

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. H.A.J. Kroon en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Zaaknummer: 202500895

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 klachtenformulier van 17 mei 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 16 juni 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 13 augustus 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op dezelfde datum aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 1 oktober 2025 door twee leden van de commissie gehoord. De beslissing op het verzoek zal worden genomen door genoemde twee leden en een derde lid, welk laatste lid kennisneemt van het gehele dossier inclusief de aantekeningen van de hoorzitting. 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 Budget (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend* (hierna de aanvullende ziektekostenverzekering). Per 1 januari 2025 heeft verzoeker de aanvullende ziektekostenverzekering naar Aanvullend*** gewijzigd.
De eveneens afgesloten verzekering Extra Aanvullend Amsterdam is niet in geschil en blijft om deze reden verder onbesproken.
- 2.2. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar een nota ter declaratie ingediend ter hoogte van € 650,- voor een eerste polikliniekbezoek en sterilisatie door middel van het doorsnijden van de zaadleiders.

- 2.3. Bij brief van 2 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de ingediende declaratie wordt afgewezen.
- 2.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 18 april 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 de nota van € 650,- voor de sterilisatiebehandeling alsnog te vergoeden ten laste van de aanvullende verzekering.
- 3.2. Verzoeker heeft hiertoe aangevoerd, zoals verwoord in zijn klacht van 17 mei 2025, dat de behandeling niet in 2024 is gestart. Hij heeft in dat jaar enkel een oriënterend gesprek gehad en meer informatie over de behandeling gekregen. Er was geen sprake van het stellen van een diagnose. Daarna is hij de ingreep gaan overwegen en uiteindelijk kon deze op 17 januari 2025 plaatsvinden. Als het gesprek in 2024 onder dezelfde DBC valt, had de ziektekostenverzekeraar hem hierover moeten informeren. Dat hij dit niet heeft gedaan is een schending van de informatieplicht. De zorg heeft feitelijk pas in 2025 plaatsgevonden en daarom zijn de voorwaarden van de aanvullende verzekering van dat jaar van toepassing.
- 3.3. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd dat hij pas sinds kort op de hoogte is dat de ziektekostenverzekeraar van een behandeltraject uitgaat. De huisarts heeft verzoeker doorverwezen naar het ziekenhuis om meer informatie te krijgen over de voors en tegens van de sterilisatiebehandeling. Na het gesprek heeft verzoeker pas besloten om over te gaan tot de behandeling. Het is voor verzoeker nieuw dat het ziekenhuis niet voor de behandeling gecontracteerd zou zijn. Dit heeft hij vooraf goed uitgezocht.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij vergoeding terecht heeft afgewezen. Hij heeft hiertoe aangevoerd, in zijn reactie van 13 augustus 2025 aan de commissie, dat medische specialistische zorg vergoed kan worden vanuit de basisverzekering. Op grond van artikel 3.2 van de verzekeringsvoorwaarden is sterilisatie echter expliciet uitgesloten van verstrekking of vergoeding vanuit de basisverzekering.
De ziektekostenverzekeraar heeft in artikel D.25 van de aanvullende ziektekostenverzekering een vergoeding opgenomen voor sterilisatie. Vergoeding is enkel mogelijk onder de aanvullende verzekering met drie of vier sterren. Daarbij geldt als voorwaarde dat de behandeling wordt uitgevoerd door een hiertoe bevoegde huisarts of gecontracteerde medisch specialist.
- 4.2. Voor medisch specialistische zorg geldt dat in Nederland behandeltrajecten vanaf de diagnose tot het eind van de behandeling worden voorzien van een code, de zogenoemde Diagnose Behandel Combinatie (DBC). Een DBC omvat het gehele behandeltraject inclusief verpleging en verzorging, verband- en hulpmiddelen en de tijdens de behandeling plaatsgevonden paramedische zorg en geneesmiddelen. Het begrip DBC wordt in de polisvoorwaarden als volgt gedefinieerd: *“Een DBC beschrijft, door middel van een DBC-code die op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg wordt vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg. Dit omvat (een deel van) het totale zorgtraject van de diagnose die de zorgverlener stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Het DBC-traject begint op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 120 dagen.”*

- 4.3. Door het ziekenhuis is op 28 november 2024 een DBC geopend met zorgproductcode 210301002 en de omschrijving 'Sterilisatie van de man bij voorkomen van zwangerschap'. De einddatum van deze DBC is 28 februari 2025. De startdatum van de DBC is bepalend voor het bepalen van het recht op (vergoeding van) zorg. Dit volgt uit artikel 5.5 van de verzekeringsvoorwaarden. In 2024 had verzoeker geen aanvullende verzekering met drie of vier sterren. Het betreffende ziekenhuis was daarnaast in 2024 niet voor sterilisaties gecontracteerd. Het had op de weg van verzoeker gelegen om zich tijdig te informeren over de dekking. Hij heeft dit echter nagelaten en dit kan niet aan de ziektekostenverzekeraar worden toegerekend. Verzoeker heeft hierover, na afwijzing van de nota, op 4 april 2025 voor het eerst contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar.
- 4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat binnen een DBC-traject ook een oriënterend gesprek valt. De startdatum van de DBC is juist. De ziektekostenverzekeraar was niet bekend met het gesprek tussen verzoeker en de specialist en kon hem daarom ook niet vooraf informeren over de DBC-systematiek. Het is daarnaast aan verzoeker om bekend te zijn met de polisvoorwaarden of hierover contact op te nemen met de ziektekostenverzekeraar. Ook al zou het DBC-traject in 2025 zijn geopend zou dit niet tot vergoeding leiden omdat het ziekenhuis ook in 2025 niet was gecontracteerd voor sterilisatiebehandelingen.

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 van de voorwaarden van de zorgverzekering en 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), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch specialistische zorg 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. De commissie stelt voorop dat zij niet bevoegd is te oordelen over de juistheid van de door het ziekenhuis verstrekte nota. Voor zover verzoeker meent dat de nota niet juist is, met name omdat het bezoek van 28 november 2024 hierop niet had moeten worden vermeld, zal hij zich tot het ziekenhuis moeten wenden.

Zorgverzekering

- 6.3. De zorgverzekering kent dekking voor medisch specialistische zorg. De sterilisatiebehandeling is hiervan evenwel uitgesloten in artikel 3.2 van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden. Deze uitsluiting is gebaseerd op artikel 2.1, onder f, Rzv. Hieruit volgt dat onder de zorgverzekering geen aanspraak bestaat op vergoeding van de in geding zijnde kosten.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.4. De commissie stelt vast dat de aanvullende ziektekostenverzekering, zoals deze voor 2024 door verzoeker werd afgesloten, geen dekking kent voor de kosten van een sterilisatiebehandeling. Met ingang van 2025 is door verzoeker een aanvullende verzekering afgesloten die hiervoor – onder

voorwaarden – wel dekking kent. Voor de beoordeling van de aanspraak op vergoeding is het volgende van belang.

In Nederland worden medisch-specialistische behandeltrajecten, waaronder de door verzoeker ondergane behandeling, vanaf de diagnose tot het eind van de behandeling voorzien van een code, de zogenoemde DBC. Deze regeling is in januari 2005 ingevoerd door de overheid. Een DBC omvat het gehele behandeltraject inclusief verpleging en verzorging, verband- en hulpmiddelen en de tijdens de behandeling plaatsgevonden paramedische zorg en geneesmiddelen. Een DBC is niet gebonden aan kalenderjaren.

- 6.5. Verzoeker heeft op 28 november 2024 naar zijn zeggen “een oriënterend gesprek” over een sterilisatiebehandeling gehad. Volgens het ziekenhuis betrof het een eerste polikliniekbezoek. Dit bezoek is gevolgd door de daadwerkelijke behandeling op 17 januari 2025. Het ziekenhuis, waar de beide activiteiten hebben plaatsgevonden, heeft voor deze zorg één nota gedeclareerd. In artikel C2.2.1 van de verzekeringsvoorwaarden staat: “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.*”
- Het staat vast dat verzoeker op 28 november 2024 het ziekenhuis voor het eerst heeft bezocht en dat hierbij in ieder geval een zorgvraag is besproken. Het ziekenhuis heeft op deze datum het DBC-traject geopend. Dat de ingreep uiteindelijk pas in 2025 is uitgevoerd is hierbij niet van belang. De voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering voor 2024 zijn dan ook bepalend voor het antwoord op de vraag of verzoeker aanspraak kan maken op vergoeding van de kosten. Zoals eerder is opgemerkt biedt de aanvullende ziektekostenverzekering voor 2024 geen dekking voor de kosten van een sterilisatiebehandeling zodat de nota ter zake terecht werd afgewezen.

Schending informatieplicht

- 6.6. Verzoeker heeft gesteld dat de ziektekostenverzekeraar hem over een en ander had moeten informeren en hierin is tekortgeschoten. De commissie volgt verzoeker niet in zijn stelling. Het ligt op de weg van een verzekerde die aanspraak wil maken op vergoeding van kosten zich te verdiepen in de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden. Daarnaast valt niet in te zien hoe de ziektekostenverzekeraar verzoeker kan informeren als hij niet bekend is met diens voornemen bepaalde zorg te gaan afnemen. Gesteld noch gebleken is dat er voorafgaand aan het eerste ziekenhuisbezoek of voorafgaand aan de wijziging van de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 januari 2025 door verzoeker contact is gezocht met de ziektekostenverzekeraar. Deze is pas op de hoogte gebracht van de door verzoeker ondergane behandeling nadat de nota ter declaratie was ingediend. Van schending van de informatieplicht door de ziektekostenverzekeraar is dan ook geen sprake.

Slotsom

- 6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 oktober 2025,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.4

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

- 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.
2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

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

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

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.

Aanvullend	Dekking
Aanvullend 2 sterren	maximaal € 35,- per nacht voor de gemaakte overnachtingskosten. Maximaal € 500,- per kalenderjaar voor alle bezoekers samen voor de gemaakte overnachtings- en/of vervoerskosten
Aanvullend 3 sterren	maximaal € 35,- per nacht voor de gemaakte overnachtingskosten. Maximaal € 500,- per kalenderjaar voor alle bezoekers samen voor de gemaakte overnachtings- en/of vervoerskosten
Aanvullend 4 sterren	maximaal € 35,- per nacht voor de gemaakte overnachtingskosten. Maximaal € 500,- per kalenderjaar voor alle bezoekers samen voor de gemaakte overnachtings- en/of vervoerskosten

D.23 Overnachting in een gasthuis bij poliklinische behandelcyclus

Ondergaat u een poliklinische behandelcyclus? Dan vergoeden wij de kosten van overnachting in een Ronald McDonaldhuis of een ander gasthuis in Nederland dat in de nabijheid van het ziekenhuis ligt. Er is sprake van een poliklinische behandelcyclus als u op 2 of meer aaneengesloten dagen behandeld wordt, maar niet in het ziekenhuis verblijft.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- overnachting in plaats van ziekenvervoer, wanneer u recht heeft op vergoeding hiervan uit de basisverzekering (zie artikel [B.17.2 Ziekenvervoer](#));
- de nacht voorafgaand aan de eerste behandel dag.

Aanvullend	Dekking
Basis Plus Module	geen dekking
Aanvullend 1 ster	geen dekking
Aanvullend 2 sterren	maximaal € 35,- per nacht
Aanvullend 3 sterren	maximaal € 35,- per nacht
Aanvullend 4 sterren	maximaal € 35,- per nacht

D.24 Hospice

Wij vergoeden de eigen bijdragen ten behoeve van een verzekerde bij verblijf in een hospice. De hospice moet participeren in het netwerk palliatieve zorg in de regio. De hospice mag geen deel uitmaken van een gezondheidsinstelling, zoals een verpleeg-, bejaarden- of verzorgingstehuis.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de eigen bijdrage die op grond van de Wlz in rekening wordt gebracht bij verblijf in een hospice.

Aanvullend	Dekking
Basis Plus Module	geen dekking
Aanvullend 1 ster	geen dekking
Aanvullend 2 sterren	geen dekking
Aanvullend 3 sterren	maximaal € 40,- per dag
Aanvullend 4 sterren	maximaal € 40,- per dag

D.25 Sterilisatie

Wij vergoeden de kosten van sterilisatie.

Voorwaarden voor vergoeding

De behandeling moet plaatsvinden in:

- de praktijk van een hiertoe bevoegde huisarts, als het gaat om een mannelijke verzekerde;
- een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (poliklinisch of in dagbehandeling).

Wij vergoeden alleen gecontracteerde zorg

Let op!

U moet u laten behandelen door een hiertoe bevoegde huisarts of een medisch specialist die wij hiervoor hebben gecontracteerd. Kiest u voor een huisarts die hiervoor niet bevoegd is of een medisch specialist die wij niet gecontracteerd hebben? Dan ontvangt u geen vergoeding.

Wilt u weten met welke medisch specialisten wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Is er sprake van een hersteloperatie? Dan vergoeden wij de kosten niet.

Aanvullend	Dekking
Basis Plus Module	geen dekking
Aanvullend 1 ster	geen dekking
Aanvullend 2 sterren	geen dekking
Aanvullend 3 sterren	100%
Aanvullend 4 sterren	100%

D.26 Tweede Arts Online

Wij vergoeden de kosten van Tweede Arts Online. Dit is een digitaal platform waarop u bij twijfel over een gestelde diagnose en/of behandeling een (medisch) specialist kan kiezen en hem/haar een vraag kan stellen over een gestelde diagnose en/of behandeling.

Voorwaarde voor vergoeding

U neemt contact op met de Persoonlijke Zorgcoach via telefoonnummer 071 - 364 02 80. De Persoonlijke Zorgcoach stuurt de aanvraag naar Tweede Arts Online.

Aanvullend	Dekking
Basis Plus Module	100%
Aanvullend 1 ster	100%
Aanvullend 2 sterren	100%
Aanvullend 3 sterren	100%
Aanvullend 4 sterren	100%

D.27 Second opinion door Royal Doctors

Wij vergoeden de kosten van een second opinion door Royal Doctors. De second opinion wordt uitgevoerd door een (internationale) specialist uit het netwerk van Royal Doctors. De beoordeling vindt plaats op basis van uw bestaande medisch dossier. U wordt niet fysiek door een specialist van Royal Doctors onderzocht.

Voorwaarde voor vergoeding

U moet deze second opinion vooraf telefonisch aanvragen bij de Persoonlijke Zorgcoach via telefoonnummer 071 - 364 02 80.

Aanvullend	Dekking
Basis Plus Module	100%
Aanvullend 1 ster	100%
Aanvullend 2 sterren	100%
Aanvullend 3 sterren	100%
Aanvullend 4 sterren	100%

Zwanger (worden)/baby/kind

D.28 Eigen bijdrage bevalling en verloskundige zorg

Bent u zonder medische indicatie poliklinisch bevallen in een ziekenhuis of geboortecentrum onder leiding van een verloskundige of huisarts? Dan bent u hiervoor een wettelijke eigen bijdrage verschuldigd op basis van de basisverzekering. Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden de kosten van deze in rekening gebrachte wettelijke eigen bijdrage.

Aanvullend	Dekking
Basis Plus Module	geen dekking
Aanvullend 1 ster	geen dekking
Aanvullend 2 sterren	100%
Aanvullend 3 sterren	100%