

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. J.J.M. Linders en mr. B.L.A. van Drunen

Zaaknummer: 202500234

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij klachtenformulier van 5 februari 2025 een klacht voorgelegd aan SKGZ. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft op 4 april 2025 telefonisch aan verzoeker meegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling, hetgeen hem bij brief van 16 april 2025 is bevestigd. Verzoeker heeft tijdens het telefoongesprek meegedeeld dat hij de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) vraagt een uitspraak te doen. Bij brief van 17 april 2025 is het telefonisch (intake)gesprek met verzoeker, waarin hij zijn verzoek nader heeft toegelicht, bevestigd. Eveneens op 17 april 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 28 mei 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 2 juni 2025 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 8 juli 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025013058) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Hierin adviseert het Zorginstituut de commissie nader onderzoek te laten uitvoeren. Dit omdat op basis van de overgelegde stukken niet kan worden beoordeeld of verzoeker aanspraak heeft op vergoeding. Om een goede beoordeling te kunnen uitvoeren, dient uitgebreidere medische informatie van de behandelend arts in Egypte over de afzonderlijke indicaties voor de behandelingen aan de linkerknie, rechterknie en rug, alsmede over de voorts uitgevoerde behandeling(en) - waaronder een operatieverslag - te worden overgelegd.
- 1.4. Een kopie van het voorlopig advies van het Zorginstituut is op 9 juli 2024 aan partijen gezonden. De commissie heeft verzoeker in de begeleidende brief gevraagd de ontbrekende informatie, zoals benoemd in het advies van het Zorginstituut van 8 juli 2025, op te sturen. Verzoeker heeft de commissie bij e-mailbericht van 11 juli 2025 medische informatie gezonden. Een afschrift hiervan is, eveneens op 11 juli 2025, aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, die daarbij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Bij brief van 16 juli 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie van zijn reactie is aan verzoeker gezonden.

- 1.5. De reacties van verzoeker van 11 juli 2025 en van de ziektekostenverzekeraar van 16 juli 2025 zijn op 18 juli 2025 in kopie aan het Zorginstituut gestuurd met de vraag een nader voorlopig advies uit te brengen, ditmaal met inachtneming van hetgeen door partijen is ingebracht. Bij brief van 13 augustus 2025 heeft het Zorginstituut een nader voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 14 augustus 2025 aan partijen gezonden.
- 1.6. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 15 oktober 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.7. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 31 oktober 2025 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het nader voorlopig advies van 13 augustus 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 3 november 2025 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het nader voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorgvariatiepolis (combinatie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Jongeren (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 2.2. Verzoeker kampte al enige tijd met knie- en rugklachten. Omdat verzoeker zowel in Nederland als in België uitbehandeld was heeft hij zich gewend tot een medisch specialist in Egypte. Aldaar zijn bij verzoeker verschillende behandelingen uitgevoerd, onder andere aan zijn knieën en rug. Na terugkomst in Nederland heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar verzocht de in Egypte gemaakte kosten te vergoeden. Hierop heeft de ziektekostenverzekeraar bij verzoeker en zijn huisarts aanvullende informatie opgevraagd. Op 27 augustus 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar vergoeding van de kosten afgewezen. Op 14 oktober 2024 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar aanvullende informatie gestuurd. Bij brief van 18 oktober 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar wederom afwijzend beslist op het verzoek om vergoeding.
- 2.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 13 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.4. Bij brief van 8 juli 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.5. Bij brief van 13 augustus 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een nader voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 3 november 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de in Egypte bij hem uitgevoerde behandelingen, onder andere aan zijn knieën en rug, te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Verzoeker voert hiertoe aan dat hij al ruim vier jaar kampte met knieklachten als gevolg van een gescheurde meniscus. Om deze klachten te verhelpen is hij geopereerd, maar tijdens de operatieve ingreep is kraakbeen beschadigd geraakt. Dit laatste heeft ervoor gezorgd dat verzoeker

zijn andere been extra is gaan belasten waardoor ook die knie meniscusletsel heeft opgelopen. Door alle knieproblemen is de houding van verzoeker veranderd waardoor ook de rugklachten die hij al sinds 2016 had zijn verergerd. Om de knie- en rugklachten te verhelpen heeft verzoeker verschillende behandelingen ondergaan. Al deze behandelingen hadden niet het gewenste effect waardoor verzoeker was uitbehandeld. Omdat hij toch nog iets aan de klachten wilde doen, heeft hij zich gewend tot een medisch specialist in Caïro, Egypte. Aldaar is een artroscopie uitgevoerd, zijn er in de knie injecties met groeifactoren gegeven, en heeft er een radiofrequente (RF)-behandeling van de knie plaatsgevonden.

- 3.3. De ziektekostenverzekeraar weigert thans de kosten van de in Egypte uitgevoerde behandelingen te vergoeden. Als grond hiervoor voert de ziektekostenverzekeraar aan dat de behandelingen zonder duidelijke reden hebben plaatsgevonden. Dit stoort verzoeker enorm omdat zowel de knie- als de rugklachten al geruime tijd bekend zijn. Ter onderbouwing heeft verzoeker een kopie van zijn medisch dossier overgelegd. Uit dit dossier kan niet anders worden geconcludeerd dan dat hij al langere tijd kampt met ernstige pijnklachten waarvoor medicatie wordt voorgeschreven en waardoor hij zeer beperkt is in zijn functioneren.
- 3.4. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de in Egypte uitgevoerde behandelingen aanvankelijk heeft afgewezen omdat er niet vooraf om toestemming was gevraagd. Dit standpunt is onjuist omdat verzoeker, voordat hij naar Egypte afreisde, bij de ziektekostenverzekeraar het 'Aanvraagformulier zorg in het buitenland' heeft ingevuld. Hierop is, ondanks het feit dat er verschillende keren telefonisch contact over is geweest, vanuit de ziektekostenverzekeraar nooit een inhoudelijke reactie gekomen. Pas toen de kosten daadwerkelijk waren gemaakt heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker verzocht aanvullende informatie op te sturen. Inmiddels heeft verzoeker alles waarover hij beschikt opgestuurd, maar de ziektekostenverzekeraar blijft zich op het standpunt stellen dat informatie ontbreekt. Verzoeker weet alleen dat de in Egypte uitgevoerde behandelingen medisch noodzakelijk waren en geen moment te vroeg kwamen. In Nederland konden de artsen geen adequate behandelingen meer geven en bestond er bij de gespecialiseerde klinieken een aanzienlijke wachtlijst.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat verzoeker naar Egypte is gereisd voor een medisch-specialistische behandeling. Tussen Nederland en Egypte bestaat geen verdrag inzake sociale zekerheid. Daarom moet het recht op vergoeding worden beoordeeld op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering. Een voorwaarde voor vergoeding van medisch-specialistische zorg is dat een verwijzing aanwezig is. Een zodanige verwijzing ontbreekt in dit geval.
- 4.2. Daarnaast geldt dat uit de overgelegde informatie niet is gebleken dat verzoeker daadwerkelijk aan zijn knieën moest worden geopereerd. Dit leidt de ziektekostenverzekeraar af uit het feit dat het ziekenhuis in Nederland voorstelde om eerst een MRI te laten maken, en het ziekenhuis in België adviseerde om een conservatief beleid te volgen, aangezien men daar geen indicatie zag voor operatief ingrijpen. Ook de ziektekostenverzekeraar ziet op basis van de beschikbare medische informatie niet dat verzoeker redelijkerwijs op een operatie aan beide knieën en de rug was aangewezen. Er is enkel een verslag meegestuurd waarin de klachten en beperkingen summier zijn beschreven. Ook de diagnose is zeer beperkt toegelicht. Weliswaar wordt met betrekking tot de rug de diagnose 'multilevel lumbal bulging' genoemd, maar zonder specificatie van de niveaus, de eventuele aanwezigheid van neurocompressie, en welke behandeling specifiek is voorgesteld. Zelfs indien sprake zou zijn van neurocompressie, betekent dit niet automatisch dat operatief ingrijpen is aangewezen. Opgemerkt is dat de niveaus wel worden genoemd in de meegezonden stukken, maar hierin wordt geen melding gemaakt van neurocompressie. Ook wordt de diagnose

‘artrose’ genoemd, maar niet wordt toegelicht hoe deze diagnose is gesteld. De indicatiestelling is dan ook niet navolgbaar. Verder wordt vermeld dat groeifactoren zijn ingezet, maar niet voor welke indicatie, om welke groeifactoren het gaat, en welke klachten hiermee zouden worden verholpen. Hierdoor is niet te beoordelen of verzoeker redelijkerwijs op deze behandeling was aangewezen. Voor zover het gaat om intra-articulaire bloedplaatjes (PRP), geldt dat uit de richtlijn volgt dat deze behandeling niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’.

- 4.3. Voorts zijn bij verzoeker hyaluronzuurinjecties toegepast, maar niet in beide knieën. Daarbij rijst de vraag hoe deze behandeling zich verhoudt tot de bevindingen van de arts in Nederland en tot de relevante richtlijnen. De Nederlandse Orthopedische Vereniging merkt hierover het volgende op: “Standpunt

Gezien de huidige stand van de wetenschap, de mate van effect en kosteneffectiviteit worden intra-articulaire hyaluronzuur injecties in Nederland niet als standaard primaire behandeling van artrose van de knie geadviseerd. Wel kan deze overwogen worden in de tweede lijn indien de standaard primaire behandeling onvoldoende effect heeft.”

Uit dit standpunt leidt de ziektekostenverzekeraar af dat hyaluronzuurinjecties pas in de tweede lijn kunnen worden overwogen, maar alleen wanneer de standaard primaire behandeling geen effect heeft gehad. Het is onbekend of deze standaardbehandeling is toegepast.

- 4.4. Verder wordt vermeld dat bij verzoeker radiofrequente behandeling is toegepast. Ook hiervan is niet duidelijk bij welke klachten dit is ingezet. Hetzelfde geldt voor de inzet van een katheter in het spinaal kanaal en cryotherapie. Deze behandelingen worden genoemd, maar de indicaties blijven onduidelijk.

De ziektekostenverzekeraar heeft bij verzoeker meerdere keren informatie opgevraagd, waaronder het behandelplan. Deze informatie is door verzoeker niet overgelegd en om die reden kan de ziektekostenverzekeraar niet anders dan concluderen dat – voor zover al sprake is van verzekerde zorg - verzoeker niet redelijkerwijs op de in Egypte ondergane behandelingen was aangewezen.

- 4.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat zijn medisch adviseur heeft getracht te onderzoeken welke behandelingen bij verzoeker in Egypte zijn uitgevoerd, hoe de diagnose is gesteld, en waarom is gekozen voor de uitgevoerde behandelingen. Gebleken is dat bij zowel de ingrepen aan de knieën als die aan de rug voornoemde vragen niet goed kunnen worden beantwoord. Een voorbeeld hiervan is de bij verzoeker uitgevoerde radiofrequente behandeling. Niet duidelijk is bij welke klachten deze is ingezet. Hetzelfde geldt voor de inzet van een katheter in het spinaal kanaal en cryotherapie. Wel ziet de ziektekostenverzekeraar dat verzoeker een langdurig traject heeft doorlopen van verschillende soorten behandelingen, maar de artsen adviseerden steeds een conservatief beleid te hanteren. Uit de stukken blijkt niet waarom de artsen in Egypte ineens een noodzaak zagen tot operatief ingrijpen. Het Zorginstituut heeft in het voorlopig advies geadviseerd om bij verzoeker nadere informatie op te vragen. In vervolg hierop zijn door verzoeker weliswaar stukken overgelegd, maar ook hieruit kan niet worden opgemaakt of hij redelijkerwijs op de zorg was aangewezen.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 8 juli 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Uit de beschikbare informatie blijkt dat verzoeker zich heeft gewend tot een medisch specialist in Egypte voor behandeling van zijn knieklachten. Het dossier bevat hierover alleen een zeer beknopte en onduidelijke samenvatting van de behandeling. Uit de beschikbare informatie wordt niet duidelijk welke medische indicaties verzoeker had en welke behandelingen op welke wijze zijn uitgevoerd. Hierdoor kan het Zorginstituut niet beoordelen of verzoeker aanspraak kan maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering.”

Nader onderzoek

Het dossier bevat onvoldoende informatie om te beoordelen of verzoeker voldoet aan de vergoedingsvoorwaarden voor de uitgevoerde zorg of behandelingen. Om te kunnen beoordelen of verzoeker voldoet aan de gestelde voorwaarden dient informatie aan het dossier toegevoegd te worden met betrekking tot het volgende:

- *Uitgebreidere medische informatie van de behandelend arts in Egypte over de afzonderlijke indicaties voor de behandelingen aan linkerknie, rechterknie en rug, alsmede over de uitgevoerde behandeling(en), waaronder een operatieverslag.*

Het advies

Het Zorginstituut adviseert u om nader onderzoek te laten uitvoeren waarbij u rekening houdt met het bovenstaande.”

- 5.2. In het nader voorlopig advies van 13 augustus 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Uit de beschikbare informatie blijkt dat verzoeker zich heeft gewend tot een medisch specialist in Egypte voor behandeling van zijn knieklachten. Het dossier bevat hierover alleen een zeer beknopte en onduidelijke samenvatting van de behandeling. Ook uit de aanvullende informatie wordt niet duidelijk welke medische indicaties verzoeker had en welke behandelingen op welke wijze zijn uitgevoerd. Uit het verslag van het radiologisch onderzoek zijn weinig afwijkingen aangeduid, afgezien van een meniscuslaesie linkerknie. Dit vormt op zichzelf onvoldoende onderbouwing voor de indicatie voor een operatie aan de knie.

Conclusie

Op basis van de (aanvullende) beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat verzoeker voldoet aan de indicatievoorwaarden voor een knieoperatie en behandeling van rugklachten in Egypte. Verzoeker kan dan ook geen aanspraak maken op vergoeding van de knieoperatie en behandeling van rugklachten [rug] ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: verzoeker heeft geen (verzekerings)indicatie voor een knieoperatie en behandeling van rugklachten in Egypte.”

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 A.22 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende 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 bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch-specialistische zorg, waaronder de criteria ‘plegen te bieden’ en ‘stand van de wetenschap en praktijk’, en het ‘redelijkerwijs zijn aangewezen op’ zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke artikelen uit het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering en het Burgerlijk Wetboek alsmede de van belang zijnde verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

- 7.2. Verzoeker heeft zorg gehad in Egypte. Tussen Nederland en Egypte bestaat geen verdrag inzake de sociale ziektekostenverzekering, zodat het recht op vergoeding uitsluitend moet worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering. Met betrekking hiertoe overweegt de commissie als volgt.

Zorgverzekering

- 7.3. Verzoeker heeft zich in Egypte gewend tot een medisch specialist. Op grond van artikel B.4.3 van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat aanspraak op (vergoeding van de kosten van) medisch-specialistische zorg. In artikel A.3 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat het moet gaan om zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep die ‘plegen te bieden’. Verder geldt dat de zorg moet voldoen aan de ‘stand van de wetenschap en de praktijk’. Nadat is vastgesteld dat het gaat om een verzekerde prestatie op basis van de zorgverzekering, dient te worden beoordeeld of een individuele verzekerde naar inhoud en omvang hierop redelijkerwijs is aangewezen. Het voorgaande is gebaseerd op de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. Vervolgens komt dan aan de orde of is voldaan aan bepaalde formele vereisten, zoals het hebben van een voorafgaande – gerichte – verwijzing, en of sprake is van doelmatige zorg. Dit laatste echter alleen voor zover hierover in de verzekeringsovereenkomst afspraken zijn gemaakt.
- 7.4. De ziektekostenverzekeraar heeft opgemerkt dat in het geval van verzoeker een verwijzing naar de medisch specialist in Egypte ontbreekt. Hij heeft daarnaast een inhoudelijke beoordeling uitgevoerd en in dat verband gesteld dat:
- (i) verzoeker niet redelijkerwijs op een operatie aan beide knieën was aangewezen, aangezien een strikt conservatief beleid werd geadviseerd;
 - (ii) de bij verzoeker gestelde diagnoses niet nader worden toegelicht en de indicatiestelling niet navolgbaar is;
 - (iii) verzoeker niet redelijkerwijs was aangewezen op een behandeling met groeifactoren omdat niet wordt vermeld voor welke indicatie, om welke groeifactoren het gaat, en welke klachten hiermee zouden worden verholpen;
 - (iv) hyaluronzuurinjecties alleen kunnen worden overwogen als de standaardbehandeling geen effect heeft gehad. Dit laatste staat onvoldoende vast;
 - (v) voor zover het gaat om intra-articulaire bloedplaatjes (PRP), geldt dat uit de toepasselijke richtlijn volgt dat deze behandeling niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’;
 - (vi) ten aanzien van de radiofrequente behandeling van de rug, de inzet van een katheter in het spinale kanaal en cryotherapie niet duidelijk is bij welke klachten dit is ingezet en wat de indicatiestelling was.

De commissie vat het voorgaande aldus samen dat volgens de ziektekostenverzekeraar (a) niet in alle gevallen duidelijk is welke zorg is verleend, en, voor zover dit wel duidelijk is, (b) geen verzekerde zorg op grond van de zorgverzekering is verleend omdat niet wordt voldaan aan de criteria ‘plegen te bieden’ en/of ‘stand van de wetenschap en praktijk’, en – indien het verzekerde zorg betreft – (c) verzoeker hierop niet redelijkerwijs was aangewezen.

- 7.5. Ingevolge artikel 150 Rv en de jurisprudentie is het uitgangspunt dat een verzekerde die meent een vordering op een verzekeraar te hebben, de stelplicht en bewijslast heeft van zijn stelling dat sprake is van dekking onder de (zorg)verzekeringsovereenkomst (zie Hoge Raad 30 maart 2018, ECLI:NL:HR:2018:469). Het lag dus, gelet op de samenvatting onder 7.3., op de weg van verzoeker om aan te tonen (a) welke zorg in Egypte aan hem werd verleend, (b) dat hierbij sprake was van verzekerde zorg en (c) dat hij op deze zorg naar inhoud en omvang redelijkerwijs was aangewezen. Naar aanleiding van het voorlopig advies van het Zorginstituut van 8 juli 2025 heeft de commissie verzoeker in de gelegenheid gesteld nadere informatie te verstrekken en de stellingen van de

ziektekostenverzekeraar te weerleggen. Zoals ook blijkt uit het nader voorlopig advies van het Zorginstituut van 13 augustus 2025 is verzoeker hierin niet geslaagd.

De commissie begrijpt uit de stelling van verzoeker ter zitting dat hij alle informatie waarover hij beschikt reeds heeft doorgestuurd, aldus dat het voor hem onmogelijk is verder bewijs te leveren. Op grond van artikel 7:941, tweede lid, BW is de verzekeringnemer verplicht binnen een redelijke termijn de verzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen die van belang zijn om de uitkeringsplicht op grond van de zorgverzekering te beoordelen. Omdat de uitkeringsplicht aan de hand van de ontvangen informatie niet kan worden vastgesteld, stond het de ziektekostenverzekeraar vrij vergoeding van de kosten van de zorg in Egypte af te wijzen.

Slotsom

7.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 november 2025,

A. de Ruijter

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. Voorwaarden zorgverzekering
2. Wetgeving

Combinatie basisverzekering

Uw basisverzekering is een 'combinatieverzekering'. Voor een deel van uw verzekering vergoeden wij de kosten van de verzekerde zorg (restitutie). Voor een ander deel bent u verzekerd voor zorg (in natura). Als het gaat om zorg in natura dan staat dit bij de vergoeding van de betreffende zorg. Staat dit er niet bij dan is de zorg op basis van restitutie.

Controle van uw polisblad

U moet de gegevens op uw polisblad controleren.

Zijn de gegevens niet goed zijn of niet volledig? Dan moet u dit aan ons doorgeven. Dit moet binnen 30 dagen nadat u uw polisblad heeft ontvangen. Als wij binnen die tijd niets doorkrijgen dan gaan wij ervan uit dat deze gegevens juist en volledig zijn.

Uw verzekeringspasje

U ontvangt van ons een digitale verzekeringspas als uw verzekering is ingegaan. Als u deze digitale pas laat zien, kunt u de zorg krijgen waar u voor verzekerd bent. Wilt u toch een fysieke pas? Dan kunt u die bij ons aanvragen via de Mijn-omgeving of bij ons Klanten Contact Centrum. Op de achterkant is dit een European Health Insurance Card (EHIC), een Europese zorgpas. Meer informatie over de EHIC pas vindt u op onze website.

Als u collectief verzekerd bent, kan het zijn dat er aanvullende afspraken zijn gemaakt waardoor u ook een fysieke pas ontvangt. Dit kan een pasje zijn met of zonder EHIC.

Geldende verzekeringsvoorwaarden

Op uw polisblad staan de door u gekozen verzekeringen. De verzekeringsvoorwaarden die bij uw verzekeringen gelden, kunt u via de beveiligde 'Mijn omgeving' bekijken, downloaden en bewaren.

Als er nieuwe verzekeringsvoorwaarden zijn, vervallen de oude voorwaarden.

Vertaling van de verzekeringsvoorwaarden

De verzekeringsvoorwaarden zijn in het Nederlands maar we hebben ook vertalingen. Als er verschil is tussen de inhoud en uitleg van de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden en een vertaling dan gelden de Nederlandse verzekeringsvoorwaarden.

Als verzekeringsvoorwaarden afwijken van de wet

De verzekeringsvoorwaarden en bijlagen die bij uw verzekering horen, komen overeen met geldende wetgeving.

Verandert de wetgeving? Vervalt een wet of komt er een nieuwe wet? Ontstaat er daardoor of is er een verschil tussen de verzekeringsvoorwaarden en wet- en regelgeving? Dan gelden de meest recente wetsbepalingen, memorie van toelichting of interpretatie en niet de verzekeringsvoorwaarden.

Lidmaatschap

Bij de aanvraag van uw basisverzekering vraagt u automatisch voor iedere verzekerde ook een lidmaatschap aan van de Onderlinge Waarborg Maatschappij CZ Groep U.A. Het bestuur accepteert deze aanvraag altijd.

Vanaf de ingangsdatum van uw basisverzekering zijn alle verzekerden lid van deze onderlinge waarborgmaatschappij.

A.3. Inhoud en omvang van uw verzekering

Algemene en specifieke eisen

De zorg die u krijgt, moet voldoen aan bepaalde algemene eisen. Specifieke eisen die niet voor alle soorten zorg gelden, staan bij de betreffende zorg.

Dit zijn de algemene eisen voor alle soorten zorg:

- Het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen. Wat betekent dit?
- Zorgverleners binnen een beroepsgroep verlenen eenzelfde soort zorg bij bepaalde klachten en ziektes. Die zorg hoort dan tot het deskundigheidsgebied van die beroepsgroep.

- Het is verzekerde zorg die is omschreven in uw verzekeringsvoorwaarden.
- De inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Of worden bepaald door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Wat betekent dit?
- Er moet genoeg bewijs zijn dat de zorg die u krijgt goed en veilig is. Ook op de lange termijn. Het gaat daarbij om medisch, wetenschappelijk objectief bewijs. Als het nodig is kijken we ook naar de specifieke situatie.
Voor zorg uit uw aanvullende verzekering is medisch, wetenschappelijk objectief bewijs niet nodig.
- De omvang van de zorg staat in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook in andere communicatiemiddelen kunt u lezen tot hoeveel u vergoed krijgt. Bij de betreffende zorg staat het verzekerde maximale bedrag, aantal of de periode. We vergoeden nooit meer dan wat op de nota staat.
- Op grond van uw medische indicatie bent u naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op de betreffende zorg. En de zorg moet doelmatig en passend in uw individuele situatie zijn. Wat betekent dit?
- Het moet logisch zijn dat u met uw klachten of ziekte die betreffende zorg krijgt: er moet dus een medische indicatie zijn die past bij de zorg die u krijgt.
- De zorg mag niet onnodig duur zijn en ook niet onnodig uitgebreid of veel. Als de zorg te duur of te uitgebreid is, dan is die zorg in uw situatie niet doelmatig. De zorg valt dan niet onder uw basisverzekering, óók niet als u een deel zelf betaalt.

Zorgbemiddeling

Kunt u zorg die u medisch gezien nodig heeft niet goed of niet op tijd krijgen? Of is kwalitatief goede, veilige zorg alleen ver weg van uw woonplaats (of vaste verblijfplaats)? Dan heeft u recht op zorgadvies en zorgbemiddeling. Wij zoeken voor u waar de betreffende zorg binnen een acceptabele tijd beschikbaar is. Meer informatie over zorgadvies en zorgbemiddeling vindt u op onze website.

Werelddekking

Uw verzekering heeft een werelddekking.

A.4. Begin en duur van uw verzekering

Ingang van uw verzekering en adres

U kunt zich bij ons aanmelden voor een basisverzekering en een of meer aanvullende verzekeringen.

Uw verzekering gaat in op de datum dat wij uw aanvraag ontvangen. Of op een latere datum als u daar om vraagt.

In uw aanvraag staat uw adres zoals dat in de Basisregistratie Personen staat.

Staat uw adres niet in de Basisregistratie Personen of staat daar een verkeerd adres? Dan gaat uw verzekering alleen in als u er niets aan kunt doen dat het adres waar u woont anders is dan het adres dat in de Basisregistratie Personen staat. U moet ons dan wel een goede uitleg en reden sturen die wij kunnen aannemen.

Afwijkend adres

Is het adres dat u aan ons doorgeeft bij uw aanvraag anders dan het adres dat staat in de Basisregistratie Personen? Dan hebben wij van u nodig:

- een verklaring van uw werkgever of een salarisafschrift van maximaal één maand oud met daarop:
- de ingangsdatum van uw dienstverband;
- inhouding van loonbelasting omdat u in Nederland of op het continentaal plat werkt (als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige zorg).
- of een verklaring van de Sociale Verzekeringsbank dat u verzekerd bent volgens de Wet langdurige zorg.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 4°. vruchtbaarheidsgelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
 - 5°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
 - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of

- bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

De zorg bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omvat niet:

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. een behandeling van plastisch-chirurgische aard die strekt tot borstconstructie of vervanging van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- k. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in bijlage 0 bij deze regeling genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde geneeskundige behandeling;
- l. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij de behandeling van diabetes voor het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen.

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.

Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering

Artikel 150

De partij die zich beroept op rechtsgevolgen van door haar gestelde feiten of rechten, draagt de bewijslast van die feiten of rechten, tenzij uit enige bijzondere regel of uit de eisen van redelijkheid en billijkheid een andere verdeling van de bewijslast voortvloeit.