

Anoniem Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. H.A.J. Kroon, mr. drs. J.W. Heringa en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

Zaaknummer: 202301219

Partijen

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

en

OOM Global Care N.V. te Den Haag, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar bij het bepalen van de start van de wachttijd voor de aanspraak op vergoeding van kosten voor zwangerschap, bevalling en kraamzorg is uitgegaan van een onjuiste datum. De ter zake ingediende nota's werden daarom ten onrechte afgewezen. Voor zover de startdatum wel correct is bepaald, is zij verkeerd voorgelicht en dient de ziektekostenverzekeraar de door haar, als gevolg hiervan geleden schade te vergoeden.
De ziektekostenverzekeraar heeft, onder verwijzing naar de verzekeringsvoorwaarden, gesteld dat de startdatum juist is bepaald en dat verzoekster hierover, en over de wachttijd, goed is geïnformeerd.
- 1.2. De commissie oordeelt dat de lezing van de ziektekostenverzekeraar, gelet op de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden, juist is. Door de partner van verzoekster is op 10 maart 2023 een concrete en duidelijke vraag gesteld over de dekking. Op 16 maart 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar hierop een algemeen antwoord is gegeven. Op 20 maart 2023 volgde, in reactie op een door verzoekster op 15 maart 2023 gestuurd e-mailbericht, alsnog een op de situatie van verzoekster toegespitst antwoord, in lijn met de verzekeringsvoorwaarden. Om die reden kan niet worden gesteld dat verzoekster verkeerd is voorgelicht. Dat er, op basis van het algemene antwoord, voor is gekozen de dekking van de verzekering met ingang van 23 maart 2023 te wijzigen, hetgeen achteraf gezien niet zinvol was, maakt dit niet anders. Daarom wordt het verzoek afgewezen.
- 1.3. Hierna legt de commissie haar beslissing uit. Eerst wordt het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 15 mei 2023 haar zaak voorgelegd aan de SKGZ. Bij e-mailberichten van 3 en 7 juli 2023 heeft zij de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 7 juli 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 7 augustus 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 8 augustus 2023 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster heeft op 8 augustus 2023 verklaard via videobellen te willen worden gehoord. Na dit bij brief van 9 augustus 2023 aan de ziektekostenverzekeraar kenbaar te hebben gemaakt heeft deze op 10 augustus 2023 verklaard niet te willen worden gehoord.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. De hoorzitting heeft plaats gevonden ten overstaan van twee leden van de commissie. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Na de in onderdeel 2.3. genoemde schriftelijke afmelding door de ziektekostenverzekeraar is verzoekster op 13 september 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan beide partijen zijn gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2022 en 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de OOM Tijdelijk in het Buitenland-verzekering (hierna: de ziektekostenverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering OOM Tandartsdekking, verzekerd bedrag € 350,00 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Voor de ziektekostenverzekering geldt dat van 27 januari 2022 tot en met 28 augustus 2022 een verzekering op basis van de Regular dekking liep onder polisnummer TIB(.....)454. Deze dekking is nadien voortgezet onder polisnummer TIB(.....)9242. De Regular-dekking van de verzekering met polisnummer TIB(.....)1950, met de ingangsdatum 1 december 2022, werd per 23 maart 2023 gewijzigd naar Comfort-dekking. Onder deze laatste verzekering vallen ook de kosten van zwangerschap, bevalling en kraamzorg. Voor aanspraak op vergoeding van deze kosten is echter een wachttijd van negen maanden van toepassing.
- 3.3. Door verzoekster is een nota van Amara Midwife van 30 maart 2023, ten bedrage van AWG 200, gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Deze heeft hier bij e-mailbericht van 3 mei 2023 afwijzend op beslist.
- 3.4. Verzoekster heeft over deze afwijzing gecorrespondeerd met de ziektekostenverzekeraar, waarna zij bij e-mailbericht van 15 mei 2023 een klacht heeft ingediend. De ziektekostenverzekeraar besliste hier bij e-mailbericht van 26 mei 2023 afwijzend op. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 6 juni 2023 nogmaals aandacht gevraagd voor de kwestie. De ziektekostenverzekeraar reageerde nog diezelfde dag, per e-mail, onder handhaving van zijn standpunt. Hierna is e-mail correspondentie gevolgd op 9, 13 en 16 juni 2023, waarin de ziektekostenverzekeraar naar de SKGZ heeft verwezen. Ook de overige, door verzoekster in vervolg op de nota van Amara Midwife ingediende declaraties, heeft de ziektekostenverzekeraar afgewezen.

4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar bij het bepalen van de start van de wachttijd voor aanspraak op vergoeding van kosten voor zwangerschap, bevalling en kraamzorg is uitgegaan van een onjuiste datum. De ingediende nota's ter zake werden daarom ten onrechte afgewezen. Voor zover de startdatum wel correct is bepaald, is zij verkeerd voorgelicht en dient de ziektekostenverzekeraar tevens de door haar, als gevolg hiervan geleden schade te vergoeden.
- 4.2. In dit verband heeft verzoekster aangevoerd dat zij vanaf 27 januari 2022 doorlopend verzekerd is geweest bij de ziektekostenverzekeraar. Uit de door deze verstrekte informatie heeft verzoekster opgemaakt dat voor de start van de wachttijd wordt uitgegaan van de ingangsdatum van de Regular-dekking, derhalve 27 januari 2022. Ten tijde van de wijziging naar de Comfort-dekking was de wachttijd van negen maanden reeds lang verstreken. Daarom heeft zij aanspraak op vergoeding van de kosten van zwangerschap, bevalling en kraamzorg. In haar e-mailbericht van 15 mei 2023 concludeert verzoekster dat indien de startdatum voor de wachttijd wél correct is, de ziektekostenverzekeraar haar verkeerd heeft geïnformeerd. Hierbij verwijst zij met name naar een e-mailbericht van 16 maart 2023, waarin staat dat de ingangsdatum van de Regular-dekking bepalend is. Op grond van de wet is de ziektekostenverzekeraar gehouden de ontstane schade te vergoeden. Deze schade belooft totaal AWG 9.007,88 (€ 4.594,02) en bestaat uit eerdergenoemde kosten van de verloskundige, drie consulten bij de gynaecoloog, en laboratoriumkosten. Daarnaast heeft verzoekster kosten moeten maken ter zake van een vliegticket, de in Nederland afgelegde kilometers, loonkosten omdat zij vijf dagen niet heeft kunnen werken, kosten van extra kinderopvang, kosten van het tijdelijk verblijf in Nederland, kosten vanwege de verhoging van het verzekeringspakket, en rente.
- 4.3. Ter zitting heeft verzoekster verklaard dat het geschil met de ziektekostenverzekeraar alleen betrekking heeft op het onjuist informeren. Met betrekking hiertoe geldt dat het e-mailbericht van 15 maart 2023 van verzoekster en het e-mailbericht van 16 maart 2023 van de ziektekostenverzekeraar elkaar hebben gekruist. Dit is gekomen doordat de partner van verzoekster en verzoekster zelf, los van elkaar, een e-mailbericht hebben gestuurd naar de ziektekostenverzekeraar. Het e-mailbericht van 10 maart 2023 is verstuurd door de partner van verzoekster en hierop is door de ziektekostenverzekeraar bij e-mailbericht van 16 maart 2023 geantwoord. Het e-mailbericht van 15 maart 2023 is verstuurd door verzoekster zelf en hierop is door de ziektekostenverzekeraar bij e-mailbericht van 20 maart 2023 geantwoord. Gelet op de inhoud van de reactie van de ziektekostenverzekeraar van 16 maart 2023 heeft verzoekster geen acht geslagen op de inhoud van het e-mailbericht van 20 maart 2023. Uit de redactie van de inhoud van het e-mailbericht van 16 maart 2023 blijkt onomstotelijk dat aanspraak bestaat op kraamzorg en dat de wachttijd reeds was verstreken. Verder voert verzoekster aan dat zij zeer teleurgesteld is in de wijze waarop de ziektekostenverzekeraar met de klacht is omgegaan. Zo blijft de ziektekostenverzekeraar zich op het standpunt stellen dat de wachttijd begint te lopen vanaf de startdatum van de nieuwe polis. Dit staat echter al lang niet meer ter discussie.
- 4.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

5. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat geen sprake is geweest van een doorlopende verzekering, en dat dit blijkt uit de verschillende polisnummers en het feit dat door verzoekster een nieuwe gezondheidsverklaring moest worden ingevuld. De ingangsdatum van de verzekering met polisnummer TIB(.....)1950, waarvan de Regular-dekking per 23 maart 2023 werd gewijzigd naar Comfort-dekking, is 1 december 2022. In de verzekeringsvoorwaarden ZKT2017 is in artikel

7 bepaald dat een wachttijd van negen maanden van toepassing is voor zwangerschap, bevalling en kraamzorg, gerekend vanaf de ingangsdatum van de verzekering. Door verzoekster is een screenshot overgelegd, maar dit betreft de Wonen in het Buitenland-verzekeringen en niet de in het geding zijnde ziektekostenverzekering.

Volgens de ziektekostenverzekeraar is verzoekster steeds goed geïnformeerd. Van foutieve informatie is hem niet gebleken. Het door verzoekster aangehaalde e-mailbericht van 16 maart 2023 was in algemene termen gesteld, waarbij werd uitgegaan van de situatie dat sprake was van een lopende verzekeringsovereenkomst. In het e-mailbericht van 20 maart 2023 is ingegaan op de specifieke situatie van verzoekster, waarbij is vermeld dat de datum van 1 december 2022 wordt gehanteerd als startdatum voor de wachttijd.

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 13 van de 'Algemene voorwaarden' van de ziektekostenverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepaling uit de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten TH/NR-022 van de Nederlandse Zorgautoriteit is vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder is hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarde opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld dat sprake is van opvolgende verzekeringsovereenkomsten, hetgeen blijkt uit de polisnummers en uit het feit dat verzoekster bij het aangaan van een nieuwe verzekering een gezondheidsverklaring moest invullen. Ook voor de wijziging van de dekking - van Regular naar Comfort - moest een gezondheidsverklaring worden ingevuld.
De commissie begrijpt dat verzoekster dit anders heeft beleefd, in die zin dat volgens haar sprake is van een doorlopende verzekering, maar die beleving strookt niet met de juridische situatie. Met name moet hierbij worden bedacht dat indien de ingevulde gezondheidsverklaring daartoe aanleiding zou hebben gegeven, de verzekering met polisnummer TIB(...)1950 met ingangsdatum 1 december 2022 niet tot stand zou zijn gekomen, waarbij de omstandigheid dat daarvoor een zelfde verzekering met polisnummer TIB(...)454 had gelopen dan geen enkele rol zou hebben gespeeld.
- 7.3. Vervolgens bepaalt artikel 7 van de verzekeringsvoorwaarden ZKT2017, bij de Comfort-dekking, dat "vanaf de tiende maand na de ingangsdatum van de verzekering" de kosten van zwangerschap, bevalling en kraamzorg (gedeeltelijk) worden vergoed. Uit hetgeen door verzoekster ter zitting is verklaard begrijpt de commissie dat niet (meer) in geschil is dat de wachttijd begint te lopen vanaf de startdatum van de nieuwe polis. Nu het door de ziektekostenverzekeraar afgegeven, gewijzigde polisblad een ingangsdatum van 1 december 2022 vermeld betekent het voorgaande dat de wachttijd als bedoeld in artikel 7 van de verzekeringsvoorwaarden op die datum is gestart.
- 7.4. Een andere vraag is of verzoekster goed is geïnformeerd door de ziektekostenverzekeraar. Ten tijde van haar vraagstelling gold de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten TH/NR-022 van de Nederlandse Zorgautoriteit. In artikel 15.1 is te lezen:

"De ziektekostenverzekeraar beantwoordt vragen van consumenten op zodanige wijze dat dit aansluit bij het moment waarop het nodig is en de manier waarop de consument de informatie nodig heeft."

Het voorgaande ziet niet alleen op de tijdigheid van de informatieverstrekking, maar ook op de aard van de informatie die wordt verstrekt, aldus dat de verzekerde op een gerichte vraag een antwoord ontvangt waarmee hij verder kan, bijvoorbeeld in het kader van de keuze voor een verzekering.

- 7.5. In het e-mailbericht van 10 maart 2023 is door de partner van verzoekster een gerichte vraag gesteld, namelijk:

*"Mijn vrouw heeft momenteel een zorgverzekering bij jullie lopen, de tijdelijk in het buitenland regular zorg. Geldt voor een bestaande klant ook de minimale termijn van 9 maanden bij mogelijke zorg rondom een zwangerschap?
Anders gezegd, kunnen we nog overstappen naar Comfort, als mijn vrouw nu zwanger zou zijn, waarbij ze toch recht krijgt op de verzekeringen rondom een zwangerschap die in jullie Comfort pakket zitten?"*

De ziektekostenverzekeraar heeft hierop bij e-mailbericht van 16 maart 2023, gericht aan de partner van verzoekster, als volgt gereageerd:

"Dank je voor je email. Omdat ik op dit e-mailadres geen ziektekostenpolis kan vinden, kan ik je vraag alleen algemeen beantwoorden. Wanneer een verzekerde een Tijdelijk in het Buitenland ziektekostenverzekering Regular heeft en deze omzet naar Comfort, dan geldt dat de wachttijd wat betreft zwangerschap ingaat vanaf de dag dat de Regular dekking is ingegaan."

De commissie kan begrijpen dat verzoekster, die sinds 27 januari 2022 een verzekering had met Regular-dekking onder polisnummer TIB(.....)454, naar aanleiding van dit antwoord heeft gemeend dat de wachttijd van negen maanden voor zwangerschap, bevalling en kraamzorg intussen was verstreken.

- 7.6. Ter zitting is gebleken dat, naast het e-mailbericht van 10 maart 2023 - verstuurd door de partner van verzoekster - , verzoekster ook zelf op 15 maart 2023 een e-mailbericht aan de ziektekostenverzekeraar heeft gestuurd. In dit e-mailbericht vroeg zij:

"Begrijp ik het goed, dat zwangerschap en bevalling wordt verzekerd door jullie zodra wij upgraden naar de Comfort dekking (voordat de 12 weken voor de bevallingsdata zijn verstreken)?"

De ziektekostenverzekeraar heeft hierop bij e-mailbericht van 20 maart 2023 aan verzoekster geantwoord:

"De informatie die je in de mail hebt bijgevoegd gaat over de OOM Wonen in het Buitenland verzekering. Jij hebt de OOM Tijdelijk in het Buitenland verzekering, waarbij andere regels gelden. In de bijlage heb ik de polisvoorwaarden van de OOM Tijdelijk in het Buitenland verzekering bijgevoegd. Op pagina 14 en 15 is alle informatie terug te vinden die jij nodig hebt. Ik moet daarbij vermelden dat jullie verzekering loopt vanaf 01/12/2022."

Gelet op het voorbehoud in het e-mailbericht van 16 maart 2023 (vraag kan alleen algemeen beantwoord worden omdat vraag werd gesteld door de partner van verzoekster), de uitdrukkelijk genoemde ingangsdatum in de nadere mail van 20 maart 2023 ("1/12/2022"), de verwijzing hierin naar de pagina's 14 en 15, en tegen de achtergrond van de vraagstelling, kon verzoekster niet anders concluderen dan dat in haar specifieke situatie voor zwangerschap, bevalling en kraamzorg een wachttijd gold van negen maanden, te rekenen vanaf 1 december 2022, de ingangsdatum van de verzekering, hetgeen iets anders is dan "de dag dat de Regular-dekking is ingegaan" uit het eerdere bericht. Dat er vervolgens voor is gekozen op basis van het e-mailbericht van 10 maart 2023 - dat algemeen was gesteld - de dekking van de ziektekostenverzekering met ingang van 23 maart 2023 te wijzigen van Regular naar Comfort, maakt deze conclusie niet anders. Dit betekent dat het verzoek moet worden afgewezen.

Slotsom

7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 2 oktober 2023,

H.A.J. Kroon

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 sprake is van ernstige gebreken. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden ziektekostenverzekering

- c. de vormen van zorg waarvoor het vrijwillig eigen risico niet geldt.
- 14.3 De zorgverzekeraar informeert de verzekerde adequaat over welke kosten wel of niet zijn vergoed ten laste van de zorgverzekering en legt dit vast in een voor de verzekerde beschikbaar overzicht.

Overige artikelen

Artikel 15 Beantwoording vragen

- 15.1 De ziektekostenverzekeraar beantwoordt vragen van consumenten op zodanige wijze dat dit aansluit bij het moment waarop het nodig is en de manier waarop de consument de informatie nodig heeft.
- 15.2 De zorgverzekeraar kan in zijn polisvoorwaarden eisen stellen aan de vorm waarin vragen worden gesteld en beantwoord.

Artikel 16 Premiegrondslag en aspecten die premie beïnvloeden

De ziektekostenverzekeraar verstrekt informatie in zijn relevante openbare informatiekanaal over de premie, de premiegrondslag en de aspecten die de premie zichtbaar beïnvloeden.

Artikel 17 Opzegmogelijkheden van de verzekering

De ziektekostenverzekeraar verstrekt informatie in zijn relevante openbare communicatiekanalen over hoe en wanneer de verzekering kan worden opgezegd.

Artikel 18 Toegangsvoorwaarden voor de aanvullende verzekering

De ziektekostenverzekeraar verstrekt informatie in zijn relevante openbare communicatiekanalen over de toegangsvoorwaarden voor de aanvullende ziektekostenverzekering.

Artikel 19 Wijzigingen in de polisvoorwaarden

- 19.1 De ziektekostenverzekeraar informeert de verzekerden tijdig over de voor hen nadelige wijzigingen in de polisvoorwaarden.
- 19.2 De ziektekostenverzekeraar publiceert de wijzigingen, zoals bedoeld in het eerste lid, tijdig via zijn relevante openbare communicatiekanalen.

Artikel 20 Mogelijkheid tot het indienen van een klacht

De zorgverzekeraar informeert de verzekerde over de mogelijkheid tot het indienen van een klacht of een verzoek tot heroverweging van een besluit en de bijbehorende procedure.

Artikel 21 Transparantie over zorgplicht

Orthodontie

Wat vergoedt uw OOM Tijdelijk in het Buitenland-verzekering?

	Light	Regular	Comfort
Orthodontie voor verzekerden tot 21 jaar	Geen dekking	Geen dekking	Maximaal € 1.200,- per verzekerde voor zolang die bij OOM verzekerd is. Het maakt niet uit of het om een of meerdere verzekeringsovereenkomsten gaat.

Voorwaarden:

De maximale vergoeding en de maximale leeftijd tot 21 jaar gelden niet bij de behandeling van een kaak-orthopedische afwijking. We vergoeden dan altijd de kostprijs. Het gaat om behandelingen:

- als gevolg van een lip-, kaak- of verhemeltespleet (schisis);
- in de boven- of onderkaak, die gecorrigeerd moet worden met chirurgie (osteotomie) en waarbij voor- en nabehandeling noodzakelijk is.

Zwangerschap, bevalling en kraamzorg

Wat vergoedt uw OOM Tijdelijk in het Buitenland-verzekering?

Light	Zwangerschap en bevalling Geen dekking, ook niet voor complicaties of onvoorziene noodsituaties. Kraamzorg Geen dekking.
Regular	Zwangerschap en bevalling We vergoeden de kosten van zwangerschap en bevalling alleen bij onvoorziene noodsituaties waarbij het volgens de medisch adviseur van OOM noodzakelijk is om acuut medisch in te grijpen. Kraamzorg Geen dekking.
Comfort	Zwangerschap, bevalling en kraamzorg Vanaf de tiende maand na de ingangsdatum van de verzekering, vergoeden we: <i>Zwangerschap</i> <ul style="list-style-type: none">• verloskundige hulp door een specialist, huisarts of verloskundige;• onderzoeken en geneesmiddelen op voorschrift van de specialist, huisarts of verloskundige; <i>Bevalling</i> <ul style="list-style-type: none">• het gebruik van de polikliniek;• opname in een ziekenhuis of kraaminrichting.

Kraamzorg

- kraamzorg in een ziekenhuis of kraaminrichting: bent u in een ziekenhuis of kraaminrichting bevallen – geen poliklinische bevalling – dan vergoeden we de kosten als u vanwege een medische noodzaak in het ziekenhuis moet blijven;
- kraamzorg thuis: tot maximaal € 1.500,- verspreid over maximaal tien dagen vanaf de bevalling. Bent u in een ziekenhuis of kraaminrichting bevallen – geen poliklinische bevalling – dan verminderen we het maximale bedrag voor elke opnamedag met € 150,-

Voorwaarden:

- Uiterlijk tien weken voor de uitgerekende bevallingsdatum geeft u het ziekenhuis van uw voorkeur door aan de alarmcentrale. De alarmcentrale geeft u goedkeuring of biedt u een alternatief.
- Als u besluit te bevallen in een ziekenhuis zonder goedkeuring van de alarmcentrale, vergoeden wij 75% van de kosten van de bevalling.
- De kraamverzorgende of doula heeft alle vereiste diploma's en werkt volgens de relevante protocollen.
- De kraamverzorgende of doula is zelfstandig of in dienst bij of verbonden aan een kraamcentrum, kraamhotel of ziekenhuis.

Vruchtbaarheidsbevordering en (voor)onderzoek

Wat vergoedt uw OOM Tijdelijk in het Buitenland-verzekering?

	Light	Regular	Comfort
Vruchtbaarheidsbevordering en (voor)onderzoek gevolg van vrucht-	Geen dekking, ook niet voor complicaties als gevolg van vruchtbaarheidsbevordering	Geen dekking, ook niet voor complicaties als gevolg van vruchtbaarheidsbevordering	<ul style="list-style-type: none">• KID / KIE / OI: kostprijs• IVF / ICSI: maximaal drie behandelingen met een maximum van € 3.000,- per behandeling

Voorwaarden:

- De vrouw die de (voor)onderzoeken en behandelingen ondergaat, is jonger dan 43 jaar en kan zelf geen kinderen krijgen (primaire kinderloosheid). Ook is deze vrouw ten minste twaalf maanden verzekerd op de Comfort-dekking.
- Uit onderzoek moet blijken dat het voor de vrouw onmogelijk is om op de natuurlijke manier kinderen te krijgen.
- De behandeling geldt alleen voor een eerste kind.
- De behandeling vindt plaats in een ziekenhuis dat hiervoor geschikt is. OOM geeft hiervoor voorafgaand schriftelijke goedkeuring.
- We vergoeden de kosten voor ovulatie-inductie (OI).
- We vergoeden de kosten voor kunstmatige inseminatie voor eigen partner of donor (KIE/KID).
- Voor maximaal drie behandelingen inclusief medicatie vergoeden we:
 - de kosten die verbonden zijn aan een in vitro fertilisatiebehandeling (IVF of ICSI), tot maximaal € 3.000,- per behandeling.
- We vergoeden vruchtbaarheidsbehandelingen niet als ze om andere redenen worden uitgevoerd, zoals pre-implantatie genetische diagnose of selectie (PGD).