

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. drs. J.W. Heringa en mr. B.L.A. van Drunen

Zaaknummer: 202501060

Partijen

A. te B., hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Leiden, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Leiden,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 2 januari 2026 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 8 januari 2026 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 11 maart 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 12 maart 2026 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 3 juni 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Exclusief (combinatiepolis) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend *** en Aanvullend Tand** (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 2.2. Verzoeker is tijdens zijn verblijf in Singapore gevallen, waarna hij met ingang van 29 april 2024 is opgenomen in het Gleneagles Hospital aldaar. De kosten van deze opname beliepen 482,536.85 SGD. Vanaf 11 juli 2024 is hij verbleven in Home Care-Allium Health Care -Allium Health Care, eveneens in Singapore. Hiermee was een bedrag van 129,852.81 SGD gemoeid. Het bleek echter nodig verzoeker opnieuw op te nemen in het Gleneagles Hospital, en wel met ingang van 15 oktober 2024. De kosten van deze tweede ziekenhuisopname bedroegen 138,828.03 SGD. Vanaf 27 oktober 2024 tot 4 november 2024 verbleef hij wederom in Home Care-Allium Health Care - Allium Health Care. De nota beliep 22.597 SGD. Daarnaast werden kosten gemaakt van diverse consulten, ten bedrage van 4,244 SGD, en van ambulancevervoer. Verzoeker heeft genoemde bedragen – totaal 778,057 SGD – ter plaatse zelf voldaan. Op 18 november 2024 is hij teruggereisd naar Nederland en heeft hij de nota's gedeclareerd. Bij brief van 26 juni 2025 heeft

de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat totaal € 360.549,75 wordt vergoed, en dat daarmee € 142.379,37 voor rekening van verzoeker blijft. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker bij brief van 30 juli 2025 bericht dat een administratieve fout was gemaakt en dat € 33.383,83 wordt nabetaald.

- 2.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 1 augustus 2025 om heroverweging van zijn beslissing gevraagd. Bij brief van 8 augustus 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is ter zake de ingediende nota's van de zorg in Singapore een hogere vergoeding te verlenen dan het reeds uitgekeerde bedrag.
- 3.2. In zijn brief van 1 augustus 2025 stelt verzoeker dat voor hem niet duidelijk is welke wisselkoers de ziektekostenverzekeraar bij het bepalen van de hoogte van de vergoeding heeft gehanteerd. Verwezen wordt naar de wisselkoers op de site van de ECB, maar onduidelijk is hem of het hier gaat om de bid-, offer- of midkoers. Verzoeker is zelf uitgegaan van de koersen volgens Bloomberg. Hij wist er in dat kader op dat de kosten over een langere periode – van eind april 2024 tot begin november van dat jaar – zijn gemaakt.
- 3.3. Er is sprake geweest van een nabetaling van € 33.383,83, maar dit bedrag lijkt willekeurig te zijn bepaald. Een onderbouwing ontbreekt. Daarbij wordt gesproken van een administratieve fout, en heeft verzoeker geen enkele zekerheid dat de uiteindelijke vergoeding wél correct is bepaald.
- 3.4. Voor verzoeker is de vraag wie de medische beoordeling heeft uitgevoerd en welke medische informatie hierbij is gebruikt. Hij merkt op dat partijen het erover eens zijn dat het verblijf bij Home Care-Allium Health Care -Allium Health Care noodzakelijk was. Of het al dan niet spoedeisend was is volgens hem niet relevant. Hoe dan ook was terugreizen naar Nederland niet mogelijk en dit werd hem ook ontraden. Dat dit een juist advies was blijkt ook uit het feit dat een tweede opname in het Gleneagles Hospital noodzakelijk was.
- 3.5. In zijn bericht van 11 december 2025, gericht aan de commissie, stelt verzoeker vast dat er met name van zijn kant, sprake is geweest van verkeerde aannames ten aanzien van de wisselkoers. Hij concludeert dat volgens de informatie van de ziektekostenverzekeraar een bedrag van 62.433,73 SGD nog niet door hem zou zijn betaald. Dit bedrag is echter wel voldaan en zou dus nog moeten worden vergoed. Voorts merkt verzoeker op dat de behandelend medisch specialist ruim een jaar na dato geen verklaring hierover meer wenst af te geven, maar dat uit het feit dat tweemaal vervoer per ambulance heeft plaatsgevonden duidelijk blijkt dat repatriëring naar Nederland geen optie was.
- 3.6. In zijn bericht van 2 januari 2026 licht verzoeker toe dat het ambulancevervoer niet op zijn initiatief heeft plaatsgevonden, maar dat hij volgens beslissing van de coördinerend medisch specialist naar Home Care-Allium Health Care werd vervoerd. Verzoeker concludeert dat een en ander zich nu lijkt toe te spitsen op het 'discharge report'. De ziektekostenverzekeraar leest in het hierin gestelde dat vervoer naar Nederland mogelijk was. Verzoeker ziet dit anders. Het is die patstelling die hij probeert te doorbreken.
- 3.7. Ter zitting heeft verzoeker verklaard dat het geschil gaat over de hoogte van de vergoeding van de zorg bij Home Care-Allium Health Care in Singapore en of repatriëring naar Nederland medisch verantwoord was. Als wordt bepaald dat repatriëring niet verantwoord was, dan dient de ziektekostenverzekeraar de kosten van het verblijf bij Home Care-Allium Health Care volledig te

vergoeden. Hulp in Nederland had de voorkeur, want daar heeft hij ook zijn sociale netwerk. Verzoeker verwijst naar de brief van 11 maart 2026 van de ziektekostenverzekeraar en citeert daaruit een deel. Volgens verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar beoordeeld dat de eerste en tweede opname in Gleneagles Hospital spoedeisend waren, maar de opname bij Home Care-Allium Health Care niet. Daarnaast gevraagd door de commissie licht verzoeker toe dat het contact opnemen met de Alarmcentrale geen punt van geschil is. Hij was niet in staat om de Alarmcentrale te bellen en de ziektekostenverzekeraar is daarmee coulant omgegaan.

- 3.8. Wat betreft de opname bij Home Care-Allium Health Care heeft verzoeker verklaard dat er een ander beeld wordt geschetst dan wat het werkelijk was. Hij is met een ambulance naar Home Care-Allium Health Care gebracht. Hij zat in een rolstoel en is niet met een looprek naar binnen gewandeld. Hij kon niet zelfstandig naar het toilet. Het verbaast verzoeker dat als voor de ziektekostenverzekeraar van belang is hoe hij aankwam bij Home Care-Allium Health Care en hoe de behandeling daar was, daarover geen vragen zijn gesteld.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 30 juli 2025, onder verwijzing naar artikel B.28 van de voorwaarden van de zorgverzekering, verklaard dat aanspraak bestaat op opname in de laagste verpleegklasse. Verzoeker is verbleven in de Executive Suite van het Gleneagles Hospital. Bij verblijf in de laagste verpleegklasse bedragen de kosten 290 SGD per dag. Het verschil blijft voor rekening van verzoeker.
Het verblijf bij Home Care-Allium Health Care was noodzakelijk, maar niet spoedeisend. Na de eerste ziekenhuisopname had verzoeker begeleid naar een Nederlandse instelling kunnen reizen. Om die reden is de maximale vergoeding € 197,05 per dag. Vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering is geen verdere vergoeding mogelijk, aangezien deze verzekering alleen de kosten van spoedeisende zorg dekt.
De ziektekostenverzekeraar stelt verder vast dat van de ziekenhuisopnames en het verblijf bij Home Care-Allium Health Care geen melding is gedaan bij de alarmcentrale, waar dit, gelet op artikel D.4.1, wel had moeten.
- 4.2. In zijn brief van 8 augustus 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar, onder verwijzing naar artikel 15.3 van de verzekeringsvoorwaarden, gesteld dat bij de vaststelling van de vergoeding is uitgegaan van de wisselkoers (beginstand) op de website van de ECB. Hierbij wordt de factuurdatum aangehouden. Omdat verzoeker de nota's zelf had voldaan, is in zijn geval voor de berekening uitgegaan van de wisselkoers (beginstand) op de betaaldatum. Aldus komt een vergoeding tot stand op basis van de werkelijk uitgegeven bedragen. Er is dus niet gekozen voor de wisselkoers (beginstand) op de datum van indiening van de nota's.
De medische beoordeling heeft plaatsgevonden aan de hand van de door verzoeker ingezonden stukken. Deze vond plaats door de arts van de alarmcentrale, die in dit verband handelt namens de ziektekostenverzekeraar, en zijn medisch adviseur.
Ten aanzien van de stelling dat een eerdere terugkeer naar Nederland niet verantwoord was, merkt de ziektekostenverzekeraar op dat verzoeker hiervan bewijsstukken over kan leggen. Het is niet aan de ziektekostenverzekeraar hier zelf navraag naar te doen bij de behandelaars in Singapore. De arts van de alarmcentrale oordeelde dat repatriëring al ten tijde van de eerste ziekenhuisopname uitvoerbaar en medisch verantwoord was. Als tijdig contact was opgenomen met de alarmcentrale, had deze het vervoer kunnen verzorgen.
- 4.3. In zijn brief van 21 november 2025, gericht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, verklaart de ziektekostenverzekeraar dat de behandelkosten met betrekking tot de ziekenhuisopnames tot kostprijs zijn vergoed vanuit de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. Voor het verblijf in de Executive Suite is geen volledige vergoeding verleend, omdat slechts aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van verpleging in de laagste verpleegklasse.

De kosten van het verblijf in Home Care-Allium Health Care zijn vergoed vanuit de zorgverzekering, tot het maximum van € 197,05 per dag, gedurende 115 dagen. Het betrof geen spoedeisende zorg, en de ziektekostenverzekeraar gaat niet akkoord met een achteraf hieromtrent opgestelde verklaring van de behandelend medisch specialist.

Over de mogelijk hogere kosten, verbonden aan repatriëring naar Nederland, wenst de ziektekostenverzekeraar in dit verband niet te speculeren. De betreffende kosten zouden door hem zijn betaald. De ziektekostenverzekeraar wijst erop dat de ziekenhuisopname, gelet op artikel D.4 van de verzekeringsvoorwaarden, had moeten worden gemeld. Dit is niet gebeurd, en daarmee heeft de verleende vergoeding een onverplicht karakter.

- 4.4. In zijn brief van 30 december 2025 verklaart de ziektekostenverzekeraar dat voor het door verzoeker genoemde bedrag van 62,433.73 GSD vergoeding werd verleend, en wel op basis van de wisselkoers op de datum van de factuur.
De ziektekostenverzekeraar blijft bij zijn standpunt dat repatriëring naar Nederland, uitgaande van de aanwezige informatie waaronder het 'discharge report', mogelijk was. Hierbij had zo nodig vervoer per ambulance of ambulancevliegtuig kunnen worden ingezet.
- 4.5. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 11 maart 2026, gericht aan de commissie, zijn standpunt herhaald en nogmaals gewezen op de noodzaak van een tijdige melding bij de alarmcentrale. Een dergelijke melding heeft in de eerste plaats tot doel de medische noodzaak en de doelmatigheid van de te verlenen zorg te bepalen. Daarnaast heeft de tijdige melding tot doel de kosten te beheersen. De alarmcentrale kan afspraken maken met de buitenlandse zorgaanbieders en bemiddelen. Na tussenkomst is directe betaling aan de buitenlandse zorgaanbieder mogelijk. Hoge kosten worden voorkomen en ook wordt voorkomen dat een verzekerde een groot bedrag zelf moet voldoen. Ook kan de alarmcentrale voor repatriëring van betrokkene zorg dragen.
De meldingsplicht volgt niet alleen uit de verzekeringsvoorwaarden, maar ook uit artikel 7:941 BW. Na melding kan de verzekeraar zijn uitkeringsplicht beoordelen, de schade beperken en misbruik of onnodig hoge kosten voorkomen. Het niet nakomen van de verplichting kan tot gevolg hebben dat vergoeding (deels) wordt geweigerd. De ziektekostenverzekeraar stelt in zijn redelijk belang te zijn geschaad doordat verzoeker zijn meldingsplicht niet is nagekomen.
De beide opnames in het Gleneagles Hospital waren noodzakelijk én spoedeisend. Na de eerste opname was de toestand van verzoeker echter stabiel, en er waren geen contra-indicaties voor vervoer onder begeleiding van een verpleegkundige. Het verblijf in Home Care-Allium Health Care was met name nodig omdat verzoeker alleen in Singapore verbleef en hij assistentie nodig had bij de ADL en overige zorg. De ziektekostenverzekeraar ziet hierin geen grond een hogere vergoeding te verlenen.
- 4.6. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop verklaard dat het gaat om de spoedeisendheid in het kader van de zorgverzekering. De spoedeisendheid moest in dit geval achteraf worden gereconstrueerd, omdat de opname in het ziekenhuis niet aan de alarmcentrale is doorgegeven. De ziektekostenverzekeraar heeft gemeend onverplicht een vergoeding toe te kennen. Wat betreft de opname bij Home Care-Allium Health Care heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat uit de stukken ('discharge report, opnameverslag en verwijzing) blijkt dat er geen sprake was van een acute situatie. Verzoeker was niet mobiel, want hij gebruikte een looprek. Er was revalidatie nodig, maar er was geen contra-indicatie voor repatriëring. Op basis van deze informatie is er geen grond om de kosten ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering te vergoeden.
- 4.7. Daarnaast gevraagd door de commissie heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat verzoeker eerst werd opgenomen bij Gleneagles Hospital, verzoeker daarna voor revalidatie naar Home Care-Allium Health Care ging en er zich toen een situatie heeft voorgedaan waardoor verzoeker weer moest worden opgenomen bij Home Care-Allium Health Care. De twee opnames bij

Gleneagles Hospital waren noodzakelijk en spoedeisend, maar de opname bij Home Care-Allium Health Care staat hier los van. Nu moet achteraf worden beoordeeld of verzoeker ‘fit-to-fly’ was. Daarvoor moet worden uitgegaan van de voorliggende stukken. Daarin staat regelmatig de opmerking dat verzoeker bij ADL hulp nodig had en - omdat verzoeker alleen in Singapore was – naar Home Care-Allium Health Care moest. Volgens de ziektekostenverzekeraar had verzoeker thuis door een wijkverpleegkundige kunnen worden verzorgd.

- 4.8. Daarnaast gevraagd door de commissie licht de ziektekostenverzekeraar toe dat artikel D.4 ziet op de hoogte van de vergoeding. In het geval van spoedeisende zorg in het buitenland is volledige vergoeding mogelijk en op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering is aanvullende kostendekking mogelijk.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A.18.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering en 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 de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit Zorgverzekering (Bzv) over verblijf, en die uit het Burgerlijk Wetboek (BW) inzake de meldingsplicht 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.

Zorgverzekering

- 6.2. Verzoeker heeft zorg genoten in Singapore. Tussen Nederland en Singapore bestaat geen verdrag inzake de sociale ziektekostenverzekering. Dit betekent dat de aanspraak op vergoeding van de kosten van de daar genoten zorg moet worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering.
Met betrekking tot de vergoeding van kosten van zorg in een land dat geen verdragsland, EU- of EER-lidstaat is, bepaalt artikel 15.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering wanneer aanspraak bestaat op vergoeding van zorg in een land dat geen verdragsland, EU-, of EER-staat is.
- 6.3. Naar aanleiding van het verhandelde ter zitting, stelt de commissie vast dat het geschil zich thans nog toespitst op de vergoeding van het verblijf bij Home Care-Allium Health Care. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zake, op basis van 115 dagen en een tarief van € 197,05 per dag, een bedrag vergoed van totaal € 22.660,75 ten laste van de zorgverzekering. De commissie constateert dat verzoeker het aantal dagen en de maximale vergoeding per dag niet heeft bestreden, zodat als vaststaand wordt aangenomen dat aan hem de juiste vergoeding op basis van de zorgverzekering is verleend.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.4. Artikel C.2.2 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de vergoeding van zorg bij verblijf in het buitenland. Verwezen wordt hier naar de ‘Vergoedingen aanvullende verzekeringen en artikel A.15. Voorts wordt gesteld: “Daarnaast is dit artikel niet van toepassing op artikel D.4 Zorg in het buitenland.”

- 6.5. In artikel D.4.1. van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat in bepaalde gevallen vergoeding bestaat als aanvulling op de vergoeding vanuit de zorgverzekering. Het moet dan gaan om een acute situatie die is ontstaan als gevolg van een ongeval of ziekte, waarbij medische zorg direct noodzakelijk is. Dit is verder uitgewerkt onder het kopje ‘voorwaarden voor vergoeding’.
- 6.6. De commissie stelt vast dat de medische noodzaak van het verblijf bij Home Care-Allium Health Care tussen partijen geen onderwerp van discussie vormt. De ziektekostenverzekeraar heeft evenwel bestreden dat sprake was van spoedeisende zorg. Verzoeker was volgens zijn stellingen op de zorg aangewezen omdat hij alleen in Singapore verbleef en assistentie nodig had bij de ADL en verdere zorg. Daarmee staat evenwel niet, en zeker niet automatisch, vast dat de zorg die hij nodig had ook daadwerkelijk spoedeisend was. Verzoeker heeft in dit opzicht ook geen (andere) feiten gesteld die als onderbouwing kunnen dienen voor het aannemen van spoedeisendheid.
- 6.7. Een andere kwestie is dat de ziektekostenverzekeraar zich heeft beroepen op het door verzoeker niet nakomen van de meldingsplicht van artikel D.4.1 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering en artikel 7:941, eerste lid, BW.
- In een dergelijk geval kan de verzekeraar de uitkering verminderen met de schade die hij lijdt door deze omissie mits hij daardoor in een redelijk belang is geschaad. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat dit laatste aan de orde is en de commissie kan hem daarin volgen. Door geen contact op te nemen heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid ontnomen met de zorgaanbieder in onderhandeling te treden dan wel te kijken of de benodigde zorg elders, maar dan tegen lagere kosten, kon worden verleend. Ook repatriëring zou mogelijk een optie zijn. Of en onder welke voorwaarden verzoeker naar Nederland had kunnen worden vervoerd kan hierbij in het midden blijven. Het volstaat dat de ziektekostenverzekeraar met een voldongen feit is geconfronteerd omdat de nota's achteraf ter declaratie werden ingediend, en hij in een redelijk belang is geschaad omdat hem vooraf geen gelegenheid is geboden eventuele alternatieven te onderzoeken. Een eventuele melding die verzoeker bij de reisverzekeraar zou hebben gedaan maakt dit niet anders. De reisverzekeraar is immers geen partij in de rechtsverhouding tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar.
- Het voorgaande betekent dat de ziektekostenverzekeraar vergoeding op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering kon weigeren.

Slotsom

- 6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 3 augustus 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 zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

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.

14.2 Basisverzekering vervalt ook bij onrechtmatige inschrijving

Komt voor u een verzekeringsovereenkomst tot stand op grond van de Zorgverzekeringswet, en blijkt later dat u geen verzekeringsplicht had? Dan vervalt de verzekeringsovereenkomst met terugwerkende kracht tot het moment waarop u niet langer verzekeringsplicht had. Heeft u (verzekeringnemer) premie betaald, terwijl u geen verzekeringsplicht meer had? Dan verrekenen wij die premie met de vergoeding van de kosten van de zorg die u (verzekeringnemer) sindsdien heeft ontvangen. Wij betalen het saldo aan u (verzekeringnemer) uit, als u (verzekeringnemer) meer premie heeft betaald dan dat u (verzekeringnemer) aan vergoeding heeft ontvangen. Heeft u (verzekeringnemer) meer vergoeding ontvangen dan u (verzekeringnemer) aan premie heeft betaald? Dan brengen wij die kosten bij u (verzekeringnemer) in rekening. Wij gaan hierbij uit van een maand van 30 dagen.

14.3 Beëindigen als u bent aangemeld op grond van artikel 9a tot en met d van de Zorgverzekeringswet

14.3.1 Verzekerd op grond van de Wet opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering

Heeft het CAK u bij ons verzekerd op grond van de Wet opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering? Dan kunt u deze verzekering nog ongedaan maken (vernietigen). Dit moet gebeuren binnen 2 weken, te rekenen vanaf de datum waarop het CAK u heeft geïnformeerd over dat u bij ons verzekerd bent. Om de verzekering te kunnen vernietigen, moet u aan het CAK en aan ons aantonen dat u in de afgelopen periode al verzekerd bent geweest krachtens een andere zorgverzekering. Het gaat om de periode zoals bedoeld in artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet.

14.3.2 Vernietiging van de verzekeringsovereenkomst

Wij zijn bevoegd een met u gesloten verzekeringsovereenkomst te vernietigen vanwege dwaling, als achteraf blijkt dat u op dat moment niet verzekeringsplichtig was. Hiermee wijken wij af van artikel 931, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

14.3.3 Niet opzeggen in de eerste 12 maanden van de looptijd

U kunt de basisverzekering als bedoeld in artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet niet opzeggen in de eerste 12 maanden van de looptijd. Hiermee wijkt u af van artikel 7 van de Zorgverzekeringswet, tenzij het vierde lid van dat artikel van toepassing is. Dan kunt u wel opzeggen.

A.15 Wanneer heeft u recht op de vergoeding van zorg in het buitenland?

15.1 Zorg in een verdragsland, EU- of EER-staat

Gebruikt u zorg in een verdragsland, EU- of EER-staat? Dan kunt u kiezen uit aanspraak op:

- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, op grond van bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening, of zoals is bepaald in het desbetreffende verdrag;
- vergoeding van de kosten van zorg door een ziekenhuis of Zelfstandig behandelcentrum (ZBC) in het buitenland waarmee wij een contract hebben;
- vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal het door ons gecontracteerde tarief in de situatie dat een gecontracteerd ziekenhuis of ZBC in het buitenland een diagnostisch deel van de gecontracteerde behandeling laat uitvoeren door een andere zorgverlener waar het gecontracteerde ziekenhuis of ZBC een samenwerkingsverband mee heeft;
- vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling. U heeft dan recht op vergoeding volgens het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' tot maximaal:
 - de lagere vergoeding als deze bij een vergoeding in het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' wordt genoemd;
 - het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);
 - het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.

De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent.

Let op!

Voor zorg in het buitenland gelden naast het in dit artikel bepaalde óók de voorwaarden en uitsluitingen zoals die voor deze zorg in Nederland gelden. Is er bijvoorbeeld een verwijzing nodig? Dan geldt dit ook in het buitenland.

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

Gebruikt u zorg in een land dat geen verdragsland, EU- of EER-staat is? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling volgens het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' tot maximaal:

- de lagere vergoeding als deze bij een vergoeding in het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' wordt genoemd;
- het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);
- het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.

De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent.

Let op!

Voor zorg in het buitenland gelden naast het in dit artikel bepaalde óók de voorwaarden en uitsluitingen zoals die voor deze zorg in Nederland gelden. Is er bijvoorbeeld een verwijzing nodig? Dan geldt dit ook in het buitenland.

15.3 Omrekenkoers buitenlandse valuta

Wij vergoeden de kosten van zorg van een niet-gecontracteerde zorgverlener aan u (verzekeringnemer) in euro's. Dit doen wij volgens de dagelijkse omrekenkoers zoals de Europese Centrale Bank deze publiceert. Wij hanteren de koers die gold op de factuurdatum. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) uit op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Dit moet een rekeningnummer (IBAN) zijn van een bank die in Nederland gevestigd is.

15.4 Nota's uit het buitenland

Als de zorgnota's en bijbehorende documenten (bijvoorbeeld behandelverslagen) niet zijn opgesteld in het Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans, kunnen wij u vragen om de nota en/of bijbehorende documenten te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

A.16 Niet aansprakelijk voor schade door zorgverlener of zorginstelling

Als een zorgverlener of zorginstelling iets doet of nalaat waardoor u schade lijdt, zijn wij daarvoor niet aansprakelijk. Ook niet als de zorg of hulp van die zorgverlener of zorginstelling deel uitmaakt van de basisverzekering.

A.17 Wat moet u doen als derden aansprakelijk zijn?

17.1 U moet ons inlichtingen verstrekken

Is een derde aansprakelijk voor kosten die het gevolg zijn van uw ziekte, ongeval of letsel? Dan moet u ons kosteloos alle inlichtingen verstrekken die nodig zijn om de kosten te verhalen op de veroorzaker. Het verhaalsrecht is gebaseerd op wettelijke regelingen. Dit geldt niet voor aansprakelijkheid die voortvloeit uit een wettelijke verzekering, een publiekrechtelijke ziektekostenverzekering of een overeenkomst tussen u en een andere (rechts)persoon.

17.2 U heeft een meldingsplicht

Wordt u ziek, krijgt u een ongeluk of loopt u op een andere manier letsel op? En is daarbij een derde betrokken, zoals bedoeld in artikel [17.1](#) van deze algemene voorwaarden? Dan moet u dit zo spoedig mogelijk (laten) melden bij ons. Ook moet u aangifte (laten) doen bij de politie.

17.3 Zonder toestemming geen regeling treffen met derden

U mag geen enkele regeling treffen die ons in onze rechten benadeelt. U mag pas een regeling (laten) treffen met een derde, of zijn verzekeringsmaatschappij of met iemand die namens die derde optreedt, als u daarvoor schriftelijke toestemming van ons heeft.

A.18 Heeft u een klacht?

18.1 U kunt uw klacht voorleggen aan de afdeling Centrale Klachtencoördinatie

Bent u het niet eens met een beslissing die wij hebben genomen? Of bent u ontevreden over onze dienstverlening? Dan kunt u uw klacht voorleggen aan onze afdeling Centrale Klachtencoördinatie. Dit moet u doen binnen 6 maanden nadat wij de beslissing aan u hebben meegedeeld of de dienst aan u hebben verleend. U kunt uw klacht aan ons voorleggen per brief, telefonisch of via onze website.

Klachten moeten zijn geschreven in het Nederlands of Engels. Als u uw klacht in een andere taal voorlegt, moet u de kosten van de eventuele vertaling zelf betalen.

18.2 Wat doen wij met uw klacht?

Zodra wij uw klacht ontvangen, nemen wij deze op in ons klachten-registratiesysteem. U ontvangt hiervan een bevestiging. Daarnaast geven wij u uiterlijk binnen 5 werkdagen een inhoudelijke reactie. Als er meer tijd nodig is om uw klacht te behandelen, dan ontvangt u hierover van ons een bericht.

18.3 Niet eens met onze reactie? Herbeoordeling mogelijk

Bent u het niet eens met de manier waarop wij uw klacht hebben afgehandeld? Dan kunt u ons vragen uw klacht te herbeoordelen. U kunt uw herbeoordelingsverzoek bij de afdeling Klantsignaalmanagement indienen per brief, telefonisch of via onze website. U ontvangt hiervan een bevestiging. Uiterlijk binnen 5 werkdagen geven wij u een inhoudelijke reactie. Als er meer tijd nodig is voor de herbeoordeling van uw klacht, dan ontvangt u hierover van ons een bericht.

18.4 Naast herbeoordeling ook toetsing SKGZ mogelijk

Wilt u geen herbeoordeling aanvragen? Of voldoet de herbeoordeling niet aan uw verwachtingen? Dan kunt u uw klacht laten toetsen door de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), postbus 291, 3700 AG Zeist (skgz.nl). De SKGZ kan uw verzoek niet in behandeling nemen, als een rechterlijke instantie uw zaak al in behandeling heeft of daar al een uitspraak over heeft gedaan.

18.5 Behandeling door burgerlijk rechter

In plaats van naar de SKGZ kunt u ook met uw klacht naar de burgerlijk rechter stappen. Ook nadat de SKGZ een advies heeft uitgebracht, kunt u naar de burgerlijk rechter. De rechter zal dan toetsen of de totstandkoming van het advies aanvaardbaar is. Ook kunt u naar de burgerlijk rechter wanneer wij ons niet houden aan het advies van de SKGZ.

18.6 Klachten over formulieren

Vindt u onze formulieren overbodig of te ingewikkeld? Dan kunt u uw klacht hierover niet alleen bij ons indienen, maar ook bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Doet de NZa uitspraak over zo'n klacht, dan geldt deze als bindend advies.

18.7 Nederlands recht is van toepassing

Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

Meer informatie?

Wilt u meer informatie over hoe u bij ons een klacht indient, hoe wij hier vervolgens mee omgaan en over de procedure bij de SKGZ? Download dan de brochure 'Klachtenbehandeling bij zorgverzekeringen' vanaf onze website. U kunt deze brochure ook bij ons opvragen.

14.2 Basisverzekering vervalt ook bij onrechtmatige inschrijving

Komt voor u een verzekeringsovereenkomst tot stand op grond van de Zorgverzekeringswet, en blijkt later dat u geen verzekeringsplicht had? Dan vervalt de verzekeringsovereenkomst met terugwerkende kracht tot het moment waarop u niet langer verzekeringsplicht had. Heeft u (verzekeringnemer) premie betaald, terwijl u geen verzekeringsplicht meer had? Dan verrekenen wij die premie met de vergoeding van de kosten van de zorg die u (verzekeringnemer) sindsdien heeft ontvangen. Wij betalen het saldo aan u (verzekeringnemer) uit, als u (verzekeringnemer) meer premie heeft betaald dan dat u (verzekeringnemer) aan vergoeding heeft ontvangen. Heeft u (verzekeringnemer) meer vergoeding ontvangen dan u (verzekeringnemer) aan premie heeft betaald? Dan brengen wij die kosten bij u (verzekeringnemer) in rekening. Wij gaan hierbij uit van een maand van 30 dagen.

14.3 Beëindigen als u bent aangemeld op grond van artikel 9a tot en met d van de Zorgverzekeringswet

14.3.1 Verzekerd op grond van de Wet opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering

Heeft het CAK u bij ons verzekerd op grond van de Wet opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering? Dan kunt u deze verzekering nog ongedaan maken (vernietigen). Dit moet gebeuren binnen 2 weken, te rekenen vanaf de datum waarop het CAK u heeft geïnformeerd over dat u bij ons verzekerd bent. Om de verzekering te kunnen vernietigen, moet u aan het CAK en aan ons aantonen dat u in de afgelopen periode al verzekerd bent geweest krachtens een andere zorgverzekering. Het gaat om de periode zoals bedoeld in artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet.

14.3.2 Vernietiging van de verzekeringsovereenkomst

Wij zijn bevoegd een met u gesloten verzekeringsovereenkomst te vernietigen vanwege dwaling, als achteraf blijkt dat u op dat moment niet verzekeringsplichtig was. Hiermee wijken wij af van artikel 931, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

14.3.3 Niet opzeggen in de eerste 12 maanden van de looptijd

U kunt de basisverzekering als bedoeld in artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet niet opzeggen in de eerste 12 maanden van de looptijd. Hiermee wijkt u af van artikel 7 van de Zorgverzekeringswet, tenzij het vierde lid van dat artikel van toepassing is. Dan kunt u wel opzeggen.

A.15 Wanneer heeft u recht op de vergoeding van zorg in het buitenland?

15.1 Zorg in een verdragsland, EU- of EER-staat

Gebruikt u zorg in een verdragsland, EU- of EER-staat? Dan kunt u kiezen uit aanspraak op:

- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, op grond van bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening, of zoals is bepaald in het desbetreffende verdrag;
- vergoeding van de kosten van zorg door een ziekenhuis of Zelfstandig behandelcentrum (ZBC) in het buitenland waarmee wij een contract hebben;
- vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal het door ons gecontracteerde tarief in de situatie dat een gecontracteerd ziekenhuis of ZBC in het buitenland een diagnostisch deel van de gecontracteerde behandeling laat uitvoeren door een andere zorgverlener waar het gecontracteerde ziekenhuis of ZBC een samenwerkingsverband mee heeft;
- vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling. U heeft dan recht op vergoeding volgens het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' tot maximaal:
 - de lagere vergoeding als deze bij een vergoeding in het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' wordt genoemd;
 - het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);
 - het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.

De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent.

Let op!

Voor zorg in het buitenland gelden naast het in dit artikel bepaalde óók de voorwaarden en uitsluitingen zoals die voor deze zorg in Nederland gelden. Is er bijvoorbeeld een verwijzing nodig? Dan geldt dit ook in het buitenland.

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

Gebruikt u zorg in een land dat geen verdragsland, EU- of EER-staat is? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling volgens het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' tot maximaal:

- de lagere vergoeding als deze bij een vergoeding in het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' wordt genoemd;
- het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);
- het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.

De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent.

Let op!

Voor zorg in het buitenland gelden naast het in dit artikel bepaalde óók de voorwaarden en uitsluitingen zoals die voor deze zorg in Nederland gelden. Is er bijvoorbeeld een verwijzing nodig? Dan geldt dit ook in het buitenland.

15.3 Omrekenkoers buitenlandse valuta

Wij vergoeden de kosten van zorg van een niet-gecontracteerde zorgverlener aan u (verzekeringnemer) in euro's. Dit doen wij volgens de dagelijkse omrekenkoers zoals de Europese Centrale Bank deze publiceert. Wij hanteren de koers die gold op de factuurdatum. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) uit op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Dit moet een rekeningnummer (IBAN) zijn van een bank die in Nederland gevestigd is.

C. Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen

De algemene voorwaarden die gelden voor de basisverzekering, zijn ook van toepassing op uw aanvullende verzekeringen. Uitzonderingen hierop zijn artikel [A.1.1 Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op:](#) lid a-d en artikel [A.4.3 Niet-gecontracteerde zorgverleners](#). Deze artikelen uit de algemene voorwaarden van de basisverzekering zijn dus niet van toepassing op de aanvullende verzekeringen.

Daarnaast zijn er ook artikelen die specifiek voor uw aanvullende verzekeringen gelden. Hieronder staan die artikelen.

C.1 Hoe sluit u de aanvullende verzekering af?

1.1 De aanvullende verzekering aanvragen

Iedereen die recht heeft op onze basisverzekering, kan op eigen verzoek een aanvullende verzekering aanvragen. U kunt één verzekering kiezen uit de Basis Plus Module en de Aanvullend 1-4 sterren. Daarnaast kunt u één verzekering kiezen uit de Aanvullend Tand Basis en Aanvullend Tand 1-4 sterren. Daarnaast kunt u Extra Vitaal afsluiten. U (verzekeringnemer) meldt zich aan voor de aanvullende verzekering door een aanvraagformulier volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen. U kunt ook op onze website het aanvraagformulier invullen. Maar dat kan alleen, als u tegelijkertijd onze basisverzekering aanvraagt. Wij gaan een aanvullende verzekering nooit met terugwerkende kracht aan, tenzij er sprake is van een situatie zoals omschreven in artikel [6.1](#) van deze algemene voorwaarden.

1.2 Soms kunnen wij u niet aanvullend verzekeren

In een aantal gevallen sluiten wij geen aanvullende verzekering voor u af. Wij weigeren uw aanvraag als:

- u (verzekeringnemer) nog premie moet betalen voor een verzekering die eerder met ons is afgesloten;
- u zich schuldig heeft gemaakt aan fraude zoals omschreven in artikel [A.20 Wat zijn de gevolgen van fraude?](#);
- uw gezondheidstoestand van de mond hiertoe aanleiding geeft;
- u al zorg nodig heeft op het moment dat u zich aanmeldt. Of als er zorg te verwachten is, die qua aard en omvang valt onder de verstrekkingen vanuit de aanvullende verzekeringen;
- u een basisverzekering van ZieZo heeft afgesloten;
- u geen zorgverzekering heeft afgesloten en het Centraal Administratie Kantoor u een bestuurlijke boete heeft opgelegd. Tijdens de 12 maanden dat u ambtshalve verzekerd bent, kunt u geen aanvullende (tandheelkundige) verzekeringen bij ons afsluiten.

1.3 Kinderen dezelfde aanvullende verzekering als de ouder

Zijn uw kinderen meeverzekerd op uw basisverzekering? Dan kunt u een aanvullende verzekering voor uw kinderen afsluiten, wanneer u zelf ook een aanvullende verzekering heeft bij ons. Voor de aanvullende verzekering voor kinderen jonger dan 18 jaar betaalt u geen premie. Daarom is het niet mogelijk om voor hen een aanvullende verzekering af te sluiten die uitgebreider is dan uw aanvullende verzekering of die van uw meeverzekerde partner.

Let op!

Is uw partner bij ons of bij een andere verzekeraar zelfstandig verzekerd voor de basisverzekering en aanvullende verzekeringen? Dan moet u zelf aangeven bij wie u uw kinderen meeverzekert. U kunt ook een aanvullende verzekering voor uw kind(eren) afsluiten, wanneer u zelf een aanvullende verzekering heeft bij ons.

C.2 Wat verzekert de aanvullende verzekering?

2.1 Wat wij vergoeden

U heeft recht op vergoeding van uw kosten vanuit de aanvullende verzekering, voor zover u deze kosten heeft gemaakt in de periode waarin deze aanvullende verzekering van kracht is. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum waarop de zorg is geleverd. Het gaat hierbij om de behandeldatum die op de nota staat, niet om de datum waarop de nota is uitgeschreven. Declareert u een behandeling in de vorm van een DBC-zorgproduct? Dan is bepalend op welk moment uw behandeling is begonnen.

Vergoeding niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling

Bij een aantal vergoedingen onder de 'Vergoedingen aanvullende verzekeringen', vergoeden wij de kosten alleen, als u naar een gecontracteerde zorgverlener gaat. Dit leest u dan in het artikel. Het kan ook zijn dat we de niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling niet volledig vergoeden, dit leest u dan ook in het artikel.

Vergoeding na onderbreking van de verzekeringstermijn

Bij een tijdelijke onderbreking van de verzekering van maximaal twaalf maanden, wordt de verzekeringsduur geacht niet te zijn onderbroken en telt de duur van de onderbreking mee voor het bepalen van de termijn van de bij de dekking genoemde vergoedingstermijn.

2.2 Vergoeding zorg bij verblijf in het buitenland

Voor vergoeding van zorg die u ontvangt in het buitenland, gelden bepaalde voorwaarden en uitsluitingen. U vindt deze in de artikelen onder de 'Vergoedingen aanvullende verzekeringen'. Daarnaast moet de plaatselijke overheid de buitenlandse zorgverlener of zorginstelling erkend hebben. Ook moet de buitenlandse zorgverlener of zorginstelling voldoen aan gelijkwaardige wettelijke eisen als die waaraan Nederlandse zorgverleners en zorginstellingen volgens onze verzekeringsvoorwaarden moeten voldoen. Daarnaast is artikel [A.15 Wanneer heeft u recht op de vergoeding van zorg in het buitenland?](#) van de algemene voorwaarden van de basisverzekering van toepassing bij zorg in het buitenland.

Let op!

Spreken wij in de voorwaarden over 100% of volledige vergoeding? Dan betekent dat voor dat artikel een vergoeding tot maximaal 100% van het tarief dat in Nederland bij een vergelijkbare behandeling gebruikelijk is.

Dit artikel is niet van toepassing op de in de verzekeringsvoorwaarden vermelde artikelen die specifiek betrekking hebben op de Nederlandse situatie. Daarnaast is dit artikel niet van toepassing op artikel [D.4 Zorg in het buitenland](#). Wij vergoeden de zorg die u in het buitenland krijgt alleen, als wij deze kosten ook in Nederland vanuit de aanvullende verzekeringen zouden vergoeden.

2.3 Wat wij niet vergoeden (samenloop van kosten)

U heeft bij ons uitsluitend recht op vergoedingen uit de aanvullende verzekering die niet of slechts gedeeltelijk via een wettelijke regeling worden verstrekt. Ook moet de vergoeding onder de dekking van de aanvullende verzekering vallen. Vanuit de aanvullende verzekering vergoeden wij niet de kosten ter compensatie van:

- vanuit de basisverzekering verstrekte lagere vergoedingen, omdat u gebruik maakt van niet-gecontracteerde zorg;
- kosten die met het eigen risico van de basisverzekering zijn verrekend, tenzij een collectieve aanvullende verzekering bij ons is afgesloten die het verplicht eigen risico vergoedt;
- wettelijke eigen bijdragen en bedragen boven de wettelijke maximale vergoeding, tenzij deze vergoeding expliciet is opgenomen in de aanvullende verzekering.

Er is geen dekking uit hoofde van deze aanvullende verzekeringen indien en tot zover de geneeskundige kosten gedekt worden vanuit enige wet of voorziening of door een reisverzekering, al dan niet van oudere datum, of daaronder andere gedekt zijn, indien deze aanvullende verzekeringen niet zou bestaan. Indien de kosten van uw behandeling (deels) ook bij een andere (reis)verzekeraar voor vergoeding in aanmerking komen zullen wij die eerst vergoeden en vervolgens (deels) verhalen op de betreffende verzekeraar. Hiervoor delen wij uw medische gegevens met de (reis)verzekeraar.

2.4 Kosten die voortvloeien uit terrorisme

Is er sprake van kosten als gevolg van terrorisme? Dan vergoeden wij vanuit de aanvullende verzekering maximaal de uitkering zoals omschreven in het clauseblad terrorismedekking van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V.. Dit clauseblad en het bijbehorende Protocol afwikkeling claims maken deel uit van deze polis. U kunt het protocol vinden op nht.vereende.nl. Het clauseblad kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

2.5 Vergoedingsvolgorde bij meerdere verzekeringen

Heeft u meerdere verzekeringen bij ons afgesloten? Dan vergoeden wij de nota's die u bij ons indient achtereenvolgens vanuit:

- De basisverzekering;
- Aanvullend Tand Basis en Aanvullend Tand 1, 2, 3 en 4 sterren;
- Basis Plus Module en Aanvullend 1, 2, 3 en 4 sterren;
- Extra Vitaal.

C.3 Is er een verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico?

Uw verplicht eigen risico en uw eventuele vrijwillig gekozen eigen risico zijn alleen van toepassing op de basisverzekering. Voor de aanvullende verzekeringen geldt dus geen eigen risico voor de vergoedingen.

C.4 Wat betaalt u?

4.1 Hoogte van uw premie

Hoeveel premie u betaalt, hangt af van uw leeftijd. Stijgt uw premie doordat u een leeftijdsgrens overschrijdt? Dan wijzigt de premie per 1 januari van het volgende jaar waarin u die leeftijd bereikt.

Heeft één van de ouders bij ons een basisverzekering en aanvullende verzekering(en) afgesloten? Dan is de persoon jonger dan 18 jaar die is meeverzekerd, geen premie verschuldigd voor de aanvullende verzekering(en). Wordt deze persoon 18 jaar? Dan bent u (verzekeringnemer) premie verschuldigd per de eerste van de maand die volgt op de kalendermaand waarin deze persoon 18 jaar wordt.

4.2 Als u de premie niet op tijd betaalt

Betaalt u (verzekeringnemer) uw premie niet op tijd? Dan gebeurt in aanvulling op artikel [A.9 Wat gebeurt er als u niet op tijd betaalt?](#) en [A.10 Wat gebeurt er als u een betalingsachterstand heeft?](#) het volgende. Wij beëindigen uw aanvullende verzekering(en), als u (verzekeringnemer) uw premie niet betaalt binnen de gestelde betalingstermijn in onze derde schriftelijke aanmaning. Uw recht op vergoeding vervalt dan automatisch met ingang van de eerste dag van de maand nadat de genoemde betalingstermijn is verstreken. De betalingsplicht blijft bestaan.

Is uw premieachterstand voldaan? Dan kunt u per 1 januari van het volgende jaar opnieuw (een) aanvullende verzekering(en) afsluiten. Hier kan wel een medische beoordeling aan voorafgaan.

C.5 Wat als uw premie en/of voorwaarden wijzigen?

5.1 Wij kunnen uw premie en/of voorwaarden wijzigen

Wij hebben het recht de premie en/of de voorwaarden van de bij ons lopende aanvullende verzekeringen en bloc of groepsgewijs te wijzigen. Een dergelijke wijziging voeren wij door op een datum die wij vaststellen. Deze wijzigingen gelden voor uw aanvullende verzekering(en), ook als u al verzekerd was.

Aanvullend	Dekking
Aanvullend 4 sterren	consulten en vaccinaties: • 100% bij een gecontracteerde zorgverlener • maximaal € 125,- per persoon per kalenderjaar bij een niet-gecontracteerde zorgverlener preventieve geneesmiddelen (zoals malariapillen): • 100% bij een gecontracteerde apotheek

D.4 Zorg in het buitenland

Wij vergoeden de kosten van zorg in het buitenland. Hieronder leest u welke voorwaarden er voor vergoeding gelden.

4.1 Spoedeisende zorg in het buitenland

Wij vergoeden de kosten van medisch noodzakelijke zorg tijdens vakantie-, studie- of zakenverblijf in een ander land dan uw woonland. Het moet gaan om zorg die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien. En het moet gaan om een acute situatie die is ontstaan als gevolg van een ongeval of ziekte en waarbij medische zorg direct noodzakelijk is. Deze vergoeding geldt alleen als aanvulling op de vergoeding vanuit de basisverzekering.

Wij vergoeden de kosten voor:

- behandelingen door een huisarts of medisch specialist;
- ziekenhuisverblijf en operatie;
- behandelingen, onderzoeken en genees- en verbandmiddelen die een arts heeft voorgeschreven;
- medisch noodzakelijk ambulancevervoer naar en van de dichtstbijzijnde arts en/of het dichtstbijzijnde ziekenhuis;
- tandheelkundige behandelingen voor verzekerden tot 18 jaar.

Let op!

Wij vergoeden tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder alleen, als u een aanvullende tandartsverzekering heeft. Deze kosten vallen onder de aanvullende tandartsverzekering.

Voorwaarden voor vergoeding

- De medisch adviseurs van Zilveren Kruis of van Zilveren Kruis Alarmcentrale uitgevoerd door Eurocross beoordelen of er recht is op vergoeding. Zij beoordelen hiervoor of er sprake is van zorg die bij vertrek naar het buitenland niet was te voorzien. En zij beoordelen of het gaat om een acute situatie die is ontstaan als gevolg van een ongeval of ziekte en waarbij medische zorg direct noodzakelijk is. Deze beoordeling is bepalend voor de vraag of de zorg voor vergoeding op grond van dit artikel in aanmerking komt.
- Wij vergoeden de kosten alleen, als wij deze ook in Nederland vanuit de basisverzekering zouden vergoeden.
- U moet een ziekenhuisverblijf direct aan ons melden via Zilveren Kruis Alarmcentrale uitgevoerd door Eurocross.

Aanvullend	Dekking
Basis Plus Module	aanvulling tot 100%, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen
Aanvullend 1 ster	aanvulling tot 100%, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen
Aanvullend 2 sterren	aanvulling tot 100%, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen
Aanvullend 3 sterren	aanvulling tot 100%, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen
Aanvullend 4 sterren	aanvulling tot 100%, bij een verblijf in het buitenland van maximaal 365 dagen

4.2 Spoedeisende farmaceutische zorg in het buitenland

Wij vergoeden de kosten van geneesmiddelen in het buitenland bij spoedeisende zorg. Het gaat hierbij om geneesmiddelen die niet vergoed worden uit de basisverzekering maar wel zijn voorgeschreven door een arts.

Voorwaarden voor vergoeding

- De geneesmiddelen moeten zijn voorgeschreven door een huisarts, medisch specialist of tandarts.
- Er moet sprake zijn van spoedeisende zorg in het buitenland.
- Een apotheek moet de geneesmiddelen leveren.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- zelfzorgmiddelen die niet in de Regeling zorgverzekering staan. Zelfzorgmiddelen zijn middelen die u in Nederland zonder recept kunt kopen;
- dieetpreparaten en drinkvoeding;
- verbandmiddelen;
- vaccinaties en geneesmiddelen in verband met een reis naar het buitenland;
- anticonceptiva;
- homeopathische, antroposofische en/of andere alternatieve (genees)middelen.

Aanvullend	Dekking
Basis Plus Module	maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar
Aanvullend 1 ster	maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar
Aanvullend 2 sterren	maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar
Aanvullend 3 sterren	maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar
Aanvullend 4 sterren	maximaal € 50,- per persoon per kalenderjaar

4.3 Overnachtings- en vervoerskosten bij expertisebehandelingen in het buitenland

Heeft u toestemming voor een niet-spoedeisende expertisebehandeling in het buitenland? Dan vergoeden wij:

- de overnachtingskosten in de nabijheid van het ziekenhuis;
- vervoer vanuit Nederland naar het ziekenhuis en terug;
- overnachtings- en/of vervoerskosten van 1 gespecialiseerde begeleider als begeleiding medisch noodzakelijk is;
- overnachtings- en/of vervoerskosten van 1 gezinslid of bij verzekerden tot 16 jaar 2 gezinsleden.

Een expertisebehandeling is een medische behandeling in het buitenland die voldoet aan de voorwaarden genoemd in de artikelen [A.1.2 Ook gebaseerd op stand wetenschap en praktijk](#), [A.2.1 Recht op zorg](#) en [A.2.4 De Zorgverzekeringswet bepaalt op welke zorg u recht heeft en hoeveel](#) en in Nederland niet geleverd wordt. Onze medisch adviseur bepaalt of er sprake is van een expertisebehandeling.

Voorwaarden voor vergoeding

- Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.
- U moet voor de behandeling zijn doorverwezen door een medisch specialist.
- U moet een specificatie van de gemaakte kosten aan ons geven.
- De medische noodzakelijkheid van een begeleider én het type begeleider (bijvoorbeeld een verpleegkundige) wordt door ons vastgesteld.

Aanvullend	Dekking
Basis Plus Module	overnachtingskosten: maximaal € 75,- per persoon per nacht vervoerskosten: vliegtuigvervoer 100% (Economy Class), openbaar vervoer 100% (laagste klasse), eigen vervoer en taxivervoer € 0,38 per kilometer Wij vergoeden maximaal € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u, uw begeleider en uw gezinsleden samen.
Aanvullend 1 ster	overnachtingskosten: maximaal € 75,- per persoon per nacht vervoerskosten: vliegtuigvervoer 100% (Economy Class), openbaar vervoer 100% (laagste klasse), eigen vervoer en taxivervoer € 0,38 per kilometer Wij vergoeden maximaal € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u, uw begeleider en uw gezinsleden samen.
Aanvullend 2 sterren	overnachtingskosten: maximaal € 75,- per persoon per nacht vervoerskosten: vliegtuigvervoer 100% (Economy Class), openbaar vervoer 100% (laagste klasse), eigen vervoer en taxivervoer € 0,38 per kilometer Wij vergoeden maximaal € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u, uw begeleider en uw gezinsleden samen.
Aanvullend 3 sterren	overnachtingskosten: maximaal € 75,- per persoon per nacht vervoerskosten: vliegtuigvervoer 100% (Economy Class), openbaar vervoer 100% (laagste klasse), eigen vervoer en taxivervoer € 0,38 per kilometer Wij vergoeden maximaal € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u, uw begeleider en uw gezinsleden samen.
Aanvullend 4 sterren	overnachtingskosten: maximaal € 75,- per persoon per nacht vervoerskosten: vliegtuigvervoer 100% (Economy Class), openbaar vervoer 100% (laagste klasse), eigen vervoer en taxivervoer € 0,38 per kilometer Wij vergoeden maximaal € 5.000,- voor de overnachtings- en vervoerskosten van u, uw begeleider en uw gezinsleden samen.