten. De door verzoeker ter declaratie ingediende nota en betalingsbewijzen voor de door hem in Nigeria genoten medische zorg voldoen niet aan voornoemde eisen, en komen daarom niet voor vergoeding in aanmerking.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de onder 5.1 genoemde voorwaarden gesteld, omdat hij op basis van een ter declaratie ingediende nota moet kunnen opmaken waar deze betrekking op heeft. Het spreekt voor zich dat alleen dan een vergoeding kan worden verleend. Het is de verantwoordelijkheid van de verzekerde ervoor zorg te dragen dat de nota voldoet aan de gestelde eisen. Ingeval van onvolledige en/of onduidelijke informatie neemt de ziektekostenverzekeraar deze verplichting niet over van de verzekerde.
- 5.3. Verzoeker heeft blijkbaar een 19-daagse reis naar Nigeria gemaakt om alsnog de benodigde informatie te verkrijgen. Het is de ziektekostenverzekeraar niet duidelijk op grond waarvan verzoeker meent aanspraak te kunnen maken op vergoeding van de kosten van zijn vliegticket naar en van Nigeria. Vergoeding van deze reiskosten is niet mogelijk.
- 5.4. Naar aanleiding van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar nadere informatie opgevraagd bij het Havenziekenhuis. De betreffende internist/infectioloog heeft bij brief van 2 december 2014 verklaard dat verzoeker zich op 17 januari 2014 bij het dagdiagnostisch centrum voor de tropen heeft gemeld in verband met hepatitis met rhabdomyolyse. Bij verzoeker zijn igG antistoffen tegen hepatitis A aantoonbaar, waarbij verzoeker heeft medegedeeld in het verleden niet te zijn gevaccineerd. Tentatief is daarom de diagnose hepatitis A gesteld, maar volledige zekerheid is hierover niet te geven. De arts heeft de lijst met in Nigeria toegediende medicamenten - net als de ziektekostenverzekeraar - niet kunnen ontcijferen. Verzoeker heeft de arts verteld dat hij destijds in Nigeria intraveneuze medicatie heeft gekregen en tweemaal is behandeld met een medicament gericht tegen malaria. Het laatste middel betrof een combinatie van artemeter en lumefantrine. Bij zijn bezoek aan het dagdiagnostisch centrum had verzoeker drie soorten medicatie bij zich. Eén hiervan betrof prednisolon. Prednisolon wordt echter niet voorgeschreven bij een leverontsteking. De arts heeft geen zekerheid kunnen geven, aan de hand van onderzoek en documenten, over de door verzoeker in Nigeria ondergane behandeling.
- 5.5. Kennelijk heeft verzoeker destijds niet aan de alarmcentrale gevraagd welke informatie op de nota's moet zijn vermeld. Indien dit wel was gebeurd, zou de medewerker van de alarmcentrale hierop zijn ingegaan. Er was toen echter geen aanleiding voor het spontaan verstrekken van deze informatie. De medewerker heeft zich daarom beperkt tot het beantwoorden van de gestelde vragen over het ziekenhuis.
- 5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat in Nederland geen diagnose is gesteld. Ten aanzien van de kosten van het vliegticket merkt de ziektekostenverzekeraar op dat hij verzoeker nooit heeft gevraagd naar Nigeria te gaan voor bewijs. Hoewel het vervelend is dat een en ander zo is geëscaleerd, moet worden bedacht dat de ziektekostenverzekeraar een groot belang erbij heeft dat hij de nota's kan controleren. Daarnaast gevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard niet te ontkennen dat verzoeker begin 2014 ziek is geweest tijdens zijn verblijf in Nigeria.
- 5.7. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

 6. De bevoegdheid van de commissie

-  6.1. Gelet op de artikelen 18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en 20 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

 7. Het geschil

-  7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de door verzoeker in Nigeria genoten medische zorg, de kosten van de hotelkamer alsmede de kosten van het vliegticket van € 609,16 te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

-  8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

-  8.2. De zorgverzekering betreft een restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van de 'Vergoedingen' van de zorgverzekering.

-  8.3. Artikel 32 van de 'Vergoedingen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op ziekenhuisverpleging en dagbehandeling in een ziekenhuis bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Heeft u een dagbehandeling nodig in een ziekenhuis? Of verblijft u langer dan 1 dag in een ziekenhuis? Dan vergoeden wij de kosten van:

- a) uw verblijf, inclusief verpleging en verzorging, op basis van de laagste klasse;*
b) medisch-specialistische zorg;
c) tijdens uw opname en behandeling: paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij die behandeling horen.

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat medisch specialisten als zorg plegen te bieden.(...)"

-  8.4. Artikel 5 van de 'Vergoedingen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op farmaceutische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Farmaceutische zorg: geneesmiddelen en dieetpreparaten

Onder farmaceutische zorg wordt verstaan:

- a) de in uw verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten die u ter hand gesteld worden;*
b) advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van de in deze verzekeringsovereenkomst aangewezen geneesmiddelen en dieetpreparaten.

*De nadere voorwaarden voor farmaceutische zorg staan in het Achmea Reglement Farmaceutische Zorg. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website (fbto.nl) of bij ons opvragen.
(...)"*

- 8.5. Artikel 15 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van in het buitenland genoten zorg, en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

15.2 Vergoeding van zorg in een land dat geen verdragsland, EU- of EER-staat is

Gebuikt u zorg in een land dat geen verdragsland, EU- of EER-staat is? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling volgens de Vergoedingen FBTO Zorg Basisverzekering tot maximaal:

- 1) de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent, als deze bij een vergoeding in de FBTO Zorg Basisverzekering wordt genoemd;*
- 2) het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);*
- 3) 100% van het gemiddeld door Achmea gecontracteerde tarief. Dit geldt als er geen (maximum) tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.*

(...)"

- 8.6. In artikel 5.4 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat ter declaratie in te dienen nota's duidelijk gespecificeerd moeten zijn. Deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:

*"Ontvangt u zelf nota's van een zorgverlener of zorginstelling? Stuur ons dan de oorspronkelijke en duidelijk gespecificeerde nota's (bewaart u een kopie voor uw eigen administratie). U kunt de oorspronkelijke nota's ook scannen en digitaal bij ons aanleveren. Wij accepteren geen kopienota's, herinneringen, pro-formanota's, begrotingen, kostenramingen en dergelijke. Wij kunnen uw kosten alleen vergoeden, als wij een oorspronkelijke en duidelijk gespecificeerde nota hebben.
(...)"*

- 8.7. De artikelen 5.4 en 15 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de artikelen 5 en 32 van de 'Vergoedingen' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.8. Artikel 11, lid 1, onderdeel b Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
Farmaceutische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.8 Bzv en is nader uitgewerkt in artikel 2.5 en bijlagen 1 en 2 Rzv.

- 8.9. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.
De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 8.10. Artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op spoedeisende zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"Lid 1 *Verblijft u of een verzekerd lid van het gezin in het buitenland? Dan heeft u of het verzekerde gezinslid recht op spoedeisende medische zorg. Maar alleen als het verblijf in het*

buitenland korter is dan 365 dagen aaneengesloten. 'Spoedeisend' betekent dat niet bekend was dat medische hulp tijdens het verblijf in het buitenland nodig was. Wij kunnen u vragen om aan te tonen aan onze medisch adviseur dat de medische hulp spoedeisend was.

Vergoeding kosten spoedeisende medische zorg in het buitenland

Lid 2 *Bij spoedeisende medische zorg in het buitenland heeft u of het verzekerd gezinslid recht op vergoeding van:*

- kosten van behandeling door een arts;
- kosten van medicijnen die de arts voorschrijft. Maar alleen als u ons het recept stuurt en de voorgeschreven medicijnen voor vergoeding in aanmerking komen volgens het Geneesmiddelen Vergoeding Systeem (GVS);
- verpleegkosten bij opname in een plaatselijk ziekenhuis. Dit ziekenhuis moet door de overheid zijn erkend. U of een verzekerde overlegt vooraf met de FBTO Alarmcentrale over de opname. Is dit overleg vooraf niet mogelijk? Informeer de FBTO Alarmcentrale dan zo spoedig mogelijk over de opname. Informeert u de FBTO Alarmcentrale te laat en zijn onze belangen hierdoor geschaad? Dan kunnen wij een deel van de verpleegkosten bij u in rekening brengen;
- kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer.

Lid 3 *Bij opname in een ziekenhuis in het buitenland onderneemt de FBTO Alarmcentrale actie om de directe betaling van kosten te garanderen. Na de melding kan de FBTO Alarmcentrale onderzoek doen naar de medische kosten en de noodzaak daarvan. U en eventuele verzekerden moeten meewerken aan dit onderzoek.*

(...)"

- 8.11. In artikel 17 lid 2 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat nota's alleen worden vergoed indien deze gespecificeerd zijn volgens de regels die de ziektekostenverzekeraar heeft afgesproken met de betreffende beroepsgroep van zorgverleners.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De onderhavige zorg is genoten in Nigeria. Het betreft hier geen EU/EER-lidstaat of verdragsland, zodat artikel 15.2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering van toepassing is. Op grond van de artikelen 5 en 32 van de 'Vergoedingen' van de zorgverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van farmaceutische zorg respectievelijk medisch-specialistische zorg met opname. Dit staat tussen partijen niet ter discussie. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is of de door verzoeker ingediende stukken voldoende informatie bevatten om te kunnen beoordelen of de door hem gedeclareerde zorgkosten voor vergoeding in aanmerking komen.
- 9.2. Op grond van artikel 5.4 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering moeten ter declaratie in te dienen nota's duidelijk zijn gespecificeerd. Verzoeker beroept zich erop dat hem destijds door de alarmcentrale niet is medegedeeld dat de nota's gespecificeerd moeten zijn. Deze eis is echter duidelijk opgenomen in de polisvoorwaarden. Daarnaast acht de commissie het een feit van algemene bekendheid dat uit de nota in ieder geval moet blijken wie de zorg heeft ontvangen, wie deze heeft verleend, welke zorg is verleend, wanneer deze zorg is verleend, en welke kosten hieraan zijn verbonden. De commissie is gebleken dat verzoeker een viertal betaalbewijzen en één nota ter declaratie heeft ingediend voor de door hem in Nigeria genoten medische zorg en hotelkosten. Dit betreft de nota van een apotheek van 9 januari 2014, twee betaalbewijzen van McChuks Medical Diagnostic Centre van 9 januari 2014, een betaalbewijs van het Golden Villa Hotel van 9 januari 2014, en een betaalbewijs van het Light of God Hospital & Maternity van 13 januari 2014.
- 9.3. Op de nota van de apotheek staan enkele geneesmiddelen, de daarbij behorende bedragen en het totaalbedrag van N 6.380,-- vermeld. De nota is echter slechts deels leesbaar. Voor zover de

nota wèl leesbaar is, betreft het zelfzorgmiddelen die niet onder de dekking van de zorgverzekering vallen. Daarnaast is op de nota is voorts niet vermeld ten behoeve van welke patiënt de betreffende middelen zijn geleverd, of door wie deze zijn voorgeschreven. Het ligt niet op de weg van de ziektekostenverzekeraar dit verder te onderzoeken, bijvoorbeeld door telefonisch contact op te nemen met de zorgaanbieder, zoals door verzoeker is gesuggereerd. Gezien het voorgaande heeft de ziektekostenverzekeraar de vergoeding van deze nota terecht afgewezen.

- 9.4. Op het betaalbewijs van het Light of God Hospital & Maternity van 13 januari 2014 van N 40.050,-- staat weliswaar de naam van verzoeker vermeld, maar niet dat de door hem betaalde kosten ook betrekking hebben op aan hem verleende medische zorg. Aangezien het betaalbewijs onvoldoende gegevens bevat en dus onvoldoende is gespecificeerd, heeft de ziektekostenverzekeraar de vergoeding hiervan aanvankelijk terecht afgewezen. Verzoeker heeft op een later tijdstip de verklaring van de behandelend arts van 27 juni 2014 overgelegd. Hieruit blijkt dat verzoeker op 10 januari 2014 is opgenomen in het ziekenhuis te Enugu, Nigeria en dat hij aldaar is behandeld. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar ter zitting niet bestreden dat verzoeker daadwerkelijk ziek is geweest tijdens zijn verblijf in Nigeria. Gezien het voorgaande acht de commissie het aannemelijk dat verzoeker in verband met malaria en hepatitis a opgenomen is geweest in het ziekenhuis in Nigeria en dat voornoemde kosten door hem zijn gemaakt. De ziektekostenverzekeraar is toegelaten hiervan tegenbewijs te leveren, maar is hierin niet geslaagd. De kosten van de ziekenhuisopname zijn daarom - ondanks dat de nota onvoldoende is gespecificeerd - toewijsbaar.
- 9.5. Op de twee betaalbewijzen van McChuks Medical Diagnostic Centre van 9 januari 2014 van N 1.000,-- en N 1.100,-- staat weliswaar de naam van verzoeker vermeld, maar niet dat de door hem betaalde kosten ook betrekking hebben op aan hem verleende medische zorg. Aangezien de betaalbewijzen onvoldoende gegevens bevatten en dus onvoldoende zijn gespecificeerd, heeft de ziektekostenverzekeraar de vergoeding hiervan in eerste instantie terecht afgewezen. Verzoeker heeft op een later tijdstip laboratoriumrapporten overgelegd. Hieruit blijkt dat ten behoeve van verzoeker laboratoriumonderzoeken zijn verricht. Gezien het voorgaande en het onder 9.4 vastgestelde, acht de commissie het ook aannemelijk dat de onderhavige kosten van de laboratoriumonderzoekendaadwerkelijk door verzoeker zijn gemaakt. De kosten van deze onderzoeken zijn daarom - ondanks dat de betaalbewijzen onvoldoende zijn gespecificeerd - toewijsbaar.
- 9.6. Verzoeker heeft verder een betaalbewijs van het Golden Villa Hotel te Enugu ter declaratie ingediend, ten bedrage van N 20.000,--. Uit dit betaalbewijs blijkt op geen enkele wijze dat het genoemde bedrag betrekking heeft op zorgkosten. De ziektekostenverzekeraar heeft de vergoeding hiervan daarom terecht afgewezen. Dat verzoeker, zoals door hem ter zitting is toegelicht, met zijn gezin naar het hotel in de stad moest verhuizen omdat hij de benodigde zorg niet kon krijgen in het dorp waar hij aanvankelijk verbleef, maakt het voorgaande niet anders.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.7. Op grond van artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van spoedeisende zorg in het buitenland. Echter, in artikel 17 lid 2 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat nota's alleen worden vergoed indien deze zijn gespecificeerd. Zoals in 9.3 tot en met 9.6 is vastgesteld, zijn de onderhavige nota en betaalbewijzen onvoldoende gespecificeerd onderscheidenlijk heeft de nota ter zake de hotelkosten geen betrekking op kosten van medische zorg. Daarom komen deze kosten niet ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering voor vergoeding in aanmerking.

Kosten vliegticket

- 9.8. Verzoeker is naar Nigeria gevlogen om aanvullende informatie te verkrijgen van de behandelend arts. Dit was volgens verzoeker noodzakelijk, omdat de ziektekostenverzekeraar de vergoeding van de door hem gedeclareerde nota en betaalbewijzen had afgewezen. Hij vordert daarom vergoeding



van de kosten van het vliegticket. De commissie stelt vast dat de gevorderde kosten geen betrekking hebben op medisch noodzakelijk vervoer of op enige andere verzekerde prestatie in het kader van de zorgverzekering. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt evenmin aanspraak op vergoeding van de kosten van een vliegticket om aanvullende informatie te vergaren. Daarom heeft verzoeker op grond van de zorgverzekering of de aanvullende ziektekostenverzekering geen aanspraak op vergoeding van deze kosten.

- 
- 
- 9.9. Voor zover de vordering van de kosten van het vliegticket moet worden opgevat als een verzoek tot schadevergoeding, overweegt de commissie het volgende. Uit het dossier blijkt niet dat de onderhavige kosten zijn gemaakt als gevolg van een verwijtbaar handelen van de ziektekostenverzekeraar. Het is aan verzoeker om ervoor zorg te dragen dat de door hem te declareren nota's voldoende zijn gespecificeerd. Uit het dossier is niet gebleken dat verzoeker alleen de benodigde informatie zou kunnen verkrijgen door persoonlijk naar Nigeria te reizen. Het had voor de hand gelegen als hij dit telefonisch, via e-mail of schriftelijk had afgehandeld. Aangezien de kosten van het vliegticket derhalve niet in redelijkheid zijn gemaakt, ziet de commissie geen aanleiding voor vergoeding van deze kosten.



Conclusie

- 
- 9.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen voor zover het de ziekenhuiskosten en de kosten van de laboratoriumonderzoeken betreft, en voor het overige moet worden afgewezen.

- 
- 9.11. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.

10. Het bindend advies

- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe voor zover het de ziekenhuiskosten en de kosten van de laboratoriumonderzoeken betreft. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

- 
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.



Zeist, 19 augustus,



J.A.M. Strens-Meulemeester