

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. J.J.M. Linders)

Zaaknummer: 202400603

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,

en

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten,
 - 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoeker heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is hem de kosten van een in 2019 in Engeland ondergane ingreep aan de hand alsnog te vergoeden. Volgens verzoeker was bij de declaratie voldoende informatie gevoegd om de uitkeringsplicht te beoordelen. Daarnaast nam hij aan dat de ontbrekende informatie door het Engelse ziekenhuis zou worden aangeleverd. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat de nota niet wordt vergoed omdat na het indienen hiervan informatie is opgevraagd, die echter niet tijdig door verzoeker werd overgelegd, zodat de vordering intussen is verjaard.
- 1.2. De commissie overweegt dat de nota tijdig ter declaratie werd ingediend, dat wil zeggen vóór het verstrijken van de termijn van drie jaren van artikel 7:942, eerste lid, BW. Artikel 7:942, tweede lid, BW bepaalt dat een nieuwe verjaringstermijn van drie jaren begint te lopen met de aanvang van de dag, volgende op die waarop de verzekeraar hetzij de aanspraak erkent, hetzij ondubbelzinnig heeft meegedeeld de aanspraak af te wijzen. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanspraak op 21 augustus 2019 ondubbelzinnig afgewezen, met als reden dat hij informatie miste om tot vergoeding te kunnen overgaan. In de drie jaren daarna heeft verzoeker het gevraagde niet overgelegd en heeft hij geen stuitingshandeling verricht. Daarmee is zijn vorderingsrecht jegens de ziektekostenverzekeraar verjaard. Gelet op de summiere informatie die verzoeker bij het indienen van de nota aan de ziektekostenverzekeraar had verstrekt over de bij hem uitgevoerde ingreep, werd het verzoek van 21 augustus 2019 van de ziektekostenverzekeraar om aanvullende informatie in redelijkheid gedaan. De stelling van verzoeker dat hij aannam dat het ziekenhuis de gevraagde informatie aan de ziektekostenverzekeraar had gestuurd, treft geen doel. Verzoeker heeft de nota immers zelf ter declaratie bij de ziektekostenverzekeraar ingediend, zodat geen sprake was van rechtstreeks contact tussen het ziekenhuis en de ziektekostenverzekeraar. Ook in een later stadium is hiervan niet gebleken. Verzoeker heeft voorts geen bewijs geleverd waaruit blijkt dat hij het ziekenhuis - tijdig - heeft gevraagd informatie aan de ziektekostenverzekeraar te sturen. Deze stelling van verzoeker kan daarom niet leiden tot een ander oordeel. De commissie beslist tot afwijzing van het verzoek.

- 1.3. Hierna wordt eerst 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. Verzoeker heeft bij brief van 11 maart 2024 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 19 april 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij e-mailbericht van 15 mei 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullende stukken aan de commissie gestuurd. Een kopie van dit e-mailbericht met bijbehorende stukken is op 16 mei 2024 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 4 juni 2024 respectievelijk 10 juni 2024 verklaard niet te willen worden gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ONVZ Vrije Keuze Topfit, ONVZ Tandfit Module D en ONVZ Wereldfit (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker heeft in 2019 tijdens een verblijf in Cambridge, Engeland, zijn linker ringvinger gebroken. Hij heeft op 30 juni 2019 de spoedeisende eerste hulp (SEH) bezocht, waar zijn vinger is gezet, waarna hij werd opgenomen in het ziekenhuis en de volgende dag geopereerd. De desbetreffende nota heeft hij bij de ziektekostenverzekeraar ter declaratie ingediend.
- 3.3. Bij brief met bijbehorend declaratieoverzicht van 21 augustus 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de kosten van de behandeling (nog) niet kunnen worden vergoed. Verzoeker diende hiertoe een specificatie van de kosten over te leggen. Hieraan heeft hij geen gevolg gegeven.
- 3.4. Bij brief van 1 april 2023 stuurde het ziekenhuis verzoeker een aanmaning voor een openstaand bedrag met betrekking tot de in 2019 uitgevoerde behandeling. Deze brief heeft verzoeker doorgestuurd naar de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bij brieven van 1 september 2023 en 12 oktober 2023 meegedeeld dat vergoeding van de kosten is afgewezen.

4. Standpunt verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de nota van £ 2.917,19 alsnog aan hem te vergoeden.
- 4.2. Verzoeker heeft hiertoe in zijn brief aan de commissie van 11 maart 2024 aangevoerd dat hij bij de declaratie in 2019 een fotocollage had gevoegd, waaruit bleek van de behandeling. Op basis van deze toelichting had de ziektekostenverzekeraar tot vergoeding moeten overgaan. Er is na de afwijzing nog telefonisch overleg geweest tussen verzoeker en het Engelse ziekenhuis. Verzoeker is op basis van dat gesprek ervan uitgegaan dat eventueel benodigde aanvullende informatie door het ziekenhuis aan de ziektekostenverzekeraar zou worden gestuurd. Ook vertrouwde hij erop dat de ziektekostenverzekeraar de nota rechtstreeks aan het ziekenhuis zou vergoeden. In 2023 ontving verzoeker echter een aanmaning van het Engelse ziekenhuis. Eerst op dat moment werd

hem bekend dat de nota nooit door de ziektekostenverzekeraar was betaald. Vervolgens heeft verzoeker geprobeerd de ziektekostenverzekeraar te bewegen de kosten alsnog te vergoeden, maar deze stelt dat de vordering intussen is verjaard. Verzoeker is het hiermee niet eens. Hij heeft immers de initiële vordering tijdig bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. Bovendien kan van het ziekenhuis na een zo lange tijd niet meer worden verlangd dat alsnog een toelichting op het behandelplan wordt verstrekt. Het betreft een tamelijk eenvoudige ingreep, die door middel van fotomateriaal is gedocumenteerd. Verzoeker is van mening dat het ziekenhuis niet mag worden benadeeld, en dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten alsnog rechtstreeks aan het ziekenhuis te betalen. Dit klemt temeer aangezien de financiële situatie van verzoeker uitermate precair is en hij niet in staat is de vordering van het ziekenhuis uit eigen middelen te voldoen.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de nota van £ 2.917,19 niet wordt vergoed. Hij heeft hiertoe in de heroverweging van 4 januari 2024 aangevoerd dat verzoeker de nota ter declaratie indiende op 6 augustus 2019. Op 21 augustus 2019 deelde de ziektekostenverzekeraar hem per brief mee dat de kosten niet werden vergoed, omdat de nota onvoldoende was gespecificeerd. Aan verzoeker is toen gevraagd om een behandelverslag of behandelplan van de behandelend arts. Pas op 23 augustus 2023 ontving de ziektekostenverzekeraar weer een bericht van verzoeker over deze nota, overigens zonder de gevraagde informatie. De verjaringstermijn van een uitkering bij een verzekeraar is wettelijk vastgelegd op drie jaren (art. 7:942, tweede lid, BW). Deze termijn van drie jaren begon opnieuw te lopen na het antwoord van de ziektekostenverzekeraar op 21 augustus 2019 en is inmiddels verstreken, zodat geen vergoeding meer mogelijk is. Het is de ziektekostenverzekeraar niet duidelijk waarom verzoeker de aannahme heeft gedaan dat alles zou zijn geregeld. Alle post van zowel het ziekenhuis als van de ziektekostenverzekeraar is aan verzoeker gericht. Een rechtstreekse betaling aan een buitenlandse zorgverlener is voor de ziektekostenverzekeraar bovendien niet mogelijk. Na het afwickelen van een declaratie beschouwt de ziektekostenverzekeraar het dossier als gesloten. Verzoeker was en is zelf verantwoordelijk voor betaling van de zorgnota aan het Engelse ziekenhuis.

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 78 van de 'Algemene Regels en Vergoedingen' van de zorgverzekering.
- 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 het Burgerlijk Wetboek (BW) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. Voorts zijn hierin de van belang zijnde artikelen uit de Verordeningen (EG) nr. 883/2004 en 987/2009 weergegeven. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Verzoeker heeft zorg genoten tijdens zijn verblijf in Engeland - toen nog - een andere EU-lidstaat. Op deze situatie ziet artikel 19 van Verordening (EG) nr. 883/2004. Een verzekerde heeft, op grond van deze bepaling, tijdens verblijf in een andere EU/EER-lidstaat of Zwitserland aanspraak op zorg volgens de plaatselijke sociale ziektekostenverzekering. Hiertoe dient de European Health Insurance Card (EHIC) te worden getoond. Verzoeker heeft zijn EHIC niet getoond, dan wel is deze door het Engelse ziekenhuis niet geaccepteerd. Artikel 25 van Verordening (EG) nr. 987/2009 biedt een aantal mogelijkheden indien kosten van zorg, gemaakt in een andere EU/EER-lidstaat of Zwitserland geheel of gedeeltelijk voor rekening van de verzekerde zijn gebleven. Een van deze mogelijkheden is het declareren van de kosten bij - in de Nederlandse situatie - de eigen zorgverzekeraar, waarbij de aanspraak op vergoeding wordt

bepaald door de voorwaarden van de verzekering gebaseerd op de Zvw. De commissie begrijpt dat verzoeker in 2019 van deze mogelijkheid gebruik heeft willen maken.

- 7.3. In artikel 43 van de 'Algemene Regels en Vergoedingen' van de zorgverzekering is over het zelf indienen van een nota het volgende bepaald:
- "Dient u zelf een nota van een zorgverlener bij ons in? Dan moet u zich aan de volgende 3 regels houden. Anders kan het zijn dat wij de kosten niet vergoeden.*
- a. Dien uw nota's zo snel mogelijk bij ons in. We moeten ze binnen 3 jaar hebben ontvangen. De 3 jaar gaan in op het moment dat u de zorg gekregen heeft. Dus niet op het moment dat gedeclareerd is.*
- b. Nota's die u indient moeten duidelijk zijn. Er moet bijvoorbeeld in staan welke zorg u heeft gekregen, en wie die heeft verleend. De nota's moeten in het Nederlands zijn, of in het Engels, Duits, Frans of Spaans. Anders kunnen wij om een vertaling vragen.*
- c. Dient u de nota digitaal in, bijvoorbeeld via de ONVZ app of onze website? U moet de originele nota nog 1 jaar bewaren nadat wij deze hebben ontvangen. Wij kunnen u vragen ons het origineel toe te sturen."*
- 7.4. Het staat vast, blijkens de ontvangstbevestiging van de ziektekostenverzekeraar van 21 augustus 2019, dat de nota tijdig bij de ziektekostenverzekeraar is ingediend, dat wil zeggen binnen de wettelijke verjaringstermijn van drie jaren, zoals verwoord in artikel 7:942, eerste lid, BW. Artikel 7:942, tweede lid, BW bepaalt dat een nieuwe verjaringstermijn van drie jaren begint te lopen met de aanvang van de dag, volgende op die waarop de verzekeraar hetzij de aanspraak erkent, hetzij ondubbelzinnig heeft meegedeeld de aanspraak af te wijzen. In het hiervoor bedoelde bericht heeft de ziektekostenverzekeraar de aanspraak ondubbelzinnig afgewezen, met als reden dat hij informatie miste om tot vergoeding te kunnen overgaan. Bij het declaratieoverzicht is vermeld: *"Om te kunnen beoordelen of deze kosten voor vergoeding in aanmerking komen, is een behandelverslag of een behandelplan van de behandelend arts noodzakelijk. Het (totaal)bedrag van de nota is onvoldoende gespecificeerd. Om te kunnen beoordelen of de kosten voor vergoeding in aanmerking komen, ontvangen wij graag een specificatie van de kosten."* Het stuk van 21 augustus 2019 heeft verzoeker kennelijk bereikt, maar vóór het verstrijken van de verjaringstermijn heeft hij het gevraagde niet overgelegd en ook heeft hij binnen deze termijn geen stuitingshandeling verricht. Daarmee is zijn vorderingsrecht jegens de ziektekostenverzekeraar verjaard.
- 7.5. Mede gelet op het door verzoeker gestelde en in het licht van voornoemd artikel 43, is de vraag die vervolgens ter beantwoording voorligt of de door verzoeker ingediende nota met foto's al dan niet voldoende was voor de ziektekostenverzekeraar om zijn uitkeringsplicht te kunnen beoordelen (artikel 7:941, tweede lid, BW) dan wel dat hiervoor de gevraagde aanvullende informatie nodig was. De ingediende nota vermeldt: *"Plastic Surgery Inpatient"*, alsmede de opnamedatum en het te betalen bedrag. Verdere informatie over de ingreep is niet opgenomen op de factuur. Verzoeker heeft bij deze factuur een ingevuld *"Pre-Attendance Form"* en een aantal foto's gevoegd. Bij de foto's is met de hand een datum geschreven. Ook staat erbij geschreven: *"2e rij is 1-07-2019, de laatste 4 foto's zijn onderweg in de auto naar huis op 1/7/2019"*. Deze foto's lijken door verzoeker of zijn naasten te zijn gemaakt, en niet door de behandelend arts. Gelet op de inhoud van de nota en de summier informatie die verzoeker aan de ziektekostenverzekeraar heeft overgelegd over de bij hem uitgevoerde ingreep, is het verzoek van de ziektekostenverzekeraar om aanvullende informatie te verstrekken in redelijkheid gedaan.
- 7.6. De stelling van verzoeker dat hij aannam dat het ziekenhuis de gevraagde informatie aan de ziektekostenverzekeraar had gestuurd, treft geen doel. Verzoeker heeft de door hem ontvangen nota immers zelf bij de ziektekostenverzekeraar ter declaratie ingediend, zodat geen sprake was van rechtstreeks contact tussen het ziekenhuis en de ziektekostenverzekeraar. Ook in een later stadium is hiervan niet gebleken. Verzoeker heeft voorts geen informatie overgelegd waaruit volgt dat hij het ziekenhuis heeft gevraagd informatie aan de ziektekostenverzekeraar te sturen. Deze stelling van verzoeker kan daarom niet leiden tot een ander oordeel.

Slotsom

7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 5 juli 2024,

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 sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Artikel 19

Verblijf buiten de bevoegde staat

1. Tenzij anders bepaald in lid 2, hebben een verzekerde en zijn gezinsleden die verblijven in een andere lidstaat dan de bevoegde lidstaat, recht op de verstrekkingen welke tijdens het verblijf medisch noodzakelijk worden, met inachtneming van de aard van de verstrekkingen en de verwachte duur van het verblijf. De verstrekkingen worden voor rekening van het bevoegde orgaan verstrekt door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof de betrokkenen krachtens die wetgeving verzekerd waren.
2. De Administratieve Commissie stelt een lijst op van de verstrekkingen die om praktische redenen tijdens een verblijf in een andere lidstaat worden verstrekt op voorwaarde dat dit vooraf is overeengekomen tussen de betrokkene en het orgaan dat de zorg verstrekt.

Artikel 25

Verblijf in een andere dan de bevoegde lidstaat

1. Voor de toepassing van artikel 19 van de basisverordening verstrekt de verzekerde de zorgverlener in de lidstaat van verblijf een door het bevoegd orgaan uitgereikt document waaruit blijkt dat hij recht heeft op verstrekkingen. Indien de verzekerde niet in het bezit is van een dergelijk document, vraagt het orgaan van de verblijfplaats het document op verzoek, of indien anderszins noodzakelijk, bij het bevoegde orgaan op.
2. Uit dat document moet blijken dat de verzekerde volgens de voorwaarden van artikel 19 van de basisverordening recht heeft op verstrekkingen onder dezelfde voorwaarden als die welke gelden voor verzekerden ingevolge de wetgeving van de lidstaat van verblijf.
3. Met de in artikel 19, lid 1, van de basisverordening genoemde verstrekkingen worden verstrekkingen bedoeld die in de lidstaat van verblijf volgens zijn wetgeving worden verleend en die medisch noodzakelijk worden om te voorkomen dat de verzekerde vóór het einde van zijn geplande verblijf naar de bevoegde lidstaat moet terugkeren om er de behandeling te ontvangen die hij nodig heeft.
4. Indien de verzekerde de kosten van alle of een deel van de op grond van artikel 19 van de basisverordening verleende verstrekkingen zelf heeft betaald en indien de door het orgaan van de verblijfplaats toegepaste wetgeving voorziet in de mogelijkheid van vergoeding van deze kosten aan de verzekerde, kan hij een verzoek om vergoeding aan het orgaan van de verblijfplaats richten. In dat geval vergoedt dat orgaan hem het bedrag van de kosten van de verstrekkingen rechtstreeks, binnen de grenzen en onder de voorwaarden van de volgens de wetgeving van het orgaan geldende vergoedingstarieven.
5. Indien het verzoek om vergoeding van zulke kosten niet rechtstreeks bij het orgaan van de verblijfplaats is ingediend, worden de kosten door het bevoegde orgaan aan de betrokkene vergoed tegen het vergoedingstarief dat het orgaan van de verblijfplaats in het betrokken geval toepast, dan wel ten bedrage van de vergoeding die door het orgaan van de verblijfplaats zou zijn uitbetaald indien artikel 62 van de toepassingsverordening van toepassing was geweest.

Het orgaan van de verblijfplaats is verplicht het bevoegde orgaan desgevraagd de nodige inlichtingen over die tarieven of bedragen te verstrekken.
6. In afwijking van lid 5 kan het bevoegde orgaan de gemaakte kosten vergoeden binnen de grenzen en volgens de voorwaarden van de tarieven vastgesteld in zijn wetgeving, op voorwaarde dat de verzekerde ermee akkoord gaat dat deze bepaling op hem wordt toegepast.
7. Indien de wetgeving van de lidstaat van verblijf in het betrokken geval niet voorziet in vergoeding overeenkomstig de leden 4 en 5, mag het bevoegde orgaan de gemaakte kosten binnen de grenzen en volgens de voorwaarden van de tarieven vastgesteld in zijn wetgeving vergoeden zonder instemming van de verzekerde.
8. De vergoeding voor de verzekerde mag het bedrag van de werkelijk door hem gemaakte kosten nooit overschrijden.
9. Indien het om aanzienlijke uitgaven gaat, kan het bevoegde orgaan een passend voorschot aan de verzekerde uitbetalen zodra deze de aanvraag tot vergoeding bij dit orgaan indient.
10. De leden 1 tot en met 9 zijn van overeenkomstige toepassing op de gezinsleden van de verzekerde.

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°. vruchtbaarheidsgerelateerde 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.

37. Als uw zorgkosten het gevolg zijn van terroristische handelingen¹ dan kan het zijn dat u een lagere vergoeding krijgt. Wij hebben onze verplichting om deze zorgkosten te vergoeden verzekerd bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT). Deze verzekering vergoedt maximaal € 1 miljard per kalenderjaar. Zijn er meer kosten? Dan vergoedt de NHT deze voor een deel. Wij vergoeden de zorgkosten dan ook voor dit deel. Hebben wij de kosten niet verzekerd bij NHT? Ook dan vergoeden wij de kosten voor een gelijk deel, alsof ze wel verzekerd zouden zijn bij de NHT. Woont u niet in Nederland? Dan krijgt u zorg die het gevolg is van terroristische handelingen niet vergoed.
38. De overheid kan in uitzonderlijke situaties zoals natuurrampen een deel van de zorgkosten vergoeden. Dan heeft u recht op een aanvullende vergoeding volgens de wettelijke regels.
39. **Voor de aanvullende verzekeringen gelden de volgende 2 beperkingen. In de praktijk merkt u dit niet.** Verzekeraars lossen dit zoveel mogelijk samen op.
1. **De aanvullende verzekering vergoedt niet voor het deel waarvoor een andere regeling geldt.**
De aanvullende verzekeringen zijn 'excedent'-verzekeringen. Dit betekent dat de vergoedingen niet gelden voor zover een andere regeling vergoedt. Daarboven vergoeden wij wel, tot de maximale vergoeding. Een regeling is een verzekering, wet of voorziening.
 2. **De aanvullende verzekering vergoedt niet bij samenloop.**
Samenloop betekent dat zorg of zorgkosten onder 2 of meer regelingen vallen. Of onder die andere regeling zou vallen, als de aanvullende verzekering niet bestond. Het maakt niet uit of de andere regeling eerder of later is ingegaan.
40. **De aanvullende verzekeringen vergoeden de volgende zorg ook niet.**
- a. Zorg die is voorgeschreven of geleverd:
 - door de verzekerde aan zichzelf
 - door de verzekerde aan een gezinslid
 - door een gezinslid aan een verzekerde binnen het gezin.Wij vergoeden deze zorg wel als we vooraf toestemming hebben gegeven.
 - b. Heeft u bij een andere zorgverzekeraar een natura basisverzekering? En gaat u naar een zorgaanbieder waarmee uw verzekeraar geen overeenkomst heeft? Bij een naturaverzekering moet u een (flink) deel van uw zorgkosten zelf betalen als u naar een zorgverlener gaat waarmee de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft. Uw aanvullende verzekering vergoedt dat deel niet.

Ik wil zorgkosten declareren

U heeft zorg gekregen en vraagt zich af hoe het zit met de vergoeding. Vaak heeft u hier geen omkijken naar. Want zorgverleners sturen ons de nota meestal rechtstreeks. Krijgt u toch een nota zelf? Dan kunt u die op verschillende manieren bij ons indienen. Hieronder leest u hoe het werkt.

41. **Veel zorgverleners dienen de nota rechtstreeks bij ons in. Wij betalen dan rechtstreeks aan de zorgverlener. Zo voldoen wij aan de verplichting om uw nota te vergoeden.**
Betalen wij de zorgverlener meer dan waarop u recht heeft? Dan kunnen wij het verschil bij de zorgverlener terugvragen.
42. **Het kan ook zijn dat**

44. **Wij kunnen nota's controleren.** Wij gaan dan bijvoorbeeld na of u de zorg wel heeft gekregen en nodig had.

Ik betaal premie

45. **De hoofdverzekerde moet de premies voor de verzekerden steeds vooraf betalen.** U kunt kiezen voor betalen per maand, kwartaal, halfjaar of jaar.

46. **Voor kinderen tot 18 jaar betaalt u voor de volgende 6 verzekeringen geen premie.**

- Vrije Keuze Basisverzekering
- Vrije Keuze Startfit
- Vrije Keuze Extrafit
- Vrije Keuze Benfit
- Vrije Keuze Optifit
- Wereldfit

Voor Topfit en Superfit geldt een speciale kinderpremie. Die betaalt u voor maximaal 2 kinderen. U moet kinderen zelf aanmelden.

U gaat premie betalen vanaf de 1e maand na de 18e verjaardag. Dan bestaat ook geen recht meer op de kinderpremie.

47. **U betaalt de basispremie. Daar kunnen nog kortingen vanaf gaan.** De basispremie en de kortingen staan in de premietabel. Korting krijgt u:

- als u per kwartaal, half jaar of jaar betaalt in plaats van per maand
- als u een vrijwillig eigen risico kiest
- als deelnemer aan de collectiviteit van Vereniging ONVZ
- als u aan een andere collectiviteit deelneemt

48. Combineert u onze aanvullende verzekering(en) niet met een Vrije Keuze Basisverzekering? Dan betaalt u bovenop de premie een toeslag van 50%.

Woont u in het buitenland? Daar geldt soms een heffing of belasting op premie. Deze berekenen wij aan u door.

49. Berekenen wij premie over een deel van 1 maand? Dan stellen we 1 maand op 30 dagen.

50. U mag premie die u moet betalen niet verrekenen met vergoedingen die u nog van ons krijgt.

51. Tijdens detentie worden uw verzekeringen opgeschort. De overheid regelt dan uw zorg. Dit betekent dat u bij ons geen aanspraak kunt maken op vergoeding van zorg. U hoeft ons ook geen premie te betalen. U moet ons laten weten dat u in detentie zit, en voor welke periode. U moet ons ook laten weten wanneer u vrij bent gekomen.

Meewerken en informeren

52. **Hebben wij voor controle of onderzoek informatie nodig? Dan moet u daar aan meewerken.** U moet zorgen dat onze medisch adviseur of een andere medewerker die informatie krijgt. Bijvoorbeeld van uw behandelend arts. Hierbij gelden de privacyregels. Werkt u niet mee, dan kan het zijn dat u nota's niet vergoed krijgt, of ons moet terugbetalen.

53. **Belangrijke veranderingen in uw situatie moet u binnen 1 maand aan ons doorgeven.**

Met belangrijk bedoelen we gebeurtenissen waarvan wij op de hoogte moeten zijn om uw verzekering goed uit te voeren. Bijvoorbeeld:

- u verhuist naar het buitenland of gaat daar werken
- u krijgt een ander bankrekeningnummer
- u heeft een kind gekregen
- u bent niet langer verplicht om een basisverzekering te hebben.

Doet u dit niet, dan kan het zijn dat u nota's niet vergoed krijgt.

Burgerlijk Wetboek Boek 7

Geldend van 15-11-2019 t/m heden

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.

Burgerlijk Wetboek Boek 7

Artikel 942

1. Een rechtsvordering tegen de verzekeraar tot het doen van een uitkering verjaart door verloop van drie jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waarop de tot uitkering gerechtigde met de opeisbaarheid daarvan bekend is geworden.
2. De verjaring wordt gestuit door een schriftelijke mededeling, waarbij op uitkering aanspraak wordt gemaakt. Een nieuwe verjaringstermijn van drie jaren begint te lopen met de aanvang van de dag, volgende op die waarop de verzekeraar hetzij de aanspraak erkent, hetzij ondubbelzinnig heeft medegedeeld de aanspraak af te wijzen.
3. Bij verzekering tegen aansprakelijkheid wordt de verjaring in afwijking van lid 2, eerste zin, gestuit door iedere onderhandeling tussen de verzekeraar en de tot uitkering gerechtigde of de benadeelde. In dat geval begint een nieuwe verjaringstermijn van drie jaren te lopen met de aanvang van de dag, volgende op die waarop de verzekeraar hetzij de aanspraak erkent, hetzij ondubbelzinnig aan degene met wie hij onderhandelt en, indien deze een ander is, aan de tot uitkering gerechtigde heeft medegedeeld dat hij de onderhandelingen afbreekt.