

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. B.L.A. van Drunen en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202501164

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft op 16 juli 2025 telefonisch verzocht om een uitspraak van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie). Eveneens op 16 juli 2025 is het verzoek schriftelijk aan haar bevestigd. Op 4 augustus 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 28 oktober 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 29 oktober 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 23 november 2025 respectievelijk 11 december 2025 verklaard niet te willen worden gehoord.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was van 2018 tot en met 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering). De zorgverzekering is niet in geschil, zodat deze verder onbesproken blijft.

Verder was zij in die jaren als volgt aanvullend verzekerd tegen ziektekosten:

2018: VGZ Aanvullend Best;

2019 - 2020: VGZ Werkt Best en VGZ Werkt Tand Best

2021 - 2022: VGZ Werkt Best en VGZ Werkt Tand Goed

2023: VGZ Werkt Best

2024: VGZ Werkt Goed

De aanvullende verzekeringen VGZ Werkt Tand Best en VGZ Werkt Tand Goed zijn niet in geschil, zodat deze verder onbesproken blijven. De overige aanvullende ziektekostenverzekeringen samen zullen hierna worden aangeduid als de aanvullende ziektekostenverzekering.

- 2.2. Verzoekster heeft bij brief van 12 december 2024 van de ziektekostenverzekeraar de mededeling ontvangen dat onrechtmatige declaraties zijn ingediend. Op basis van die declaraties heeft de

ziektekostenverzekeraar naar eigen zeggen bedragen zonder rechtsgrond, en derhalve onverschuldigd, betaald. De ziektekostenverzekeraar vordert van verzoekster daarom een bedrag van € 3.500,-- terug.

- 2.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 12 juni 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat het dossier bij de afdeling Controle en Fraudebeheersing is gesloten. Het dossier is overgedragen aan de afdeling Klachten- en Creditmanagement.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat zij niet is gehouden de terugvordering ten bedrage van € 3.500,- over de periode van 2019 tot en met 2023 aan de ziektekostenverzekeraar te betalen.
- 3.2. Verzoekster heeft bij e-mailberichten van 3 februari 2025 en 4 april 2025, gericht aan de ziektekostenverzekeraar, gevraagd welke aanvullende informatie zij moet aanleveren om aan te tonen dat de declaraties rechtmatig zijn. Daarnaast heeft zij verklaard het te betreuren dat zij direct door de afdeling Controle en Fraudebeheersing is benaderd, zonder dat eerst is nagegaan of sprake is van een misverstand dan wel onvolledige informatie. De ernst van een dergelijke beschuldiging mag volgens haar niet worden onderschat. Zij is al jaren docent en examinator, en zet zich sinds 2008 actief in voor het naleven van de geldende wet- en regelgeving in haar vakgebied. Verzoekster heeft verder verklaard dat zij jaren geleden telefonisch contact heeft gehad met de ziektekostenverzekeraar om te bespreken of zij in haar eigen kliniek mocht worden behandeld. Toen is haar expliciet bevestigd dat dit was toegestaan en de ingediende declaraties werden vervolgens ook akkoord bevonden. Zij heeft over het telefoongesprek in het recente verleden herhaaldelijk contact gezocht met de ziektekostenverzekeraar, maar er kon – in verband met de privacywetgeving – niets ouder dan één jaar worden teruggevonden. Verzoekster vindt het tegen die achtergrond onredelijk dat van haar wordt verwacht bewijs te leveren van een gesprek van 7 tot 8 jaren geleden. Als de vergoeding destijds niet terecht was, dan had dit veel eerder moeten worden gemeld, en niet achteraf na jarenlang goedgekeurde declaraties.
- 3.3. In haar e-mailbericht van 10 juni 2025 heeft verzoekster herhaald dat zij het niet eens is met de terugvordering van € 3.500,-- over de periode van 2019 tot en met 2023. Zij heeft in dat verband toegelicht dat zij zich in 2014 is gaan verdiepen in specialistische behandelingen. Inmiddels heeft zij zich hierin dusdanig ontwikkeld dat zij cliënten uit het hele land behandelt. De behandelingen waarop deze zaak betrekking heeft, zijn niet door haarzelf uitgevoerd, maar door medewerkers die onder haar verantwoordelijkheid werkten binnen een educatief kader. Tijdens het eerder aangehaalde telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar werd haar meegedeeld dat zij haar AGB-code mocht gebruiken, mits de behandeling werd uitgevoerd onder haar directe toezicht.
- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster meegedeeld dat zij op grond van artikel 1.9 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering geen declaraties mocht indienen voor behandelingen bij haarzelf. Volgens verzoekster is hiervan echter geen sprake. De behandelingen werden namelijk uitgevoerd door gekwalificeerd personeel, onder haar verantwoordelijkheid. Indien de ziektekostenverzekeraar van mening is dat dit declaraties zijn van behandelingen die zij zelf, en bij haarzelf, heeft uitgevoerd, dan hadden die declaraties vanaf het eerste moment na wetswijziging moeten worden afgewezen en niet pas één jaar na het indienen van de laatste declaratie. Het is onredelijk en juridisch discutabel om op basis van een interne herinterpretatie of gewijzigde toepassing van beleidsregels met terugwerkende kracht een bedrag terug te vorderen en fraude te impliceren. Verzoekster verwijst in dit verband naar de artikelen 3:33 tot en met 3:35 van het Burgerlijk Wetboek. Hierin is bepaald dat een rechtsgeldige overeenkomst – en

dus ook het gewekte vertrouwen – tot stand komt op basis van wederzijdse verklaringen en gedragingen. De ziektekostenverzekeraar heeft jarenlang, door vergoeding van de ingediende declaraties, impliciet bevestigd dat de handelwijze van verzoekster rechtmatig was. Zij vindt het daarnaast onredelijk dat op basis van de Algemene Verordening Gegevensverwerking geen gesprekken zijn vastgelegd door de ziektekostenverzekeraar. Van haar wordt wel verwacht dat zij gegevens over een telefoongesprek van jaren geleden overlegt en bewijs aanlevert dat een bepaalde behandelaar daadwerkelijk bij haar in dienst was. Dit is volgens verzoekster juridisch en praktisch disproportioneel.

- 3.5. De laatste maanden heeft zij veel tijd, energie en middelen gestoken in pogingen helderheid te verschaffen. Dit met eindeloze wachttijden en terugkerende onduidelijkheid. Bovendien is zij in 2024 van boekhoudsysteem en hosting provider gewisseld, waardoor het opzoeken van oude administratie complexer is. Zij heeft geprobeerd dit op een constructieve en transparante manier op te lossen. Ter onderbouwing heeft zij de namen van drie medewerkers overgelegd die in de betreffende jaren bij haar in dienst waren en specifiek op deze specialisaties waren gefocust:
- Huidtherapeut in opleiding, gestart als stagiaire in februari 2020 en van 11 juni 2020 tot en met maart 2021 in loondienst.
 - Schoonheidsspecialiste, gestart als stagiaire in augustus 2022 en van 16 mei 2023 tot en met april 2024 in loondienst.
 - Huidtherapeut, gestart als stagiaire in mei 2023 en vanaf oktober 2023 in loondienst. Van deze laatste medewerkster heeft verzoekster ook de AGB-code verstrekt.

Verzoekster heeft een factuur van behandelingen op 6 mei 2023, 1 juli 2023 en 15 augustus 2023, ten bedrage van € 190,00 per behandeling overgelegd.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 12 december 2024 verklaard dat door hem is geconstateerd dat acné- en epilatiebehandelingen zijn gedeclareerd, waarbij verzoekster volgens de factuur zelf de uitvoerder van de behandeling is geweest. Aan verzoekster is meegedeeld dat zij vanaf januari 2025 een uniforme werkwijze moet hanteren wat betreft de lay-out van de facturen. De naam van de medewerker is niet ingevuld, er wordt gebruik gemaakt van verschillende lettertypes, en de betaalwijze wordt soms wel en soms niet vermeld. De ziektekostenverzekeraar heeft verder verklaard dat in artikel 1.9 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering van 2018 tot en met 2024 staat vermeld dat geen recht op vergoeding bestaat als de kosten in rekening worden gebracht door een verzekerde zelf, een partner, een kind, de ouder of een inwonend (ander) familielid. De declaraties voor zorg, verleend aan verzoekster, zijn volgens de ziektekostenverzekeraar daarmee onverschuldigd voldaan. De ziektekostenverzekeraar heeft samengevat over welke periode, welke behandelingen hij onverschuldigd heeft betaald. Hij heeft bij verzoekster in verband hiermee een bedrag van € 3.500,-- teruggevorderd.
- 4.2. Bij brief van 24 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij haar niet kan informeren welke stukken moeten worden aangeleverd om aan te tonen dat de declaraties rechtmatig zijn. Op de nota staat duidelijk de AGB-code van verzoekster als behandelaar. Volgens de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering worden declaraties van zelfbehandeling niet vergoed. Dit is ook de reden dat het onverschuldigd betaalde bedrag wordt teruggevorderd. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij – om vast te stellen dat de behandelingen niet door verzoekster zelf zijn uitgevoerd – per behandeling de naam of namen van de betreffende behandelaars, inclusief AGB-code, nodig heeft. Daarnaast heeft hij om bewijs gevraagd dat de behandelaar daadwerkelijk bij verzoekster in loondienst was. Een telefoonnotitie – van het gesprek waarin zou zijn meegedeeld dat verzoekster zich in haar eigen

kliniek mocht laten behandelen – heeft de ziektekostenverzekeraar niet kunnen vinden. Telefonische gesprekken worden in verband met de Algemene Verordening Gegevensverwerking maximaal 28 dagen bewaard. De ziektekostenverzekeraar kan van de laatste drie jaren wel zien wanneer er is gebeld. Hij kan hierin niets terugvinden over toezeggingen die zijn gedaan of informatie die is opgevraagd met betrekking tot zelfbehandeling. De ziektekostenverzekeraar licht verder toe dat de afdeling Controle en Fraudebeheersing de wettelijke en maatschappelijke taak heeft om gerichte controles uit te voeren naar rechtmatigheid van declaraties.

- 4.3. Bij brief van 28 oktober 2025, gericht aan de commissie, heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat verzoekster op 12 december 2024 door hem is geïnformeerd over de uitgevoerde controle met betrekking tot de rechtmatigheid van de door haar ingediende declaraties. Bij deze controle bleek dat zij acné- en epilatiebehandelingen heeft gedeclareerd waarbij zij, volgens de overgelegde facturen, zelf als uitvoerder van de behandelingen optrad. Naar aanleiding van een algemene controle op ingediende declaraties voor alternatieve zorg en huidbehandelingen heeft de ziektekostenverzekeraar een onderzoek ingesteld naar de ingediende declaraties van verzoekster. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard hiertoe bevoegd te zijn. Op de facturen staat, zoals eerder opgemerkt, de AGB-code van verzoekster als behandelaar. Tevens is op deze facturen bij de adressering de naam van verzoekster opgenomen als de persoon die de behandeling heeft ondergaan. Ook is geconstateerd dat de ingediende facturen qua lay-out niet uniform zijn opgesteld. De opmaak van de facturen vertoont onderlinge afwijkingen. Op grond van artikel 1.9 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is zelfbehandeling niet toegestaan. De declaraties zijn ten onrechte uitbetaald en daarom is sprake van onverschuldigde betaling. De ziektekostenverzekeraar heeft hierbij benadrukt dat verzoekster niet wordt verdacht van fraude of opzettelijke misleiding. In haar geval gaat het om zorgkosten die destijds zijn vergoed, op basis van de toen ingediende declaraties, maar waarbij na nader onderzoek slechts is vastgesteld dat geen aanspraak bestond op vergoeding.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft verder verklaard dat bij het verstrekken van de polis voor het jaar 2019 in de begeleidende brief expliciet heeft gestaan dat de MiX Aanvullende Verzekering vanaf 2019 niet langer wordt aangeboden en dat verzoekster nadere informatie zou ontvangen over de wijzigingen in haar aanvullende ziektekostenverzekering. Door deze schriftelijke mededeling is verzoekster tijdig en duidelijk geïnformeerd over de relevante wijzigingen in haar verzekeringsovereenkomst. Van haar mocht dan ook redelijkerwijs worden verwacht dat zij kennis zou nemen van deze wijzigingen en haar handelen hierop zou afstemmen. Voorts mocht van haar worden verwacht dat zij bekend was met artikel 1.9 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering, waarbij zij redelijkerwijs had kunnen en moeten begrijpen dat geen aanspraak op vergoeding bestaat indien zij kosten declareert voor zorg die zij aan zichzelf heeft verleend.
- 4.5. Dat gedurende meerdere jaren de declaraties van verzoekster zijn vergoed, doet volgens de ziektekostenverzekeraar geen afbreuk aan de juridische grondslag van de terugvordering. Op grond van artikel 3:309 van het Burgerlijk Wetboek blijft de bevoegdheid tot het terugvorderen van een onverschuldigde betaling gedurende een termijn van vijf jaren bestaan. De ziektekostenverzekeraar verwijst hiervoor naar een eerder bindend advies (SKGZ202100333). Verder heeft verzoekster, zoals eerder opgemerkt, gesteld dat zij in 2014 telefonische toestemming heeft verkregen om de betreffende behandelingen onder haar eigen AGB-code te declareren. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat uit zijn administratie niet blijkt dat hiertoe een aanvraag is ontvangen of dat door hem een machtiging of goedkeuring voor deze werkwijze is verstrekt.
- 4.6. De ziektekostenverzekeraar heeft verder verklaard dat – in tegenstelling tot wat verzoekster heeft gesteld – niet kan worden vastgesteld welke medewerker de betreffende behandeling heeft uitgevoerd. Op de factuur staat de naam van de medewerker namelijk niet vermeld. Op bepaalde

facturen ontbreekt de vermelding van een medewerker geheel. Verzoekster heeft in haar e-mailbericht van 10 juni 2025 weliswaar drie namen van medewerkers genoemd, maar zij heeft geen bewijs verstrekt dat deze medewerkers daadwerkelijk bij haar in dienst waren en de behandelingen bij verzoekster hebben uitgevoerd.

- 4.7. Op grond van artikel 150 van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering rust de stelplicht en bewijslast op degene die zich beroept op de rechtsgevolgen van de door hem of haar gestelde feiten. Het is daarom aan verzoekster om voldoende gemotiveerd en met bewijsstukken onderbouwd, aannemelijk te maken dat zij destijds daadwerkelijk toestemming heeft verkregen voor deze wijze van declareren en dat in haar situatie geen sprake is geweest van zelfbehandeling. Hierin is zij niet geslaagd, zodat het onverschuldigd betaalde bedrag van € 3.500,-- terecht wordt teruggevorderd.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 7.1 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit het Burgerlijk Wetboek (hierna: BW) over onverschuldigde betaling en gewekt vertrouwen, en die uit het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (hierna: Rv) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 6.2. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op huidbehandelingen. Verzoekster heeft declaraties bij de ziektekostenverzekeraar ingediend ter zake van acné- en epilatiebehandelingen. Volgens de ziektekostenverzekeraar voldoen deze declaraties niet aan de gestelde eisen en heeft verzoekster huidbehandelingen gedeclareerd die door haarzelf, bij haarzelf zijn uitgevoerd. De ziektekostenverzekeraar heeft in verband hiermee over de periode van 2019 tot en met 2023 een bedrag van € 3.500,-- teruggevorderd. Dit betreft 26 declaraties die door verzoekster zijn ingediend. De commissie overweegt hiertoe als volgt.

Rechtmatigheid declaraties

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 12 december 2024 aan verzoekster meegedeeld dat de door haar ingediende declaraties zijn gecontroleerd. Haar is verzocht om vanaf 1 januari 2025 een uniforme werkwijze te hanteren wat betreft de lay-out van de declaraties. De ziektekostenverzekeraar heeft geconstateerd dat de naam van de medewerker niet is ingevuld, dat er gebruik wordt gemaakt van verschillende lettertypes, en dat de betaalwijze soms wel en soms niet wordt vermeld. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 28 oktober 2025, gericht aan de commissie, verklaard dat op de facturen de AGB-code van verzoekster staat als behandelaar. Ook is op de facturen bij de adressering de naam van verzoekster opgenomen als de persoon die de behandeling heeft ondergaan. De commissie overweegt dat in artikel 1.4 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald waaraan een declaratie moet voldoen. Daar hoort onder andere de naam en het adres van de zorgaanbieder op te staan. Op de overgelegde declaraties is te zien dat deze niet zijn ingevuld. In artikel 1.9 van dezelfde voorwaarden is bepaald dat vergoeding van zorg is uitgesloten als een verzekerde een behandeling op zichzelf uitvoert.

Uit de overgelegde declaraties blijkt dat de zorgverlenerscode gelijk is aan de naam van verzoekster, aan wie de factuur is gericht. De commissie komt daarom tot de conclusie dat de declaraties niet voldoen aan de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Vervolgens resteert de vraag of – zoals de ziektekostenverzekeraar stelt – moet worden geconcludeerd dat de betreffende declaraties zonder rechtsgrond en daarmee onverschuldigd zijn betaald. De commissie overweegt in dat verband als volgt.

Telefonische toezegging

- 6.4. Verzoekster heeft gesteld dat de omstandigheid dat de declaraties niet voldoen aan de daaraan te stellen eisen haar niet kan worden tegengeworpen, omdat de ziektekostenverzekeraar haar enkele jaren geleden telefonisch heeft toegezegd dat zij op deze wijze mocht declareren. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij telefoonnotities, op grond van de AVG, niet langer dan 28 dagen bewaart. Wel heeft hij logs waarin hij van de laatste drie jaren kan zien wanneer door verzoekster is gebeld. De commissie overweegt dat, gelet op artikel 150 Rv, de stelplicht en bewijslast ter zake van de toezegging waarop zij zich beroept op verzoekster rust. Verzoekster is in het bewijs van de door gestelde telefonische toezegging niet geslaagd. Zij heeft geen stukken overgelegd waaruit blijkt dat zij, in afwijking van de artikelen 1.4 en 1.9 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering, op deze wijze mocht declareren.

Gerechtvaardigd vertrouwen

- 6.5. Verzoekster heeft voorts zich erop beroepen dat, door het jarenlang goedkeuren van de declaraties, bij haar het vertrouwen is gewekt dat deze akkoord werden bevonden, ondanks de later geconstateerde afwijkingen. De commissie overweegt dat in het kader van de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst sprake is van rechtshandelingen (dat wil zeggen: handelingen gericht op enig rechtsgevolg). In dit verband is relevant dat in artikel 3:35 BW is bepaald dat een rechtshandeling rechtsgeldig is als de wederpartij er redelijkerwijs op mocht vertrouwen dat de wil van de ander overeenkwam met diens verklaring. De commissie stelt vast dat de afwijkingen in de declaraties die de ziektekostenverzekeraar heeft genoemd, zoals het ontbreken van de naam van de medewerker, de verschillende lay-outs, het wel of niet vermelden van de betaalwijze, en de AGB-code van de behandelaar die gelijk is aan de adressering van verzoekster, ten tijde van de verwerking hiervan reeds hadden kunnen worden geconstateerd. Dat geldt eens te meer nu de ziektekostenverzekeraar een professionele partij is. Kennelijk zijn door hem 26 declaraties – die allemaal op belangrijke punten op vergelijkbare wijze zijn vormgegeven – gedurende een reeks van jaren (van 2019 tot en met 2023) akkoord bevonden en vergoed. Gesteld, noch gebleken is dat daarbij door de ziektekostenverzekeraar kritische kanttekeningen zijn geplaatst wat betreft de vormgeving van de declaraties of ontbrekende informatie. Onder deze omstandigheden slaagt het beroep van verzoekster op gewekt vertrouwen. Hieruit volgt dat de ziektekostenverzekeraar zich niet met succes erop kan beroepen dat de nota's zonder rechtsgrond, en daarmee onverschuldigd, zijn betaald. Dit betekent dat verzoekster niet is gehouden tot terugbetaling van het ontvangen bedrag van in totaal € 3.500,-.

Slotsom

- 6.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar ten onrechte een bedrag van € 3.500,-- voor acné- en huidbehandelingen in de periode van 2019 tot en met 2023 van verzoekster heeft teruggevorderd; en
- (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het klachtgeld van € 37,-- moet vergoeden.

Zeist, 20 januari 2026,

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. Wetgeving
2. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

Burgerlijk Wetboek Boek 3

Artikel 35

Tegen hem die eens anders verklaring of gedraging, overeenkomstig de zin die hij daaraan onder de gegeven omstandigheden redelijkerwijze mocht toekennen, heeft opgevat als een door die ander tot hem gerichte verklaring van een bepaalde strekking, kan geen beroep worden gedaan op het ontbreken van een met deze verklaring overeenstemmende wil.

Burgerlijk Wetboek Boek 3

Artikel 309

Een rechtsvordering uit onverschuldigde betaling verjaart door verloop van vijf jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waarop de schuldeiser zowel met het bestaan van zijn vordering als met de persoon van de ontvanger is bekend geworden en in ieder geval twintig jaren nadat de vordering is ontstaan.

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 203

1. Degene die een ander zonder rechtsgrond een goed heeft gegeven, is gerechtigd dit van de ontvanger als onverschuldigd betaald terug te vorderen.
2. Betreft de onverschuldigde betaling een geldsom, dan strekt de vordering tot teruggave van een gelijk bedrag.
3. Degene die zonder rechtsgrond een prestatie van andere aard heeft verricht, heeft eveneens jegens de ontvanger recht op ongedaanmaking daarvan.

Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

1.4. Insturen van nota's

De meeste zorgverleners sturen ons de nota's rechtstreeks. Als u zelf een nota heeft ontvangen, kunt u uw declaraties online indienen via de Mijn-omgeving of via de Zorg app. U moet de originele nota tot een jaar na het indienen van de declaratie bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen voor controle. Als u de nota's niet kunt laten zien, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen bij u terugvorderen of verrekenen met bedragen die u nog van ons krijgt. Declareren per post kan ook. U kunt de originele nota naar ons opsturen. Kijk voor meer informatie op pagina 2. Stuur ons alstublieft geen kopie of aanmaning. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling. U kunt nota's tot maximaal 3 jaar na het begin van de behandeling indienen.

Op de nota moet minimaal de volgende informatie zijn vermeld:

- de datum waarop de nota door de zorgverlener is gemaakt en het notanummer (opvolgend en elk notanummer mag maar 1 keer voorkomen);
- uw naam, adres en geboortedatum;
- soort behandeling, het bedrag per behandeling en de datum van de behandeling;
- naam en adres van de zorgverlener.

De nota's samen met eventueel bijbehorende documenten moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er direct en eenduidig uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij verplicht zijn. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van www.XE.com. Hierbij gaan wij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Nota's en bijbehorende documenten moeten zijn geschreven in het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, dan kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

1.9. Uitsluitingen

U heeft geen recht op:

- vormen van zorg of diensten die worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift, zoals de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet, of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015;
- vergoeding van kosten omdat u niet op een afspraak met een zorgverlener bent verschenen (de zogenoemde 'no show fee');
- vergoeding van kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die derden zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring in rekening brengen, administratiekosten of kosten voor het niet op tijd betalen van nota's van zorgverleners;
- vergoeding van eigen bijdragen die, of eigen risico dat, u moet betalen op grond van een andere verzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop u aanspraak kunt maken op grond van de Zorgverzekeringswet als u verzekeringsplichtige volgens die wet bent;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop u aanspraak kunt maken of zou kunnen maken volgens de Wet langdurige zorg (Wlz), de Zorgverzekeringswet of een andere wet, voorziening of verzekering al dan niet van oudere datum als de aanvullende verzekering bij ons niet zou bestaan. In dat geval is deze aanvullende verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan komt volgens deze verzekeringsvoorwaarden alleen die schade voor uitkering in aanmerking die boven het bedrag ligt

waarop u ergens anders aanspraak zou kunnen maken. Wij hanteren het convenant samenloop reisverzekeringen en aanvullende ziektekostenverzekeringen. U kunt het convenant vinden op onze website;

- vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van ons handelen of nalaten;
- (vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en mouterij die zich in Nederland voordoen, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht;
- (vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door grove schuld of opzet;
- vergoeding als uzelf, uw partner, kind, ouder of inwonend (ander) familielid de kosten in rekening brengt en/of de behandeling uitvoert.